



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



BUDGET 2021

Progetto Complessivo Aziendale

INDICE

DIREZIONE GENERALE 7

Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria (Segreteria della Direzione Strategica ASUGI).....	7
Gestione Programmazione.....	9
SC Controllo di Gestione	11
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione	13
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico.....	16
SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro - SS SPPGA Area Isontina.....	19
Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa (CREUS).....	22

DIREZIONE SANITARIA.....23

Direzione Sanitaria - Staff.....	23
SC Epidemiologia Qualità e Accreditamento Risk Management (ERMQC).....	24
SS Formazione (ex AAS2).....	25
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica – Area Giuliana	26
SC Servizio Professioni Sanitarie - Area Isontina.....	29
SSD Servizio Riabilitativo Aziendale	31
SC Assistenza Farmaceutica - Area Giuliana.....	33
SC Farmacia Unica Aziendale - Area Isontina	41
SS Area delle Classificazioni.....	45
SO DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....	47

DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE63

Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT).....	63
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	66
SO DISTRETTO 1.....	68
SO DISTRETTO 2.....	77
SO DISTRETTO 3.....	87
SO DISTRETTO 4.....	98

SO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....	109
SO DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE.....	114
DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PRIMARIA.....	121
SC DISTRETTO ALTO ISONTINO.....	121
SC DISTRETTO BASSO ISONTINO.....	130
SSD Cure Palliative.....	138
SC Età Evolutiva, Famiglia e Disabilità.....	140
SC Neuropsichiatria Infantile.....	143
DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	145
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CATTINARA E MAGGIORE.....	145
Direzione Medica di Presidio.....	145
SC Medica legale.....	148
DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE.....	150
SC Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza.....	152
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali.....	155
Complesso Operatorio HC.....	157
Complesso Operatorio HM - Day Surgery.....	159
SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria.....	161
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica.....	163
SSD (Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare.....)	167
DAI CARDIO TORACO VASCOLARE.....	168
SC Cardiologia.....	170
SC Cardiochirurgia.....	176
SC (UCO) Chirurgia Vascolare.....	179
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport.....	183
SC Chirurgia Toracica.....	190
SC Pneumologia.....	193
DAI MEDICINA.....	197
SC Medicina Interna.....	199
SC Nefrologia e Dialisi.....	205

SC (UCO) Medicina Clinica.....	208
SC (UCO) Clinica Medica.....	213
SC Geriatria	218
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare.....	222
DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA.....	223
SC Ematologia.....	225
SC Oncologia.....	228
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	232
SC Radioterapia	235
SC Malattie Infettive	238
SC (UCO) Clinica Dermatologica	242
DAI CHIRURGIA.....	245
SC (UCO) Clinica Chirurgica	246
SC Gastroenterologia	252
SC (UCO) Clinica Urologica	255
SC Clinica e Patologia del Fegato	260
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit.....	264
DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA	267
SC (UCO) Clinica di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	268
SC (UCO) Chirurgia Plastica	271
SC (UCO) Clinica Oculistica	275
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica.....	280
DAI NEUROSCIENZE, RIABILITAZIONE, ORTOPEDIA E MEDICINA DEL LAVORO	284
SC (UCO) Clinica Neurologica	286
SC Neurochirurgia.....	291
SC Riabilitazione	295
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	299
SC (UCO) Medicina Del Lavoro	304
DAI MEDICINA DEI SERVIZI	310
SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica	312
SC Microbiologia e Virologia.....	318
SC Igiene e Sanità Pubblica.....	320
SC Laboratorio Unico Asugi	321

DAI MEDICINA TRASFUSIONALE	324
SC Medicina Trasfusionale	324
DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	327
SC Radiologia	328
SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica	332
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare.....	337
SC Medicina Nucleare	338
SC Fisica Sanitaria	341
PRESIDIO OSPEDALIERO DI GORIZIA E MONFALCONE.....	343
SC Direzione medica ospedaliera Gorizia – Monfalcone.....	343
SC Direzione Amministrativa Unica di Presidio – Gorizia e Monfalcone	346
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI	348
SC Radiologia Gorizia - Monfalcone	348
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE.....	351
SC Ostetricia e ginecologia Gorizia - Monfalcone	353
SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	358
DIPARTIMENTO CHIRURGICO DI GORIZIA MONFALCONE.....	360
SC Chirurgia Generale	362
SC Ortopedia - Traumatologia	366
SC Oculistica	368
SSD Odontostomatologia	371
SC Otorinolaringoiatria	374
SC Urologia	377
SC Nefrologia e Dialisi	381
DIPARTIMENTO MEDICO DI GORIZIA MONFALCONE	384
SC Medicina interna GO	385
SC Medicina interna Monfalcone	390
SC Oncologia GO-MO.....	395
SC Neurologia	399
SSD Pneumologia.....	401
SSD Diabetologia	404
SC Riabilitazione GO-MO.....	407

DIPARTIMENTO EMERGENZA DI GORIZIA MONFALCONE.....	410
SC PS Medicina d'urgenza Monfalcone.....	411
SC PS Medicina d'urgenza Gorizia.....	413
SC Anestesia Rianimazione Gorizia.....	415
SC Anestesia Rianimazione Monfalcone.....	419
SC Cardiologia Gorizia.....	422
DIREZIONE SOCIO SANITARIA.....	426
Direzione dei Servizi Sociosanitari.....	426
SC Area Welfare.....	430
DIREZIONE AMMINISTRATIVA.....	431
DIPARTIMENTO TECNICO.....	431
SC Informatica e Telecomunicazioni (ex ASUITS) e SSD Sistema Informativo e Informatico (ex AAS 2).....	431
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi (ex ASUITS).....	436
SC Gestione gare e contratti, acquisizione lavori, beni e servizi (ex AAS 2).....	439
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio (ex ASUITS).....	441
SC Gestione Patrimonio e Tecnologie (ex AAS2).....	443
SC Ingegneria Clinica.....	445
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO.....	447
SC Economico Finanziario.....	447
SC Gestione del Personale.....	451
SC Affari Generali e Legali Assicurativi e Assicurazioni (ex ASUITS).....	456
SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale (ex AAS 2).....	458
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili.....	460
SSD Libera Professione.....	463

DIREZIONE GENERALE

Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria (Segreteria della Direzione Strategica ASUGI)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Prosecuzione del supporto ai Direttori della Direzione Strategica nel periodo Covid-19 / piano vaccinale.</p>	<p>Garantire il supporto in ogni circostanza ai Direttori della Direzione Strategica in Sinergia tra le sedi ASUGI Direzionali di Trieste e Gorizia e tra il personale delle Segreterie. Collaborazione interattiva per immediata divulgazione alle strutture aziendali di eventuali informative urgenti.</p>	<p>Segreteria della Direzione Strategica Maria Teresa Galimi Antonella Greco Igor Pischianz Giovanna Ragnetti Roberta Visintin Giovanna Zappalà</p>	<p>Trasmissioni di atti attinenti il Covid – 19 / piano vaccinale.</p>
<p>2. Direzione Strategica – attivazione dell’istituto dello “scadenziario” verso le Strutture afferenti d’Area.</p>	<p>1. Esame della corrispondenza esterna all’Azienda (ARCS, Ministeri, Regione, ecc.) pervenuta alle singole Segreterie (Generale, Amministrativa, Sanitaria e Sociosanitaria) per individuazione di atti con presenza di tempistica specifica per il riscontro da parte delle Strutture afferenti alla propria Area di competenza; 2. Aggiornamento dello scadenziario collegato alla data indicata dall’Ente, con attivazione di segnalazione in tempo utile via e-mail dalle Segreterie di cui al punto 1. alle Strutture attinenti per promemoria riscontro; 3. Nel caso in cui una della Segreterie di Direzione sia punto unico di ricezione di corrispondenza trasmessa da Amministrazione esterna, comunicazione di allerta per gli atti di carattere immediato/urgente sia all’Ufficio</p>	<p>Segreteria della Direzione Strategica Maria Teresa Galimi Antonella Greco Igor Pischianz Giovanna Ragnetti Roberta Visintin Giovanna Zappalà</p>	<p>Trasmissione degli avvisi di scadenziario alle Strutture Aziendali afferenti all’Area della Direzione di competenza. Produzione di copia delle mail di invio delle segnalazioni effettuate.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Supporto alla Direzione dei Servizi Sociosanitari per la gestione: della progettualità in convenzione con GECT GO; delle attività per i fondi “Rete lingua slovena nella P.A.” per l’area isontina, della stesura di nuove idee progettuali.</p>	<p>Protocollo che alle Strutture della propria Area potenzialmente coinvolte.</p> <p>1. Gestione, coordinamento e rendicontazione, per la Direzione dei Servizi Sociosanitari, delle attività previste per la proroga del progetto transfrontaliero “Salute-Zdravstvo” con il GECT GO. Stesura rendicontazioni semestrali e relazioni necessarie alla richiesta rimborsi per il finanziamento della progettualità stessa.</p> <p>2. Organizzazione, gestione e rendicontazione delle attività da realizzare con i fondi regionali “Rete della lingua slovena nelle P.A.- area Giuliana”, in collaborazione con gli uffici competenti.</p> <p>3. Ricognizione nei servizi già impegnati sul progetto Salute-Zdravstvo per nuove progettualità e stesura di idee progettuali da realizzare sul territorio isontino.</p>	<p>Segreteria della Direzione Strategica Lara Marchi</p>	<p>Relazione e rimborso attività progettuali “Salute-Zdravstvo” in convenzione con GECT GO (due nel corso del 2021). Relazione e rendicontazione per ottenimento fondi regionali per attività 2020. Stesura di idee progettuali da realizzare sul territorio isontino.</p>

Gestione Programmazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale. Proseguire nello sviluppo di un sistema strutturato di reportistica di attività ospedaliera e territoriale utilizzando il sistema Oracolo</p>	<p>1. Utilizzare il sistema oracolo per il processo di budget 2021 inviando alle strutture abilitate e formate sull'utilizzo di Oracolo la relativa reportistica, promuovendone l'utilizzo e la verifica di attendibilità in merito alle informazioni presenti.</p> <p>2. Segnalare prontamente alla SC IT le eventuali incongruenze registrate in fase di budgeting per conto delle strutture di cui alla az.1</p> <p>3. Verificare la correttezza dei dati nella reportistica di oracolo</p> <p>4 Avviare sulla piattaforma di oracolo la reportistica di almeno un nuovo dataset di attività territoriale</p>	<p>Marco Braida Marco Spanò</p> <p>Obiettivo in comune con SC CDG</p> <p>In collaborazione con SC IT</p>	<p>1. Evidenza dell'utilizzo di oracolo nel processo di budget 2021 entro il 30 giugno</p> <p>2. Almeno un nuovo dataset di ambito territoriale è presente sulla piattaforma di oracolo.</p>
<p>2. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale. Avvio sperimentale del sistema di misurazione della performance tramite Oracolo</p>	<p>1. Definire assieme al SC IT e alla ditta Oslo i criteri per l'avvio in oracolo dell'utilizzo della scheda di budget informatizzata.</p> <p>2. Previo caricamento in Oracolo delle schede degli obiettivi di budget 2021 provvedere al test di verifica in fase di monitoraggio degli obiettivi garantendo il corretto funzionamento del processo secondo la metodologi in uso in ASUGI</p>	<p>Marco Spanò</p>	<p>Avvio sperimentale dello strumento performance di Oracolo entro il 31/12/2021</p>
<p>3. Valutazione degli obiettivi ex art 3 AIR ponte 2020-2021 per l'anno 2020</p>	<p>Raccolta della documentazione pervenuta da parte dei MMG in base agli accordi locali definiti in Comitato Aziendale</p>	<p>Marco Spanò Paola de Poli</p>	<p>Evidenza dell'invio ai Distretti della documentazione necessaria e sufficiente alla valutazione degli obiettivi ex art 3 per l'anno 2020</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Segnalazione di eventuali non congruità nella documentazione ai MMG per il tramite delle UDMG distrettuali.</p> <p>Presentazione ai Direttori dei distretti della documentazione necessaria e sufficiente alla valutazione degli obiettivi 2020 ex art 3</p>		
<p>4. Protocollo GIFRA e registro informatizzato degli atti in materia di programmazione</p>	<p>1. Partecipare alla formazione per l'utilizzo del nuovo applicativo del protocollo aziendale GIFRA da utilizzare correttamente e tempestivamente a regime</p> <p>2. Creare un registro informatizzato comprendente gli atti e i documenti in materia di programmazione per l'anno 2021 (DGR, Decreti, Protocolli) con conseguente alimentazione giornaliera e comunicazione periodica settimanale di un estratto del registro al responsabile</p>	<p>Paola de Poli</p>	<p>Evidenza dell'utilizzo corretto e tempestivo dello strumento GIFRA mediante segnalazione tempestiva della corrispondenza via mail al responsabile della Gestione Programmazione</p> <p>Evidenza di alimentazione di un registro degli atti inerenti la programmazione</p> <p>1 invio settimanale di estratto resoconto del registro</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Linee PAL 2021: Capitolo 1 - Linea COVID: Rendicontazione costi COVID	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS	Dirigenza e comparto	Rendicontazione dei Costi COVID nei tempi e con le modalità indicate da DCS e ARCS
2. Linee PAL 2021: Capitolo 9 - Miglioramento del trattamento dei dati SIASI: Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI	Aggiornamento costante e tempestivo della codifica dei reparti e relativi posti letto nel sistema SIASI	Dirigenza e comparto	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato ed un numero di posti letto assegnati (report semestrale entro il 31/7/21 e entro il 31/1/2022)
3. Linea strategica aziendale n. 14: Lavorare per processi nell'area tecnico-amministrativa: Risolvere la problematica relativa alla mancata/non completa esecuzione delle operazioni di accettazione delle forniture da magazzino centralizzato ARCS da parte delle strutture aziendali	Definizione di un sistema strutturato di reportistica che evidenzia: - i documenti in sospeso verso ARCS - l'elenco dei movimenti pendenti per struttura ordinante	Dirigenza e comparto	1. Invio Report trimestrale alla SC Economico-finanziaria (salvo richieste specifiche) sulla situazione contabile delle fatture in sospeso verso ARCS (n. 4 report nell'anno) 2. Predisposizione ed invio di un report periodico trimestrale per struttura utilizzatrice con evidenza dei carichi pendenti (movimenti non accettati né rifiutati), a partire da giugno 2021 (n. 3 report nell'anno)
4. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Sviluppo di un sistema strutturato di redazione dei tariffari aziendali	Dirigenza e Comparto	Produzione di almeno un tariffario entro il 31/12 e loro comunicazione alle Strutture richiedenti
5. Emergenza COVID 19	Adempimenti dinamici connessi alla gestione dell'emergenza sia per quanto riguarda la gestione informatica dei posti letto che per l'attivazione di nuovi Centri di costo COVID	Dirigenza e comparto	Relazione semestrale (entro 30/7/2021 e 31/01/2022) del Responsabile della Struttura alla Direzione Strategica sull'attività svolta, compatibilmente con il periodo di durata dell'emergenza.
6. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Proseguire nello sviluppo di un sistema strutturato di reportistica di attività ospedaliera e territoriale utilizzando il sistema Oracolo	Dirigenza e comparto In comune con Programmazione	Evidenza di pubblicazione per tutte le strutture ospedaliere e territoriali dei report di attività aziendali prodotti tramite il sistema Oracolo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
8. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
9. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
10. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
FUNZIONE STAFF E RPCT			
1. Legge 190/2012 - Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI	Predisposizione del PTPCT e del relativo provvedimento di approvazione al fine di consentirne l'adozione da parte della Direzione entro il termine del 31/3/2021	RPCT e PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Piano approvato entro il 31/3/2021
2. Legge 190/2012 - Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Predisposizione della Relazione annuale sull'anno 2020 e pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31/3/2021	RPCT e PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Pubblicazione sul sito web entro il 31/3/2021
3. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023 - Processo di analisi e valutazione dei rischi con riferimento alla metodologia definita dal PNA 2019	Revisione della metodologia per l'analisi e la valutazione del rischio	RPCT e PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Trasmissione della documentazione che illustra la metodologia e della scheda applicativa alla Direzione Strategica entro il 31/12/2021
4. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023 – D.lgs. 33/2013 – Verifica rispetto degli obblighi di trasparenza	Monitoraggio quadrimestrale dello stato di attuazione degli obblighi in materia di trasparenza	PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Trasmissione al RPCT di un report riepilogativo del monitoraggio entro il mese successivo ad ogni quadrimestre, per il conseguente inoltrare alle strutture aziendali e alla Direzione aziendale
5. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in relazione alle attuali competenze, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	Direttore di SC	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
6. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e <i>process owner</i> sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	Responsabile di struttura e responsabile di incarico di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Approvazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del PL, strutture coinvolte e tempistica definiti dal Piano della Direzione	Responsabile di struttura e responsabile PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Approvazione con decreto dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale PL, secondo il Piano aziendale ed entro il 31.21.2021
8. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
FUNZIONE AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE			
9. Attuazione della programmazione regionale - Linee annuali per la gestione del SSR 2021 (11.5.2)	Elaborazione del Piano formativo 2021 entro il 31/3/2021	PO Responsabile Aggiornamento e Formazione e personale afferente alla funzione	Invio del Piano formativo 2021 alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e disabilità entro il 31/3/2021
10. Attuazione della programmazione regionale - Linee annuali per la gestione del SSR 2021 (11.5.2)	Predisposizione della Relazione annuale delle attività formative del Provider Asugi 2020	PO Responsabile Aggiornamento e Formazione; Elisabetta Cavazzon	Invio della Relazione annuale delle attività formative del Provider Asugi 2020 alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e disabilità entro il 31/5/2021
11. Attuazione della programmazione prevista dalle Linee annuali per la gestione del SSR 2021 (11.5.1)	Partecipazione agli incontri previsti dalla DCS ai fini dell'attivazione del nuovo applicativo informatico di gestione della formazione	PO Responsabile Aggiornamento e Formazione, Elisa Bogatec	Relazione del Responsabile che attesta la presenza almeno al 90% delle convocazioni
12. Certificazione di qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 del Provider ECM ASUGI	Revisione della documentazione relativa al SGQ del Provider ASUGI: - Il Manuale della Qualità - Le procedure gestionali - Le istruzioni operative - La modulistica collegata	PO Responsabile Aggiornamento e Formazione, Referente qualità e personale afferente alla funzione	Rapporto di AUDIT con esito positivo entro il 30/6/2021
13. Accreditamento Provider ASUGI	Verifica documentale e dei requisiti previsti dal "Manuale dei requisiti per l'accreditamento dei provider del sistema regionale di formazione e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia"	PO Responsabile Aggiornamento e Formazione, Referente qualità e personale afferente alla funzione	Rapporto di AUDIT con esito positivo entro il 31/12/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
14. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e <i>process owner</i> sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	Responsabile PO Formazione e Aggiornamento e personale afferente alla funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
15. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza	Responsabile PO Formazione e Aggiornamento, personale amministrativo afferente alla funzione	Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ricerca & Innovazione in ASUGI: Piano Biennale della Ricerca 2022-2023	Predisporre entro il mese di Novembre una proposta di Piano Biennale di Ricerca e innovazione per l'area sanitaria	Direttore della SC Coordinatore Scientifico ASUGI	Documento di analisi e proposta di Piano Biennale della Ricerca (2022-2023) sottoposto alla Direzione strategica e al Comitato di Indirizzo ASUGI – Entro il 31 ottobre 2021
2. Dotare ASUGI di un Regolamento Unico aziendale per le Sperimentazioni cliniche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisione e adattamento del testo della proposta di regolamento unico di ASUGI per le Sperimentazioni cliniche presentato alla DG il 30 ottobre 2020: entro il 30 Aprile 2021 2. Presentazione della nuova Bozza di Regolamento al Coordinatore Scientifico ASUGI e al Direttore del DSMCS: entro il 30 Maggio 3. Presentazione della nuova Bozza di Regolamento al Collegio di Direzione ASUGI e raccolta delle proposte da parte dei Componenti: entro il 15 Giugno 2021 4. Integrazione delle proposte del Collegio di Direzione ed invio del testo definitivo alla DG per adozione attraverso decreto: entro il 30 Giugno 2021 5. Sua applicazione e pubblicizzazione alle Strutture Aziendali e successiva adozione (incontri per singolo Dipartimento e Distretto): dal 1° luglio 2021 	Direttore della SC Comparto: Roberta Dittura, Tiziano Neppi, Antonio Giardino	Documento trasmesso alla Direzione generale ASUGI comprensivo di proposta di Decreto di adozione entro il 30/06/2021 Applicazione e pubblicizzazione a partire dal 01/07/2021
3. Dotare ASUGI di un Regolamento Unico aziendale per l'accesso ai Bandi di Ricerca pubblici (e/o privati)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisione e adattamento del testo della proposta di regolamento unico di ASUGI per le Sperimentazioni cliniche presentato alla DG il 30 ottobre 2020: entro il 30 Aprile 2021 2. Presentazione della nuova Bozza di Regolamento al Coordinatore Scientifico 	Direttore della SC / Comparto: Annamaria Santi, Melania Salina	Documento trasmesso alla Direzione generale ASUGI comprensivo di proposta di Decreto di adozione entro il 30/06/2021 Applicazione e pubblicizzazione a partire dal 01/07/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ASUGI e al Direttore del DSMCS: entro il 30 Maggio 3. Presentazione della nuova Bozza di Regolamento al Collegio di Direzione ASUGI e raccolta delle proposte da parte dei Componenti: entro il 15 Giugno 2021 4. Integrazione delle proposte del Collegio di Direzione ed invio del testo definitivo alla DG per adozione attraverso decreto: entro il 30 Giugno 2021 5. Sua applicazione e pubblicizzazione alle Strutture Aziendali e successiva adozione (incontri per singolo Dipartimento e Distretto): dal 1° luglio 2021		
4. Dotare ASUGI di un Regolamento Unico aziendale per la ricerca sponsorizzata	Collaborazione con il Direttore della SCAGL e con il Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per la redazione della proposta di Regolamento unico ASUGI sulle sponsorizzazioni della ricerca	Direttore della SC / Comparto: Annamaria Santi, Melania Salina In collaborazione con il Direttore della SCAGL ed il Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ASUGI	Documento trasmesso alla Direzione generale ASUGI comprensivo di proposta di Decreto di adozione entro il 30/11/2021
5. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in relazione alle attuali competenze, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione,...	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
6. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficiamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione, ...	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
7. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Approvazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del PL, strutture coinvolte e tempistica definiti dal Piano della Direzione	TRASVERSALE/AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione,...	Approvazione con decreto dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale PL, secondo il Piano aziendale ed entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>8. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023</p>	<p>1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza</p> <p>2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo</p>	<p>TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura</p>	<p>1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT)</p> <p>2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT</p>

SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro (Area Giuliana)- SS SPPGA (Area Isontina)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Gestione sicurezza. Uniformare la metodologia del documento di valutazione dei rischi	Armonizzazione unica della procedura di gestione del documento di valutazione dei rischi; Catalogazione di un documento di valutazione unico ASUGI attraverso la costruzione di un foglio elettronico di calcolo provvisto di collegamento ipertestuale per l'apertura dei documenti; Unificazione del DVR esistente plasmato sul nuovo atto aziendale ,creazione delle cartelle ed inserimento dei documenti.	Dirigenza e Comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro Area Giuliana SS SPPGA Area Isontina	Procedura unica ASUGI di gestione del documento di valutazione dei rischi come da azioni. Entro il 31/12/2021
2. Gestione del SGSL. Uniformare e armonizzare le procedure inerenti il sistema di gestione della sicurezza dei lavoratori (SGSL)	Analisi delle procedure dell'SGSL esistenti nelle due ex aziende; Costruzione di un elenco di tutte le procedure trasversali dell'SGSL; Costruzione di un cronoprogramma (GANT) al fine della completa armonizzazione delle procedure	Dirigenza e Comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro Area Giuliana SS SPPGA Area Isontina	Relazione contenente la proposta di armonizzazione delle procedure dell'SGSL come da azioni Entro il 31/12/2021
3. Gestione della formazione della sicurezza	Armonizzazione dei percorsi formativi inerenti alla formazione della sicurezza dei lavoratori secondo l'articolo 37 del D.Lgs. 81/2008	Dirigenza e Comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro area Giuliana SS SPPGA Area Isontina In collaborazione con la SC Formazione	Predisposizione di nuovi percorsi formativi inerenti le frequenze istituzionali, la formazione generale e specifica. Entro il 30/6/2021
4. Gestione Antincendio	Uniformare i processi di adeguamento antincendio previsti dal D.M. 19/03/2015	Dirigenza e Personale del comparto dell'Unità Gestionale Sistema di Gestione della sicurezza Antincendio, RTSA e Personale afferente agli Uffici Tecnici dell'area Giuliana ed Isontina	Implementazione, tramite condivisione con le strutture interessate (ufficio Tecnico area giuliana e Ufficio Tecnico Area Isontina) di un unico documento comprendente tutte le strutture soggette all'adeguamento previsto dal D.M. 19/03/2015 e le tempistiche di realizzazione. Entro il 31/12/2021
5. Gestione della sicurezza , antincendio e salute dei lavoratori	Adempimenti legati all'adozione del "Regolamento per l'applicazione della salute dei non fumatori e della tutela	Personale del comparto dell'Unità Gestionale Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio	- Organizzazione di almeno 5 edizioni di un corso di formazione per nuovi soggetti accertatori (entro il 31/12/2021)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ambientale da abbandono di mozziconi dei prodotti da fumo”		- Aggiornamento della segnaletica in almeno il 50% delle sedi dell’area giuliana Entro il 31/12/2021
6. Gestione Antincendio	Adempimenti D.M. 19/03/2015 – Aggiornamento della valutazione dei rischi di incendio	Personale del comparto dell’Unità Gestionale Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio	Aggiornamento dei DVR antincendio con la nuova metodologia in almeno 10 strutture, Entro il 31/12/2021
7. Gestione Antincendio	Adempimenti D.M. 19/03/2015 – Aggiornamento della pianificazione dell’emergenza	Personale del comparto dell’Unità Gestionale Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio	Aggiornamento del materiale relativo alla gestione delle emergenze consultabile sul sito intranet per almeno il 50 % delle strutture dell’area giuliana. Entro il 31/12/2021
8. Catalogazione e classificazione delle sostanze chimiche di laboratorio dell’anatomia patologica dell’ospedale di Gorizia e dell’ospedale di Monfalcone	1. Organizzazione, pianificazione, catalogazione materiale da trasportare, collaborazione con le ditte esterne incaricate sia del trasporto interno dei rifiuti che dello smaltimento 2. Catalogazione materiale da trasportare e coordinamento in loco del 3. Catalogazione singola di ogni prodotto chimico secondo il regolamento clp, rich , e dlgs 152/06 testo unico ambientale di rifiuti 4. Introduzione ed imballaggio del materiale chimico da trasportare e coordinamento in loco del trasferimento dei fusti dal laboratorio di anatomia patologica presso l'area ecologica e successivo invio a smaltimento	3 infermieri 2 assistenti sanitari 1 assistente tecnico Afferente al personale della gestione ambientale	1 documento di catalogazione di tutte le sostanze chimiche presenti nei due laboratori 2 relazione sulla attività di differenziazione, confezionamento ed imballaggio del materiale chimico da trasportare 3 Relazione sull’ attuazione delle procedure di trasporto e smaltimento di tutti i rifiuti chimici presenti nei due laboratori 4 Copia dei formulari di smaltimento Entro il 31/12/2021
9. Controllo e standardizzazione delle tecniche di prelievo e analisi dei reflui di laboratorio legate alle singole macchine di laboratorio e loro smaltimento	1 Organizzazione e pianificazione delle analisi di tutti i reflui di laboratorio dei 4 ospedali ASUGI 2 Applicazione del nuovo programma creato per monitorare i reflui delle 160 macchine di laboratorio e di 12 cisterne 3 controllo attivo di tutta la filiera dello smaltimento e registrazione del rifiuto sul registro carico e scarico	Tutto il personale della gestione ambientale	1 Documento di pianificazione delle attività 2 Registrazione aggiornata di tutte le apparecchiature e cisterne 3 Audit di verifica Entro il 31/12/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Implementazione delle competenze degli operatori incardinati alla funzione Gestione Ambientale	Attivazione di una formazione sul campo per operatori della funzione Gestione Ambientale. Il percorso sarà composto da due eventi formativi con le seguenti tematiche: A) Gestione dei rifiuti prodotti da ASUGI B) corso ADR	Tutto il personale della gestione ambientale	Documentazione degli eventi formativi Raggiungimento del 100% dei traguardi formativi per il personale del Servizio di Gestione Ambientale. Entro il 31/12/2021
11. Implementazione delle competenze dei referenti ambientali	Aumentare la competenza della Normativa Ambientale tramite un percorso formativo teorico-pratico per quei professionisti che saranno incaricati come Referenti Ambientali di struttura .	Tutto il personale della gestione ambientale	Documentazione dell'evento formativo Conclusione del ciclo di formazione per almeno l'80% dei referenti ambientali con verifica dell'apprendimento superato. Entro il 31/12/2021
12. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa (CREUS)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Uniformare le modalità operative degli URP area Giuliana/ Isontina	Predisposizione della procedura unica per la gestione di segnalazioni, reclami, elogi e per gli URP di Trieste, Gorizia e Monfalcone. Predisposizione del decreto di approvazione.	Tutto il personale CREAUS In comune con ERMQC	Pubblicazione del decreto di approvazione della procedura nell'Albo Aziendale entro 31/12/2021
2. Promuovere corretti stili di vita, in particolare per le giovani generazioni, anche attraverso nuovi sistemi di comunicazione e di linguaggio (social network, interventi in ambito scolastico).	Utilizzo di Instagram per veicolare due tematiche inerenti alla prevenzione e promozione della salute rivolte al target giovane.	Tutto il personale CREAUS	Predisposizione del piano editoriale per ciascun tema; pubblicazione di almeno 10 post; realizzazione del relativo report entro il 31/12/2021
3. Garantire l'aggiornamento e in particolare la revisione dei contenuti del sito ex ASS n.2 Isontina	Revisione e aggiornamento dei contenuti del sito internet ex AAS, per l'integrazione nel sito unico di ASUGI	Tutto il personale CREAUS In comune con ERMQC	Predisposizione di un report che riporti il totale delle richieste di aggiornamento rivolte ai Servizi di ASUGI e il numero di aggiornamenti effettuati entro 30/06/2021
4. Uniformare le modalità operative, procedure e protocolli per la comunicazione	Piano di formazione / addestramento per il personale dipendente e non (interinale) / eventualmente trasferito da altre sedi	PO Sara Sanson	Breve relazione del piano perseguito del personale di nuova acquisizione entro 31/12/2021
5. Analizzare il gradimento delle mense degli ospedali di Asugi sede di Trieste per i ricoverati e il personale che ne usufruisce	Indagine di gradimento e ascolto	PO Loredana Braico	Report dell'indagine con eventuali proposte di azioni di miglioramento entro 31/12/2021

DIREZIONE SANITARIA

Direzione Sanitaria - Staff

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Mantenimento della conformità ai requisiti dell'accreditamento BFCI UNICEF	Predisporre il Piano d'azione BFCI 2021	dott. Giuseppe Romano – titolare di P.O.	Entro il 30.06.2021: trasmettere con nota@ alla Responsabile BFCI dell'ASUGI dott.ssa Vittoria Sola il <i>Piano d'azione BFCI 2021</i>
2. Proporre dei miglioramenti da applicare all'offerta di servizi erogati dalla Associazioni di volontariato in relazione ai bisogni dell'utenza	1. Acquisire i Progetti delle ODV approvati da ASUGI per l'anno 2021 2. Redigere il format della Guida delle ODV e delle loro attività offerte	dott. Giuseppe Romano – titolare di P.O. in comune con Direzione Socio Sanitaria dott.ssa Fabiola Caputo	Entro il 31.12.2021: trasmissione con nota@ alla DSS la bozza della Guida annuale delle attività offerte dalle ODV, suddivise per categoria e insistenza territoriale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Uniformare le modalità operative degli URP area Giuliana/ Isontina	Predisposizione della procedura unica per la gestione di segnalazioni, reclami, elogi e per gli URP di Trieste, Gorizia e Monfalcone. Predisposizione del decreto di approvazione.	Tutto il personale ERMQC In comune con CREAUS	Pubblicazione del decreto di approvazione della procedura nell'Albo Aziendale entro 31/12/2021
2. Garantire l'aggiornamento e in particolare la revisione dei contenuti del sito ex ASS n.2 Isontina	Revisione e aggiornamento dei contenuti del sito internet ex AAS, per l'integrazione nel sito unico di ASUGI	Tutto il personale ERMQC In comune con CREAUS	Predisposizione di un report che riporti il totale delle richieste di aggiornamento rivolte ai Servizi di ASUGI e il numero di aggiornamenti effettuati entro 30/06/2021
3. Garantire l'aggiornamento delle Guide ai servizi delle strutture dell'Area Isontina	Aggiornamento dei contenuti delle Guide ai Servizi delle strutture dell'Area Isontina	Tutto il personale ERMQC	Evidenza della pubblicazione sul sito ASUGI delle guide aggiornate
4. Garanzia del mantenimento della responsabilità della struttura ERMQC nelle more dell'applicazione del nuovo Atto aziendale	Nonostante l'attribuzione funzionale al Dipartimento di Prevenzione per il periodo dell'emergenza Covid19 il direttore della struttura ERMQC mantiene le funzioni essenziali della struttura sino ad applicazione del nuovo Atto aziendale	Direttore ff SC ERMQC Padovan Maria Teresa	Evidenza dell'assolvimento delle funzioni essenziali di Direttore di SC
5. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Accreditamento Provider ASUGI	Verifica documentale e dei requisiti previsti dal “Manuale dei requisiti per l’accreditamento dei provider del sistema regionale di formazione e di educazione continua in medicina nel Friuli Venezia Giulia”	Dirigente e personale afferente alla funzione In comune con SISOF	Rapporto di AUDIT con esito positivo entro il 31/12/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Gestione Organizzativa della Fase 3 – Emergenza Covid - 19	Applicare le linee operative e le indicazioni della Direzione Strategica per la gestione dell'emergenza Covid nella terza fase pandemica attraverso le seguenti azioni: - Supportare le strutture per il mantenimento dei livelli assistenziali e il fronteggiamento delle criticità attraverso la rimodulazione del personale assegnato e/o con l'impiego di altri strumenti gestionali; - Supportare le attività di riorganizzazione delle SSCC e dei Servizi nelle fasi di riconversione in Strutture Covid e/o di accorpamento	SC Direzione Infermieristica e Ostetrica Dirigente Infermieristico Dr.ssa Consuelo Consales	Presentazione del report entro il 31 dicembre 2021
2. Linee di Gestione 6.6 Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	1. Nell'ambito delle linee di programmazione indicate dalla Rete cure sicure, identificare un referente della qualità dell'assistenza 2. promuovere l'applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	SC Direzione Infermieristica e Ostetrica <i>In collaborazione con SC Rischio Clinico e i Responsabili infermieristici Dipartimentali e Distrettuali.</i>	1. Entro il 31/12/2021 viene nominato un referente infermieristico della qualità dell'assistenza all'interno di ogni Struttura Complessa. 2. Almeno due incontri propedeutici alla strutturazione delle linee di lavoro e propedeutici a un piano di miglioramento per l'applicazione e il monitoraggio dell'applicazione dei bundle. Entro dicembre 2021
3. Linee di gestione 5 – Delib. N.144/21	A seguito di specifico atto regionale, si prevede l'attivazione di un corso di formazione per operatori sociosanitari Supportare l'Organizzazione per l'avvio del corso di formazione complementare per operatori sociosanitari	Direzione Infermieristica e Ostetrica	Presentazione della documentazione in relazione allo stato di avanzamento autorizzato Entro 31 dicembre 2021
4.. Valorizzazione delle professioni sanitarie	In relazione all'avvio degli incarichi di funzione si attua la revisione delle Job description dei coordinatori delle professioni sanitarie.	SC Direzione Infermieristica e Ostetrica <i>In collaborazione con Responsabili infermieristici e tecnici Dipartimentali e Distrettuali.</i>	Revisione della documentazione Entro agosto 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>5. Mantenere il monitoraggio in G2 – “scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)” mandato Direzione Centrale FVG nelle SEGUENTI strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geriatria - Medicina Interna 10 piano - Medicina Interna 9 piano - Clinica Medica - Medicina Clinica - Clinica Ortopedica - Clinica Neurologica - Medicina d’Urgenza - Unità Terapia Intensiva Coronarica/Cardiologia - Pneumologia - CCH TIPO - ARTA - Riabilitazione - Neurochirurgia - Nefrologia - S.C. Anestesia e Rianimazione -Clinica Dermatologica - Malattie Infettive - Ematologia - Oncologia - Clinica Otorino - Chirurgia Plastica - Chirurgia Toracica - Chirurgia Vascolare - Chirurgia Generale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorare il corretto inserimento dei dati nelle schede attraverso il sistema informativo G2 2. Predisporre un’evidenza dei dati resi disponibili dal sistema informativo 	<p>Personale della SC Direzione Infermieristica e ostetrica</p> <p><i>In collaborazione con: SC Controllo di Gestione Fornisce mensilmente i numero dei ricoverati nelle strutture indicate; SC Informatica e telecomunicazione, consente l’accesso alla Scheda incidenza lesioni da pressione (LdP) in G 2 assicurandone la configurazione nelle 13 strutture.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Almeno 10 sopralluoghi nei reparti per il monitoraggio del corretto inserimento dei dati in G2 al 31 dicembre 2021 2. Report semestrale sui dati dell’incidenza LdP al 31 dicembre 2021
<p>6. LINEE DI GESTIONE 11.5.3 Favorire l’attuazione del piano di potenziamento della rete ospedaliera, la valorizzazione del lavoro in rete e la costruzione e diffusione dei PDTA LINEE DI GESTIONE 3.1 Migliorare l’Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rinnovare la Commissione delle ferite difficili 2. Consolidare il PDTA Gestione delle ferite difficili 3. Avviare un percorso per la condivisione del PDTA con l’Area Isontina 	<p>Direzione Infermieristica e Ostetrica</p> <p><i>In collaborazione con SC Chirurgia Plastica Direzione delle professioni Area Isontina Responsabili Infermieristici Distrettuali Infermieri esperti</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione del decreto per il rinnovo della Commissione entro maggio 2021 2. Programmare almeno due incontri della Commissione, propedeutici alla definizione di un piano di miglioramento entro dicembre 2021 3. Programmare almeno 2 incontri con l’area isontina per la condivisione del PDTA ferite Difficili. Entro dicembre 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>7. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i></p> <p>Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>1. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale Ospedale - Territorio 2. Condividere ed armonizzare la procedura di continuità assistenziale ospedale territorio tra area isontina e giuliana</p>	<p>Direzione Infermieristica e Ostetrica <i>In collaborazione con i Responsabili infermieristici di Distretto, la Direzione delle professioni Area Isontina</i></p>	<p>1. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali. 2. Almeno 2 incontri di Area Vasta GIULIANO/ISONTINA Entro dicembre 2021</p>
<p>8. Rilanciare la ricerca, l'innovazione e realizzare percorsi di formazione e aggiornamento, sul tema multidisciplinare della presa in carico della cronicità e della fragilità.</p>	<p>Sperimentazione della metodologia di presa in carico con l'utilizzo dello strumento del budget di salute in utenti fragili e/o cronici valutati in Pronto Soccorso: - valutazione ed attivazione della presa in carico con lo strumento di budget di salute negli utenti valutati dagli infermieri del territorio in pronto Soccorso; - Monitoraggio e valutazione della presa in carico con la strumento di budget di salute a domicilio alla conclusione del periodo di assegnazione del budget di salute; - predisposizione del registro specifico, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di audit.</p>	<p>Direzione Infermieristica e Ostetrica <i>In collaborazione con i Responsabili infermieristici di Distretto,</i></p>	<p>Presentazione di un report con i dati relativi alla presa in carico, al monitoraggio e alla valutazione. A tutti gli utenti segnalati deve essere garantita la presa in carico con il budget di salute</p> <p>Periodo: 1 gennaio – 31 dicembre 2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Rischio clinico-LINK Professional	Nomina dei referenti delle professioni sanitarie per la sicurezza del paziente-qualità-accreditamento	Dirigente Tiziana Spessot	I nominativi dei referenti delle seguenti strutture sono stati trasmessi al Risk manager: -Dipartimenti clinici -Distretti sanitari -Dipartimento Prevenzione -Dipendenze -DSM
2. Fare rete e innovare la presa in carico	Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche assistenziali selezionate in tutte le componenti.	Dirigente Tiziana Spessot	Costituzione di un nucleo funzionale: -Dipartimenti clinici -Distretti sanitari Evidenza dei PDTA già in essere da revisionare Revisionato almeno 1 PDTA uniforme per area isontina
3. Monitoraggio appropriatezza della distribuzione risorse infermieristiche nel setting ospedaliero e territoriale anche in periodo di Emergenza Covid19.	Tracciabilità delle azioni per il processo di acquisizione e corretta allocazione delle risorse.	Incarichi di funzione: Luisa Giacomini Patrizia Ponzalli	Evidenza del fabbisogno annuale per professioni sanitarie Evidenza del report di acquisizione del personale e relativa collocazione nel rispetto dell'attivazioni di altri istituti (es. mobilità, riorganizzazioni, emergenze, ecc)
4. Rischio clinico-Infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione dello studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali	Incarico di funzione: Susanna Compassi	Lo studio di prevalenza è stato effettuato e i dati sono stati inviati in DCS
5. Rischio clinico	Revisione e unificazione di almeno 5 procedure aziendali trasversali relative alla sicurezza delle cure	Incarico di funzione: Susanna Compassi	Le procedure sono state revisionate e sono pubblicate su Intranet
6. Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditati	Incarico di funzione: Susanna Compassi	E' garantita la partecipazione attiva alle attività organizzate
7. Formazione Operatori Socio Sanitari	Avviare almeno un corso per OSS di 1000 ore secondo la vigente normativa e indicazioni regionali	Incarichi di funzione: Susanna Compassi Luisa Giacomini Patrizia Ponzalli	Organizzato e avviato almeno 1 corso in area Isontina

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Formazione Operatori Socio Sanitari	Avviare almeno un corso per OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria ore secondo la vigente normativa e indicazioni regionali	Incarichi di funzione: Susanna Compassi Luisa Giacomini Patrizia Ponzalli	Organizzato e avviato almeno 1 corso in area Isontina
9. Promozione della salute rete HPH: Sviluppo di programmi dedicati al benessere degli operatori.	Percorso formativo per la diffusione del percorso avviato in FVG "Aver Cura di chi ci ha curato". Uniformare gli interventi tra area isontina e area giuliana	Luisa Giacomini In comune con Roberta Fedele Dipartimento di Prevenzione	Diffuso il materiale come da indicazioni regionali Almeno 1 incontro formativo Attivati i team di monitoraggio entro 30/06/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Migliorare la compliance nel trattamento riabilitativo delle persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario</p>	<p>1. Analisi degli opuscoli informativi sulle norme igienico comportamentali e gli esercizi per persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario in uso presso le SC Riabilitazione ospedaliere e le SSD di Riabilitazione Territoriali dell'Area Giuliano-Isontina 2. Stesura di un unico opuscolo informativo da utilizzare in tutta l'area Giuliano-Isontina e da inserire nel PDTA esistente</p>	<p>Servizio Riabilitativo Aziendale Cristina Verrone</p> <p>Obiettivo in comune con SSD Riabilitazione Distrettuali, S.C. Medicina riabilitativa Trieste, S.C. Riabilitazione Gorizia/Monfalcone</p>	<p>Elaborazione dell'opuscolo e pubblicazione sul sito internet entro il 01.12.2021</p>
<p>2. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore</p>	<p>1. Condivisione della scheda di continuità riabilitativa ospedale/territorio (SMD) con le strutture di riabilitazione dell'Isontino 2. Addestramento del personale dell'Isontino coinvolto nell'utilizzo della scheda di continuità riabilitativa 3. Sperimentazione della scheda di continuità nell'Isontino</p>	<p>Servizio Riabilitativo Aziendale Cristina Verrone</p> <p>Obiettivo in comune con S.C. Medicina Riabilitativa Trieste, SSD Riabilitazione Distretti, Referente area Riabilitativa di Gorizia/Monfalcone, SC Riabilitazione Gorizia, RID NORML</p>	<p>1. Condivisione della scheda entro 30.06.2021 2. Addestramento all'utilizzo SMD entro 15.10.21 3. Sperimentazione SMD a partire dal 15.10.21</p>
<p>3. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Creazione di un protocollo operativo ASUGI per la presa in carico riabilitativa di persone con M. Parkinson</p>	<p>1. Individuazione di un gruppo di lavoro ASUGI 2. Stesura protocollo operativo</p>	<p>Servizio Riabilitativo Aziendale Louise Marin</p> <p>Obiettivo in comune con S.C. Medicina Riabilitativa di Trieste, SSD Riabilitazione Distrettuali, Referente area Riabilitativa di Gorizia/Monfalcone, SC Riabilitazione Gorizia/Monfalcone e S.C. Clinica Neurologica</p>	<p>Stesura protocollo entro 31.12.2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Gestione emergenza Covid (linee di gestione) Revisione offerta riabilitativa in rapporto ai nuovi bisogni</p>	<p>1. Analisi delle procedure e percorsi esistenti rilevando le criticità che si sono manifestate nel periodo pandemico. 2. Rilevazione dei nuovi bisogni riabilitativi determinati dagli esiti del Covid 19. 3. Analisi dei percorsi / procedure in essere per dare risposta ai bisogni emergenti.</p>	<p>Servizio Riabilitativo Aziendale Louise Marin</p> <p>Obiettivo in comune con S.C. Medicina Riabilitativa di Trieste, SSD Riabilitazione Distrettuali</p>	<p>Disponibilità del documento di analisi entro 30.11.2021</p>
<p>5. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento delle Job Description dei coordinatori di area riabilitativa nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze</p>	<p>1. Selezionare un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze che possono essere peculiari a singole Unità Operativa 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori</p>	<p>Servizio Riabilitativo Aziendale Louise Marin</p> <p>Obiettivo in comune con Coordinatori Area Riabilitativa Ospedale e Territorio</p>	<p>Creazione delle nuove Job Description per i coordinatori di Area Riabilitativa entro dicembre 2021</p>

Obiettivo generale	azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. L' Azienda favorisce l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimilare</p>	<p>Ogni nuova richiesta di farmaci biologici con disponibilità di biosimilari, viene esaminata dal farmacista che proporrà al medico per i pazienti naive l'inizio terapia con biosimilare e la sostituzione in caso di pz già in trattamento con il brand.</p>	<p>Anna Mansi Ludovica Carniel Chiara Roni Ketty Parenzan Sara Sottosanti Stefano Palcic</p>	<p>Indicatore: Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 15/04/2022 descrittivo delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR. I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno il report. Risultato atteso: Incrementare la percentuale di utilizzo di biosimilare per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera e territoriale (diretta, DPC e convenzionata). Fonte dati: Protocollo Banca dati Business object</p>
<p>2. Didattica di alto profilo: punto 6 delle linee generali Aziendali. Assicurare la creazione di una rete didattica per la formazione degli specializzandi in Farmacia Ospedaliera, finalizzata ad futuro inserimento nel SSR, rimasto oggi senza ricambio professionale</p>	<p>Perfezionare le convenzioni con l' "Università del Piemonte Orientale" e della "Statale di Milano" per iniziare a formare professionisti da destinare all' impiego nel SSR, e supplire così alla mancanza delle scuole di specializzazione in FVG</p>	<p>Paolo Schincariol</p>	<p>Indicatore: Stipula finale delle convenzioni tra ASUGI e le Università entro il 30.06.2021 Risultato atteso: La Farmacia diviene sede di tutoraggio per eventuali vincitori delle rispettive selezioni delle due Università convenzionate. Fonte dati: Decreti Aziendali</p>
<p>3. Miglioramenti dei percorsi di cura</p>	<p>Portare in distribuzione diretta la consegna della terapia per un pz emofiliaco per avere pronta visione dei risultati sanitari e dei costi da sostenere, riconsegnando ad ASUGI un minimo ruolo di competenza rispetto a risultare semplici spettatori e pagatori per decisioni altrui, ed esercitare un ruolo di counselling motivazione per il pz finalizzato ad un cambio di terapia. La Farmacia si fa</p>	<p>Paolo Schincariol Chiara Roni</p>	<p>Indicatore: Evidenza di presa in carico della consegna di Feiba ad opera di ASUGI (sistema di scarico dei farmaci in distribuzione diretta). Evidenza del passaggio successivo ad Emicizumab (prescrizioni dello specialista). Risultato atteso: Entro il 30.06, la Farmacia prende in carico il pz per la fornitura del farmaco FEIBA,</p>

Obiettivo generale	azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	promotrice per la realizzazione di un cambio terapeutico che da anni rimane in sospeso per la mancanza di coordinamento tra specialisti diversi.		sino ad oggi dispensato da Farmacia aperta al pubblico e che impegna l'azienda per un esborso annuale > 800.000 €, nelle more di un successivo passaggio ad un farmaco più efficace, più compliant per il paziente, e meno costoso di quello attuale. Fonte dati: Banca dati Business Object Repertorio delle prescrizioni
4. Equilibrio di bilancio Monitoraggio continuo dell'erosione del Budget di risorsa farmaceutico	Predisporre per i Centri di responsabilità dell'area Giuliana il calcolo delle risorse consumate per il materiale sanitario sotto gestione diretta ed indiretta della SOC Assistenza Farmaceutica con pronta evidenza commentata ed analizzata degli scostamenti di budget. Predisporre per i MMG una reportistica con evidenziazione degli scostamenti di spesa.	Chiara Roni Stefano Palcic	Indicatore: -Calcolo e trasmissione al controllo direzionale delle risorse da assegnare alle Strutture Giuliane in ambito farmaceutico per l'anno 2021. -Elaborazione e trasmissione di un report trimestrale al controllo direzionale ed alle singole strutture/MMG come informazione sull' andamento dei costi farmaceutici sostenuti, rispetto quelli assegnati. Risultato atteso: I centri decisori della spesa/MMG sono informati tempestivamente dell'andamento trimestrale, per poter porre in atto eventuali correzioni anche con la consulenza scientifica dei professionisti del farmaco. Fonte dati: Protocollo
5. Implementazione dell' uso sicuro dei medicinali	Accrescere in ASUGI la consapevolezza/sensibilità riguardo l'adesione dei professionisti al sistema della farmacovigilanza come sistema di monitoraggio e prevenzione degli eventi avversi.	Anna Mansi	Indicatore: Elaborazione e trasmissione a tutti i centri di responsabilità entro il 15 aprile di un report dettagliato del rispettivo contributo alle segnalazioni in ASUGI per l'anno 2020. Risultato atteso: Incremento del numero di segnalazioni atteso per il 2021, in misura > al 10%. Fonte dati:

Obiettivo generale	azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			protocollo interno
6. Ottimizzare le procedure di richiesta ed evasione dei farmaci da utilizzarsi presso le strutture aziendali ASUGI attraverso la messa a disposizione di farmaci con le migliori caratteristiche di efficacia, sicurezza e costi per l'utilizzo in un setting di cura specifico, nelle more dell'Istituzione della nuova Commissione Farmaceutica Aziendale. Rendere fruibile la consultazione telematica al personale sanitario interessato dei farmaci messi a disposizione.	Definizione di un aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale, relativamente ai farmaci da utilizzarsi presso le strutture aziendali ASUGI afferenti all' area giuliana e alle normative che ne definiscono la prescrivibilità.	Ludovica Carniel	Indicatore: L'aggiornamento del PTA viene pubblicato sui siti intranet ed internet aziendali nelle apposite sezioni entro il 31.10.2021. Risultato atteso: Gli utenti hanno disponibile in modalità di consultazione online il repertorio aggiornato per l'identificazione dei farmaci necessari a coprire tutte le esigenze dei trattamenti. Fonte dati: siti di consultazione telematiche aziendali.
7. Ottimizzazione delle scorte dei farmaci ad alto costo.	Controllo accurato delle prescrizioni e dello storico delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo. In parallelo verranno esaminate periodicamente le quantità di farmaco presenti a buffer e sulla base anche dei dati periodici di movimentazione dei farmaci, verranno modificate le scorte per evitare giacenze a lungo termine di farmaci inutilizzati.	Irina Cebulec: Stefano Loiacono, Clara Palmieri, Riccardo Provasi, Alan Pettorosso, Barbara Furlan, Marisa Danieli, Raquel Viamonte	Indicatore: Report trimestrale di rettifica delle scorte. Risultato atteso: Riduzione dei farmaci ad alto costo non utilizzati al fine di evitare la loro scadenza. Fonte dati: Slim 2 K, mail di rettifica farmaci e loro quantità a buffer Maggiore.
8. Delineamento dei percorsi necessari alla manipolazione degli organismi geneticamente modificati (MOGM)	1. Gap Analysis tra lo stato attuale in ASUGI e ciò che è richiesto per i MOGM; 2. Valutazione di nuove tecnologie; 3. Condivisione multidisciplinare delle procedure da adottare;	Stefano Loiacono	Indicatore: Stesura di un documento finale entro il 30/09/2021 che funga da piano di fattibilità per la manipolazione di OGM. Dovrà analizzare conformità e difformità alla normativa: vantaggi, svantaggi e possibilità legate all'eventuale nuova attività. Risultato atteso: Porre ASUGI nelle condizioni normative per ottenere l'accreditamento nel 2022 quale struttura abilitata a manipolare gli organismi geneticamente modificati. Fonte Dati: Protocollo interno.

Obiettivo generale	azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Equilibrio di bilancio: monitoraggio dell'attività di rimborso correlata al Registro Farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA	Valutare l'impatto economico dei rimborsi AIFA nel 2020 versus il dato storico. Quantificare il ruolo del farmacista impegnato attivamente a: - Stimolare il medico alla chiusura dei trattamenti su piattaforma web per permettere la generazione dei rimborsi; - Inviare i rimborsi alle Ditte Farmaceutiche e seguire l'iter fino al recupero della somma prevista; Sensibilizzare i clinici prescrittori all'importanza di tale attività come fine per recuperare le risorse economiche investite.	Clara Palmieri	Indicatore: Relazione finale entro il 30/06/2021 contenente i risultati ottenuti nel 2020 grazie all'intervento del farmacista rispetto al dato storico, con quantificazione del valore economico recuperato da inserire nel bilancio della spesa farmaceutica. Risultato atteso: Invio del 100% delle Richieste di Rimborso, generate dalla chiusura dei trattamenti, per la valutazione del rimborso da parte delle Ditte Farmaceutiche. Fonte Dati: Registro AIFA
10. Implementazione attività presso il laboratorio UFA (Unità Farmaci Antitumorali) per ottimizzazione dei percorsi di centralizzazione degli allestimenti	1. Analisi dell'attività produttiva UFA 2020 VS 2019; 2. Status del pool di risorse umane addestrate e formate per l'attività UFA; 3. Valutazione prospettica delle nuove attività;	Riccardo Provasi	Indicatore: Elaborazione di un documento riassuntivo contenente l'attività dell'UFA, il grado d'informatizzazione raggiunto e lo status delle risorse umane entro il 31/03/2021. Risultato atteso: Valutazione della variazione di attività per supportare l'eventuale richiesta di risorse umane del Direttore SC Assistenza Farmaceutica, della Coordinatrice Infermieristica e del RID di CUSA/UFA alla Direzione Strategica. Fonte Dati: Human® Bimind; Relazione; Mail di richiesta ufficiale per risorse UFA
11. Appropriatezza Clinico-Organizzativa e miglioramento del percorso di cura di pazienti domiciliari che necessitano di un galenico magistrale a base di Tacrolimus, Ciclofosfamide o Idrossiurea.	Assicurare la somministrazione di terapie orali in pazienti che non possono assumerle con le forme farmaceutiche in commercio, attraverso l'allestimento di galenici magistrali idonei allo scopo.	Irina Cebulec	Indicatore: Istruzioni operative redatte entro il 31.12.2021 Risultato atteso: Messa in produzione delle nuove formulazioni per pz altrimenti privi di cura Fondata: Cartelle di lavoro in archivio laboratorio galenico. ASCOT Economato e PS

Obiettivo generale	azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>12. Monitoraggio del corretto invio da parte di ARCS dei farmaci del buffer e dell'UFA</p>	<p>Al momento della ricezione dei farmaci ARCS il magazziniere controllerà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corrispondenza fra DDT (Documento di Trasporto) ARCS e farmaco effettivamente arrivato. - Corrispondenza fra Ordine MagRep e DDT. <p>Il controllo in ricezione fra DDT e farmaco sarà effettuato per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Corrispondenza quali-quantitativa (numero di confezioni, nome farmaco, dosaggio, forma farmaceutica) 2. Corrispondenza di lotti e scadenza 	<p>Marisa Danieli, Paolo Bassanese, Fabrizio Zampieri</p>	<p>Indicatore: Verranno archiviati tutti i DDT relativi al 2021 con rettifica del farmaco arrivato.</p> <p>Risultato atteso: Il farmaco arrivato sarà correttamente caricato in slim2K.</p> <p>Fonte Dati: DDT Slim 2K</p>
<p>13. Ottimizzazione gestione farmaci presenti presso la sede Farmacia Cattinara, ai fine di evitare la movimentazione di medicinali scaduti e contemporaneamente ridurre al minimo la presenza di scaduti.</p>	<p>Creazione di una procedura per la gestione di giacenze e scadenze dei Farmaci sia di proprietà ASUGI che di proprietà ARCS (buffer).</p> <p>Attuazione della procedura con</p> <ul style="list-style-type: none"> - controllo giornaliero a rotazione delle giacenze e scadenze farmaci Buffer - controllo mensile di tutti i farmaci presenti nei magazzini Aziendali, con particolare attenzione alle scadenze degli antidoti 	<p>Ludovica Carniel, Ketty Parenzan Marcela Piecksteiner, Cristina Caldarola, Patrizia Vouch, Salvatora Zocco</p>	<p>Indicatore:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione procedura ad uso interno 2. Creazione elenco farmaci Buffer da controllare 3. Compilazione giornaliera con data e firma dell'avvenuto controllo farmaci del Buffer 4. Compilazione registro mensile controllo scadenze farmaci Magazzino Aziendale <p>Risultato atteso: Nel corso del 2021 viene valorizzata la percentuale degli scaduti (esclusi gli obbligatori) perché NON sostituiti per tempo dal magazzino centralizzato con un valore atteso all' 1% del movimentato.</p> <p>Fonte dati: Documentazione interna uso operatori su registri creati ad hoc.</p>
<p>14. Ottimizzazione del processo di archiviazione della copia cartacea delle ricette ai fini di semplificarne la loro consultazione per monitorare l'appropriatezza delle prescrizioni.</p>	<p>La copia cartacea delle ricette evase dovrà essere archiviata secondo le seguenti Aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattie Rare e Fibrosi Cistica - Off label - Prescrizione specialistica e pazienti in 	<p>Ludovica Carniel Sara Sottosanti Antonia Salaris Dolores Venturini Raffaella Saggese</p>	<p>Indicatore: Il 100% dell'attività svolta viene archiviata con tracciatura dell'operatore responsabile e della data di erogazione tramite compilazione di un registro ad uso interno.</p>

Obiettivo generale	azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Assistenza Domiciliare All'interno di ciascuna Area, le ricette dovranno essere catalogate secondo ordine alfabetico nome paziente o principio attivo, in ordine decrescente di data.		Risultato atteso: Miglioramento della tracciabilità sulla assistenza farmaceutica per l'erogazione nominativa di terapie che consenta il recupero delle informazioni e la soluzione di eventuali contenziosi procedurali. Fonte dati: Registro interno
15. Formalizzazione di un percorso operativo che definisca il processo di valutazione e approvvigionamento delle sacche personalizzate (NPT) destinate ai pazienti domiciliari.	Condivisione con tutto il personale coinvolto di un'istruzione operativa che consenta valutazione e approvvigionamento delle richieste di NPT.	Sara Sottosanti Antonietta Procida	Indicatore: Elaborazione entro giugno 2021 di un'istruzione operativa in cui si evinca il percorso di verifica e approvvigionamento delle NPT fruibile per tutto il personale coinvolto. Risultato atteso: L'organizzazione del processo è posta sotto controllo con l'assegnazione di compiti e responsabilità. Fonte dati: Protocollo interno
16. Miglioramento della sicurezza per i pazienti e ottimizzazione del percorso distributivo del farmaco oncologico ad alto costo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inserimento di schemi di terapia orale su strumento informatico già in utilizzo per la prescrizione delle chemioterapie ev (Human BiMind) 2. Condivisione tra Clinici e Farmacisti delle informazioni da trasferire ai pazienti. 3. Realizzazione di materiale educativo a supporto dei pazienti per la corretta assunzione del farmaco (posologia, modalità di assunzione, effetti collaterali, etc.). 4. Dopo visita medica un farmacista dedicato (su appuntamento) dispenserà direttamente i farmaci al paziente, effettuando un servizio innovativo di counsellor. Verranno rilevate compliance, reazioni avverse e consegnato il materiale educativo di supporto ai pazienti 	Sc Oncologia E Sc Farmacia /Dirigenti Medici E Farmacisti	Indicatore: Evidenza degli schemi inseriti su piattaforma Risultato atteso: Apertura entro il 31.12 di un punto di counselling per il paziente per la gestione in sicurezza dei farmaci oncologici orali. Fonte dati: Documentazione aziendale

Obiettivo generale	azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
17. Appropriately clinico-organizzativa Allestimento e distribuzione del gel e della Sospensione per la decontaminazione selettiva gastrica e del gel orale di vancomicina per Rianimazione CoVID.	1. Revisione del FOGLIO DI LAVORO con controllo del preparato finale 2. Monitoraggio degli ordini esteri e delle consegne delle materie prime 3. Integrazione fra le operazioni di sollecito degli ordini con il personale amministrativo 4. Programmazione di allestimento per garantire la consegna dei preparati galenici alla nuova struttura RIANIMAZIONE COVID	Dott.ssa Irina Cebulec Alessandro Bradamante, Pina Amico	Indicatore: il 100% delle richieste di questi prodotti ad opera dei reparti CoVID viene garantito. Risultato atteso: evasione delle richieste di cura proveniente dai reparti COVID Fonte Dati: Ascot Economato- scarichi nel programma gestionale di magazzino
18. Appropriately assistenza integrativa e efficientamento spesa farmaceutica AFIR	Valutazioni propedeutiche all'attivazione dell'erogazione diretta di prodotti di assistenza integrativa attualmente erogati tramite farmacie aperte al pubblico volte al contenimento della spesa AFIR.	Lorenzo Colautti Stefano Palcic Gaia Azzano Morena Zucca	Indicatore: Invio al D.S. di un progetto di fattibilità di erogazione diretta AFIR per la fornitura di prodotti di assistenza integrativa evidenziandone fattibilità, vantaggi, criticità. Risultato atteso: Porre ASUGI nelle condizioni di attuare nel 2022 la distribuzione diretta dei presidi AFIR iniziando con la categoria stomia e cateteri. Fonte dati: protocollo Durata: entro 31/12/2021
19. Governance farmaceutica aziendale Costituzione di una Commissione Farmaceutica aziendale mista di area giuliana ed isontina	Costituzione di una Commissione Farmaceutica aziendale mista di area giuliana ed isontina Creare un ambito di partecipazione diffusa per l'evidenziazione/discussione/soluzione di tutte le tematiche in ambito farmaceutico per il mantenimento di una assistenza farmaceutica capace di coniugare appropriatezza, innovazione e sostenibilità in misura uniforme per tutta la popolazione servita	Paolo Schincariol In comune con FUA Stefano Visintin	Risultato atteso: Proposta di costituzione di una Commissione Farmaceutica aziendale mista di area giuliana ed isontina Fonte dati: Determine aziendali

Obiettivo generale	azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
20. Rischio clinico – Uso sicuro dei farmaci	Revisione e unificazione delle procedure aziendali relative alla sicurezza del farmaco (Racc. Ministeriali n. 1,7, 12, 17, 18, 19)	Sc Assistenza Farmaceutica Sc Farmacia Unica Aziendale	Le procedure sulla sicurezza per la campagna vaccinale anticovid 19 sono state revisionate e sono pubblicate su intranet
21 Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva (7.2 linee gestione)	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	Sc Assistenza Farmaceutica Sc Farmacia Unica Aziendale	Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021 , da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini, Report congruenti in base agli obiettivi assegnati
22. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Garantire il regolare funzionamento della attività farmaceutiche territoriali di ASUGI relative alle farmacie convenzionate.</p>	<p>Organizzare le attività e aggiornare il Decreto istitutivo delle seguenti commissioni, uniche e obbligatorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - commissione per il servizio farmaceutico ai sensi dell'art della legge regionale n. 43 dd. 13.07.1981 e s.m.i.; - commissione di controllo delle farmacie ai sensi dell'art. 40 della legge regionale n. 43 del 13.07.1981 e s.m.i.; <p>così da mantenere una gestione unificata delle principali attività farmaceutiche territoriali relative alle farmacie convenzionate. La Direzione Generale è nelle condizioni di adottare eventuali i decreti e dare continuità alle attività ispettive, alla definizione dei turni di servizio e gli orari di apertura e chiusura, alla classificazione delle farmacie, all'erogazione dell'indennità di residenza, ecc</p>	<p>Dirigenza-Stefano Visintin</p> <p>In collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana,</p>	<p>Indicatore Evidenza dell'organizzazione delle attività e degli eventuali aggiornamenti dei Decreti istitutivi di entrambe le commissioni da parte della SC Farmacia Unica Aziendale alla Direzione Generale</p> <p>Fonte dati siti di consultazione telematica aziendali</p>
<p>2. Garantire la regolare liquidazione delle farmacie territoriali convenzionate di ASUGI.</p>	<p>La SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, in collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana, cura il percorso liquidatorio coordinandosi con i Servizi di Ragioneria, con il Servizio Farmaceutico Regionale e con Insiel.</p>	<p>Dirigenza-Erika Blanco; Stefano Visintin Comparto-Rossella Pianta; Eros Cosatto; Federico Nanut; Giorgio Degiovanni.</p>	<p>Indicatore Evidenza della predisposizione dei mandati di pagamento da parte della SC Farmacia Unica Aziendale per il Servizio di Ragioneria così da garantire la regolarità dei pagamenti.</p> <p>Fonte dati siti di consultazione telematica aziendali</p>
<p>3. Garantire il percorso amministrativo che porta all'erogazione dei prodotti privi di glutine a soggetti affetti da morbo celiaco secondo gli standard previsti dalla DGR n. 2193 del 20 dicembre 2019</p>	<p>Cura gli atti di convenzionamento e l'attivazione delle attività commerciali attive in ASUGI che facciano richiesta di adesione alla rete regionale per la fornitura di prodotti per la celiachia nella ambito del progetto sistema "CELIACHI@FVG"</p>	<p>SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, Dirigenza- Erika Blanco, Stefano Visintin Comparto-Rossella Pianta; Federico Nanut; Giorgio Degiovanni.</p> <p>in collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana</p>	<p>Indicatore Tutte le richieste di adesione al progetto "CELIACHI@FVG" sono gestite così da garantire i livelli di assistenza alla popolazione.</p> <p>Fonte dati siti di consultazione telematica aziendali</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Migliorare e rendere più trasparente il processo amministrativo di riconoscimento dell'Indennità di residenza, ai sensi della Legge 221/1968 e LR 59/1981.	Definizione di un'istruzione operativa e sua adozione	SS Area Farmaceutica territoriale Dirigenza - Erika Blanco Comparto - Rossella Pianta; Giorgio Degiovanni; Federico Nanut;	Indicatore Adozione procedura Diffusione, nella SS Area Farmaceutica territoriale, tramite incontro documentato da verbale, della istruzione operativa e sua pubblicazione nel sito intranet Fonte dati siti di consultazione telematica aziendali
5. Migliorare l'offerta di assistenza alla popolazione con l'attuazione dei contenuti dell'art. 11 del D.L. 24.01.2012 n. 1, convertito con modificazioni nella Legge 24 marzo 2012 n. 27	Svolgimento delle operazioni necessarie a garantire l'assegnazione delle sedi farmaceutiche di ASUGI attribuite con il concorso regionale straordinario e predisposizione dell'atto autorizzativo finale. La Direzione Generale è nelle condizioni di emettere il provvedimento di autorizzazione all'apertura delle sedi farmaceutiche eventualmente assegnate dalla Regione, con termine ultimo di apertura nell'anno 2021.	SS Area Farmaceutica territoriale Dirigenza - Erika Blanco Comparto - Rossella Pianta; Federico Nanut; Eros Cosatto. In collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana	Indicatore Tutte le eventuali richieste di apertura sono gestite fino alla proposta dell'atto autorizzativo. Fonte dati siti di consultazione telematica aziendali
6. Gestione della pianificazione nel territorio di ASUGI delle nuove sedi farmaceutiche.	Chiudere il percorso amministrativo della pianificazione territoriale delle farmacie afferenti all'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana Isontina anno 2020. La Direzione Generale è nelle condizioni di emettere il provvedimento di chiusura dell'atto ricognitivo per la pianificazione territoriale delle farmacie.	SS Area Farmaceutica territoriale Dirigenza-Erika Blanco; Comparto-Rossella Pianta; Federico Nanut; Eros Cosatto. In collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana	Indicatore Proposta di decreto chiusura dell'atto ricognitivo anno 2020. Fonte dati siti di consultazione telematica aziendali
7. Governance farmaceutica aziendale Costituzione di una Commissione Farmaceutica aziendale mista di area giuliana ed isontina	Costituzione di una Commissione Farmaceutica aziendale mista di area giuliana ed isontina Creare un ambito di partecipazione diffusa per l'evidenziazione/discussione/soluzione di tutte le tematiche in ambito farmaceutico per il mantenimento di una assistenza farmaceutica capace di coniugare appropriatezza, innovazione e sostenibilità in misura uniforme per tutta la popolazione servita	Stefano Visintin In comune con AF Paolo Schincariol	Risultato atteso: Proposta di costituzione di una Commissione Farmaceutica aziendale mista di area giuliana ed isontina Fonte dati: Determine aziendali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Garantire la dispensazione dei dispositivi medici per diabetici per la microinfusione di insulina e il monitoraggio continuo della glicemia, di cui all'allegato 3 del DPCM 12 gennaio 2017.	La farmacia di Gorizia e Monfalcone garantisce il regolare allestimento dei dispositivi medici per diabetici (per la microinfusione di insulina e il monitoraggio continuo della glicemia) a fronte delle richieste personalizzate nominative che provengono dai Distretti Alto e Basso Isontino.	Dirigenza – Michela Medeot; Marco Cristiani; Stefano Visintin; Comparto – Dennis Vit; Barbara Paoletti; Alessandro Ferelli; Lucia Drioli.	Indicatore Nessuna discontinuità nella fornitura imputabile alla SC Farmacia Unica Aziendale: I pazienti diabetici ricevono i regolarmente dispositivi loro prescritti per quanto di competenza.
9. Migliorare e rendere più efficiente il percorso amministrativo per l'acquisizione di beni non forniti da ARCS	Definizione e attuazione di una istruzione operativa che parta dall'emissione dell'ordine alla predisposizione del mandato di pagamento	Dirigenza – Michela Medeot; Stefano Visintin; Comparto – Rossella Pianta; Karen Krainer, Alessandro Ferelli.	Indicatore Definizione della procedura e sua adozione. Diffusione, nella SS Area Farmaceutica Ospedaliera, tramite incontro documentato da verbale, della istruzione operativa e sua pubblicazione nel sito intranet
10. Potenziamento delle capacità operative ospedaliere della farmacia di Gorizia e Monfalcone	Aggiornamento della procedura aziendale ex AAS2 "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari" e monitoraggio della sua puntuale attuazione da parte dei reparti in area isontina.	Dirigenza – Michela Medeot; Natalie Selva; Stefano Visintin; Comparto – Dennis Vit; Barbara Paoletti; Alessandro Ferelli; Lucia Drioli.	Indicatore La procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari" è aggiornata per l'area isontina e la SC Farmacia Unica Aziendale fornisce i dati rispetto alle eventuali non conformità. Adozione della procedura e fornitura dei dati di non conformità dei reparti alla Direzione. Fonte dati siti di consultazione telematica aziendali
11. Garantire il regolare funzionamento della attività legate ai registri AIFA.	La SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, eroga farmaci soggetti a registri AIFA esclusivamente a seguito di registrazione della prescrizione nei registri medesimi	Dirigenza- Michela Medeot; Marco Cristiani; Stefano Visintin	I farmaci soggetti a registro sono erogati a seguito di prescrizione nel sistema AIFA: 100% delle prescrizioni soggette a registro spedite con completamento della registrazione a sistema da parte della Farmacia di Gorizia e Monfalcone. Fonte dati siti di consultazione telematica aziendali
12. Sicurezza dei pazienti utilizzatori di	Regolare svolgimento della procedura aziendale per la gestione della	Dirigenza-Marco Cristiani; Stefano Visintin Comparto-Rossella Pianta; Eros Cosatto	Attuazione della procedura aziendale sulla sicurezza dei dispositivi medici da proporre

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dispositivi medici in ASUGI	dispositivovigilanza. ASUGI è nelle condizioni di gestire gli avvisi di sicurezza, relativi ai dispositivi medici. Le informazioni sulle misure di sicurezza dei dispositivi medici sono trasmesse regolarmente alle Strutture aziendali interessate.	In collaborazione con le Direzioni Mediche Ospedaliere	alla Direzione Generale. Fonte dati siti di consultazione telematica aziendali
13. Rischio clinico – Uso sicuro dei farmaci	Revisione e unificazione delle procedure aziendali relative alla sicurezza del farmaco (Racc. Ministeriali n. 1,7, 12, 17, 18, 19)	SC Assistenza farmaceutica SC Farmacia unica aziendale	Le procedure sulla sicurezza per la campagna vaccinale anticovid 19 sono state revisionate e sono pubblicate su intranet
14. Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva (7.2 linee gestione)	Le Aziende invieranno un report di sintesi semestrale e annuale alla DCS con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc).	SC Assistenza farmaceutica SC Farmacia unica aziendale	Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2021, da cui si evincano: Obiettivi assegnati, monitoraggi effettuati, azioni intraprese ed esiti: - in ambito ospedaliero relativi a setting ad alto impatto di spesa; - in ambito territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) al fine di favorire l'appropriatezza; Modalità di valutazione: Report inviati nei termini, Report congruenti in base agli obiettivi assegnati
15. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Supporto alla DCS FVG - Attività nazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali: supporto al Ministero della Salute nella ricodifica della diagnosi nelle Schede di Dimissione ospedaliera prodotte dalle regioni nel 2020 inerenti la casistica COVID-19 secondo le indicazioni del Ministero della Salute del 3 febbraio 2021	Preparazione di documentazione tecnica	Lucilla Frattura, Carlo Zavaroni	Evidenza di documenti tecnici con le indicazioni per la ricodifica delle diagnosi nelle Schede di Dimissione ospedaliera prodotte dalle regioni nel 2020 inerenti la casistica COVID-19 entro il 31.12.2021
2. Supporto alla DCS FVG - Attività nazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali: supporto al Ministero della Salute nell'implementazione della Classificazione internazionale del Funzionamento della disabilità e della salute (ICF) in età evolutiva	Preparazione di documentazione tecnica	Lucilla Frattura, Carlo Zavaroni. Giovanni Bassi	Evidenza di documenti tecnici inerenti l'uso degli applicativi messi a punto per l'uso della Classificazione internazionale del Funzionamento della disabilità e della salute (ICF) ivi compresa la nuova versione della traduzione in italiano della classificazione con gli aggiornamenti 2011-2018, di riferimento per la redazione del Profilo di funzionamento in età evolutiva, entro il 31.12.2021
3. Supporto alla DCS FVG - Attività nazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali: supporto al Ministero della Salute nella implementazione di ICD-10-IM	Produzione dell'aggiornamento 2021 della modifica clinica italiana di ICD-10	Lucilla Frattura, Carlo Zavaroni. Giovanni Bassi	Evidenza del file con la versione aggiornata della modifica clinica di ICD-10-IM e di almeno un capitolo con la classificazione dettagliata con inclusioni ed esclusioni, entro il 31.12.2021
4. Supporto alla DCS FVG - Attività nazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali: supporto al Ministero della Salute nell'implementazione di ICD-10	Traduzione in italiano degli aggiornamenti internazionali di ICD-10 (versione 2019)	Lucilla Frattura, Carlo Zavaroni	Evidenza del documento con gli aggiornamenti internazionali di ICD-10 tradotti entro il 31.12.2021
5. Supporto alla DCS FVG - Attività nazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS	Traduzione in italiano degli aggiornamenti internazionali di ICF (anni 2019, 2020, 2021)	Lucilla Frattura	Evidenza del documento con gli aggiornamenti internazionali tradotti entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
per la Famiglia delle classificazioni internazionali: supporto al Ministero della Salute nell'implementazione di ICD;			

Direzione Dipartimento di Prevenzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Sistemi di sorveglianza: Utilizzare i sistemi di sorveglianza di popolazione adulta ed anziana (PASSI E PDA) per migliorare i programmi di prevenzione e promozione della salute attraverso la divulgazione fra operatori ASUGI, MMG, popolazione TARGET e CAREGIVER, degli indicatori che mostrano l'impatto della pandemia su: <ul style="list-style-type: none"> – fattori di rischio comportamentali (inattività fisica, alcol, alimentazione, fumo), – condizioni economiche e lavorative – rinuncia alle cure, – stato emotivo della popolazione 	Elaborazione dei dati raccolti attraverso i sistemi di sorveglianza di popolazione (PASSI, PASSI D'Argento) e diffusione all'utenza ed agli operatori, mediante schede tematiche o report, attraverso il portale, i social network aziendali	Dirigenti Medici	Informazione degli operatori ASUGI, dei MMG e dell'utenza attraverso il portale e i social network aziendali e mediante invio ad OMCEO e IPASVI entro il 31/12/2021
2. Screening oncologici (Area isontina)	Gestione delle agende di primo e secondo livello Attività di Call center informativo e di supporto Organizzazione della logistica e approvvigionamento del materiale per le sedi in cui vengono svolte le attività di screening	AS Francesca Sonson Dr. Marco Braida Personale amministrativo di segreteria – area isontina	Relazione sull'attività svolta
3. Promozione della salute rete HPH: Sviluppo di programmi dedicati al benessere degli operatori.	Percorso formativo per la diffusione del percorso avviato in FVG "Aver Cura di chi ci ha curato". Uniformare gli interventi tra area isontina e area giuliana	Dr.ssa Roberta FEDELE In comune con Dr.ssa Luisa Giacomini, Servizio Professioni Sanitarie Area Isontina	Diffuso il materiale come da indicazioni regionali Almeno 1 incontro formativo Attivati i team di monitoraggio entro 31/12/2021
4. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della 5.	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	interna di SC individuati dal responsabile di struttura	2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
6. Attuazione progetto regionale MOM (Meditazione Orientata alla Mindfulness)	Sostegno ed accompagnamento del personale scolastico per migliorare la partecipazione e l'adesione al progetto regionale MOM	Dr.ssa Roberta FEDELE Assistenti sanitari	Effettuazione di almeno 1 incontro formativo entro il 31/12/2021
7. Partecipare al progetto CCM "Implementare la rete WHP in FVG"	Formazione degli operatori del Dipartimento di prevenzione della SC PSAL e della Direzione del Dipartimento che si occupa di promozione della salute Incrementare la rete delle imprese aderenti al programma in relazione all'andamento dell'epidemia COVID	Dirigenti, TdP e AS della SC PSAL Dr.ssa Roberta FEDELE Assistenti sanitari della SC ISP	Identificare almeno 1 ulteriore impresa che aderisce al progetto Avviare le attività previste dal progetto almeno presso una impresa dell'area giuliana
8. Controlli dei pagamenti effettuati e da riscuotere da parte dell'utenza del Dipartimento di prevenzione (area isontina)	Controlli incrociati delle attività svolte a favore dell'utenza e mandati di pagamento	Personale amministrativo (area isontina)	N° riscontri effettuati

SC Centro Regionale Unico Amianto (CRUA)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Visite su nominativi indicati da Direzione Centrale Salute	Contattare tutti i nominativi indicati dalla Direzione Centrale Salute e garantire le visite a tutti i soggetti che accetteranno	Dott. Paolo Barbina AS Antonella Devetti	1. N° soggetti contattati / N° indicati dalla Direzione Centrale Salute > 97% Evidenza N° visite effettuate
10. Ambulatorio Monfalcone	1. Garantire le visite entro 30 giorni dalla richiesta fatto salvo che non sia lo stesso assistito a chiedere visite oltre tale data	Dott. Paolo Barbina AS Antonella Devetti	1. Tempo d'attesa visite ambulatoriali <= 30 gg dalla richiesta
	2. Informare le persone di cui all'elenco fornito dalla Direzione Centrale Salute	Dott. Paolo Barbina AS Antonella Devetti Dirigente Chimico Paola Gabrielli	2. Partecipazione ad almeno 1 momento informativo predisposto dalla Direzione

	nella campagna informativa predisposta dalla stessa Direzione	Dott. Federico Ronchese Dott.ssa Paola De Micheli	Centrale Salute in collaborazione con UCO Medicina del Lavoro Trieste
	3. Raccolta dati visite effettuate in collaborazione con UCO Medicina del Lavoro Trieste	Dott. Paolo Barbina Dott. Federico Ronchese Dott.ssa Paola De Micheli	3. Relazione su attività clinica
11. Iscrizione al registro regionale ex esposti	Accogliere tutte le domande che pervengono e darne riscontro alla direzione centrale salute	Dott. Paolo Barbina AS Antonella Devetti	L'80% delle domande pervenute vengono riscontrate entro 30gg dalla richiesta alla Direzione centrale salute
12. Redazione di un elaborato inerente i lavoratori che hanno partecipato alla rimozione amianto nel periodo 2018-2019 in FVG	Redigere elaborato con indicati ore di lavoro e Kg rimossi per tipologia di materiale (compatto, friabile e altro)	Dirigente chimico Paola Gabrielli	Relazione sui lavoratori che hanno partecipato alla rimozione amianto nel periodo 2018-2019 in FVG

SC Sanità Animale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
13. Dal 01/01/21 la gestione delle movimentazioni nella banca dati nazionale dell'acquacoltura è di competenza esclusiva degli allevatori. Si rende pertanto necessario provvedere alla verifica delle posizioni nella banca dati dei 138 allevamenti registrati per rendere fruibile agli operatori i servizi della BDA	1. Predisposizione ed inoltro agli operatori di una richiesta di informazioni in merito allo stato degli allevamenti registrati a loro nome. 2. Verifica delle posizioni anagrafiche nella Banca dati dell'Acquacoltura. 3. In caso di mancato riscontro scritto entro 30 giorni dalla data di ricevimento o di comunicazione incompleta o con dati incoerenti verifica in loco presso gli allevamenti.	Personale medico veterinario	1. Predisposizione ed inoltro agli operatori di una richiesta di informazioni in merito allo stato degli allevamenti registrati a loro nome. Entro il 31/03/21 2. Verifica delle posizioni anagrafiche nella Banca dati dell'Acquacoltura. Entro il 30/06/21 3. In caso di mancato riscontro scritto entro 30 giorni dalla data di ricevimento o di comunicazione incompleta o con dati incoerenti verifica in loco presso gli allevamenti. Entro il 31/12/21
14. Verifica del benessere psico-fisico degli animali sequestrati (cani e gatti) presso il domicilio della famiglia adottante (prosecuzione obiettivo 2020)	1. Verifica del mantenimento delle condizioni di benessere psico-fisico degli animali dati in adozione presso famiglie richiedenti. 2.	Personale medico veterinario Personale del comparto	1. Effettuazione di 15 sopralluoghi, con compilazione della check-list (entro il 31/11/2020). 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Compilazione e verifica della check-list per la valutazione dell'adeguatezza dell'affidatario.		Valutazione delle check-list entro 30 giorni dalla compilazione delle stesse e comunicazione dell'esito alla famiglia adottante.

SC Igiene degli Alimenti di Origine Animale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
15. Incrementare la qualità e l'uniformità del controllo ufficiale SCIAOA nelle aree giuliana ed isontina superando criteri quantitativi di mera efficienza (numero dei controlli) effettuando controlli sulla legittimità tecnica e giuridica delle azioni ex art. 138 del regolamento UE 625/17, anche con riferimento al d.lgs. 27/21.	Valutare provvedimenti ex art. 13 del regolamento UE 625/17 in ordine ai profili di legittimità stabiliti dall'art. 3 della l. 241/90, dall'art. 138(3) del regolamento UE 625/17) e dai criteri stabiliti dal d.lgs. 27/21, art.5.	Direttore	Valutazione, definizione degli esiti ed eventuali azioni correttive di n.6 provvedimenti ex art. 13 del regolamento UE 625/17, tre per area, predisposti da veterinari dirigenti (4) e da Tecnici della prevenzione (2).
16. Incrementare l'efficacia e l'uniformità del controllo ufficiale nelle aree isontina e giuliana attraverso la gestione delle sanzioni amministrative ex l. 689/81	Predisposizione di una procedura integrata di gestione delle sanzioni amministrative dell'area giuliana ed isontina di competenza SCIAOA	Direttore	Predisposizione ed attuazione in SCIAOA della procedura entro il 31.12.2021.
17. Formazione degli OSA. Incrementare il livello di conformità alla normativa alimentare attraverso la preparazione specifica degli operatori del settore alimentare.	Predisposizione, in cooperazione con Confcommercio di Trieste, di una check list di autovalutazione della preparazione specifica degli addetti delle imprese alimentari.	Direttore	Predisposizione e consegna a Confcommercio ed agli altri OSA interessati della check list di autovalutazione della preparazione entro il 31.12.2021.
18. Sistema di allarme rapido degli alimenti. Incrementare la sicurezza alimentare attraverso una efficace applicazione nella SC IAOA dell'art. 50 del regolamento CE 178/2002 con riguardo agli obblighi degli	Aggiornamento ed adozione, nelle more di linee guida nazionali aggiornate alla vigente normativa, della procedura di allerta rapido degli alimenti SCIAOA in applicazione del regolamento UE 1715/2019 e delle tuttora applicate LL.GG.	Direttore Veterinari dirigenti Tecnici della Prevenzione	Predisposizione ed attuazione entro il 31.12.2021 della procedura interna SCIAOA di allarme rapido.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
OSA ex art. 18 e 19 del precitato regolamento	della Conferenza Stato Regioni n. 204 del 2008.		
19. Sicurezza alimentare. Piano regionale dei controlli ufficiali PRISAN 2021.	Effettuazione dei controlli ufficiali previsti dal piano regionale negli stabilimenti riconosciuti ai sensi del regolamento CE 853/04 e registrati ai sensi del regolamento CE 852/2004.	Veterinari dirigenti Tecnici della prevenzione	Il Piano Regionale dei controlli (PRISAN 2021) non è stato ancora emanato. È possibile ipotizzare, a parità di condizioni, il raggiungimento dei livelli quantitativi del 2020, negli stabilimenti riconosciuti e, secondo le indicazioni della CSR 212/2016, negli stabilimenti registrati.
20. Sicurezza alimentare. Piano regionale di campionamento delle matrici alimentari di competenza e monitoraggio dei MBV nelle aree giuliana ed isontina.	Effettuazione dei campionamenti secondo la programmazione stabilita SCIAOA secondo le indicazioni regionali.	Veterinari dirigenti Tecnici della Prevenzione	Effettuazione dei campionamenti ed azioni conseguenti entro il 31.12.2021 secondo la programmazione stabilita. Attualmente il campionamento è sospeso a causa dell'assenza di linee guida applicative del d.lgs. 27/21, norma attuativa nazionale del regolamento UE 625 del 2017.

SC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
21. Tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano	Esecuzione di n. 18 campioni	Dirigenti Medici Tdp Personale amministrativo	Esecuzione al 31.12.2021 di 18 campionamenti a livello aziendale
22. Tutela della salute della popolazione attraverso la verifica della potabilità delle acque destinate al consumo umano (acquedotto)	Monitoraggio attraverso 400 campioni di acqua destinata al consumo umano (punto di prelievo acquedotto)	Dirigenti Medici Tdp	Esecuzione al 31.12.2021 di almeno il 90% dei campionamenti totali
23. Tutela della salute della popolazione attraverso la verifica della potabilità delle acque destinate al consumo umano (sorgenti idriche del gestore)	Monitoraggio attraverso 18 campioni di acqua destinata al consumo umano (punto di prelievo sorgente idrica del gestore)	Dirigenti Medici Tdp Personale amministrativo	Esecuzione al 31.12.2021 di almeno il 90% dei campionamenti totali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
24. Garantire esami per micologi	Svolgimenti esami per micologi come richiesto dalle associazioni di Muggia, Trieste, Ronchi dei Legionari, Gorizia, Cormons	Dirigenti Medici Ispettori Micologi di cui al 615 REG. DEC – DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Evidenza verbale di esame al 31.12.2021
25. Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA	Partecipazione al corso di formazione organizzato dalla regione	Dirigenti Medici TdP	70% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2021
26. Monitoraggio della radioattività nelle matrici alimentari – campagna 2021	Eseguire i campioni di matrici alimentari al fine del monitoraggio della radioattività	Dirigenti Medici TdP	n. 64 di campionamenti di alimenti programmati per 2021 (certi)
27. Progetto biennale Convenzione prot. 36341/2020; prot. SEZ 408 “Promozione della salute dei lavoratori, migliorando le qualità nutrizionali dei cibi offerti nelle mense aziendali: messa a punto di tecniche innovative per la determinazione in loco di marker nutrizionali ad elevate sensibilità” Proseguimento: secondo anno	1. Proseguimento comunicazione del progetto a livello aziendale ed extra - aziendale 2. Condivisione del progetto con il gruppo di lavoro 3. Definizione cronoprogramma 2021 espletamento dell’attività 1 fase di cui all’art. 3 della Convenzione prot. 36341/2020, prot. SEZ 408 4. Informazione degli operatori e dell’utenza anche attraverso il portale e i social network aziendali	Dirigenti Medici Titolare di P.O.	Aggiornamento dei documenti relativi al progetto sul sito aziendale
28. Declinazione dell’Accordo 222/CSR 2016 “Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie di intervento 2016 – 2019” per il supporto agli enti pubblici che erogano servizi di ristorazione collettiva in relazione all’impatto COVID 19 sulla tenuta della sicurezza alimentare e nutrizionale	1. Monitoraggio degli standard previsti dai criteri di sicurezza alimentare e nutrizionale 2. Potenziamento del supporto dedicato agli enti gestori del servizio di ristorazione collettiva	Dirigenti Medici Titolare di P.O.	Monitoraggio e supporto al 20% degli enti che erogano il servizio di ristorazione collettiva
29. Adeguamento menù e indicazioni nutrizionali dei Centri Vacanza per Minori alle regole imposte dalla prevenzione del contagio da Sars-CoV-2 / COVID-19	Verifica dell’adeguatezza dei menù proposti per l’approvazione da parte dei Centri Vacanza/Centri Estivi per minori Approvazione delle tabelle dietetiche delle nuove aperture	Dirigenti Medici Dietiste	Punti 1) – 2) – 3) Approvazione del 100% dei menù che pervengono alla valutazione e all’approvazione della SCIAN Punto 4) Verifica requisiti tramite Sopralluoghi nel 15% dei Centri Estivi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Verifica dei requisiti già in possesso delle Strutture aperte nell'estate 2020 Eventuale (se possibile) sopralluogo in alcuni Centri per verifica sul posto del rispetto dei requisiti approvati		aperti (se sarà possibile in base alla gestione pandemica)
30. Trasparenza e aggiornamento delle informazioni all'utenza in merito alla sezione Nutrizione della SCIAN: pagina di presentazione di mission/attività e materiali di approfondimento	Revisione delle informazioni e dei materiali di approfondimento presenti sul sito internet di ASUGI Implementazione con eventuali nuovi contenuti e ordinamento intuitivo di quanto disponibile Pubblicazione sul sito istituzionale, nella sezione dedicata alla sezione Nutrizione della SCIAN	Dirigenti Medici Dietiste	Aggiornamento del 100% dei contenuti presenti sul sito
31. Area del rischio clinico: ristorazione ospedaliera quale tassello del percorso di cura	Rivalutazione delle preparazioni alimentari destinate alle diete speciali ad alta densità nutritiva. Modifiche delle ricette ove necessario, ricalcolo e validazione Monitoraggi secondo piano HACCP in essere. Avvio del percorso di revisione del piano HACCP di area isontina	Dirigenti Medici Servizio di Dietetica - Area Isontina e SCIAN - Area Isontina Personale dietista e SPPA Tecnico della prevenzione	N. preparazioni controllate >3 / anno = obiettivo raggiunto N. preparazioni controllate <3 / anno = obiettivo non raggiunto N. monitoraggi effettuati: >1 / anno = obiettivo raggiunto N. monitoraggi effettuati: <1 / anno = obiettivo non raggiunto Evidenza di avvio di percorso di revisione del piano HACCP di area isontina = obiettivo raggiunto Tempo: entro 31 dicembre 2021

SC Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche (area giuliana)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
32. Mantenimento dell'attività ambulatoriale relativa agli accertamenti per l'invalidità civile utilizzando il 100% delle risorse mediche interne alla struttura.	Predisposizione di ambulatori e sedute dedicate con estensione degli orari di vista (5 ore per seduta)	Responsabile di Struttura	Effettuazione media di 20 sedute mensili

33. Semplificazione delle procedure per la prenotazione delle visite in commissione medica locale per le patenti speciali	Modifica del sito aziendale dedicato alla commissione medica locale per le patenti speciali con introduzione di link specifici in funzione della conferma validità o revisione	Tutti i Dirigenti Medici della ex SCACLFP e personale di comparto	Realizzazione entro il 31.12.2021 di un sito facilitante il percorso informatico di prenotazione
34. Riduzione dell'attività valutativa domiciliare per l'accertamento dell'invalidità civile	Introduzione e espansione delle procedure valutative previste dalla Legge 11 settembre 2020 n. 120 art 29 ter (semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap	Tutti i Dirigenti Medici della ex SCACLFP e personale di comparto	Valutare sugli atti 100 richieste di visita per l'accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap entro il 31.12.2021

SSD Medicina legale (area isontina)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
35. Mantenimento dei tempi di attesa per la convocazione a visita in commissione invalidi civili	Attività di coordinamento tra le Parti coinvolte nel processo, garantendo così la convocazione a visita ambulatoriale nei territori di Gorizia e Monfalcone entro i 60 giorni dal ricevimento telematico della domanda	Personale del Comparto (2 infermiere, 1 assistente sanitaria, 1 assistente sociale e 1 assistente amministrativo)	Tempi di attesa per la convocazione in seduta ambulatoriale entro i 60 giorni dal ricevimento della domanda nel mese di dicembre 2021

Deontologia e Responsabilità Professionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
36. Assicurare la partecipazione diretta dell'Azienda nei procedimenti giudiziari che la riguardano in punto responsabilità professionale sanitaria	Presidiare attivamente le diverse fasi della consulenza tecnica d'ufficio (C.T.U.) (inizio operazioni peritali, prosecuzione delle operazioni, osservazioni alla bozza di consulenza, osservazioni all'elaborato depositato)	Tutti i dirigenti medico legali del Dipartimento di Prevenzione (ex DIP ASUITS e DIP ASS 2 Bassa Friulana Isontina)	Concreta partecipazione dell'Azienda convenuta nelle attività di C.T.U. per il tramite del proprio consulente tecnico di parte almeno nel 75% dei procedimenti nel periodo di riferimento 01/03/2021 – 31/12/2021 Deposito da parte del c. tecnico d'ufficio nelle cause civili e negli accertamenti tecnici preventivi, in particolare in tema di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			responsabilità professionale sanitaria, di un elaborato ove risultino concretamente considerate e discusse le motivazioni di parte convenuta (ASS1 e AOOTS) e conoscibilità tempestiva da parte dell'Azienda convenuta delle criticità presenti con conseguente possibilità di eventuale precoce risoluzione transattiva a minore impatto economico mediante produzione di un report di sintesi della attività di consulenza nel 100% dei casi in cui si è partecipato.

SSD Sicurezza Impiantistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
37. Analisi e riordino dei carichi di lavoro per le verifiche periodiche sugli apparecchi a pressione, impianti di riscaldamento e apparecchi di sollevamento nelle Province di Gorizia e Trieste formalmente accettati dal Servizio.	Esecuzione di un adeguato numero di verifiche periodiche sugli apparecchi a pressione, impianti di riscaldamento e apparecchi di sollevamento, al fine di ottemperare le richieste formalmente accettate e non incrementare l'arretrato attualmente esistente	Dirigente Responsabile della Struttura	Evidenza degli esiti di almeno 120 richieste di verifiche periodiche formalmente conferite sugli apparecchi a pressione, impianti di riscaldamento e apparecchi di sollevamento entro il 31/12/2019.
38. Analisi dei carichi di lavori per le verifiche degli ascensori nelle province di Trieste e Gorizia con particolare riguardo allo stato delle richieste formalmente accettate dall' ASUGI con contestuale incremento della produttività del 10% rispetto agli obiettivi 2020 dovuto ad una copertura delle verifiche di impianti installati sul territorio dell'Area Isontina da parte del personale afferente all'Area Giuliana	Individuazione di un lotto di verifiche di ascensori critiche da accertare od eseguire in via prioritaria tra quelle con incarico formalmente conferito	Collaboratore Tecnico Professionale - ingegnere	Valutazione e/o esecuzione di almeno 132 verifiche e posizioni (rispetto alle 120 del 2020) tra quelle con richiesta di verifica protocollata dando priorità a quelle in ritardo. Di queste almeno 50 riguardanti impianti installati nel territorio dell'Area Isontina

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
39. Proseguire l'ottimizzazione della gestione della strumentazione di verifica in carico alla Struttura	Aggiornamento del registro informatizzato volto alla verifica della corretta manutenzione e contestuale verifica di taratura della strumentazione in dotazione alla Struttura	Dirigente Responsabile della Struttura Tecnici della Prevenzione Assistente Tecnico	Evidenza dei controlli e raccolta delle certificazioni di taratura della strumentazione (vecchia e nuova) in dotazione alla Struttura.
40. Riordino di tutto l'archivio dei libretti matricolari degli apparecchi di sollevamento.	Riorganizzazione dell'archivio dei libretti matricolari degli apparecchi di sollevamento selezionando quelli ancora attivi e archiviando in altra posizione quelli ormai fuori servizio o demoliti.	Tecnici della Prevenzione Assistente Tecnico	Archiviazione in altro luogo dei libretti matricolari degli apparecchi di sollevamento non più in uso, demoliti o di cui non si hanno più richieste di verifiche parodiche da più di 30 anni. Registro informatizzato con elenco delle matricole delle apparecchiature di sollevamento attualmente in uso e non più in uso alla data del 31/12/2021
41. Riordino, a seguito di intervenute criticità, del settore delle verifiche degli impianti elettrici al fine di individuare i carichi di lavoro effettivi e/o potenziali e conclusione delle pratiche sospese più importanti in alcuni ambiti significativi (D.L.vo 81/08; DPR 462/ 01; norme CEI 64-08 e 0-10)	Esecuzione di alcune delle verifiche più complesse dal punto di vista impiantistico o ancora in sospeso per mancanza di personale adeguatamente formato.	Tecnici della Prevenzione Assistente Tecnico	Esecuzione/conclusione di almeno nove verifiche su impianti complessi (Fincantieri, Iris Acqua, SISSA, Trieste Marine Terminal, Tirso, Wartsila, Comune Trieste, ENI, ITIS, e/o altre da determinare)

SC Igiene e Sanità Pubblica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
42. Migliorare le coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza	1. Predisposizione di un piano di recupero delle attività vaccinali svolte presso le sedi del Dipartimento di prevenzione 2. Messa in atto del piano di recupero se le condizioni della pandemia lo consentiranno	Dirigenti medici Assistenti sanitari Personale del comparto che si occupa di vaccinazioni	1. Piano di recupero 2. Confronto coperture vaccinali 2020/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
43. Campagna vaccinale antinfluenzale 2021-2022	Predisposizione fabbisogno aziendale 2021	Dirigenti medici In collaborazione con SC Assistenza Farmaceutica e SC farmacia Unica (ex ASS2)	Inoltro note ad ARCS entro il 31/03/2021
44. Vaccino Vigilanza nei primi 24 mesi di vita	Partecipazione attiva al progetto regionale di sorveglianza attiva degli effetti collaterali dei vaccini somministrati nei primi 24 mesi di vita	Dirigenti medici Assistenti sanitari Personale del comparto che si occupa di vaccinazioni In collaborazione con UOBA per l'Area Giuliana	N° risposte genitori/N° vaccinazioni eseguite = o > 70%
45. Sperimentazione di un modello organizzativo innovativo ed integrato con il Dipartimento di Prevenzione (DIP) per favorire la copertura vaccinale HBV negli utenti presi in carico dal DDD	Definire un percorso clinico assistenziale integrato per favorire la vaccinazione HBV negli utenti presi in carico dal DDD che definisca: - Screening sierologico per HBV - Counselling post test - Modalità per la gestione del percorso vaccinale HBV - Azioni di linkage to care per evitare drop out nel ciclo vaccinale Assicurare il percorso vaccinale HBV al gruppo target	Personale infermieristico e di supporto all'assistenza del DDD Personale del comparto del Dipartimento (Direzione) e della SC ISP Dirigenti medici SC ISP	Formalizzazione del percorso congiunto con il DIP Entro il 30/09/21 - Al 100% degli utenti risultati negativi al test HBV a far tempo dal 1/10/21 viene assicurato un intervento di counselling personalizzato per favorire l'adesione alla vaccinazione HBV - Al 100% degli utenti che hanno aderito alla vaccinazione viene assicurato il percorso integrato secondo protocollo formalizzato Entro il 31/12/21
46. Sperimentazione di un modello organizzativo innovativo ed integrato con il Dipartimento di Prevenzione (DIP) per favorire la copertura vaccinale HAV e HBV negli utenti presi in carico dal Centro Malattie Sessualmente Trasmesse (CMST)	Definire un percorso clinico assistenziale integrato per favorire la vaccinazione HAV e HBV negli utenti presi in carico dal CMST che definisca: - Screening sierologico per HAV e HBV - Counselling post test - Modalità per la gestione del percorso vaccinale HBV - Azioni di linkage to care per evitare drop out nel ciclo vaccinale Assicurare il percorso vaccinale HAV e HBV al gruppo target	Dirigenti Medici SC igiene e sanità Pubblica Personale medico ed infermieristico CMST Del Dipartimento delle Dipendenze	Formalizzazione del percorso congiunto con il DIP Entro il 30/09/21 Al 100% degli utenti risultati negativi al test HAV HBV a far tempo dal 1/10/21 viene assicurato un intervento di counselling personalizzato per favorire l'adesione alla vaccinazione HAV e HBV Al 100% degli utenti che hanno aderito alla vaccinazione viene assicurato il percorso integrato secondo protocollo formalizzato Entro il 31/12/21

SC Igiene e Sanità Pubblica - SS Igiene Ambientale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
47. Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (muridi)	Rilevazione nelle aree pubbliche delle situazioni a rischio, tali da inficiare gli interventi di derattizzazione (fori nel terreno, discontinuità profonde del manto stradale o dei marciapiedi, ecc.). Trasmissione delle informazioni rilevate ai Comuni, al fine dell'adozione degli interventi di competenza.	Tecnici della prevenzione Assistenti ed Operatori tecnici	Segnalazione di tutte le situazioni critiche rilevate ai Comuni territorialmente competenti.
48. Tutela della salute della popolazione dal rischio amianto Attività di supporto agli Enti pubblici territoriali a tutela della salute della popolazione da rischio amianto	Coordinamento delle attività con gli Enti richiedenti. Sopralluoghi congiunti. Campionamento di materiali m.c.a. Analisi dei rischi e valutazione ambientale indoor ed outdoor. Confezionamento campioni prelevati, organizzazione trasporto per conferimento in Laboratorio Analisi Fibre di Trieste. Valutazione esiti, elaborazione relazioni ed inoltro agli Enti richiedenti.	Operatore Tecnico, ing. Gabriele Candusso Responsabile della SS TdP	100 % dei sopralluoghi richiesti
49. Riorganizzazione SS (area isontina) a seguito trasferimento in altri locali, con riassetto funzionale degli Uffici e dell'Archivio corrente e storico, conseguente alla risposta aziendale all'Emergenza Sanitaria in corso	Definizione logistica degli spazi ed attrezzature. Report indicativo degli atti dell'archivio storico Ripristino e gestione dell'archivio corrente.	Responsabile SS ing. Candusso Tdp Olivo	Relazione Responsabile SS
50. Verifica protocollo per l'esecuzione dei test antigenici rapidi- sorveglianza Covid-19 nelle Farmacie definito dalla Legge n. 178 dd. 30.12.2020.	Esame della documentazione e sopralluoghi presso le Farmacie per verificare la rispondenza alle norme e alle caratteristiche previste dalla Circolare Ministeriale n. 705 d.d. 08.01.2021. Valutazione dell'idoneità dei siti o delle zone individuate per l'esecuzione dei test.	Personale del Comparto della Struttura e della Direzione	Approvazione e invio attestazione idoneità di almeno al 90% delle domande pervenute

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
51. REACH e CLP Adempimenti previsti dal Piano Nazionale sui controlli delle Sostanze Chimiche (PNC)	Assicurare l'attività prevista dal PNC sul territorio Giuliano-Isontino (pianificazione a livello regionale, programmazione e organizzazione a livello aziendale), con valutazione documentale, accessi ispettivi, prelievamento campioni e loro trasporto per il conferimento al Laboratorio ARPA-FVG di Udine o Trieste, valutazione esiti, sequestri, contestazione nei casi di violazioni e trasmissione all'ACL REACH e CLP per i seguiti di competenza. Rendicontazione attività immediata (all'ACN nei casi dei progetti REF annuali) e annuale (all'ACR). Attività di formazione e informazione. Attività reattiva su segnalazioni circostanziate provenienti da SC del Dip Prev. o altri Enti. Partecipazione alle riunioni del gruppo tecnico regionale interaziendale REACH	TdP Laura Leban –Ispettore RICH e CLP TdP area Giuliana e area Isontina afferenti alla SS	100% delle attività previste dal Piano 100% delle riunioni del gruppo tecnico regionale interaziendale REACH
52. PRISAN Commercio e impiego dei prodotti fitosanitari	Assicurare l'attività prevista dal PRISAN per la specifica area (programmazione e organizzazione aziendale), Partecipazione alle riunioni del gruppo tecnico regionale fitosanitari. Partecipazione alle commissioni d'esame per il rilascio dei certificati di abilitazione all'acquisto ed utilizzo di prodotti fitosanitari. Attività reattiva su segnalazioni circostanziate proveniente da SC del Dip Prev. o altri Enti. Attività di informazione e formazione. Rendicontazione annuale alla Regione	TdP Area Isontina e Area Giuliana (per area Giuliana anche SCIAN) TdP Laura Leban –Ispettore RICH e CLP	100% delle attività previste dal PRISAN 100% delle riunioni del gruppo tecnico regionale fitosanitari 100% delle commissioni d'esame per il rilascio dei certificati di abilitazione all'acquisto ed utilizzo di prodotti fitosanitari
53. Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti	Valutazioni dei Piani di gestione delle attività con fonti radiogene	Dirigenti medici assegnati alla SS	100% di valutazione dei Piani pervenuti

SSD Medicina del Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
54. Ottimizzare la Presa in carico dei lavoratori con fragilità in rapporto alla pandemia da covid di una PA	Raccolta di documentazione scientifica, linee guida, decreti/circolari ministeriali relativi alla tutela del lavoratore fragile Analisi delle informazioni relative alla fragilità dei dipendenti, ricavate dalle cartelle cliniche di rischio e dalla documentazione specialistica inviata dai dipendenti. Visite periodiche o su richiesta dei dipendenti per meglio valutare lo stato di fragilità	Dirigenti e comparto in collaborazione con Servizio di prevenzione/protezione aziendale della PA	Definizione delle prescrizioni di sicurezza per il rientro in lavoro in presenza di tutti i lavoratori fragili identificati da riportare sull'allegato del DVR relativo al contenimento del contagio da covid 19 in collaborazione con il SPP aziendale della PA Effettuate il 100% delle visite su richiesta dai lavoratori per meglio valutare lo stato di fragilità e Segnalazione al datore di lavoro delle fragilità di tutti i dipendenti visitati ai fini di una collocazione razionale in funzione del rischio relativo alla pandemia
55. Ottimizzare la gestione della sorveglianza sanitaria dei dipendenti della Regione FVG	Gestione dello scadenziario delle visite mediche preventive/periodiche, aggiornato in tempo reale con i dati ricavati dall'organigramma regionale Armonizzazione dello scadenziario attualmente in uso (con i dati ricavati dall'organigramma regionale) con il programma regionale Q81 Registrazione dei risultati della sorveglianza sanitaria nel programma aziendale ASUGI	Dirigenti e Personale del comparto	Aggiornamento e registrazione su Q 81 di almeno 60% dei risultati della sorveglianza sanitaria Registrazione del 100% dei risultati della sorveglianza sanitaria sul programma ASUGI
56. Miglioramento dell'efficacia ed efficienza della sorveglianza sanitaria in relazione ai rischi specifici, nel settore della P.A., data la peculiare attività prevista per gli operatori del settore pubblico	Elaborazione di un protocollo di sorveglianza sanitaria per le P.A del Friuli Venezia Giulia convenzionate con ASUGI	SS di medicina del lavoro Dott. Barbierato, dott Piccolo In collaborazione con UCO di Medicina del Lavoro	Protocollo comune da redigere entro il 31.12.21
57. Didattica/tutoraggio degli studenti nell'ambito delle indicazioni del Protocollo	Tutoraggio degli studenti della scuola di specialità di medicina del lavoro	S.S di medicina del lavoro Dott.ssa Barbierato, Dott.ssa Piccolo Lavoratori del comparto	Documentazione della presenza di medici specializzandi presso la SS di Medicina del lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
d'Intesa e dell'Atto Aziendale (Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi e rilanciare la ricerca, l'innovazione organizzativa e la didattica di alto profilo in collaborazione con l'università di trieste		in collaborazione con UCO di Medicina del lavoro	

SC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
58. Garantire uniformità delle prassi operative nelle due sedi, Giuliano ed Isontina, del Servizio	Coordinamento ed omogenizzazione di tutte le attività che vengono espletate nelle due sedi del Servizio; ottimizzazione delle attività specifiche esistenti nelle due sedi	Responsabile di Struttura	Effettuazione di incontri periodici per un totale di 6 nell'anno.
59. Garantire correttezza formale, qualità e uniformità degli atti di Polizia Giudiziaria di natura tecnica emessi nella sede di Monfalcone.	Esame di tutti gli atti tecnici sia di polizia giudiziaria anche relativi alle altre attività istituzionali al fine di garantire la correttezza formale e sostanziale e l'uniformità con quelli emessi nella sede giuliana	Dirigente Ingegnere – Ing. Giacomo Bartelloni	Controllo e firma degli atti di Polizia Giudiziaria di natura tecnica emessi dal Servizio – sede Isontina.
60. Garantire un congruo numero di indagini di malattia professionale anche al fine di ridurre l'arretrato accumulato negli anni precedenti, per entrambe le sedi, sia Isontina che Giuliana.	Indagine, relazione ed inserimento sul portale MeLa dei casi di malattia professionale arrivati in Servizio e arretrati degli anni precedenti	Dirigenti Medici Comparto – Assistenti Sanitari	Svolgimento di almeno 300 indagini di malattia professionale concluse ed inserite in MeLA relative all'anno in corso ed agli anni precedenti.
61. Garantire un congruo numero di indagini di infortuni sul lavoro sia delegati che d'iniziativa, per la sede Isontina e Giuliana.	Indagine, relazione ed inserimento sul portale MeLa dei casi di infortunio sul lavoro arrivati in Servizio e arretrati degli anni precedenti	Dirigenti Comparto	Svolgimento di almeno 150 indagini di infortunio sul lavoro concluse ed inserite in MeLA relative all'anno in corso ed agli anni precedenti.
62. Garantire l'attività del laboratorio di analisi su campioni a sospetto contenuto di	1.	Dirigente Ingegnere Responsabile S.S. Igiene Tecnica del Lavoro, Ing. Renzo Simoni	100% delle analisi eseguite sui campioni pervenuti al laboratorio entro il 01/12/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>amianto a servizio dell'attività di vigilanza della SCPSAL di ASUGI e tutela della popolazione</p>	<p>accettazione dei campioni consegnati al laboratorio da tecnici SCPSAL a seguito di attività di vigilanza o da provati cittadini;</p> <p>2. analisi qualitativa con metodica MOCF e dispersione cromatica su campioni in massa;</p> <p>3. analisi quantitativa con metodica MOCF su filtri provenienti da campionamenti ambientali</p> <p>4. Registrazione dell'attività analitica su MeLa.</p>	<p>Tecnico Sanitario di laboratorio biomedico – Dott.ssa Sara Leone</p>	<p>per l'Ing. Simoni fino al periodo di attività lavorativa.</p>
<p>63. Migliorare la salute e la sicurezza negli ambienti a maggior rischio</p>	<p>1. Mantenere adeguata vigilanza nelle aziende tenuto conto dei LEA (5% delle aziende del territorio)</p> <p>2. Vigilanza del 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente</p> <p>3. Vigilanza di almeno 128 aziende del comparto agricolo a livello Regionale</p>	<p>Personale Dirigente e Comparto del Servizio</p>	<p>1. Vigilanza di almeno 715 Aziende</p> <p>2. Vigilanza di almeno 247 cantieri edili</p> <p>3. Vigilanza di 21 aziende del comparto agricolo.</p>
<p>64. Collaborazione con gli Enti preposti nell'attività di controllo dell'adozione delle misure di contenimento e il contrasto della diffusione del virus Covid-19 nei luoghi di lavoro</p>	<p>Partecipazione all'osservatorio per il monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni nazionali di regolamentazione per il contenimento della diffusione del virus Covid – 19 negli ambienti di lavoro istituito presso la Prefettura di Trieste – NAS, Ispettorato Nazionale del Lavoro Trieste – Gorizia e al Comando Vigili del Fuoco di Trieste</p>	<p>Dirigente Ingegnere Ing. Giuseppina Di Guida</p>	<p>Evidenza dei report e del monitoraggio</p>

DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Aggiornamento correzione errori Anagrafe sanitaria	Aggiornamento/cancellazione medico MMG su trasferiti, residenza e/o domicilio, e personale navigante.	Rita Barbella	Effettuazione del 100% delle richieste pervenute dalle altre ASL del territorio Nazionale e del Ministero della Salute per il personale navigante.
2. Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione ed il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino – valutazione della copertura vaccinale e/o anticorpale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza negli operatori sanitari. Vaccinazione anti Covid-19 (Favorire la copertura vaccinale attraverso sistemi di comunicazione innovativi ed iniziative di miglioramento dell’offerta vaccinale)	Nel corso della sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari di nuova assunzione e in visita periodica: 1. valutare la copertura vaccinale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella, HBV e/o valutare la risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella, HBV 2. valutare la risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale (ove previsto) 3. valutare la copertura vaccinale e/o la risposta sierologica nei confronti di Sars-CoV-2 4. azione di counselling per aumentare la copertura vaccinale anti COVID-19	Dr.ssa Maria Peresson (Medico Competente ASUGI area territoriale) In collaborazione con UCO Medicina del lavoro Medici Competenti ASUGI area ospedaliera Dott.ssa Antonella Detoni Medico Competente ASUGI area isontina	Entro dicembre 2021 analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella, HBV e risposta ai test TBC riguardanti i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell’anno. Entro dicembre 2021 analisi dei risultati dello stato di copertura vaccinale e anticorpale nei confronti di Sars-CoV-2 nei lavoratori di ASUGI: eventuali interventi di counselling finalizzati alla promozione della vaccinazione negli operatori sanitari di ASUGI. Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro
3. Attività di pianificazione derivanti dalle attribuzioni della SC(UCO) Medicina del Lavoro in materia di sorveglianza sanitaria e radioprotezione nell’ambito di ASUGI- Area Ospedaliera Giuliana e dell’Università degli Studi di Trieste (ASUITs) (Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi)	1. Attività di pianificazione e organizzazione propedeutiche alle visite di sorveglianza sanitaria previste dai D.Lgss 81/2008 e 101/2020 per i soggetti afferenti ad ASUGI Area Ospedaliera Giuliana, rientranti nella definizione di lavoratore come dai decreti citati. Collaborazione con 2.	Dr.ssa Maria Peresson (Medico Competente ASUGI area territoriale) In collaborazione con UCO Medicina del lavoro Medici Competenti ASUGI area ospedaliera Dott.ssa Antonella Detoni Medico Competente ASUGI area isontina	Verifica dell’attuazione delle procedure di sorveglianza sanitaria e radioprotezione al dicembre 2021 Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Sorveglianza sanitaria, prevenzione e controllo della esposizione ad agenti biologici, gestione degli infortuni derivanti dall'esposizione ad agenti biologici dei dipendenti ASUGI - AREA GIULIANA. Collaborazione con l'area Isontina e territoriale		
<p>4. Didattica/Tutoraggio degli studenti nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale</p> <p>(Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi e Rilanciare la ricerca, l'innovazione organizzativa e la didattica di alto profilo, in collaborazione con l'Università degli Studi di Trieste)</p>	<p>Mantenimento delle ore di docenza istituzionale dei Professori Universitari (120 ore/anno) e dei Dirigenti Ospedalieri presso i Corsi di Studio Magistrali e Triennali e le Scuole di Specializzazione di Area Medica in UniTs e UniUd, nonché del tutoraggio degli studenti dei Corsi di Laurea Magistrali in Medicina-Chirurgia e Odontoiatria, Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie con sede autonoma in UniTs o InterAteneo con UniUd.</p> <p>Attivazione rete formativa degli specialisti in formazione con Gorizia/Monfalcone ed Ex territorio</p>	<p>Dr.ssa Maria Peresson (Medico Competente ASUGI area territoriale)</p> <p>In collaborazione con UCO Medicina del lavoro Medici Competenti ASUGI area ospedaliera Dott.ssa Antonella Detoni Medico Competente ASUGI area isontina Daniela Barbierato, Sara Piccolo medici competenti ASUGI</p>	<p>Registri ufficiali delle attività didattiche forniti dai Corsi di Studio.</p> <p>Documentazione della presenza di studenti e medici specializzandi presso l'UCO di Medicina del Lavoro.</p> <p>Rotazione degli specializzandi nella rete formativa Monfalcone/Gorizia/Ex territorio</p>
<p>5. Invio alla Colposcopia dei pap-test /HPV DNA con anomalie (come da protocollo Regionale) entro 8 settimane dalla data di refertazione .</p>	<p>1. Individuazione, con cadenza settimanale o bisettimanale, degli esami che necessitano l'invio al II° livello tramite liste presenti in SIASI e verifica del referto pubblicato dalla SC Anatomia ed Istologia Patologica nella Stampa Massiva</p> <p>2. Monitoraggio del numero di esami positivi in rapporto ai posti disponibili offerti dall'Ambulatorio di Colposcopia IRCCS Burlo Garofolo.</p> <p>3. Registrazione informatica dell'attività del servizio.</p>	<p>Segreteria Pap-Test</p>	<p>1. Invio al II° livello del 100% dei pap-test/Hpv DNA con anomalie riscontrati nel 2021.</p> <p>2. Eventuale aumento dei posti presso l'Ambulatorio Colposcopico del IRCCS Burlo Garofolo</p> <p>3. Inserimento di tutti i dati, con report di verifica finale.</p>
<p>6.</p>	<p>Controllo con cadenza settimanale delle liste presenti in SIASI .</p>	<p>Segreteria Pap-Test Kosic Erica</p>	<p>Invio del 100% delle donne che necessitano di ripetere l'esame.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Individuazione dei prelievi con esito : Inadeguato Tecnico che attualmente non vengono invitati alla ripetizione tramite lettera .</p>		<p>Mauro Claudia</p>	
<p>7. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i> Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>1. Costruzione/rafforzamento dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza; 2. Avvio di Audit clinici; 3. Armonizzazione della procedura di continuità assistenziale tra area isontina e area giuliana; 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale</p>	<p>Direttore DAT Direttori e Responsabili infermieristici di Distretto Direttore, Dirigenti e personale Dipartimento di Medicina Dirigenti e Personale della SCTSAA Dirigenti e Personale della SSD RIABILITAZIONE Personale delle Microaree distrettuali</p> <p><i>In collaborazione con MMG (Coordinatori AFT)</i></p>	<p>1. Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento; 2. Condividere ed armonizzare la procedura di continuità assistenziale ospedale territorio tra area isontina e giuliana; 3. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali.</p>

SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2021 Punto 12.2.1 Attività degli Enti: azioni di miglioramento dell'attività, monitoraggio e governo regionale	Ricognizione delle attività esistenti e elaborazione ed attuazione di ipotesi organizzative dello svolgimento delle attività	Direttore SC GPSPAS Flavio Paoletti	1. Presentazione alla Direzione Sanitaria entro il 5 marzo 2021 della Relazione su ipotesi organizzativa dello svolgimento delle attività relativa ai TDA 2. Valutazione complessiva dell'ipotesi organizzativa entro il 31 dicembre 2021
2. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2021 Punto 6.1 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa rispetto 2019	1. Predisposizione ed invio mensile ai Responsabili di SC di un report inclusivo dello stato prenotato/erogato delle prestazioni/visite oggetto di monitoraggio e dell'evidenza di chiusure delle agende. 2. Relazione trimestrale al Direttore della SCGPSPAS con evidenza delle eventualità criticità e soluzioni proposte	Tiziana Oliverio S.S. GCMGS SCGPSPAS Gestione Offerta Ambulatoriale	1. Evidenza di invio dei report ai responsabili di SC 2. Relazione trimestrale con evidenza dello stato dell'arte e delle misure correttive intraprese
3. Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Analisi prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti di competenza e rispetto accordi Aziendali- Strutture private accreditate	Dirigente Medico Maddalena Grella	Produzione entro il 31.5.21 di un report consuntivo relativo all'anno 2020.
4. Verifica esenzioni e principali aspetti relativi alle prescrizioni di specialistica ambulatoriale	Controllo campionario prescrizioni specialistica ambulatoriale	Personale comparto VSPP	Almeno 1000 prescrizioni entro l'anno con rilevazione eventuali irregolarità e quantificazione numerica
5. Uniformizzazione dei processi di autorizzazione, prenotazione, verifica e modulistica legati alla attività in regime di libera professione intramuraria	Analisi trasversale fra i diversi servizi attualmente coinvolti nei processi di autorizzazione, prenotazione, verifica e modulistica legati alla attività in regime di libera professione intramuraria. Proposta di uniformizzazione al fine di rendere univoche le azioni legate alla libera professione intramoenia anche al fine di ottimizzare le risorse dedicate e facilitare il percorso ai professionisti coinvolti	dr.ssa Cristina Zappetti	Proposta organizzativa e nuova modulistica unica aziendale alla Direzione Strategica dicembre 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Verifica delle fatture relative all'esecuzione di prestazioni di laboratorio da parte di soggetti esterni in base alla procedura approvata con decreto n. 556 d.d. 11/07/2019 e predisposizione dei moduli ai fini della liquidazione delle stesse.	dott.ssa Giorgia Edera	Invio alla SC Economico Finanziaria dei moduli di liquidazione delle fatture ricevute di competenza della SCGPSPAS, i cui allegati risultano corretti in base ai controlli effettuati entro il 31/12/2021.
7. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
8. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i></p> <p>Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>1. Costruzione/rafforzamento dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza; 2. Avvio di Audit clinici; 3. Armonizzazione della procedura di continuità assistenziale tra area isontina e area giuliana; 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale</p>	<p>Direttore DAT Direttori e Responsabili infermieristici di Distretto Direttore, Dirigenti e personale Dipartimento di Medicina Dirigenti e Personale della SCTSAA Dirigenti e Personale della SSD RIABILITAZIONE Personale delle Microaree distrettuali</p> <p><i>In collaborazione con MMG (Coordinatori AFT)</i></p>	<p>1. Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento; 2. Condividere ed armonizzare la procedura di continuità assistenziale ospedale territorio tra area isontina e giuliana; 3. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali.</p>
<p>2. LINEE DI GESTIONE 3 <i>Avvio dell'Utilizzo dello strumento ACG</i></p>	<p>1. Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG; 2. Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica.</p>	<p>Direttori di Distretto</p>	<p>Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG; Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica. Evidenza dell'utilizzo del sistema e avvio della reportistica distrettuale</p>
SSD Servizio Infermieristico Distrettuale			
<p>3. LINEE DI GESTIONE 4 4.2 Anziani Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo</p>	<p>Attuazione dei progetti autorizzati dalla Regione previa proposta di convenzione tra soggetti coinvolti.</p> <p>1. Attivazione del budget di salute per le persone anziane/disabili non autosufficienti inserite nei progetti di abitare inclusivo. 2. Mappatura dei progetti sperimentali in essere</p>	<p>Dirigente Infermieristico Distrettuale Barbara Ianderca</p> <p><i>Punto 1. In collaborazione con la PO Amministrativa</i></p>	<p>1. Convenzione stipulata entro 31 maggio 2. Report conclusivo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>3. Identificazione del referente distrettuale (ambito assistenziale) per il progetto.</p> <p>4. Costruzione di un percorso sinergico tra Distretto e progetti sperimentali per la continuità assistenziale dei residenti</p>		
SC Tutela Salute Adulti Anziani			
<p>4. LINEE DI GESTIONE 4 4.2 Anziani Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo</p>	<p>Predisposizione e monitoraggio dei budget di salute per le persone anziane/disabili non autosufficienti inserite nei progetti di abitare inclusivo Creazione di una modalità condivisa per la gestione assistenziale nei progetti sperimentali Applicazione della modalità individuata e verifica dei punti di forza e caduta</p>	<p>SCTSAA P.O. Darinka Daneu Resp Inf Fabio Cimador</p>	<p>Entro il 31/12 Presenza del report con evidenza delle attività svolte e bilancio punti di forza/criticità, ideazione di proposte risolutive</p>
<p>5. LINEE DI GESTIONE 4.1 Rilanciare la ricerca, l'innovazione e realizzare percorsi di formazione e aggiornamento, sul tema multidisciplinare della presa in carico della cronicità e della fragilità.</p>	<p>Sperimentazione della metodologia di presa in carico con l'utilizzo dello strumento del budget di salute in utenti fragili e/o cronici valutati in Pronto Soccorso: 1. valutazione ed attivazione della presa in carico con lo strumento di budget di salute negli utenti valutati dagli infermieri del territorio in pronto Soccorso; 2. Monitoraggio e valutazione della presa in carico con la strumento di budget di salute a domicilio alla conclusione del periodo di assegnazione del budget di salute; 3. predisposizione del registro specifico, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di audit.</p>	<p>SCTAA Tutto il personale non dirigente</p>	<p>Entro il 31/12/21 Presenza di report con evidenza della metodologia adottata e valutazione dei risultati della sperimentazione</p>
<p>6. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente</i></p>	<p>1. Applicazione delle azioni previste dalla procedura aggiornata per la continuità assistenziale ospedale-territorio e dimissioni protette.</p>	<p>Tutto il personale non dirigente della SCTSAA Tutto il personale delle Microaree</p>	<p>1. Almeno 1 incontro di condivisione della procedura aggiornata 2. N. casi segnalati/n. casi presi in carico domiciliare/ambulatoriale/F.U= 100%</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p><i>intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i></p> <p>Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>2. Presa in carico delle persone segnalate (domicilio, ambulatorio, follow up);</p>		
<p>7. LINEE DI GESTIONE 3.5.2 Garantire la prosecuzione del programma di valutazione/sorveglianza nelle residenze per anziani convenzionate nel secondo semestre 2020</p>	<p>Valutazione della qualità assistenziale con audit.</p>	<p>SCTSAA Dirigenti medici Dr.ssa Miriam Scremin Dr.ssa Gabriella Tamaro</p> <p>Coordinatore delle residenze <i>Punto 1. In collaborazione con la SSD Riabilitazione</i></p>	<p>1. Effettuate almeno 2 visite di audit tra le residenze convenzionate del Distretto 1. Entro il 31/12/21 2. Redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2021 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020.</p>
SS Centro Diabetologico			
<p>8. Continuità Ospedale-Territorio</p> <p>Percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per la corretta gestione terapeutica dei pazienti con diabete mellito tipo 2 dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco</p>	<p>1. Definizione del percorso assistenziale per i pazienti con diabete mellito tipo 2 dimessi dall'UCO di Medicina Clinica dell'Ospedale di Cattinara con diagnosi di scompenso cardiaco.</p> <p>2. Individuazione e segnalazione (attraverso l'inserimento nell'agenda CUP dedicata) dei pazienti con Diabete mellito tipo 2 dimessi dall'UCO di Medicina Clinica dell'Ospedale di Cattinara con diagnosi di scompenso cardiaco e che non hanno controindicazione all'inserimento in terapia di SGLT2 inibitori, alla diabetologia</p>	<p>UCO di Medicina Clinica SS di Diabetologia Distrettuali</p>	<p>1. Stesura e condivisione del percorso. Scadenza: 31/06/2021 A CURA DELLA UCO DI MEDICINA CLINICA: 2. Percentuale di pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco e che non hanno controindicazioni all'utilizzo di SGLT2 inibitori segnalati dall'UCO di Medicina Clinica alla diabetologia territoriale > 80% Scadenza 31/12/2020 A CURA DEI CENTRI DIABETOLOGICI: 3. Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che non hanno controindicazioni all'utilizzo di SGLT2 inibitori segnalati alla diabetologia territoriale e posti in trattamento con SGLT2 inibitori > 80% Scadenza 31/12/2020</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	territoriale per l'inizio della terapia ed il follow-up		
9. 6.5 Governo clinico e reti patologia Implementazione della rete organizzativa per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico che necessitano di rivascolarizzazione.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creazione di un gruppo multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico vascolare 2. Stesura di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare 3. Migliorare la rete fra le varie strutture attraverso la condivisione del documento e discussione dei casi clinici 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, dei Centri Diabetologici Distrettuali di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste - Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4 -Coordinatori infermieristici -Infermiere di reparto - Comparto della diabetologia di Monfalcone e Diabetologie Distrettuali di Trieste 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creazione del gruppo multidisciplinare entro il 30/06/2021 2. Redazione di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare entro il 30/09/2021 3. Realizzazione di 2 incontri multidisciplinari per la discussione dei casi clinici. Entro il 31/12/2021
10. 6.5 Governo clinico e reti patologia Creazione di una scheda per la raccolta dei dati dei pazienti da rivascolarizzare in modo da stabilirne la priorità	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuare il sistema di classificazione idoneo e condiviso scientificamente 2. Condividere la scheda con il gruppo di lavoro 3. Condivisione della scheda con gli operatori delle varie strutture coinvolte 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, dei Centri Diabetologici Distrettuali di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste - Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4 - Coordinatori infermieristici - Infermiere di reparto - Comparto della diabetologia di Monfalcone e Diabetologie Distrettuali di Trieste 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura della scheda entro il 30/09/2021 2. Condivisione ed utilizzo della scheda per almeno 80% dei pazienti. Entro 31/12/2021
11. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di	<ol style="list-style-type: none"> 1. Istituzione di incontri multidisciplinari ogni 2 mesi di discussione casi clinici e condivisione PDTA (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) 2. Preparazione di un protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG. 	<p>SSD di Pneumologia di Gorizia- Monfalcone</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport 2. S.S. Centri diabetologici Distrettuali Trieste 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di partecipazione ad almeno 4 incontri multidisciplinari (1 ogni 2 mesi) 2. Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
qualità e sicurezza delle cure.			
SSD Riabilitazione			
<p>12. Transizione dall'età evolutiva all'età adulta</p> <p>Linee di Gestione 2021 Piano Salute Mentale IAEA (DGR 732/2018) Disabilità autismo</p>	<p>Garantire la valutazione multiprofessionale (UVM/ EMH) e PTRI nella fase di transizione (a partire dai 17 anni) agli adolescenti con patologia complessa in carico ai servizi distrettuali per l'età evolutiva:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disturbi dello spettro autistico secondo percorso già codificato 2. Disturbo mentale severo secondo percorso già codificato 3. Disabilità complessa: definire un percorso di continuità nella fase di transizione 	<p>SSD Riabilitazione Adulti Dott.ssa Lusía Besanzini</p> <p>in collaborazione con la SCTSBADoF</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta 2. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo Mentale Severo hanno avviato un percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta 3. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con disabilità complessa hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta <p>Al 31/12/21 Presenza di report con il dettaglio dell'attività svolta</p>
<p>13. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione)</p> <p>1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Migliorare la compliance nel trattamento riabilitativo delle persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi degli opuscoli informativi sulle norme igienico comportamentali e gli esercizi per persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario in uso presso le SC Riabilitazione ospedaliere e le SSD di Riabilitazione Territoriali dell'Area Giuliano-Isontina 2. Stesura di un unico opuscolo informativo da utilizzare in tutta l'area Giuliano-Isontina e da inserire nel PDTA esistente 	<p>SSD riabilitazione comparto</p> <p>Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, SSD Riabilitazione Distrettuali, Referente area Riabilitativa Trieste, SC Riabilitazione Gorizia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi degli opuscoli informativi esistenti 30/09/2021 2. Stesura di un unico opuscolo informativo entro il 15/11/2021
<p>14. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione di un gruppo di lavoro ASUGI 2. Stesura protocollo operativo 	<p>SSD riabilitazione comparto</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione del gruppo entro il 31.05.21 2. Stesura protocollo entro 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Creazione di un protocollo operativo ASUGI per la presa in carico riabilitativa di persone con M Parkinson</p>		<p>Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, SSD Riabilitazione Distrettuali, Referente area Riabilitativa Trieste, SC Riabilitazione Gorizia</p>	
SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne e Famiglie			
<p>15. Implementazione e miglioramento degli interventi nell'adozione nazionale e internazionale Tavolo di coordinamento regionale Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari – Linee generali aziendali ASUGI 2021 – integrazione aree giuliana e isontina</p>	<p>1. Proseguimento del tavolo di confronto e condivisione tra CCFF dell'area giuliana e isontina su percorsi e metodologie di intervento condivise e comuni nelle adozioni nazionali e internazionali: applicazione della scheda dei "Fattori di rischio e di protezione" elaborata dal sottogruppo del Tavolo Regionale "Fallimenti adottivi" in tutti nuovi casi di inserimento in famiglia nel 2020 e nel 2021 di bambini adottati e nelle nuove situazioni di crisi di nuclei con figli adottati in carico al Consultorio Familiare</p>	<p>Tutto il personale del CF – D1 Obiettivo condiviso con i CCFF ASUGI</p>	<p>Sperimentazione della scheda "Fattori di rischio e di protezione" sul 100% dei nuovi casi di inserimento in famiglia di bambini adottivi nel 2020/ 2021 e nelle nuove situazioni di crisi di nuclei con figli adottati. Fonte dati: verbali incontri, cartelle, sistema informativo regionale consultori Report 31/12/2021</p>
<p>16. Sostenere la genitorialità in integrazione con SSC dei Comuni e Terzo settore, tenendo conto delle problematiche legate alla pandemia Sars-Covid2 Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari - Linee generali aziendali ASUGI 2021 punto 7</p>	<p>Offerta attiva di sostegno individuale, diade mamma-bambino, di coppia e attività di gruppo, a famiglie/donne nei primi 1000 giorni di vita del bambino, in situazione di fragilità o multiproblematicità anche nell'ambito della realizzazione del progetto "Famiglie in movimento" finanziato dalla Regione FVG sul Fondo per le politiche della Famiglia (DGR 551/2019), e integrandosi con il SSC e le organizzazioni del Terzo Settore.</p>	<p>dr.ssa Biancotto Dirigente SCTSBADoF – D1 Obiettivo condiviso con i CCFF ASUGI area giuliana</p>	<p>Evidenza di report con attività realizzate per donne/famiglie con minori in situazione di fragilità anche nell'ambito del progetto "Famiglie in movimento" e integrandosi con il SSC e organizzazioni del Terzo settore. Fonte dati: Report attività, cartelle utenza 31/12/2021</p>
<p>17. Percorso nascita Continuità ospedale-territorio Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari e 6.7 Percorso Nascita</p>	<p>1. Avvio della sperimentazione del monitoraggio territoriale della bilirubinemia neonatale da parte delle ostetriche dei Consultori in continuità e</p>	<p>1,2 Tutto il personale del Consultorio Familiare – D1 Coordinatore dell'obiettivo: drssa Barbara de Rota</p>	<p>1. a. Proposta di PDTA inviata alle Direzioni entro il 30/06/2021 b. 80% delle ostetriche sono formate/addestrate</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Linee generali aziendali ASUGI 2021 punto 1	collaborazione con TIN-IRCCS Burlo Garofolo: a. Predisposizione di PDTA gestione dell'Ittero Neonatale in continuità tra Punto Nascita e Consultori Familiari b. Formazione specifica e addestramento all'uso del <i>device</i> Bilistick 2. Applicazione del protocollo con IRCCS Burlo sulle gravidanze a rischio psico sociale e sanitario nelle gravidanze in età precoce (<19anni)	Obiettivo condiviso con i CCFF ASUGI area giuliana	2. Evidenza della casistica 2020-2021 con applicazione del protocollo Fonte dati: proposta di PDTA, programma formazione e registro firme, report 31/12/2021
18. Transizione dall'età evolutiva all'età adulta Linee di Gestione 2021 Piano Salute Mentale IAEA (DGR 732/2018) Disabilità autismo	1. Garantire la fase di transizione (a partire dai 17 anni) agli adolescenti con patologia complessa in carico ai servizi per l'età evolutiva. a) Disturbi dello spettro autistico secondo percorso già codificato b) Disturbo mentale severo secondo percorso già codificato c) Disabilità complessa secondo percorso già codificato 2. Descrizione del percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta.	1. Tutto il personale della SSTSBA 1, 2 Dr.ssa Kinou Wolf Direttore f.f. SCTSBADoF – D1 Obiettivo condiviso con le SCTSBADoF giuliane, NPI isontina e SC EEFD isontina. In collaborazione con DSM	1. a) Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta b) Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo Mentale Severo hanno avviato un percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta c) Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con disabilità complessa hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta 2. Descrizione dei percorsi di transizione tra i servizi per l'età evolutiva e l'età adulta in atto in ASUGI al 30/11/2021 inviati alle Direzioni competenti
19. Cornice di riferimento: PRSM 2018-2020 7.8 Sistemi informativi Implementazione di un sistema informativo unico regionale per la salute mentale/età evolutiva, età adulta che fornisca elementi utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca 8.4 Censimento delle persone con disabilità in carico ai DSM e alle NPIA per categoria	1. Revisione e riorganizzazione dei dati relativi a tutti i soggetti in carico alla SCTSBADoF (minori e transizione). 2. Revisione di tutti i PTRI dei soggetti con diagnosi di autismo o sospetto autismo.	1. Tutto il Personale della SSTSBA – D1 Coordinatore dell'obiettivo: Claudia Buri Obiettivo condiviso con le SCTSBADoF giuliane, NPI isontina 2. Dr.ssa Chiara Terpini (fino al 31/05) Sara Bevacqua (a partire dal 1/06) Dr.ssa Vincenza Aiosa Dirigente SCTSBADoF – D1	1. Disponibilità di set di dati sui soggetti in carico (minori e transizione) alla SSTSBA anche finalizzata all'implementazione del Sistema Regionale Point per le NPI. 2. Tutti i PTRI dei soggetti che presentano diagnosi di autismo o sospetto autismo sono stati revisionati nel 2021. 3. Tutti i PTRI dei soggetti del Distretto 1 inseriti nel Centro Diurno del SSMG sono

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>diagnostica (disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico) 4.1 Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato Linee di Gestione 2021</p>	<p>3. Revisione di tutti i PTRI dei soggetti inseriti presso il Centro Diurno</p>	<p>3. Dr.ssa Alessia Norcio Dirigente SCTSBADoF – D1 In collaborazione con DSM e DDD per i casi condivisi</p>	<p>stati revisionati nel 2021 ed evidenziate le prese in carico congiunte con DSM e DDD. Fonte dati: elenco alfanumerico dei soggetti del Distretto inseriti presso il CD e presenza in cartella dei PTRI aggiornati</p>
Direzione - Servizi Amministrativi			
<p>20. Assicurare la puntuale applicazione dell'Accordo Stato Regioni e Province Autonome dd. 20.12.2012 e alle successive indicazioni relativamente alle verifiche annuali per i cittadini appartenenti all'Unione Europea con diritto all'iscrizione a tempo indeterminato al SSR, anche al fine di non assumere costi impropri e garantire uniformità di trattamento, attivando una linea diretta di collaborazione con il Centro per l'Impiego, al fine dell'ottimizzazione delle risorse</p>	<p>1. Richiesta ad INSIEL dell'elenco delle persone iscritte al SSR dal 2020 con codice 12 2. Definizione della procedura e conseguente verifica dell'attuale sussistenza del rapporto di lavoro (a tempo determinato o indeterminato) in collaborazione con il Centro per l'impiego 3. Contatto dei soggetti che hanno perso il diritto all'iscrizione per la rivalutazione della pratica ed eventuale sospensione dell'iscrizione 4. Predisposizione di report riepilogativo.</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1. In condivisione con D2, D3 e D4</p>	<p>1-2. Presenza della procedura e verifica del 90% delle persone inserite nell'elenco inviato al Centro per l'impiego 3. Sospensione dell'iscrizione al SSR per il 100% dei non aventi diritto 4. Presenza di report complessivo al 31.12.2021. Fonte dati: SIASI e Centro per l'impiego</p>
<p>21. Evitare l'assunzione di costi impropri per il SSR attraverso la verifica dell'emissione della tessera sanitaria con valenza TEAM ai richiedenti asilo</p>	<p>1. Richiesta ad INSIEL dell'elenco delle persone iscritte al SSR dal 2019 con codice 20 2. Estrapolazione delle iscrizioni dei richiedenti asilo 3. Verifica sul sistema TS delle posizioni individuate 4. Aggiornamento delle posizioni in base alle indicazioni contenute nella circolare ministeriale dd. 24.07.2019 5. Predisposizione di report riepilogativo</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1 In condivisione con D2, D3 e D4</p>	<p>1-2-3-4 Verifica ed eventuale aggiornamento del 100% delle iscrizioni individuate 5. Presenza di report complessivo al 31.12.2021.</p>
<p>22. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023</p>	<p>1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo</p>	<p>TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura</p>	<p>1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
23. Supportare i servizi Distrettuali nell'organizzazione delle vaccinazioni anti COVID-19 presso la nuova sede di Aurisina	1. Prima accoglienza: presenza nella sede vaccinale indicativamente due volte a settimana o solo all'occorrenza per la raccolta della documentazione presentata dagli utenti e verifica della sua completezza 2. All'occorrenza e nel caso di avanzo di dosi di vaccini, prendere contatti con gli utenti, ai sensi della procedura ASUGI, al fine di anticipare l'appuntamento	Personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1: Carolina Valentin	1.- 2. Presenza di report complessivo al 31.12.2021, con l'indicazione delle giornate di presenza al centro vaccinale e con l'indicazione del numero della documentazione controllata e delle telefonate effettuate

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i> Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>Costruzione/rafforzamento dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza; Avvio di Audit clinici; Armonizzazione della procedura di continuità assistenziale tra area isontina e area giuliana; Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale</p>	<p>Direttore DAT Direttori e Responsabili infermieristici di Distretto Direttore, Dirigenti e personale Dipartimento di Medicina Dirigenti e Personale della SCTSAA Dirigenti e Personale della SSD RIABILITAZIONE Personale delle Microaree distrettuali</p> <p><i>In collaborazione con MMG (Coordinatori AFT)</i></p>	<p>Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento; Condividere ed armonizzare la procedura di continuità assistenziale ospedale territorio tra area isontina e giuliana; Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali.</p>
<p>2. LINEE DI GESTIONE 3 <i>Avvio dell'Utilizzo dello strumento ACG</i></p>	<p>Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG; Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica.</p>	<p>Direttori di Distretto</p>	<p>Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG e partecipazione alla formazione specifica. Evidenza dell'utilizzo del sistema e avvio della reportistica distrettuale</p>
SSD Servizio Infermieristico Distrettuale			
<p>3. LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI 4.7 Area Welfare Monitoraggio e valutazione della programmazione e delle politiche, in particolare per quanto riguarda le seguenti azioni: sperimentazioni abitare inclusivo (abitare possibile e domiciliarità innovativa)</p>	<p>Mappatura dei progetti sperimentali Costruzione di un percorso sinergico tra distretto e progetti sperimentali per la continuità assistenziale dei residenti Identificazione del referente distrettuale (ambito assistenziale) per il progetto Strutturazione dei percorsi individuali</p>	<p>Dirigente Infermieristico Distrettuale Dr.ssa Claudia Rusgnach</p>	<p>Report conclusivo con evidenza del percorso e dell'esito degli azioni intraprese.</p>
<p>4. Linee di gestione 2021</p>	<p>1. Ricognizione entro il 30.04.2021 dei progetti di abitare inclusivo autorizzati</p>	<p>1. Maria Antonietta Vanto</p>	<p>Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Integrazione e assistenza sociosanitaria obiettivo 4.2. Linee generali ASUGI 2021 Punto 7. Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	dalla Regione, delle convenzioni stipulate e dei budget di salute attivati 2. monitoraggio delle convenzioni stipulate e dei nuovi progetti autorizzati dalla Regione nel 2021	2. Bianca Lenardoni	con evidenza dei budget di salute attivati per gli aventi diritto.
SC Tutela Salute Adulti Anziani			
5. Rilanciare la ricerca, l'innovazione e realizzare percorsi di formazione e aggiornamento, sul tema multidisciplinare della presa in carico della cronicità e della fragilità.	Sperimentazione della metodologia di presa in carico con l'utilizzo dello strumento del budget di salute in utenti fragili e/o cronici valutati in Pronto Soccorso: valutazione ed attivazione della presa in carico con lo strumento di budget di salute negli utenti valutati dagli infermieri del territorio in pronto Soccorso; Monitoraggio e valutazione della presa in carico con la strumento di budget di salute a domicilio alla conclusione del periodo di assegnazione del budget di salute; predisposizione del registro specifico, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di audit.	SCTAA	100% dei budget di salute attivati.
6. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i> Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e	Applicazione delle azioni previste dalla procedura aggiornata per la continuità assistenziale ospedale-territorio e dimissioni protette. Presa in carico delle persone segnalate (domicilio, ambulatorio, follow up);	Tutto il personale del comparto della SCTSAA (escluso centro prelievi)	Almeno 1 incontro di condivisione della procedura aggiornata N. casi segnalati/n. casi presi in carico domiciliare/ambulatoriale/F.U= 100%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p> <p>7. 3.5.2 Garantire la prosecuzione del programma di valutazione/sorveglianza nelle residenze per anziani convenzionate nel secondo semestre 2020</p>	<p>Valutazione della qualità assistenziale con audit.</p>	<p>SS Anziani e Residenze dirigenti e comparto.</p>	<p>Sono effettuate almeno 2 visite di audit tra le residenze convenzionate del Distretto 2. Redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2021 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020.</p>
<p>8. Campagna vaccinale COVID 19 Avvio e intensificazione delle procedure vaccinali a beneficio di cittadini del Distretto 2 con difficoltà di accesso ai centri vaccinali aziendali causa disabilità o elevata vulnerabilità</p>	<p>Definizione della procedura di seduta vaccinale ambulatoriale e domiciliare; Valorizzazione dell'attività vaccinale della Medicina Generale; Definizione di un calendario vaccinale distrettuale ambulatoriale (di prossimità) e domiciliare che includa i MMG come da accordi aziendali; Di concerto con il coordinamento infermieristico della SS CAD, allestimento di sedute vaccinali domiciliari di prossimità e domiciliari entro i limiti consentiti dalle risorse disponibili.</p>	<p>Dr. Carlo Rotelli</p>	<p>Entro il 30.03.2021: disponibilità del documento che definisce le procedure della seduta vaccinale domiciliare o di prossimità; Entro il 10.04.2021: bozza di calendario vaccinale distrettuale; Entro il 2021: realizzazione del calendario di attività vaccinale.</p>
<p>9. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa nell'ambito delle patologie croniche-degenerative.</p>	<p>In continuità con il protocollo di valutazione neuropsicologica dei criteri minimi essenziali per la guida sicura rivolto a persone con sospetto disturbo cognitivo, presentazione e diffusione dell'opuscolo "Idoneità alla guida e disturbi cognitivi".</p>	<p>Dott.ssa Filomena Vella SS Anziani e Residenze</p>	<p>Organizzazione entro il 31/12/2021 due incontri formativi/informativi (uno a semestre) rivolti agli operatori, utenti/familiari, finalizzati alla condivisione e pubblicizzazione dell'opuscolo e della problematica relativa alla guida nelle persone con disturbi cognitivi.</p>
<p>SS Diabetologia</p>			
<p>10. Continuità Ospedale-Territorio Percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per la corretta gestione terapeutica dei pazienti con diabete mellito tipo 2 dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco</p>	<p>Definizione del percorso assistenziale per i pazienti con diabete mellito tipo 2 dimessi dall'UCO di Medicina Clinica dell'Ospedale di Cattinara con diagnosi di scompenso cardiaco; Individuazione e segnalazione (attraverso l'inserimento nell'agenda CUP dedicata) dei pazienti con Diabete mellito tipo 2 dimessi dall'UCO di Medicina Clinica dell'Ospedale di Cattinara con diagnosi di</p>	<p>UCO di Medicina Clinica SS di Diabetologia Distrettuali</p>	<p>Stesura e condivisione del percorso. Scadenza: 31/06/2021 A CURA DELLA UCO DI MEDICINA CLINICA: Percentuale di pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco e che non hanno controindicazioni all'utilizzo di SGLT2 inibitori segnalati dall'UCO di Medicina Clinica alla diabetologia territoriale > 80% A CURA DEI CENTRI DIABETOLOGICI:</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	scompenso cardiaco e che non hanno controindicazione all'inserimento in terapia di SGLT2 inibitori, alla diabetologia territoriale per l'inizio della terapia ed il follow-up.		Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che non hanno controindicazioni all'utilizzo di SGLT2 inibitori segnalati alla diabetologia territoriale e posti in trattamento con SGLT2 inibitori > 80%
11. 6.5 Governo clinico e reti patologia Implementazione della rete organizzativa per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico che necessitano di rivascolarizzazione.	Creazione di un gruppo multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico vascolare Stesura di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare Migliorare la rete fra le varie strutture attraverso la condivisione del documento e discussione dei casi clinici	- Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, dei Centri Diabetologici Distrettuali di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste - Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4 - Coordinatori infermieristici - Infermiere di reparto - Comparto della diabetologia di Monfalcone e Diabetologie Distrettuali di Trieste	Creazione del gruppo multidisciplinare entro il 30/06/2021 Redazione di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare entro il 30/09/2021 Realizzazione di 2 incontri multidisciplinari per la discussione dei casi clinici. Entro il 31/12/2021
12. 6.5 Governo clinico e reti patologia Creazione di una scheda per la raccolta dei dati dei pazienti da rivascolarizzare in modo da stabilirne la priorità	Individuare il sistema di classificazione idoneo e condiviso scientificamente Condividere la scheda con il gruppo di lavoro Condivisione della scheda con gli operatori delle varie strutture coinvolte	- Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, dei Centri Diabetologici Distrettuali di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste - Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4 - Coordinatori infermieristici - Infermiere di reparto - Comparto della diabetologia di Monfalcone e Diabetologie Distrettuali di Trieste	Stesura della scheda entro il 30/09/2021 Condivisione ed utilizzo della scheda per almeno 80% dei pazienti. Entro 31/12/2021
13. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle	Istituzione di incontri multidisciplinari ogni 2 mesi di discussione casi clinici e condivisione PDTA (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) Preparazione di un protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.	3. SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone 4. SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport 5. S.S. Centri diabetologici Distrettuali Trieste	1.Evidenza di partecipazione ad almeno 4 incontri multidisciplinari (1 ogni 2 mesi) Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di qualità e sicurezza delle cure.			
RSA San Giusto			
14. Polifarmacoterapia riduzione ricoveri ultra 75 enni da RSA.	Ottimizzazione della terapia nel paziente fragile geriatrico per ridurre la probabilità di reazioni avverse da farmaci (ADR)	Dirigenti Medici RSA San Giusto	In dimissione l'80% degli assistiti ha in terapia ≤ 8 principi attivi. <i>Fonte dati:</i> Relazione di attività con reportistica relativa alle lettere di dimissione indirizzate agli MMG.
15. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI. Rischio Clinico	Revisione della documentazione clinico sanitaria assistenziale e riabilitativa della RSA San Giusto secondo i requisiti di accreditamento regionale.	Tutto il personale dell'RSA	Entro il 31/12 presentazione alla Direzione di Distretto delle proposte migliorative.
SSD Rete Cure Palliative			
16. Linea programmatica ASUGI 1 Creazione di un percorso per la presa in carico del paziente con malattia epatica terminale come strumento di governo clinico per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Integrazione ospedale – territorio.	Costituire un gruppo di lavoro Stesura del documento per la presa in carico congiunta Messa in atto del documento per testarlo	Dirigenza e Comparto SSD Rete delle Cure Palliative S.C. Clinica Patologie del Fegato	Costituire il gruppo di lavoro e produrre il documento entro il 30 ottobre. Entro il 31 dicembre testare il documento e mettere in essere eventuali azioni correttive. Numero di schede Necpal compilate.
17. Linea programmatica ASUGI 1 Creazione di un percorso agevolato per la presa in carico da parte del SSD Rete Cure Palliative di ASUGI dei pazienti pneumologici dimessi dal reparto o seguiti dal Day Hospital	Costituire un gruppo di lavoro Organizzazione di incontri con i colleghi della Rete Cure Palliative Stabilire il percorso di segnalazione dei pazienti per la presa in carico Collaborazione tra terapisti della riabilitazione respiratoria della SC pneumologia e il fisioterapista della SSD rete Cure Palliative	Dirigenza e Comparto SSD Rete delle Cure Palliative S.C. Pneumologia	Costituire il gruppo di lavoro e organizzare almeno 2 incontri tra la Pneumologia e la SSD Rete Cure Palliative entro il 30/10/2021. Entro il 31/12 stesura di un documento di presa in carico congiunto e applicazione, in fase sperimentale del percorso per eventuali azioni di miglioramento.
18. Punto 6.5 e 3.7 Costituzione nuclei funzionali e Rete Cure Palliative	Censire la numerosità dei cittadini affetti da neoplasia presi in carico da parte delle cure palliative Stimare il fabbisogno di cure palliative nell'Area Giuliana	Cure Palliative, /Dirigenti, Medici e comparto In collaborazione SC Oncologia	1. Report analitico del fabbisogno di cure palliative nell'Area giuliana con evidenza del rapporto tra numero di segnalazioni ed effettiva presa in carico da parte di SSD Cure palliative nel 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Riportare la motivazione della segnalazione		2. 100% delle motivazioni riportate sulle segnalazioni 3. Report del numero di pazienti deceduti a domicilio e di quelli in ospedale: almeno il 75% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice;
SC Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie			
19. Implementazione e miglioramento degli interventi nell'adozione nazionale e internazionale Tavolo di coordinamento regionale Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari – Linee generali aziendali ASUGI 2021 – integrazione aree giuliana e isontina	Prosecuzione del tavolo di confronto e condivisione tra CCF di area giuliana e isontina su percorsi e metodologie di intervento condivise e comuni nelle adozioni nazionali e internazionali: applicazione della scheda dei “Fattori di rischio e di protezione” elaborata dal sottogruppo di lavoro “Fallimenti adottivi”, del Tavolo di coordinamento regionale, in tutti nuovi casi di inserimento in famiglia (2020/2021) di bambini adottati e nelle nuove situazioni di crisi di nuclei con figli adottati in carico al Consultorio Familiare	CCFF ASUGI	Sperimentazione della scheda “Fattori di rischio e di protezione” sul 100% dei nuovi casi di inserimento in famiglia di bambini adottivi e in nuove situazioni di crisi di nuclei con figli adottati Fonte dati: Fonte dati: verbali incontri, cartelle, sistema informativo regionale consultori 31/12/2021.
20. Sostenere la genitorialità in integrazione con SSC dei Comuni e Terzo settore, tenendo conto delle problematiche legate alla pandemia Sars-Covid2 Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari – Linee generali aziendali ASUGI 2021 punto 7	Realizzazione del progetto “Famiglie in movimento” finanziato dalla Regione FVG sul Fondo per le politiche della Famiglia (DGR 551/2019), offerta attiva di sostegno individuale, diade mamma-bambino, di coppia e attività di gruppo, a famiglie/donne nei primi 1000 giorni di vita del bambino, in situazione di fragilità o multi problematicità, integrandosi con il SSC e organizzazioni del Terzo Settore	SS Consultorio Familiare Dott.ssa Francesca Ravalico Dott.ssa Laura Zancola	Report con evidenza delle attività realizzate nel progetto “Famiglie in movimento” per donne/famiglie con minori in situazione di fragilità, integrandosi con il SSC e organizzazioni del Terzo settore Fonte dati: Report attività, cartelle utenza 31/12/2021
21. Percorso nascita Continuità ospedale-territorio Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori e 6.7 Percorso nascita Linee generali aziendali ASUGI 2021 punto 1	1. Avvio della sperimentazione del monitoraggio territoriale della bilirubinemia neonatale da parte delle ostetriche dei Consultori in continuità e collaborazione con TIN-IRCCS Burlo Garofolo:	1.a e b CCFF ASUGI In copmune con SC Pediatria GM In collaborazione con TIN-IRCCS Burlo Garofolo	1.a Documento PDTA predisposto 1.b 80% delle ostetriche formate <i>Fonte dati:</i> -proposta di PDTA inviata alle Direzioni competenti entro il 30/6/2021 -report con programma di formazione e registro firme

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Predisposizione di PDTA gestione dell'Ittero Neonatale in continuità tra Punto Nascita e Consultori Familiari Formazione specifica e addestramento all'uso del <i>device</i> Bilistick</p> <p>2. Applicazione del protocollo con IRCCS Burlo sulle gravidanze a rischio psico-sociale e sanitario nelle gravidanze in età precoce (<19anni)</p>	<p>2. CCFF area giuliana</p>	<p>2. Evidenza della casistica 2020-2021 con applicazione del protocollo</p> <p><i>Fonte dati:</i> <i>casistica 2020-2021 con applicazione del protocollo</i></p>
<p>22. Cornice di riferimento: PRSM 2018-2020 7.8 Sistemi informativi Implementazione di un sistema informativo unico regionale per la salute mentale/età evolutiva, età adulta che fornisca elementi utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca</p>	<p>1. Revisione e riorganizzazione dei dati relativi a tutti i soggetti in carico alla SCBADOF (minori e transizione)</p>	<p>SCBADOF Tutto il Personale delle 2 SSTSBA (distrettuale e di lingua slovena), operatori del SSMG, operatori della SCBADOF (minori e transizione) Coordinatore dell'obiettivo: coordinatrice Eliana Chisari</p>	<p>1. Disponibilità di set di dati sui soggetti in carico (minori e transizione) alle 2 SSTSBA, al SSMG anche finalizzata all'implementazione del Sistema Regionale Point per le NPI <i>Fonte dati: elenco alfanumerico di tutti i soggetti in carico alle diverse strutture della SCBADOF secondo la stringa condivisa 31/12/2021</i></p>
<p>8.4 Censimento delle persone con disabilità in carico ai DSM e alle NPIA per categoria diagnostica (disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico)</p>	<p>2. Revisione di tutti i PTRI dei soggetti con disturbi esternalizzanti e internalizzanti in carico alla SSTSBA/2</p>	<p>SSTSBA /2 Dr.ssa Barbara Fazi Dr.ssa Sabrina Ruberti</p>	<p>2. Tutti i PTRI dei soggetti che presentano disturbi esternalizzanti e internalizzanti in carico alla SSTSBA/2 sono stati revisionati nel 2021 <i>Fonte dati: report generale e presenza in cartella dei PTRI aggiornati 31/12/2021</i></p>
<p>4.1 Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato</p> <p>Linee di Gestione 2021</p> <p>4.5. <i>Salute Mentale</i> <i>Consolidare L'attività di valutazione degli esiti dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati delle persone titolari di BDS.</i></p>	<p>3. Rivalutazione ed aggiornamento diagnostico e di tutti i PTRI dei soggetti con diagnosi di autismo o sospetto autismo in carico alla SSTSBA di lingua slovena</p>	<p>Tutto il personale della SSTSBA di lingua slovena Dr.ssa Maria Antonella Celea</p>	<p>3. Tutti i PTRI dei soggetti che presentano sono stati revisionati nel 2021 <i>Fonte dati: report generale e presenza in cartella dei PTRI aggiornati 31/12/2021</i></p>
	<p>4. Revisione di tutti i PTRI dei soggetti inseriti presso il Centro Diurno</p>	<p>Tutto il Personale del Sperimentale Salute Mentale Giovani D2 Federica Sardiello Giuseppe Liberale Samoah Marsetti</p>	<p>4. Tutti i PTRI dei soggetti inseriti nel Centro Diurno del SSMG sono stati revisionati nel 2021 ed evidenziate le prese in carico congiunte con DSM e DDD.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Erika Vascotto Genoveffa Corvino <i>In collaborazione con DSM e DDD per i casi condivisi</i>	Fonte dati: elenco alfanumerico dei soggetti inseriti presso il CD e presenza in cartella dei PTRI aggiornati 31/12/2021
23. Transizione dall'età evolutiva all'età adulta Linee di Gestione 2021 PRSM 2018-2020 Salute Mentale, Disabilità, Autismo.	Garantire la fase di transizione (a partire dai 17 anni) agli adolescenti con patologia complessa in carico ai servizi per l'età evolutiva. 1. Disturbi dello spettro autistico secondo percorso già codificato 2. Disturbo mentale severo secondo percorso già codificato 3. Disabilità complessa: avviare il percorso di continuità nella fase di transizione 4. Descrizione del percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta	Azione 1, 2 SCBADOF minori Dirigenti SCBADOF NPI area isontina In collaborazione con SS disabilità adulti Isontina SSD Riabilitazione Adulti Centro socio sanitario integrato per la presa in carico delle persone con disabilità Azione 3, SCBADOF minori Dirigenti SCBADOF NPI area isontina <i>In collaborazione con DSM</i> Azione 4 Responsabili NPI e BADOF e EEFD area isontina Dr.ssa Cristina Rumer per la disabilità complessa area giuliana	1. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico hanno avviato il percorso di transizione; 2. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo Mentale Severo hanno avviato un percorso di transizione; 3. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con disabilità complessa hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta; 4. Descrizione dei percorsi di transizione tra i servizi per l'età evolutiva e l'età adulta in atto in ASUGI al 30/11/2021 inviati alle Direzioni competenti.
24. Garantire i flussi informativi e gli aggiornamenti delle strutture SCBADOF dell'area Giuliana di ASUGI relativamente alle tematiche trattate dai tavoli regionali di cui si è referenti Cornice di riferimento Linee di gestione 2021	1. Partecipazione agli incontri del Tavolo Regionale per le tematiche relative alla salute mentale nell'età evolutiva e le strutture residenziali e semiresidenziali in qualità di professionista di riferimento per l'area triestina nell'ambito di ASUGI 2. Condivisione dei temi principali dei tavoli 3. Attivazione di confronti per l'interfaccia con le altre strutture dell'area giuliana di ASUGI (SCBADOF 1/3/4)	Dr.ssa Daniela Vidoni	Garantire attraverso ogni mezzo (mail, telefonate, incontri) i flussi informativi e gli aggiornamenti tra tavoli regionali (NPI e Comunità) e SC BADOF dell'area Giuliana e realizzare, nel corso del 2021, almeno 3 incontri di confronto con i Responsabili sulle tematiche trattate Report Finale entro il 31/12/2021
SSD Riabilitazione			
25.	Analisi degli opuscoli informativi sulle norme igienico comportamentali e gli	SSD riabilitazione	Analisi degli opuscoli informativi esistenti 30/09/2021;

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) 1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI)	esercizi per persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario in uso presso le SC Riabilitazione ospedaliere e le SSD di Riabilitazione Territoriali dell'Area Giuliano-Isontina. Stesura di un unico opuscolo informativo da utilizzare in tutta l'area Giuliano-Isontina e da inserire nel PDTA esistente.	Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, SSD Riabilitazione Distrettuali, Referente area Riabilitativa Trieste, SC Riabilitazione Gorizia	Stesura di un unico opuscolo informativo entro il 15/11/2021
26. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) 1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Creazione di un protocollo operativo ASUGI per la presa in carico riabilitativa di persone con M Parkinson	1. Individuazione di un gruppo di lavoro ASUGI 2. Stesura protocollo operativo	SSD riabilitazione Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, SSD Riabilitazione Distrettuali, Referente area Riabilitativa Trieste, SC Riabilitazione Gorizia	Individuazione del gruppo entro il 31.05.21 Stesura protocollo entro 31.12.2021
27. Transizione dall'età evolutiva all'età adulta. Linee di Gestione 2021 3.3 Disturbi dello Spettro Autistico	Garantire una valutazione multiprofessionale (UVM) nella fase di transizione al compimento del 17 anno agli adolescenti con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico secondo percorso già codificato (ad alto e basso funzionamento) da parte dell'EMH e dell'equipe del Centro Socio-Sanitario per i Disturbi dello Spettro Autistico e le Disabilità Cognitive (CSSAUT) Garantire la presa in carico al compimento del 18 anno di età da parte dell'EMH e del Centro Socio-Sanitario per i Disturbi dello Spettro Autistico e le Disabilità Cognitive (CSSAUT)	Dott. Corrado Crusiz (Dirigente Psicologo SSD Riabilitazione D2)	Entro il 31/12/2021 tutti gli adolescenti segnalati dai Servizi per l'età Evolutiva del Distretto di riferimento di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico hanno avviato il percorso di transizione secondo protocollo. Entro il 31/12/2021 tutti i maggiorenni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico che hanno avviato il percorso di transizione secondo protocollo nel 2020 sono presi in carico congiuntamente dall'equipe multidisciplinare del Distretto di riferimento e dal CSSAUT. Report con analisi delle transizioni e delle prese in carico effettuate nel 2021
Direzione – Servizi amministrativi			
28. Assicurare la puntuale applicazione dell'accordo Stato Regioni e Province	Richiesta ad INSIEL dell'elenco delle persone iscritte al SSR con codice 12	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2.	1-2. Presenza della procedura e verifica del 90% delle persone inserite nell'elenco inviato al Centro per l'impiego

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Autonome dd. 20.12.2012 relativamente alle verifiche annuali per i cittadini appartenenti all'Unione Europea con diritto all'iscrizione a tempo indeterminato al SSR, anche al fine di non assumere costi impropri e garantire uniformità di trattamento, attivando una linea diretta di collaborazione con il Centro per l'Impiego, al fine dell'ottimizzazione delle risorse	Definizione della procedura e conseguente verifica dell'attuale sussistenza del rapporto di lavoro (a tempo determinato o indeterminato) in collaborazione con il Centro per l'impiego Contatto dei soggetti che hanno perso il diritto all'iscrizione per la rivalutazione della pratica ed eventuale sospensione dell'iscrizione Predisposizione di report riepilogativo.	In condivisione con D1, D3 e D4	Sospensione dell'iscrizione al SSR per il 100% dei non aventi diritto Presenza di report complessivo al 31.12.2021. Fonte dati: SIASI e Centro per l'impiego
29. Evitare l'assunzione di costi impropri per il SSR attraverso la verifica dell'emissione della tessera sanitaria con valenza TEAM ai richiedenti asilo.	Richiesta ad Insiel dell'elenco delle persone iscritte al SSR dal 2019 con codice 20 Estrapolazione delle iscrizioni dei richiedenti asilo Verifica sul sistema TS delle posizioni individuate Aggiornamento delle posizioni in base alle indicazioni contenute nella circolare ministeriale dd. 24.07.2019 Predisposizione di report riepilogativo	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2 In condivisione con D1, D3 e D4	1-2-3-4 Verifica ed eventuale aggiornamento del 100% delle iscrizioni individuate Presenza di report complessivo al 31.12.2021.
30. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i></p> <p>Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>1. Costruzione/rafforzamento dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza; 2. Avvio di Audit clinici; 3. Armonizzazione della procedura di continuità assistenziale tra area isontina e area giuliana; 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale</p>	<p>Direttore DAT Direttori e Responsabili infermieristici di Distretto Direttore, Dirigenti e personale Dipartimento di Medicina Dirigenti e Personale della SCTSAA Dirigenti e Personale della SSD RIABILITAZIONE Personale delle Microaree distrettuali</p> <p><i>In collaborazione con MMG (Coordinatori AFT)</i></p>	<p>1. Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento; 2. Condividere ed armonizzare la procedura di continuità assistenziale ospedale territorio tra area isontina e giuliana; 3. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali.</p>
<p>2. LINEE DI GESTIONE 3 <i>Avvio dell'Utilizzo dello strumento ACG</i></p>	<p>1. Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG; 2. Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica.</p>	<p>Direttori di Distretto</p>	<p>Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG e partecipazione alla formazione specifica. Evidenza dell'utilizzo del sistema e avvio della reportistica distrettuale.</p>
SSD Servizio Infermieristico Distrettuale			
<p>3. LINEE DI GESTIONE 4 4.2 Anziani Progetti di abitare inclusivo Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo</p>	<p>Attuazione dei progetti autorizzati dalla Regione previa proposta di convenzione tra soggetti coinvolti.</p> <p>1. Attivazione del budget di salute per le persone anziane/disabili non autosufficienti inserite nei progetti di abitare inclusivo. 2. Mappatura dei progetti sperimentali in essere</p>	<p>Dirigente SSD Servizio Infermieristico Responsabile ff Attività Amministrative</p>	<p>1. Convenzione stipulata entro 31 maggio 2. Report conclusivo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>3. Identificazione del referente distrettuale (ambito assistenziale) per il progetto.</p> <p>4. Costruzione di un percorso sinergico tra Distretto e progetti sperimentali per la continuità assistenziale dei residenti</p>		
SC Tutela Salute Adulti Anziani			
<p>4. LINEE DI GESTIONE 4 4.2 Anziani Progetti di abitare inclusivo</p> <p>Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo</p>	<p>Predisposizione e monitoraggio dei budget di salute per le persone anziane/disabili non autosufficienti inserite nei progetti di abitare inclusivo</p> <p>Creazione di una modalità condivisa per la gestione assistenziale nei progetti sperimentali</p> <p>Applicazione della modalità individuata e verifica dei punti di forza e caduta</p>	<p>SCTSAA SSD Serv Inf SS Anziani e Residenze P.O. ff Vanessa Stemberger Resp Inf Marina Schiliro' Resp Inf Erika Furlan Ref Microaree</p>	<p>Entro il 31/12 Presenza del report con evidenza delle attività svolte e bilancio punti di forza/criticità, ideazione di proposte risolutive</p>
<p>5. LINEE DI GESTIONE 4.1 Rilanciare la ricerca, l'innovazione e realizzare percorsi di formazione e aggiornamento, sul tema multidisciplinare della presa in carico della cronicità e della fragilità.</p>	<p>Sperimentazione della metodologia di presa in carico con l'utilizzo dello strumento del budget di salute in utenti fragili e/o cronici valutati in Pronto Soccorso:</p> <p>1. valutazione ed attivazione della presa in carico con lo strumento di budget di salute negli utenti valutati dagli infermieri del territorio in pronto Soccorso;</p> <p>2. Monitoraggio e valutazione della presa in carico con la strumento di budget di salute a domicilio alla conclusione del periodo di assegnazione del budget di salute;</p> <p>3. predisposizione del registro specifico, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di audit.</p>	<p>SCTAA</p> <p>Tutto il personale non dirigente Resp. FF. Attività Amministrative Dott.ssa Monica Ghiretti Collab. Amm. Laura Visintin</p>	<p>Entro il 31/12/21 Presenza di report con evidenza della metodologia adottata e valutazione dei risultati della sperimentazione</p>
<p>6. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente</i></p>	<p>1. Applicazione delle azioni previste dalla procedura aggiornata per la continuità assistenziale ospedale-territorio e dimissioni protette.</p>	<p>Tutto il personale non dirigente della SCTSAA SS Anziani e residenze SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Referenti Microaree</p>	<p>1. Almeno 1 incontro di condivisione della procedura aggiornata</p> <p>2. N. casi segnalati/n. casi presi in carico domiciliare/ambulatoriale/F.U= 100%</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p><i>intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i></p> <p>Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>2. Presa in carico delle persone segnalate (domicilio, ambulatorio, follow up);</p>		
<p>7. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i></p> <p>Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>1. Apertura di agenda interna dedicata per 10 visite/controlli cardiologici per pazienti fragili e complessi nella sede distrettuale di Puccini e di Muggia. Tale spazio potrà essere dedicato anche a visite congiunte, visite domiciliari, consulenze. 2. L'agenda sarà gestita dal personale del centro sanitario di Puccini e di Muggia che riceverà le richieste direttamente dai MMG delle due AFT distrettuali. 3. Le visite e l'esecuzione di esami strumentali verranno sostenute dal personale afferente al CCV.</p>	<p>Dirigenti e Personale della SCTSAA Dr.ssa Cristina Montesi Responsabile infermieristica Alessandra Brunetta Tutto il personale SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Direttore, Dirigenti e personale del CCV</p> <p><i>In collaborazione con MMG (Coordinatori AFT)</i></p>	<p>1. Individuare una giornata per sede ogni mese da dedicare all'attività. 2. Almeno 2 Audit con le AFT distrettuali inerenti al progetto 3. Apertura agenda dedicata nelle sedi distrettuali 4. Il giorno antecedente alla giornata dedicata verrà mandata dal personale del centro sanitario una mail al CCV con evidenza delle visite prenotate. 5. Registrazione delle visite in G2 dal personale amministrativo CUP.</p>
<p>8. LINEE DI GESTIONE 3.7 Cure palliative e terapia del dolore</p>	<p>1. Garantire la presa in carico di tutte le persone con malattia oncologica o diverse situazioni di terminalità segnalate (Ospedale, CSO, Hospice, 118, RSA o altre fonti provinciali ed extraprovinciali) entro le 24 h. 2. Segnalazione di tutte le persone in carico al SID alla rete delle cure palliative</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SSD Servizio Infermieristico Responsabile Infermieristica Vanessa Stemberger</p>	<p>1. Presa in carico del 100% dei segnalati 2. Il 100% delle persone vengono segnalate alla SS Cure Palliative. 3. Presenza nel 100% dei casi del Piano Assistenziale Personalizzato 4. Almeno il 75% dei decessi con diagnosi di patologia oncologica o altre situazioni di terminalità avviene a domicilio o in Hospice</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Presenza di Piano Assistenziale Personalizzato e dell'intensità degli interventi 4. Garantire l'assistenza al fine vita e la morte a domicilio e/o in altra sede territoriale non ospedaliera		
9. LINEE DI GESTIONE 3.5.2 Garantire la prosecuzione del programma di valutazione/sorveglianza nelle residenze per anziani convenzionate nel secondo semestre 2020	Valutazione della qualità assistenziale con audit.	SCTSAA Dr.ssa Jessica Ticali Coordinatore delle residenze <i>Punto 1. In collaborazione con la SSD Riabilitazione</i>	1. Effettuate almeno 2 visite di audit tra le residenze convenzionate del Distretto 3. Entro il 31/12/21 2. Redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2021 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020.
10. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i> Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.	Mantenimento delle prestazioni chirurgiche c/o l'Ambulatorio infermieristico del D3 al fine di proseguire l'iter "integrazione ospedale/territorio" particolarmente necessario durante l'emergenza Covid per evitare e/o ridurre l'invio del paziente nelle strutture ospedaliere ed evitare ricoveri inappropriati e rivalutazione chirurgica ospedaliera.	SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Dr.ssa Elisabetta Umek	Valutazione medica in almeno il 90% dei casi chirurgici complessi identificati dall'ambulatorio infermieristico Distretto 3. Relazione attività.
11. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della</i>	1. Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio: Nutrizione artificiale 2. Screening e diagnosi della malnutrizione nei pazienti in trattamento per neoplasia Creazione di liste CUP per programmazione di visite nutrizionistiche/trattamenti dietetici	Dr Beniamino Ciocchi	1.Valutazione del 100% degli assistiti con indicazione a nutrizione artificiale (NA) segnalate dai reparti ospedalieri per avvio dei percorsi di NA 2. Presa in carico del 100% delle persone segnalate dalle SC Oncologia/SC Clinica Medica con predisposizione dei trattamenti dietetici, attivazione di fornitura

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p><i>riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i></p> <p>Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>3. Avvio precoce di programma personalizzato (visita nutrizionistica/trattamento dietetico)</p>		<p>supplementi nutrizionali orali e di nutrizione artificiale (NE/NPT).</p> <p>3. Evidenza di agenda CUP dedicata</p>
SS Centro Diabetologico			
<p>12. Continuità Ospedale-Territorio</p> <p>Percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per la corretta gestione terapeutica dei pazienti con diabete mellito tipo 2 dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco</p>	<p>1. Definizione del percorso assistenziale per i pazienti con diabete mellito tipo 2 dimessi dall'UCO di Medicina Clinica dell'Ospedale di Cattinara con diagnosi di scompenso cardiaco.</p> <p>2. Individuazione e segnalazione (attraverso l'inserimento nell'agenda CUP dedicata) dei pazienti con Diabete mellito tipo 2 dimessi dall'UCO di Medicina Clinica dell'Ospedale di Cattinara con diagnosi di scompenso cardiaco e che non hanno controindicazione all'inserimento in terapia di SGLT2 inibitori, alla diabetologia territoriale per l'inizio della terapia ed il follow-up</p>	<p>UCO di Medicina Clinica SS di Diabetologia Distrettuali</p>	<p>1. Stesura e condivisione del percorso. Scadenza: 31/06/2021 A CURA DELLA UCO DI MEDICINA CLINICA:</p> <p>2. Percentuale di pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco e che non hanno controindicazioni all'utilizzo di SGLT2 inibitori segnalati dall'UCO di Medicina Clinica alla diabetologia territoriale > 80% Scadenza 31/12/2020 A CURA DEI CENTRI DIABETOLOGICI:</p> <p>3. Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che non hanno controindicazioni all'utilizzo di SGLT2 inibitori segnalati alla diabetologia territoriale e posti in trattamento con SGLT2 inibitori > 80% Scadenza 31/12/2020</p>
<p>13. 6.5 Governo clinico e reti patologia</p> <p>Implementazione della rete organizzativa per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico che necessitano di rivascolarizzazione.</p>	<p>1. Creazione di un gruppo multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico vascolare</p> <p>2. Stesura di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare</p> <p>3. Migliorare la rete fra le varie strutture attraverso la condivisione del documento e discussione dei casi clinici</p>	<p>- Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, dei Centri Diabetologici Distrettuali di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste</p> <p>- Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4</p> <p>-Coordinatori infermieristici</p> <p>-Infermiere di reparto</p> <p>- Comparto della diabetologia di Monfalcone e Diabetologie Distrettuali di Trieste</p>	<p>1. Creazione del gruppo multidisciplinare entro il 30/06/2021</p> <p>2. Redazione di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare entro il 30/09/2021</p> <p>3. Realizzazione di 2 incontri multidisciplinari per la discussione dei casi clinici. Entro il 31/12/2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>14. 6.5 Governo clinico e reti patologia Creazione di una scheda per la raccolta dei dati dei pazienti da riviscolarizzare in modo da stabilirne la priorità</p>	<p>1. Individuare il sistema di classificazione idoneo e condiviso scientificamente 2. Condividere la scheda con il gruppo di lavoro 3. Condivisione della scheda con gli operatori delle varie strutture coinvolte</p>	<p>- Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, dei Centri Diabetologici Distrettuali di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste - Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4 - Coordinatori infermieristici - Infermiere di reparto - Comparto della diabetologia di Monfalcone e Diabetologie Distrettuali di Trieste</p>	<p>1. Stesura della scheda entro il 30/09/2021 2. Condivisione ed utilizzo della scheda per almeno 80% dei pazienti. Entro 31/12/2021</p>
<p>15. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di qualità e sicurezza delle cure.</p>	<p>1. Istituzione di incontri multidisciplinari ogni 2 mesi di discussione casi clinici e condivisione PDTA (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) 2. Preparazione di un protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.</p>	<p>SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone 6. SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport 7. S.S. Centri diabetologici Distrettuali Trieste</p>	<p>1. Evidenza di partecipazione ad almeno 4 incontri multidisciplinari (1 ogni 2 mesi) 2. Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.</p>
SSD Riabilitazione			
<p>16. 6.1 Attività ospedaliera Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S.e S.S.R. anno 2021 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa rispetto 2019</p>	<p>1. Analisi della situazione in essere delle agende prenotabili a CUP mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP 3. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica</p>	<p>Dirigenti medici Obiettivo in comune con Comparto (area amministrativa)</p>	<p>1. Rapporto tra visite fisiatriche prenotate ed erogate > 80% 2. Evidenza di agende chiuse sui 12 mesi</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP 4. Controllo mensile dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per il numero di mesi di apertura, per attuare eventuali azioni correttive		
17. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) 1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Migliorare la compliance nel trattamento riabilitativo delle persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario	1. Analisi degli opuscoli informativi sulle norme igienico comportamentali e gli esercizi per persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario in uso presso le SC Riabilitazione ospedaliere e le SSD di Riabilitazione Territoriali dell'Area Giuliano-Isontina 2. Stesura di un unico opuscolo informativo da utilizzare in tutta l'area Giuliano-Isontina e da inserire nel PDTA esistente	SSD riabilitazione comparto Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, SSD Riabilitazione Distrettuali, Referente area Riabilitativa Trieste, SC Riabilitazione Gorizia	1. Analisi degli opuscoli informativi esistenti 30/09/2021 2. Stesura di un unico opuscolo informativo entro il 15/11/2021
18. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Creazione di un protocollo operativo ASUGI per la presa in carico riabilitativa di persone con M Parkinson	1. Individuazione di un gruppo di lavoro ASUGI 2. Stesura protocollo operativo	SSD riabilitazione comparto Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, SSD Riabilitazione Distrettuali, Referente area Riabilitativa Trieste, SC Riabilitazione Gorizia	1. Individuazione del gruppo entro il 31.05.21 2. Stesura protocollo entro 31.12.2021
SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne e Famiglie			
19. Implementazione e miglioramento degli interventi nell'adozione nazionale e internazionale Tavolo di coordinamento regionale	1. Raccordo tra le attività del Tavolo Regionale sulle Adozioni nazionali e internazionali e dei sottogruppi attivati (fallimenti/crisi adottive, raccolta dati, percorsi formativi per le scuole) e i CCFE dell'area Giuliana	Responsabile CF D3 Dott.ssa renata Ravelli Obiettivo condiviso con i CCFE ASUGI	1. - 2. Evidenza del programma del lavoro di raccordo effettuato e della sperimentazione della scheda "Fattori di rischio e di protezione", elaborata nel tavolo regionale, sul 100% dei nuovi casi di inserimento in famiglia di bambini adottivi e in nuove situazioni di crisi di nuclei con figli adottati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari –</p> <p>Linee generali aziendali ASUGI 2021 – integrazione aree giuliana e isontina</p>	<p>2. Prosecuzione del tavolo di confronto e condivisione tra CCFF dell’area giuliana e isontina su percorsi e metodologie di intervento condivise e comuni nelle adozioni nazionali e internazionali: applicazione della scheda dei “Fattori di rischio e di protezione” elaborata dal sottogruppo di lavoro “Fallimenti adottivi” del Tavolo di coordinamento regionale, in tutti nuovi casi di inserimento in famiglia (2020/2021) di bambini adottati e nelle nuove situazioni di crisi di nuclei con figli adottati in carico al Consultorio Familiare</p>		<p>Report 31/12/2021</p> <p>Fonte dati: cartelle, sistema informativo regionale consultori</p>
<p>20. Sostenere la genitorialità in integrazione con SSC dei Comuni e Terzo settore, tenendo conto delle problematiche legate alla pandemia Sars-Covid2</p> <p>Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari - Linee generali aziendali ASUGI 2021 punto 7</p>	<p>1. Realizzazione del progetto "Famiglie in movimento" finanziato dalla Regione FVG sul Fondo per le politiche della Famiglia (DGR n.1497/2020), integrandosi con il SSC e organizzazioni del Terzo settore: offerta attiva di sostegno individuale, diade mamma-bambino, di coppia e attività di gruppo, a famiglie/donne in gravidanza, nel post parto e nei primi 1000 giorni di vita del bambino in situazione di fragilità o multiproblematicità</p> <p>2. Partecipazione ai lavori del gruppo interistituzionale Affidi del Comune di Trieste: offerta di sostegno individuale, di coppia e di gruppo ai nuclei affidatari</p>	<p>Tutto il personale SSCFF dr.ssa Olivo dr. Bruni</p> <p>Obiettivo condiviso con i CCFF ASUGI area giuliana</p>	<p>1. Evidenza delle attività realizzate nel progetto “Famiglie in movimento” per donne/famiglie con minori in situazione di fragilità, integrandosi con il SSC e organizzazioni del Terzo settore.</p> <p>2. Evidenza delle attività svolte in integrazione con il SSC del Comune di Trieste. Report</p> <p>Fonte dati: Report attività, cartelle utenza 31/12/2021</p>
<p>21. Percorso nascita</p> <p>Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Linee generali aziendali ASUGI 2021 punto 1 Continuità ospedale-territorio</p>	<p>1. Avvio della sperimentazione del monitoraggio territoriale della bilirubinemia neonatale da parte delle ostetriche dei Consultori in continuità e collaborazione con TIN-IRCCS Burlo Garofolo e il Punto Nascita S. Polo Monfalcone: a. Predisposizione di PDTA gestione dell'Ittero Neonatale in continuità tra Punto Nascita e Consultori Familiari</p>	<p>1., 2. Dott.ssa Maria Vittoria Sola- CCFF ASUGI TIN-IRCCS Burlo Garofolo Pediatría S. Polo</p> <p>2. SSCFF area giuliana Dott.ssa Bruna Zanetti</p>	<p>1. a- Documento PDTA predisposto b- 80% delle ostetriche sono formate/ addestrate</p> <p>2. Evidenza della casistica 2020-2021 con applicazione del protocollo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	b. Formazione specifica e addestramento all'uso del device per il dosaggio della bilirubina 2. Applicazione del protocollo con IRCCS Burlo sulle gravidanze a rischio psico sociale e sanitario nelle gravidanze in età precoce (<19anni)	Obiettivo condiviso con i CCFF ASUGI area giuliana	Fonte dati: proposta di PDTA, programma formazione e registro firme, report 31/12/2021
22. Transizione dall'età evolutiva all'età adulta Linee di Gestione 2021 Piano Salute Mentale IAEA (DGR 732/2018) Disabilità autismo	1. Garantire la fase di transizione (a partire dai 17 anni) agli adolescenti con patologia complessa in carico ai servizi per l'età evolutiva. d) Disturbi dello spettro autistico secondo percorso già codificato e) Disturbo mentale severo secondo percorso già codificato f) Disabilità complessa secondo percorso già codificato 2. Descrizione del percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta.	Azione 1, 2 SSCBADOF minori Dott.ssa Monica Stocchi NPI area isontina SS disabilità adulti Isontina SSD Riabilitazione Adulti Dott.ssa Daria Ghersetti In collaborazione con Centro socio sanitario integrato per la presa in carico delle persone con disabilità Azione 3, SCBADOF minori Dirigenti SCBADOF NPI area isontina In collaborazione con DSM Azione 4 Responsabili NPI e BADOF e EEFD area isontina Dr.ssa Cristina Rumer per la disabilità complessa area giuliana	1. d) Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta e) Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo Mentale Severo hanno avviato un percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta f) Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con disabilità complessa hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta 2. Descrizione dei percorsi di transizione tra i servizi per l'età evolutiva e l'età adulta in atto in ASUGI al 30/11/2021 inviati alle Direzioni competenti
23. Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori accolti in strutture residenziali Linee di Gestione 2021- 4.4 Minori	Monitoraggio dei percorsi dei minori accolti in comunità in carico alla SCBADOF 3 alla luce del documento aziendale 2019 e delle linee di indirizzo regionali (Del. Reg. n° 123 /2020) per allineare l'operatività alle indicazioni regionali	Dr.ssa Milos	100% delle situazioni di minori in carico alla SCBADOF 3 accolti in strutture residenziali sono stati valutati. Report con elementi per allineare l'operatività alle linee id indirizzo
24. PRSM 2018-2020 Sistemi informativi Linee di Gestione 2021	Revisione e riorganizzazione dei dati relativi a tutti i soggetti in carico	SCBADOF minori Coordinatrice Irini Karavalaki	Disponibilità di set di dati sui soggetti in carico anche finalizzata all'implementazione del Sistema Regionale Point per le NPI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4.1 Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato			
25. Consolidare L'attività di valutazione degli esiti dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati delle persone titolari di BDS Linee di Gestione 2021 4.5. Salute Mentale	Revisione di tutti i PTRI dei soggetti in carico alla SCBADOF 3 inseriti presso il Centro Diurno- SSMG	Dr.ssa Pilar Abad	Tutti i PTRI degli adolescenti in carico alla SCBADOF 3 inseriti al centro Diurno SSMG, sono revisionati nel 2021 Fonte dati: report e presenza in cartella dei PTRI aggiornati
Direzione - Servizi Amministrativi			
26. Assicurare la puntuale applicazione dell'Accordo Stato Regioni e Province Autonome dd. 20.12.2012 e alle successive indicazioni relativamente alle verifiche annuali per i cittadini appartenenti all'Unione Europea con diritto all'iscrizione a tempo indeterminato al SSR, anche al fine di non assumere costi impropri e garantire uniformità di trattamento, attivando una linea diretta di collaborazione con il Centro per l'Impiego, al fine dell'ottimizzazione delle risorse	1. Richiesta ad INSIEL dell'elenco delle persone iscritte al SSR dal 2020 con codice 12 2. Definizione della procedura e conseguente verifica dell'attuale sussistenza del rapporto di lavoro (a tempo determinato o indeterminato) in collaborazione con il Centro per l'impiego 3. Contatto dei soggetti che hanno perso il diritto all'iscrizione per la rivalutazione della pratica ed eventuale sospensione dell'iscrizione 4. Predisposizione di report riepilogativo.	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3. In condivisione con D1, D2 e D4	1-2. Presenza della procedura e verifica del 90% delle persone inserite nell'elenco inviato al Centro per l'impiego 3. Sospensione dell'iscrizione al SSR per il 100% dei non aventi diritto 4. Presenza di report complessivo al 31.12.2021. Fonte dati: SIASI e Centro per l'impiego
27. Evitare l'assunzione di costi impropri per il SSR attraverso la verifica dell'emissione della tessera sanitaria con valenza TEAM ai richiedenti asilo	1. Richiesta ad INSIEL dell'elenco delle persone iscritte al SSR dal 2019 con codice 20 2. Estrapolazione delle iscrizioni dei richiedenti asilo 3. Verifica sul sistema TS delle posizioni individuate 4. Aggiornamento delle posizioni in base alle indicazioni contenute nella circolare ministeriale dd. 24.07.2019 5. Predisposizione di report riepilogativo	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3 In condivisione con D1, D2 e D4	1-2-3-4 Verifica ed eventuale aggiornamento del 100% delle iscrizioni individuate 5. Presenza di report complessivo al 31.12.2021.
28. Supportare i servizi Distrettuali nell'organizzazione delle vaccinazioni anti COVID-19 presso la sede di Valmaura/a	1. Raccolta e aggiornamento continuo (in caso di modifiche da parte della direzione ASUGI) della documentazione necessaria per l'effettuazione dei vaccini in sede di prossimità/domicilio	Personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3: Monica Ghiretti, Annamaria Biasutti, Laura Visentin	1., 2. Presenza della documentazione 3. Presenza dell'archivio documentale presso la sede del Distretto 3

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
domicilio/ vaccinazioni effettuate dagli MMG	2. Predisposizione dei Kit documentali per ciascuna seduta vaccinale a Valmaura/a domicilio 3. Archiviazione della documentazione e/o invio alle strutture competenti		
Sanità penitenziaria			
29. Miglioramento dei percorsi di presa in carico dei detenuti ristretti presso la Casa Circondariale Ernesto Mari <i>LINEA PAL N. 3.5</i>	Implementazione delle attività di telemedicina	Dott.ssa Franca Masala	Almeno n. 1 nuova progettualità di telemedicina innovativa sviluppata a favore dei detenuti al 31.12.2021.
30. Proseguimento nell'ottimizzare e semplificare i percorsi di presa in carico dei detenuti ristretti presso la "Casa Circondariale Ernesto Mari di Trieste" con bisogni di salute complessi	Predisposizione di un vademecum, a disposizione degli operatori che svolgono attività di sanità penitenziaria	Dott.ssa Franca Masala	Vademecum presente e diffuso al 30.11.2021. Dal 1 novembre al 31.12.2021 il 100% delle prese in carico sono effettuate sulla base del vademecum univoco, anche mediante l'applicazione di successivi correttivi
31. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i></p> <p>Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>1. Costruzione/rafforzamento dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza; 2. Avvio di Audit clinici; 3. Armonizzazione della procedura di continuità assistenziale tra area isontina e area giuliana; 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale</p>	<p>Direttore DAT Direttori e Responsabili infermieristici di Distretto Direttore, Dirigenti e personale Dipartimento di Medicina Dirigenti e Personale della SCTSAA Dirigenti e Personale della SSD RIABILITAZIONE</p> <p><i>In collaborazione con MMG (Coordinatori AFT)</i></p>	<p>1. Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento; 2. Condividere ed armonizzare la procedura di continuità assistenziale ospedale territorio tra area isontina e giuliana; 3. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali.</p>
<p>2. LINEE DI GESTIONE 3 <i>Avvio dell'Utilizzo dello strumento ACG</i></p>	<p>3. Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG; 4. Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica.</p>	<p>Direttori di Distretto</p>	<p>Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG; Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica. Evidenza dell'utilizzo del sistema e avvio della reportistica distrettuale</p>
SSD Servizio Infermieristico Distrettuale			
<p>3. LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI 4.7 Area Welfare Monitoraggio e valutazione della programmazione e delle politiche, in particolare per quanto riguarda le seguenti azioni: sperimentazioni abitare inclusivo (abitare possibile e domiciliarità innovativa)</p>	<p>5. Mappatura dei progetti sperimentali 6. Costruzione di un percorso sinergico tra distretto e progetti sperimentali per la continuità assistenziale dei residenti 7. Identificazione del referente distrettuale (ambito assistenziale) per il progetto 8. Strutturazione dei percorsi individuali</p>	<p>Dirigente Infermieristico Distrettuale Dr.ssa Monica Bonetti</p>	<p>Report conclusivo con evidenza del percorso e dell'esito delle azioni intraprese</p>
SC Tutela Salute Adulti Anziani			

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. LINEE DI GESTIONE 4.1 Rilanciare la ricerca, l'innovazione e realizzare percorsi di formazione e aggiornamento, sul tema multidisciplinare della presa in carico della cronicità e della fragilità.</p>	<p>Sperimentazione della metodologia di presa in carico con l'utilizzo dello strumento del budget di salute in utenti fragili e/o cronici valutati in Pronto Soccorso: 1. valutazione ed attivazione della presa in carico con lo strumento di budget di salute negli utenti valutati dagli infermieri del territorio in pronto Soccorso; 2. Monitoraggio e valutazione della presa in carico con lo strumento di budget di salute a domicilio alla conclusione del periodo di assegnazione del budget di salute; 3. predisposizione del registro specifico, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di audit.</p>	<p>SCTAA Tutto il personale non dirigente Personale delle microaree distrettuali</p>	<p>Entro il 31/12/21 Presenza di report con evidenza della metodologia adottata e valutazione dei risultati della sperimentazione</p>
<p>5. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i> Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>1. Applicazione delle azioni previste dalla procedura aggiornata per la continuità assistenziale ospedale-territorio e dimissioni protette. 2. Presa in carico delle persone segnalate (domicilio, ambulatorio, follow up);</p>	<p>Tutto il personale non dirigente della SCTSAA Tutto il personale delle Microaree distrettuali</p>	<p>1. Almeno 1 incontro di condivisione della procedura aggiornata 2. N. casi segnalati/n. casi presi in carico domiciliare/ambulatoriale/F.U= 100%</p>
<p>6. LINEE DI GESTIONE 3.5.2 Garantire la prosecuzione del programma di valutazione/sorveglianza nelle residenze per</p>	<p>Valutazione della qualità assistenziale con audit.</p>	<p>SCTSAA Coordinatore delle residenze</p>	<p>1. Effettuate almeno 2 visite di audit tra le residenze convenzionate del Distretto 4. Entro il 31/12/21</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
anziani convenzionate nel secondo semestre 2020			2. Redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2021 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020.
7. In continuità con le procedure attivate nel 2020 garantire alle persone affette da Covid - 19 l'erogazione di O2 terapia di supporto a domicilio ed in struttura	1.mantenere aggiornato l'elenco dei medici,preventivamente individuati, prescrittori di O2 terapia per pz Covid-19 a domicilio/struttura in accordo con il soggetto erogatore 2.valutare dall'esame della documentazione agli atti la corrispondenza tra il prescritto e l'erogato 3.revisione ed eventuale aggiornamento del contratto di noleggio dei concentratori O2 destinati a ospiti di struttura	Dr.ssa M.Teresa Benazzi	Al 31.12.2021 Presenza di: 1.elenco aggiornato dei medici prescrittori di O2terapia 2.evidenza della verifica documentale effettuata in fase di autorizzazione al pagamento 3.evidenza di revisione ed eventuale modifica del contratto dinoleggio sulla base dell'evoluzione della situazione pandemica.
8. Linea di lavoro 3.7.1 Riduzione dei tempi di attesa	Esecuzione delle prestazioni prenotate: 6 fundus oculi/settimana	Dr.ssa D. Minutola	Evidenza dell'esecuzione di tutte le prestazioni prenotate scadenza 31.12.2021
9. Incrementare il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nei confronti degli nelle UVD dedicate agli assistiti anziani in attesa di inserimento presso struttura residenziale	Inoltro di comunicazione via mail ai Medici di Medicina Generale degli assistiti anziani del Distretto 4 in attesa di valutazione da parte della S.S. Anziani e Residenze per inserimento presso struttura residenziale. Acquisizione, ove disponibile, della relazione clinica inviata in risposta alla mail da parte dal Medico di Medicina Generale e/o Sua partecipazione, ove disponibile, all' UVD. Stesura di report dell'attività svolta con indicazione del numero degli assistiti anziani valutati in UVD per inserimento in struttura residenziale e, per ciascun assistito, la data di inoltro della comunicazione al Medico di Medicina Generale e l'eventuale risposta ricevuta.	Dott. Tulliani Alessandro	Evidenza delle e-mail inoltrate nel 95% dei casi ai MMG degli assistiti anziani del Distretto 4 in attesa di valutazione da parte della S.S. Anziani e Residenze per l'accoglimento presso struttura residenziale nel periodo compreso tra il 01/06/21 ed il 31/12/2021. Acquisizione, ove disponibile, della relazione clinica da parte del Medico di Medicina Generale e/o, ove disponibile, Sua partecipazione all'UVD. Report conclusivo dell'attività svolta presentato al Direttore di Distretto entro il 31/01/2022.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>10. Cure Primarie Avvio dell'utilizzo dello strumento ACG</p>	<p>1.Dalle liste dei pz. Afferenti al Distretto 4 previamente stratificati con ACG secondo le classi RUB 4 e 5, e già revisionate dai MMG, estrapolare i nominativi dei pz non noti/non in carico ai servizi distrettuali 2.proporre al 100% dei relativi MMG valutazione congiunta e consulenza internistica 3.in caso di risposta positiva del MMG effettuare accesso domiciliare congiunto per valutazione clinica in almeno 10 casi</p>	<p>Dott.ssa. Sabrina Biagini</p>	<p>1.Evidenza della lista delle persone selezionate e dei nominativi dei relativi MMG 2.Evidenza delle e-mail inviate al 100% dei MMG individuati 3.produzione di relazione clinica per tutte le persone valutate presentata al Direttore di Distretto entro il 31.01.22 L'obiettivo è da ritenersi raggiunto qualora sia stato effettuato un numero di accessi domiciliari congiunti per almeno 10 assistiti o per il 100% dei casi segnalati dai MMG se < a 10.</p>
SS Centro Diabetologico			
<p>12. Continuità Ospedale-Territorio Percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per la corretta gestione terapeutica dei pazienti con diabete mellito tipo 2 dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco</p>	<p>1. Definizione del percorso assistenziale per i pazienti con diabete mellito tipo 2 dimessi dall'UCO di Medicina Clinica dell'Ospedale di Cattinara con diagnosi di scompenso cardiaco. 2. Individuazione e segnalazione (attraverso l'inserimento nell'agenda CUP dedicata) dei pazienti con Diabete mellito tipo 2 dimessi dall'UCO di Medicina Clinica dell'Ospedale di Cattinara con diagnosi di scompenso cardiaco e che non hanno controindicazione all'inserimento in terapia di SGLT2 inibitori, alla diabetologia territoriale per l'inizio della terapia ed il follow-up</p>	<p>UCO di Medicina Clinica SS Centro Diabetologico Distretto 4</p>	<p>1. Stesura e condivisione del percorso. Scadenza: 31/06/2021 2. Percentuale di pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco e che non hanno controindicazioni all'utilizzo di SGLT2 inibitori segnalati dall'UCO di Medicina Clinica alla diabetologia territoriale > 80% Scadenza 31/12/2021 3. Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che non hanno controindicazioni all'utilizzo di SGLT2 inibitori segnalati alla diabetologia territoriale e posti in trattamento con SGLT2 inibitori > 80% Scadenza 31/12/2021</p>
<p>13. 6.5 Governo clinico e reti patologia Implementazione della rete organizzativa per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico che necessitano di rivascolarizzazione.</p>	<p>1. Creazione di un gruppo multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico vascolare 2. Stesura di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare</p>	<p>- Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, del Centro Diabetologico Distretto 4 di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste - Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4 -Coordinatori infermieristici</p>	<p>1. Creazione del gruppo multidisciplinare entro il 30/06/2021 2. Redazione di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare entro il 30/09/2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Migliorare la rete fra le varie strutture attraverso la condivisione del documento e discussione dei casi clinici	-Infermiere di reparto - Comparto della diabetologia di Monfalcone e Diabetologia Distrettuale Distretto 4 di Trieste	3. Realizzazione di 2 incontri multidisciplinari per la discussione dei casi clinici. Entro il 31/12/2021
14. 6.5 Governo clinico e reti patologia Creazione di una scheda per la raccolta dei dati dei pazienti da rivascularizzare in modo da stabilirne la priorità	1. Individuare il sistema di classificazione idoneo e condiviso scientificamente 2. Condividere la scheda con il gruppo di lavoro 3. Condivisione della scheda con gli operatori delle varie strutture coinvolte	- Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, del Centro Diabetologico Distretto 4 di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste - Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4 - Coordinatori infermieristici - Infermiere di reparto - Comparto della diabetologia di Monfalcone e Diabetologia Distrettuale Distretto 4 di Trieste	1. Stesura della scheda entro il 30/09/2021 2. Condivisione ed utilizzo della scheda per almeno 80% dei pazienti. Entro 31/12/2021
15. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di qualità e sicurezza delle cure.	1. Istituzione di incontri multidisciplinari ogni 2 mesi di discussione casi clinici e condivisione PDTA (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) 2. Preparazione di un protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.	SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone 1. SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport 2. S.S. Centro diabetologico Distretto 4 di Trieste	1. Evidenza di partecipazione ad almeno 4 incontri multidisciplinari (1 ogni 2 mesi) 2. Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.
16. 6.5 Governo clinico e Reti di patologia Attivazione di un percorso multidisciplinare per l'appropriatezza prescrittiva nei pazienti con patologia cardiovascolare e diabete tipo II	1. Valutazione della terapia anti-iperlipemicizzante di tutti i pazienti con patologia cardiovascolare cronica affetti da diabete tipo II ed identificazione dei soggetti che, secondo le vigenti Linee Guida, hanno indicazione e non presentano controindicazione alla terapia con farmaci della classe SGLT2	Silvana Brigido Andrea Di Lenarda, Riccardo Candido, Chiara Gottardi Tutto il personale medico della SC Cardiovascolare e della S.S. Centro Diabetologico Distretto 4 di Trieste	1.2. Incremento relativo > 10% dell'utilizzo di SGLT2/GLP1 AR secondo nei pazienti in carico alla SC Cardiovascolare al 31/12/2021 3. Valutazione diabetologica ed inserimento in terapia di un SGLT2 inibitore e/o GLP1 agonista recettoriale in almeno l'80% dei pazienti avviati.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>inibitori e/o GLP1 agonisti recettoriali</p> <p>2. Avvio dei pazienti identificati a valutazione diabetologica per l'inserimento in terapia di un SGLT2 inibitore e/o GLP1 agonista recettoriale.</p> <p>3. Valutazione diabetologica dei pazienti inviati ed inserimento in terapia di un SGLT2 inibitori e/o GLP1 agonista recettoriale.</p>		
SSD Riabilitazione			
<p>17.</p> <p>Transizione dall'età evolutiva all'età adulta</p> <p>Linee di Gestione 2021</p> <p>Piano Salute Mentale IAEA (DGR 732/2018)</p> <p>Disabilità autismo</p>	<p>1. Garantire la valutazione multiprofessionale (UVM/ EMH) e PTRI nella fase di transizione (a partire dai 17 anni) agli adolescenti con patologia complessa in carico ai servizi distrettuali per l'età evolutiva:</p> <p>2. Disturbi dello spettro autistico secondo percorso già codificato</p> <p>3. Disturbo mentale severo secondo percorso già codificato</p>	<p>Dirigenti SSD Riabilitazione</p> <p>Distretto 4</p> <p>in collaborazione con la SCTSBADoF</p>	<p>1. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con disabilità complessa hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta</p> <p>2. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta</p> <p>3. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo Mentale Severo hanno avviato un percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta</p> <p>Al 31/12/21 Presenza di report</p>
<p>18.</p> <p>6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione)</p> <p>1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI)</p> <p>Migliorare la compliance nel trattamento riabilitativo delle persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario</p>	<p>1. Analisi degli opuscoli informativi sulle norme igienico comportamentali e gli esercizi per persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario in uso presso le SC Riabilitazione ospedaliera e le SSD di Riabilitazione Territoriali dell'Area Giuliano-Isontina</p> <p>2. Stesura di un unico opuscolo informativo da utilizzare in tutta l'area Giuliano-Isontina e da inserire nel PDTA esistente</p>	<p>SSD riabilitazione comparto</p> <p>Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, SSD Riabilitazione Distrettuali, Referente area Riabilitativa Trieste, SC Riabilitazione Gorizia</p>	<p>1. Analisi degli opuscoli informativi esistenti</p> <p>30/09/2021</p> <p>2. Stesura di un unico opuscolo informativo entro il 15/11/2021</p>
<p>19.</p> <p>6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione)</p>	<p>1. Individuazione di un gruppo di lavoro ASUGI</p>	<p>SSD riabilitazione comparto</p>	<p>1. Individuazione del gruppo entro il 31.05.21</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI)</p> <p>Creazione di un protocollo operativo ASUGI per la presa in carico riabilitativa di persone con M Parkinson</p>	<p>2. Stesura protocollo operativo</p>	<p>Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, SSD Riabilitazione Distrettuali, Referente area Riabilitativa Trieste, SC Riabilitazione Gorizia</p>	<p>2. Stesura protocollo entro 31.12.2021</p>
SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne e Famiglie			
<p>20. Implementazione e miglioramento degli interventi nell'adozione nazionale e internazionale</p> <p>Tavolo di coordinamento regionale</p> <p>Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari –</p> <p>Linee generali aziendali ASUGI 2021 – integrazione aree giuliana e isontina</p>	<p>1. Raccordo tra le attività del Tavolo Regionale sulle Adozioni nazionali e internazionali e dei sottogruppi attivati (fallimenti/crisi adottive, raccolta dati, percorsi formativi per le scuole) e i CCFF dell'area Giuliana</p> <p>2. Prosecuzione del tavolo di confronto e condivisione tra CCFF dell'area giuliana e isontina su percorsi e metodologie di intervento condivise e comuni nelle adozioni nazionali e internazionali: applicazione della scheda dei "Fattori di rischio e di protezione" elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi", del Tavolo di coordinamento regionale, in tutti nuovi casi di inserimento in famiglia (2020/2021) di bambini adottati e nelle nuove situazioni di crisi di nuclei con figli adottati in carico al Consultorio Familiare</p>	<p>Responsabile ff SC Bambini Adolescenti Donne e Famiglie M. Alessandra Carraro</p> <p>Tutto il personale della SS Consultorio Familiare D4</p> <p>Obiettivo condiviso con i CCFF ASUGI</p>	<p>Evidenza del programma di lavoro di raccordo effettuato e della sperimentazione della scheda "Fattori di rischio e di protezione ", elaborata nel tavolo regionale, sul 100% dei nuovi casi di inserimento in famiglia di bambini adottivi e in nuove situazioni di crisi di nuclei con figli adottati</p> <p><i>Fonte dati: verbali incontri, cartelle, sistema informativo regionale consultori</i></p> <p>Report 31/12/2021</p>
<p>21. Sostenere la genitorialità in integrazione con SSC dei Comuni e Terzo settore, tenendo conto delle problematiche legate alla pandemia Sars-Covid2</p> <p>Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari -</p> <p>Linee generali aziendali ASUGI 2021 punto 7</p>	<p>Offerta attiva di sostegno individuale, diade mamma-bambino, di coppia e attività di gruppo, a famiglie/donne nei primi 1000 giorni di vita del bambino, in situazione di fragilità o multiproblematicità anche nell'ambito della realizzazione del progetto "Famiglie in movimento" finanziato dalla Regione FVG sul Fondo per le politiche della</p>	<p>Dirigente psicologa Clara Minisini</p> <p>Obiettivo condiviso con i CCFF ASUGI area giuliana</p>	<p>Evidenza di report con attività realizzate per donne/famiglie con minori in situazione di fragilità anche nell'ambito del progetto "Famiglie in movimento" e integrandosi con il SSC e organizzazioni del Terzo settore.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Famiglia (DGR 551/2019), rintegrandosi con il SSC e le organizzazioni del Terzo Settore.		Fonte dati: Report attività, cartelle utenza 31/12/2021
22. Percorso nascita Continuità ospedale-territorio Linee di gestione regionali 2021 – 3.9 Consultori Familiari e 6.7 Percorso Nascita Linee generali aziendali ASUGI 2021 punto 1	1. Avvio della sperimentazione del monitoraggio territoriale della bilirubinemia neonatale da parte delle ostetriche dei Consultori in continuità e collaborazione con TIN-IRCCS Burlo Garofolo: a. Predisposizione di PDTA gestione dell'Ittero Neonatale in continuità tra Punto Nascita e Consultori Familiari b. Formazione specifica e addestramento all'uso del <i>device</i> Bilistick 2. Applicazione del protocollo con IRCCS Burlo sulle gravidanze a rischio psico sociale e sanitario nelle gravidanze in età precoce (<19anni)	1,2 Tutto il personale del Consultorio Familiare – D4 Coordinatore dell'obiettivo: Annarosa Orel Obiettivo condiviso con i CCFE ASUGI area giuliana	1. a. Proposta di PDTA inviata alle Direzioni entro il 30/06/2021 b. 80% delle ostetriche sono formate/addestrate 2. Evidenza della casistica 2020-2021 con applicazione del protocollo Fonte dati: proposta di PDTA, programma formazione e registro firme, report 31/12/2021
23. Transizione dall'età evolutiva all'età adulta Linee di Gestione 2021 Piano Salute Mentale IAEA (DGR 732/2018) Disabilità autismo	1. Garantire la fase di transizione (a partire dai 17 anni) agli adolescenti con patologia complessa in carico ai servizi per l'età evolutiva. g) Disturbi dello spettro autistico secondo percorso già codificato h) Disturbo mentale severo secondo percorso già codificato i) Disabilità complessa secondo percorso già codificato 2. Descrizione del percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta.	1. Tutto il personale della SSTSBA Obiettivo condiviso con le SCTSBA DoF giuliane, NPI isontina e SC EEFD isontina. Dott.ssa Sara Frisari Dott.ssa Cristina Rumer Dirigenti SSTSBA D4	1. g) Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta h) Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo Mentale Severo hanno avviato un percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta i) Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con disabilità complessa hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta 2. Descrizione dei percorsi di transizione tra i servizi per l'età evolutiva e l'età adulta in atto in ASUGI al 30/11/2021 inviati alle Direzioni competenti
24. Cornice di riferimento: PRSM 2018-2020	1.	1. Tutto il Personale della SSTSBA – D4	1. Disponibilità di set di dati sui soggetti in carico (minori e transizione) alla SSTSBA anche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>7.8 Sistemi informativi Implementazione di un sistema informativo unico regionale per la salute mentale/età evolutiva, età adulta che fornisca elementi utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca</p> <p>8.4 Censimento delle persone con disabilità in carico ai DSM e alle NPIA per categoria diagnostica (disabilità intellettiva e disturbi dello spettro autistico)</p> <p>4.1 Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato Linee di Gestione 2021</p>	<p>Revisione e riorganizzazione dei dati relativi a tutti i soggetti in carico alla SCTSBADoF (minori e transizione).</p> <p>2 .Revisione dei PTRI dei soggetti con disturbi esternalizzanti complessi in carico alla SSTSBA/4</p> <p>a. individuazione casi complessi b. revisione e ridefinizione dei PTRI</p>	<p>Coordinatore dell'obiettivo: Annarosa Orel</p> <p>Obiettivo condiviso con le SCTSBADoF giuliane, NPI isontina</p> <p>2.dott. Stefania Zoia Dott. Linda Puzzer Dirigente SSTSBA – D4</p> <p>In collaborazione con DSM e DDD per i casi condivisi</p>	<p>finalizzata all'implementazione del Sistema Regionale Point per le NPI.</p> <p>2. Tutti i PTRI dei soggetti che presentano diagnosi di autismo o sospetto autismo sono stati revisionati nel 2021.</p> <p>3. Tutti i PTRI dei soggetti del Distretto 4 inseriti nel Centro Diurno del SSMG sono stati revisionati nel 2021 ed evidenziate le prese in carico congiunte con DSM e DDD. Fonte dati: elenco alfanumerico dei soggetti del Distretto inseriti presso il CD e presenza in cartella dei PTRI aggiornati</p>
Direzione - Servizi Amministrativi			
<p>25. Assicurare la puntuale applicazione dell'Accordo Stato Regioni e Province Autonome dd. 20.12.2012 e alle successive indicazioni relativamente alle verifiche annuali per i cittadini appartenenti all'Unione Europea con diritto all'iscrizione a tempo indeterminato al SSR, anche al fine di non assumere costi impropri e garantire uniformità di trattamento, attivando una linea diretta di collaborazione con il Centro per l'Impiego, al fine dell'ottimizzazione delle risorse</p>	<p>1. Richiesta ad INSIEL dell'elenco delle persone iscritte al SSR dal 2020 con codice 12</p> <p>2. Definizione della procedura e conseguente verifica dell'attuale sussistenza del rapporto di lavoro (a tempo determinato o indeterminato) in collaborazione con il Centro per l'impiego</p> <p>3. Contatto dei soggetti che hanno perso il diritto all'iscrizione per la rivalutazione della pratica ed eventuale sospensione dell'iscrizione</p> <p>4. Predisposizione di report riepilogativo.</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4, ad esclusione del personale operante presso l'Ufficio Convenzioni Internazionali.</p> <p>In condivisione con D1, D2, D3</p>	<p>1-2. Presenza della procedura e verifica del 90% delle persone inserite nell'elenco inviato al Centro per l'impiego</p> <p>3. Sospensione dell'iscrizione al SSR per il 100% dei non aventi diritto</p> <p>4. Presenza di report complessivo al 31.12.2021.</p> <p>Fonte dati: SIASI e Centro per l'impiego</p>
<p>26. Evitare l'assunzione di costi impropri per il SSR attraverso la verifica dell'emissione della tessera sanitaria con valenza TEAM ai richiedenti asilo</p>	<p>1. Richiesta ad INSIEL dell'elenco delle persone iscritte al SSR dal 2019 con codice 20</p> <p>2. Estrapolazione delle iscrizioni dei richiedenti asilo</p> <p>3. Verifica sul sistema TS delle posizioni individuate</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4, ad esclusione del personale operante presso l'Ufficio Convenzioni Internazionali</p> <p>In condivisione con D1, D2, D3</p>	<p>1-2-3-4 Verifica ed eventuale aggiornamento del 100% delle iscrizioni individuate</p> <p>5. Presenza di report complessivo al 31.12.2021.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>4- Aggiornamento delle posizioni in base alle indicazioni contenute nella circolare ministeriale dd. 24.07.2019</p> <p>5. Predisposizione di report riepilogativo</p>		
Ufficio Convenzioni Internazionali			
<p>27. Evitare il non riconoscimento di eventuali crediti dovuti a ritardi di fatturazione mediante l'utilizzo della piattaforma ASPE UE</p>	<p>1 Utilizzo gestionale ASPE per la mobilità sanitaria internazionale attiva (crediti) con particolare riferimento alla fatturazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - assunzione dei costi previa verifica; - fatturazione; - inserimento delle fatture nel sistema SIASI; <p>2 caricamento dei relativi file prodotti da INSIEL nell'applicativo ministeriale ASPE;</p> <p>3 Rispetto dei termini previsti dal Ministero della Salute mediante le successive indicazioni operative regionali in prossimità della scadenza del 30.5.2021 per il 1° sem. 2020 del 30.11.2021 per il 2° sem 2020 <i>salvo eventuali diverse comunicazioni ministeriali/regionali.</i></p>	<p>Tutto il personale in carico all'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>Completamento delle azioni n. 1 e n. 2 nel seguente modo:</p> <p>Per il 1° Semestre 2020 entro 31 maggio 2021 (salvo diverse e successive comunicazioni indicate dalla Regione);</p> <p>Per il 2° Semestre 2020 entro 30 novembre 2021 (salvo diverse e successive comunicazioni indicate dalla Regione).</p> <p>Fonte dati: stampa della ricevuta di avvenuto caricamento dei file dall'Applicativo ministeriale ASPE con successivo invio alla DCSISSPL di comunicazione sulla conclusione lavori e rispetto dei termini previsti.</p>
<p>28. Verifica della sussistenza del diritto assicurativo dei titolari di pensione italiana emigrati in Croazia e Slovenia in carico all'ASUGI, al fine di non assumere costi impropri derivanti da prestazioni sanitarie erogate all'estero</p>	<p>1. Creazione di un elenco nominativo da sottoporre a verifica sulla base della documentazione agli atti.</p> <p>2. Controllo incrociato delle singole posizioni avvalendosi della collaborazione del Comune di Trieste e dell'INPS, e/o invio di richiesta di informazioni direttamente agli interessati.</p> <p>3 Aggiornamento dell'elenco in base ai dati raccolti con chiusura o rettifica delle eventuali posizioni irregolari.</p>	<p>Tutto il personale in carico all'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>Controllo di almeno il 90% delle pratiche in giacenza e chiusura o rettifica del 100% delle posizioni irregolari riscontrate.</p> <p>Presenza report riepilogativo al 31.12.2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
29. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)	1. Individuazione degli operatori del tavolo di lavoro di DSM-ASUG 2. Incontro con gli altri soggetti coinvolti (Distretti- Burlo-NPI) 3. Definizione del percorso di transizione	Direttrice DSM, Dirigente Infermieristica, Paola Zanus Michiei e Claudia Miniussi Personale del DSM <i>Obiettivo condiviso con NPI e Distretti</i>	1. Individuazione degli operatori e organizzazione del tavolo di lavoro <i>(entro 30 giugno)</i> 2. Stesura del percorso condiviso <i>(entro 31.12.2021)</i>
2. Sviluppo programmi <i>recovery oriented</i> Promuovere le policy e le progettualità <i>recovery oriented</i>	1. Realizzazione di almeno 3 percorsi formativi promossi dal DSM che prevedono la partecipazione delle persone con esperienza (come docenti e/o partecipanti) 2. Avviare fase sperimentale di progettualità relativi all'abitare solidale e inclusivo in co-produzione con gli stakeholder e individuazione di spazi da dedicare alle iniziative di facilitazione del protagonismo	Direttrice e referenti DSM per il protagonismo Personale DSM	1. Percorsi realizzati come da azione 2. Avviata co-progettazione relativa all'abitare solidale inclusivo con partecipazione stakeholder come da azione <i>(entro 31.12.21)</i>
3. Sistema informativo Point Psm: miglioramento del prodotto e della qualità dei dati nell'impiego del nuovo gestionale per la Salute Mentale	Utilizzo della funzionalità di Point pSM relativa allo strumento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e inserimento del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato in Point pSM, a conclusione dei lavori di strutturazione e rilascio della funzionalità dedicata	Dirigente infermieristica Personale DSM	Almeno il 75% delle persone in carico con bisogni complessi hanno inserito il PTRI in Point (il raggiungimento dell'obiettivo è condizionato dai lavori di strutturazione e rilascio della funzionalità da parte dell'ente gestore del sistema informatico) <i>(entro 31.12.21)</i>
4. Applicazione delle "Modalità tecnico operative per l'attivazione di tirocini inclusivi a favore di persone prese in carico dai servizi sociali e sanitari - art. 38 del Regolamento emanato con DPR n. 57/2018" - approvate con Decreto regionale n.89 del 16/01/2019 - ai percorsi di inclusione socio-lavorativa delle persone in carico al DSM	1. Elaborazione e condivisione della procedura operativa dipartimentale e la documentazione di supporto (scheda PFI) al fine di condividere e uniformare le modalità operative per l'attuazione e lo svolgimento dei tirocini inclusivi (ex borse di formazione lavoro) nelle articolazioni organizzative del DSM 2. Avvio della fase sperimentale di applicazione apportando eventuali	Personale del ruolo amministrativo della Direzione DSM, Referenti area lavoro di Direzione, CSM e SARR <i>in collaborazione con Direzione dei Servizi Sociosanitari</i>	1. Evidenza della procedura operativa e relativa documentazione (scheda PFI) <i>(entro 30/04/2021)</i> 2. Report sui percorsi avviati con aggiornamento procedura e documentazione <i>(entro 31.12.21)</i> 3. evidenza delle convenzioni adottate (almeno il 50% dei soggetti ospitanti risultano convenzionati)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>RIF. Linee programmazione 2021, punto 10. Proseguire nello sviluppo di percorsi protetti e multidisciplinari di autonomia, integrazione lavorativa, scolastica e abitativa per soggetti fragili delle aree della salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria, ed altre patologie associate a disabilità.</p> <p><i>In attuazione delle azioni di miglioramento previste dal PTPCT 2020-2022</i></p>	<p>aggiornamenti e correttivi alla procedura e relativa documentazione</p> <p>3. Messa a norma dell'attività dei soggetti ospitanti i tirocini inclusivi mediante l'adozione degli atti convenzionali previsti dall'art. 35 del DPR 57/2018</p>		<p>(entro 31.12.21)</p>
<p>5. Consolidare l'attività di valutazione degli esiti dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati delle persone titolari di Budget Individuali di Salute</p>	<p>Valutazione budget individuali di salute follow up attraverso la realizzazione dell'attività di follow up a tre anni (T2)</p>	<p>Arturo Ripa e tutti i Direttori SC CSM</p> <p>Personale DSM</p>	<p>Trasmissione alla Direzione Centrale Salute delle schede di valutazione sintetiche contenenti Honos Short version-12 item e relative al campione di riferimento</p> <p>(entro 31 dicembre)</p>
<p>6. Presa in carico di soggetti con misura di sicurezza in REMS</p>	<p>Predisposizione di PTRP entro 45 giorni dall'ingresso in REMS al fine di attivare percorsi di superamento della misura di sicurezza</p>	<p>Arturo Ripa – Alessandro Norbedo</p> <p>Il personale SARR</p>	<p>Invio alle competenti autorità, entro 45 gg dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI e inoltro al Servizio Distrettuale ed ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità</p> <p>(entro 31/12/2021)</p>
<p>7. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari</p> <p>Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza</p>	<p>Predisporre ed inviare alla competente autorità progetti per le misure alternative</p>	<p>Arturo Ripa – Alessandro Norbedo</p> <p>Il personale SARR</p>	<p>1. Il 40% delle persone soggette a misura di sicurezza nel primo semestre del 2021, hanno progetti proponenti soluzioni diverse dalla Rems che vengono inviate alla competente autorità e inoltrati per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità;</p> <p>(entro il 30.06.2021)</p> <p>2. Il 60% delle persone soggette a misura di sicurezza nel secondo semestre del 2021, hanno progetti proponenti soluzioni diverse dalla Rems che vengono inviate alla competente autorità e inoltrati per conoscenza al Servizio Assistenza</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità (entro il 31.12.2021)
8. Rete assistenziale Disturbi del comportamento alimentare Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017)	1. Identificazione referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva 2. Attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e casistica 2021 3. Individuazione equipe funzionale multidisciplinare, multi professionale (rif. Professionalità DGR 668/2017)	Sara Monticolo, Corinna Michelin Personale afferente DCA	1. Identificati referenti area adulti e minori 2. Data di attivazione e casistica 3. Equipe funzionale individuata (entro il 31.12.2021)
9. Implementazione della collaborazione multi-professionale tra gli operatori del CSM 1 a favore di persone in carico e a rischio di isolamento e marginalità, aggravati dall'emergenza sanitaria in atto	Incontri propedeutici di "Formazione alla Pari" tra gli operatori del CSM 1 esperti delle procedure operative previste per lo svolgimento di progettualità riabilitative e gli altri componenti del gruppo di lavoro multiprofessionale del Centro, con successiva costruzione di un report dell'attività svolta; Individuazione dei soggetti in carico e a rischio di marginalità e progettualità innovativa	Alessandro Barberio, Luigi Marrazzo Personale CSM 1	Costruzione di un report comune dei Progetti Riabilitativi in essere e relativi alla Formazione, all'Inserimento Lavorativo e all'Inclusione Sociale e proposta di progettualità innovativa (entro 31/12/2021)
10. Miglioramento del percorso di cura con particolare riferimento alla prevenzione della sindrome metabolica e dei disturbi cardiovascolari, all'uso dei farmaci antipsicotici, alla riabilitazione e alla sensibilizzazione sugli stili di vita a rischio, anche per quanto riguarda la diffusione dell'infezione da Covid-19: Progetto Mens Sana 2021	1. Applicazione delle procedure previste nella scheda di screening elaborata nell'obiettivo aziendale 3/2020 2. Presentazione delle attività del Centro Diurno Diffuso (CDD) 3. Indicazioni riguardanti la prevenzione della diffusione dell'infezione da Covid-19 e dei comportamenti a rischio Target: Persone con disturbo mentale severo (F 20-29) di età compresa tra i 18 e i 40 anni in cura presso il CSM Maddalena	Matteo Impagnatiello, Pietro Zolli, Paola Ceppi Personale del CSM 2	1, 2 e 3. 100% delle persone target coinvolte nelle tre azioni dell'obiettivo Stesura del report (entro 31/12/2021)
11. Prosecuzione ed implementazione progetto "Casa di via Buozzi" per giovani afferenti al CSM 3	1. Implementazione delle attività collettive orientate alla <i>recovery</i> e all'aggregazione giovanile per garantire accoglienza priva di stigma per utenza afferente al servizio nella fascia 18-30 anni.	Mario Colucci, Stefano Barnafi Personale del CSM 3	1. Coinvolgimento di almeno 2 nuove persone nella fascia 18-30 2. Organizzazione di almeno 1 attività da remoto, realizzazione di almeno 2 riunioni di co-progettazione con la Coop 2001

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Favorire la fruibilità degli spazi dell'appartamento L. 15 di via Buozzi n. 2 nel rispetto delle misure anti contagio (rimodulazione degli orari e previsione di attività anche da remoto) in co-progettazione con la Cooperativa 2001 Agenzia Sociale. 3. Coordinamento con altre iniziative di aggregazione giovanile presenti sul territorio 4. Somministrazione scale di valutazione e verifica dei dati e degli esiti		Agenzia Sociale e con altri stakeholder e stesura report di attività ed esiti <i>(entro 31 dicembre)</i>
12. Migliorare la risposta di salute alla popolazione in carico attraverso i processi di integrazione tra il CSM e la rete dei Servizi: incontri con Distretto, Servizi Sociali del Comune e ATER".	Effettuare degli incontri periodici ogni 4 mesi con i servizi del territorio, quali Servizio Sociale Comunale, Dipartimento delle Dipendenze legali e illegali, Distretto 4 e ATER: 1° incontro di presentazione dell'organizzazione del servizio e discussione sulle procedure operative condivise. 2° e 3° incontro predisposizione degli argomenti da trattare individuando anche delle esperienze multiproblematiche condivise su cui riflettere per migliorare l'operatività	Simona Landucci e Cristina Brandolin Personale del CSM 4	Almeno N.3 incontri nell'anno da tenersi in remoto e/o in presenza in base alle disposizioni ministeriali: report finale con verbali degli incontri effettuati in cui si evidenziano, le criticità emerse e le strategie di miglioramento condivise <i>(entro 31/12/2021)</i>
13. Proseguire il lavoro definito dalla convenzione del gennaio 2020 tra Prefettura e servizi dell'ASUGI a favore delle persone recluse al CPR di Gradisca d'Isonzo. Eventuale estensione di interventi nella casa circondariale di Gorizia.	Eseguire consulenze di salute mentale programmate su richiesta del sanitario del CPR. Le consulenze saranno effettuate avvalendosi degli strumenti telematici fino alla conclusione delle misure di contenimento della pandemia COVID.	Paola Zanus Michiei, Claudia Miniussi, Maura Vanon, Personale del CSM AI	100% delle consulenze ed interventi richiesti effettuati da remoto o in presenza <i>(entro 31 dicembre)</i>
14. "Cura dei percorsi di cura": miglioramento dell'appropriatezza degli interventi in un gruppo di persone con disturbo lieve e/o moderato	Studio della storia personale e di rapporto con il servizio e rivalutazione degli interventi nel corso delle riunioni di équipe.	Luca Nicolosi, Claudia Miniussi, Maura Vanon Personale del CSM BI	Rivalutazione dei percorsi con ridefinizione dell'intervento di cura e possibili trasformazioni per almeno 20 persone <i>(entro 31 dicembre)</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
15. Miglioramento dei percorsi di cura e della continuità assistenziale con particolare riferimento alla popolazione anziana con bisogni complessi dimessi dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Target over 70 ricoverati in SPDC	1. Visionare schede già utilizzate in ASUGI per la rilevazione dei bisogni e il livello di autonomia personale ai fini della stesura di nuova scheda per la dimissione in continuità assistenziale per la popolazione target (over 70) 2. Incontri con unità anziani dei 6 distretti	Alessandra Oretti, Daniela Babich Personale SPDC In collaborazione con i Distretti	1. Presenza di Nuova scheda di dimissione in continuità assistenziale per la popolazione target (over 70) 2. Evidenza dell'avvio della sperimentazione su tutto il territorio ASUGI <i>(entro 31 dicembre)</i>
16. Promozione attività scientifica in collaborazione con UNITS	Produzione di attività scientifica di ricerca	Umberto Albert Personale DSM	Almeno due pubblicazioni <i>(entro 31 dicembre)</i>
17. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Area Giuliana

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Implementazione di azioni propedeutiche al passaggio dei dati sanitari delle cartelle dell'utenza del Dipartimento delle Dipendenze (DDD) nel nuovo gestionale informatico regionale per le dipendenze	Verificare la completezza della sezione "anagrafica e movimenti" della piattaforma informatica MFP 5 di tutte le cartelle dell'utenza delle diverse articolazioni organizzative del DDD con la registrazione del consenso al trattamento dei dati, già acquisito in formato cartaceo (escluse preammissioni, consulenze e utenti enti terzi)	Tutto il personale del DDD	Almeno il 90 % delle cartelle degli utenti (escluse preammissioni, consulenze e utenti enti terzi) presenta l'acquisizione del consenso nella sezione "anagrafica e movimenti" della piattaforma informatica MFP5 <i>Entro il 31/12/21</i>
2. Sperimentazione di un modello organizzativo innovativo ed integrato con il Dipartimento di Prevenzione (DIP) per favorire la copertura vaccinale HBV negli utenti presi in carico dal DDD	1 Definire un percorso clinico assistenziale integrato per favorire la vaccinazione HBV negli utenti presi in carico dal DDD che definisca: - Screening sierologico per HBV - Counselling post test - Modalità per la gestione del percorso vaccinale HBV a. Azioni di linkage to care per evitare drop out nel ciclo vaccinale 2 Assicurare il percorso vaccinale HBV al gruppo target	Personale infermieristico e di supporto all'assistenza del DDD In comune con il Dipartimento di Prevenzione	1 Formalizzazione del percorso congiunto con il DIP <i>Entro il 30/09/21</i> 2 Al 100% degli utenti risultati negativi al test HBV a far tempo dal 1/10/21 viene assicurato un intervento di counselling personalizzato per favorire l'adesione alla vaccinazione HBV Al 100% degli utenti che hanno aderito alla vaccinazione viene assicurato il percorso integrato secondo protocollo formalizzato <i>Entro il 31/12/21</i>
3. Sviluppo e rafforzamento dei percorsi integrati per la presa in carico socio sanitaria di persone straniere attraverso l'attuazione del progetto "STREET LINK. Salute e benessere per tutti", Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo nazionale ON 3 - Capacity building – Governance dei	1 Assicurare la formalizzazione del Progetto Personalizzato Assistenziale Integrato (PAPI) per gli utenti del DDD reclutati nel progetto "STREET LINK. Salute e benessere per tutti" 2 Assicurare le attività di rendicontazione previste nel progetto "STREET LINK. Salute e benessere per tutti"	Tutto il personale del ruolo tecnico e amministrativo del DDD In comune con la Direzione dei Servizi Sociosanitari	1 Il 100% degli utenti del DDD individuati come destinatari del progetto "STREET LINK. Salute e benessere per tutti" presentano la formalizzazione della scheda PAPI <i>Entro il 31/12/21</i> 2 Predisposizione di un file di riepilogo con l'evidenza della documentazione di

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
servizi - Qualificazione del sistema di tutela sociosanitaria. Capofila Comune di Trieste	<ul style="list-style-type: none"> · <u>DDD</u>: Inoltro alla referente amministrativa DIRSS della documentazione di rendicontazione a cadenza mensile · <u>Referente DIRSS</u>: Verifica della documentazione in base ai criteri progettuali, monitoraggio del budget e del rispetto dei tempi previsti dal cronoprogramma, trasmissione periodica della documentazione al Comune di Trieste. 		rendicontazione prevista dal progetto "STREET LINK. Salute e benessere" trasmessa al Comune di Trieste <i>Entro il 31/12/21</i>
4. Sviluppo di percorsi terapeutico riabilitativi per utenti presi in carico dal DDD in misura alternativa alla detenzione ed in messa alla prova in collaborazione con gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE) ed il Tribunale di Sorveglianza	Assicurare a tutti gli utenti in carico che richiedono misure alternative alla detenzione o programmi di messa alla prova un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato territoriale e/o domiciliare e/o semiresidenziale e/o residenziale in collaborazione con gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE) ed i Tribunali di Sorveglianza	Dr. Paolo Mattioli Dr.ssa Daniela Belviso Dr.ssa Deborah Nordici Dr.ssa Mimma Romano Dr.ssa Eva Perizzolo	Il 100% degli utenti presi in carico dal DDD in misura alternativa alla detenzione ed in messa alla prova presenta un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato territoriale e/o domiciliare e/o semiresidenziale e/o residenziale in collaborazione con gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE) ed il Tribunale di Sorveglianza <i>Entro il 31/12/21</i>
5. Sperimentazione di un modello organizzativo innovativo ed integrato con il Dipartimento di Prevenzione (DIP) per favorire la copertura vaccinale HAV e HBV negli utenti presi in carico dal Centro Malattie Sessualmente Trasmesse (CMST)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire un percorso clinico assistenziale integrato per favorire la vaccinazione HAV e HBV negli utenti presi in carico dal CMST che definisca: <ul style="list-style-type: none"> - Screening sierologico per HAV e HBV - Counselling post test - Modalità per la gestione del percorso vaccinale HBV - Azioni di linkage to care per evitare drop out nel ciclo vaccinale 2. Assicurare il percorso vaccinale HAV e HBV al gruppo target 	Dr.ssa Claudia Colli Personale infermieristico CMST In comune con il Dipartimento di Prevenzione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione del percorso congiunto con il DIP <i>Entro il 30/09/21</i> 2. Al 100% degli utenti risultati negativi al test HAV HBV a far tempo dal 1/10/21 viene assicurato un intervento di counselling personalizzato per favorire l'adesione alla vaccinazione HAV e HBV Al 100% degli utenti che hanno aderito alla vaccinazione viene assicurato il percorso integrato secondo protocollo formalizzato <i>Entro il 31/12/21</i>
6. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in	Attivare per gli utenti under 25 presi in carico con bisogni complessi che richiedono interventi integrati progetti	Dr.ssa Antonina Contino Psicologa responsabile SS Territoriale Distretto n 3 - SC DSI	Definizione dei criteri per l'individuazione del gruppo target

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
carico degli utenti under 25 che presentano bisogni complessi (obiettivo PAL)	terapeutico - riabilitativi individualizzati (PTRI)		Il 100% degli utenti target under 25 presi in carico con bisogni complessi presenta il PTRI Entro il 31/12/21
7. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati alla prevenzione ed alla riduzione del rischio di acquisizione e trasmissione delle patologie correlate alla dipendenza, con particolare attenzione ai pazienti con epatite virale C (obiettivo PAL)	1. Implementare azioni di monitoraggio, verifica ed attivare eventuali interventi riorganizzativi per assicurare agli utenti con dipendenza da sostanze stupefacenti l'esecuzione dello screening sierologico come previsto dal protocollo regionale PIT 2. Aggiornare gli accordi operativi con gli specialisti epatologi ed infettivologi relativamente ai percorsi diagnostici e terapeutici specialistici dedicati ad utenti presi in carico dal DDD che presentano l'infezione HCV	1. Dr. Gianni Conti Dr.ssa Annalisa Saba Dr.ssa Ariadna Celeste Baez Dr.ssa Tirone Gabriella Dr.ssa Marta Rubiera Dr. Fabio Tassi Dr.ssa Roberta Balestra 2 Azione in comune con la S.C. Malattie Infettive e la Clinica Patologie del Fegato)	1. Almeno al 70% degli utenti con dipendenza da sostanze stupefacenti testabili viene assicurato lo screening sierologico come previsto dal protocollo regionale PIT Entro il 31/12/21 2. Formalizzazione degli accordi operativi fra DDD- SC Malattie infettive e Clinica Patologie del Fegato Entro il 30/09/21
8 Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati alla sperimentazione dello strumento del budget di salute nella presa in carico di utenti che presentano problematiche sociosanitarie complesse (obiettivo PAL)	1. Oltre la prassi consolidata del DDD, definire un nuovo documento dipartimentale (come da indicazioni regionali) sulla sperimentazione dello strumento del budget di salute che declini: - Criteri di inclusione - Partnership e risorse della rete - Prestazioni erogabili - Modalità di attivazione - Monitoraggio e verifica dei progetti personalizzati - Fonti di finanziamento 2. Sperimentazione dello strumento del budget di salute sull'utenza target	Dr.ssa Roberta Balestra Direttore DDD	1. Formalizzazione con determinazione dirigenziale del documento dipartimentale Entro 30.09.2021 2. Almeno n. 6 budget di salute attivati Entro 31.12.2021
9.	Implementare un sistema di monitoraggio e di verifica dei programmi di presa in carico degli utenti del DDD attraverso	Dr.ssa Cristina Stanic Dirigente infermieristico DDD	Inviare la reportistica specifica all'Osservatorio Regionale dipendenze secondo la tempistica richiesta

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Miglioramento del sistema di monitoraggio della presa in carico degli utenti del DDD (obiettivo PAL)	l'utilizzo di almeno 6 indicatori di processo e di outcome		Entro 31.12.2021
10. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati all'implementazione di attività per promuovere la cessazione del fumo fra gli operatori di ASUGI (obiettivo PAL)	Realizzazione del progetto aziendale "Operatori della salute liberi da fumo", di cui alla delibera n 958 del 20/12/19, sospeso a causa della pandemia.	Dr.ssa Cristina Lenchig	Invio del report delle attività assicurate nell'ambito del progetto aziendale "Operatori della salute liberi da fumo", di specifica competenza del DDD al direttore della SO. Entro 31/12/21
11. Miglioramento dell'offerta territoriale di prevenzione in tema di disturbi correlati al gioco d'azzardo (obiettivo PAL)	Implementazione dell'attività territoriale d'informazione e orientamento sui percorsi terapeutici del disturbo da gioco d'azzardo per contrastare il bisogno sommerso e sensibilizzare i vari soggetti della rete	Dr.ssa Giulia Generoso Quartarone Dr.ssa Alessandra Pizzolato	Almeno 6 incontri con associazioni/enti/cooperative sociali con risultati come da azione Entro 31.12.2021
12. Promozione dell'integrazione tra servizi pubblici per le dipendenze e terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcol correlate (obiettivo PAL)	1. Predisporre un documento da inviare al Direttore del DDD che rilevi le criticità emerse nel territorio giuliano relative all'integrazione tra servizi pubblici e terzo settore 2. Stesura del piano di intervento condiviso tra servizio pubblico e associazioni - Area Giuliana ASUGI per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcol correlate	Dr. Gianfranco Bazo Direttore SS Territoriale Distretto 2 SCDSI e Direttore FF SC DSL	Evidenza del piano di intervento Entro 31.12.2021
13. Promuovere l'integrazione tra servizi pubblici ed il terzo settore per le persone con problematiche alcol correlate inserite in percorsi residenziali nelle strutture regionali (obiettivo PAL)	Adottare una scheda condivisa di invio nelle strutture residenziali, comprensiva della valutazione diagnostica, per tutti gli utenti con problematiche alcol correlate accolti presso la Residenza Alcolologica Specialistica di ASUGI o inviati in altre strutture regionali	Dr.Ottaviano Cricenti Dr.ssa Cinzia Celebre	1. Il 100% degli utenti con problematiche alcol correlate residenti al di fuori della provincia di Trieste e accolti nel 2021 presso la RAS presenta la scheda di invio Entro 31/12/2021 2. Il 100% degli utenti con problematiche alcol correlate residenti nella provincia di Trieste e accolti in strutture residenziali regionali presenta la scheda di invio Entro 31/12/2021

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
14. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Area Isontina

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
15. Implementazione di azioni propedeutiche al passaggio dei dati sanitari delle cartelle dell'utenza della S.C. Dipendenze Area isontina nel nuovo gestionale informatico regionale per le dipendenze	Verificare la completezza della sezione "anagrafica e movimenti" della piattaforma informatica MFP 5 di tutte le cartelle dell'utenza della S.C. Dipendenze Area Isontina con la registrazione del consenso al trattamento dei dati, già acquisito in formato cartaceo (escluse preammissioni, consulenze e utenti enti terzi)	Tutto il personale del DDD	Almeno il 90 % delle cartelle degli utenti (escluse preammissioni, consulenze e utenti enti terzi) presenta l'acquisizione del consenso nella sezione "anagrafica e movimenti" della piattaforma informatica MFP5 <i>Entro il 31/12/21</i>
16. Sviluppo di percorsi terapeutico riabilitativi per utenti presi in carico dal DDD in misura alternativa alla detenzione ed in messa alla prova in collaborazione con gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE) ed i Tribunali di Sorveglianza	Assicurare a tutti gli utenti che richiedono misure alternative alla detenzione o programmi di messa alla prova un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato territoriale e/o domiciliare e/o semiresidenziale e/o residenziale in collaborazione con gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE) ed i Tribunali di Sorveglianza	Antonella De Vecchis (psicologa) Erika Policardi (psicologa) Katia Cavicchi (educatrice) Cristina Stolli (ass. sociale) Ilenia Lirusso (ass. sociale)	Il 100% degli utenti presi in carico dal DDD in misura alternativa alla detenzione ed in messa alla prova presenta un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato territoriale, e/o domiciliare e/o semiresidenziale, e/o residenziale in collaborazione con gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE) ed i Tribunali di Sorveglianza <i>Entro il 31/12/21</i>
17. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati alla prevenzione ed alla riduzione del rischio di acquisizione e trasmissione delle patologie correlate alla dipendenza, con particolare attenzione ai pazienti con epatite virale C	1. Implementare azioni di monitoraggio, verifica ed attivare eventuali interventi riorganizzativi per assicurare agli utenti con dipendenza da sostanze stupefacenti, testabili, l'esecuzione dello screening	Alessandro Agus (medico) Infermieri e assistenti sanitari SC (azione in comune con la S.C. Malattie Infettive e la Clinica Patologie del Fegato)	1. Almeno il 70% degli utenti con dipendenza da sostanze stupefacenti testabili viene assicurato lo screening sierologico come previsto dal protocollo regionale PIT <i>Entro il 31/12/21</i>

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
(obiettivo PAL)	sierologico come previsto dal protocollo regionale PIT 2. Aggiornare gli accordi operativi con gli specialisti epatologi ed infettivologi relativamente ai percorsi diagnostici e terapeutici specialistici dedicati ad utenti presi in carico dal DDD che presentano l'infezione HCV		2. Formalizzazione di eventuali aggiornamenti relativi agli accordi operativi fra SC Dipendenze Area Isontina-SC Malattie infettive e Clinica Patologie del Fegato <i>Entro il 31/12/21</i>
18. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati all'implementazione di attività per promuovere la cessazione del fumo fra gli operatori di ASUGI (obiettivo PAL)	Realizzazione del progetto aziendale "Operatori della salute liberi da fumo", di cui alla delibera n 958 del 20/12/19, sospeso a causa della pandemia.	Wally Culot (coordinatrice infermieristica SC) Monica Carta (educatrice) Maria Palumbo (ausiliaria)	4. Invio del report delle attività assicurate nell'ambito del progetto aziendale "Operatori della salute liberi da fumo", di specifica competenza della SC Dipendenze area isontina al direttore della SC. <i>Entro 31/12/21</i>
19. Aumentare gli interventi territoriali di prevenzione in tema di disturbi correlati al gioco d'azzardo (obiettivo PAL)	Incrementare le attività di informazione e sensibilizzazione dei soggetti della rete attraverso materiali progettati ad hoc e attività di counseling, al fine di contrastare il bisogno sommerso, incrementare le segnalazioni e i contatti	Carlo Benevento (educatore e referente GAP per la SC Dipendenze area isontina) Sofia Passon (educatrice)	1. Progettazione e realizzazione del materiale da diffondere, con le informazioni e i riferimenti per contattare il servizio (locandina e depliant). <i>Entro 30.06.2021</i> 2. Presentazione e consegna/affissione dei materiali in almeno 10 comuni dell'Ambito, 5 sedi distrettuali, 5 associazioni di volontariato dell'Isontino <i>Entro 31.12.2021</i>
20. Promozione dell'integrazione tra servizi pubblici per le dipendenze e terzo settore per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcol correlate (obiettivo PAL)	Predisporre un documento condiviso che rilevi le criticità emerse nel territorio isontino e stesura del piano di intervento per supportare la rete di cura per i soggetti con problematiche alcol correlate	Direttore SC	Formalizzazione del documento e del piano di intervento <i>Entro 31.12.2021</i>
21. Miglioramento dei percorsi multidisciplinari di pazienti con necessità	Predisporre un protocollo sperimentale e condiviso per la presa in carico congiunta per definire:	Alessandro Agus (medico) (in collaborazione con SSD Cure Palliative)	Formalizzazione del protocollo <i>Entro 31.12.2021</i>

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
di cure palliative in trattamento cronico con farmaci sostitutivi	<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione del target (pazienti seguiti dal Sert con patologia oncologica e/ o altra patologia concomitante) - Definizione del bisogno di cure palliative - Gestione del rischio di diversione/misuso della terapia farmacologica 		
22. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo 	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PRIMARIA

SC Distretto Alto Isontino

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i> Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>1. Costruzione/rafforzamento dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza; 2. Avvio di Audit clinici; 3. Armonizzazione della procedura di continuità assistenziale tra area isontina e area giuliana; 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale</p>	<p>Direttori e dirigenti Distretto Direttore, Dirigenti e personale Dipartimento di Medicina Responsabili infermieristici di distretto Referenti ICA/PUA Infermieri di processo Dirigenti e Personale della SSD RIABILITAZIONE</p> <p><i>In collaborazione con MMG (Coordinatori AFT)</i></p>	<p>1. Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento; 2. Revisione del Protocollo di Continuità assistenziale del paziente fragile 3. Condividere ed armonizzare la procedura di continuità assistenziale ospedale territorio tra area isontina e giuliana; 4. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali.</p>
<p>2. LINEE DI GESTIONE 3 <i>Avvio dell'Utilizzo dello strumento ACG</i></p>	<p>5. Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG; 6. Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica.</p>	<p>Direttori di Distretto</p>	<p>Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG; Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica. Evidenza dell'utilizzo del sistema e avvio della reportistica distrettuale</p>
Punto Unico di Accesso			
<p>3. Aumentare l'accessibilità e la funzione PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)</p>	<p>1. Identificazione gruppi di lavoro 2. Revisione e semplificazione degli strumenti operativi (schede di segnalazione, verbali UVM) da integrare nel protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile</p>	<p>Infermieri ICA – PUA – SID – SRD – Infermieri di processo Coordinatori e Referenti ICA – PUA – SID – SRD – Infermieri di processo</p>	<p>Entro dicembre produzione degli strumenti revisionati (schede di segnalazione, verbali UVM) condivisi anche con SSC</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Aumentare l'accessibilità e la funzione PUA a livello integrato (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP)	1. Costruzione dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza 2. Avvio di Audit clinici 3. Revisione del protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale	Direttori Distretti Medici Medicine e Distretti Dirigenti medici RSA Coordinatore ICA/PUA Coordinatori infermieristici Infermieri di processo Infermieri ICA e PUA Coordinatori Servizi Riabilitativi Domiciliari In collaborazione con MMG (Coordinatori AFT) Referenti Servizi Sociali dei Comuni	1. Almeno 3 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento 2. Revisione del Protocollo continuità assistenziale paziente fragile 3. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali
5. Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema SIASI	Registrazione immediata dei verbali UVM con relativo n. protocollo nel sistema SIASI atto a permettere la corretta successiva registrazione dell'avvenuto ricovero in RSA	Infermieri PUA Personale amministrativo DAI	Entro dicembre registrazione a sistema SIASI di tutti i verbali UVM (coincidenza tra n. protocollo registro cartaceo e registrazione in SIASI)
Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.)			
6. Gestione integrata del diabete e dello scompenso cardiaco cronico in ottemperanza al DGR 1676/2015;	Implementazione dei database per ogni singola AFT; Partecipazione agli incontri UDMG e/o AFT	Infermieri AFT <i>In collaborazione con : MMG</i>	Realizzazione e partecipazione agli incontri con MMG in ambito AFT
7. Campagna vaccinale anti SARS Cov2	Supporto logistico e tecnico ai MMG presso gli ambulatori di prossimità	Infermieri AFT <i>In collaborazione con: MMG</i>	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS Cov 2 collaborando con i MMG
8. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i>	3. Applicazione delle azioni previste dalla procedura aggiornata per la continuità assistenziale ospedale-territorio e dimissioni protette. 4. Presa in carico delle persone segnalate (domicilio, ambulatorio, follow up);	Medico di Distretto	3. Almeno 1 incontro di condivisione della procedura aggiornata 4. N. casi segnalati/n. casi presi in carico domiciliare/ambulatoriale/F.U= 100% -

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.			
9. 3.5.2 Garantire la prosecuzione del programma di valutazione/sorveglianza nelle residenze per anziani convenzionate nel secondo semestre 2020	Valutazione della qualità assistenziale con audit.	Infermiere Referente Distretto (EmySimsig)	- Sono effettuate almeno 2 visite di audit tra le residenze convenzionate del Distretto Alto Isontino. - Redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2021 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2020.
Servizio Infermieristico Domiciliare			
10. Studio di fattibilità attivazione 2 nuove sedi di infermiere di Comunità	1. Contatticon i Sindaci D.A.I. che hannofattorichiasta (Comuni di Gorizia e Farrad'Isonzo) 2. Valutazione sede ambulatoriale designata 3. Contatticon MMG e Servizi Sociali 4. Valutazione fabbisogno Personale deputato	Referente Infermieristico Distretto Alto Isontino	Report annuale al 31/12/2021 che rilevi: n. contatti effettuati con le Agenzie territoriali coinvolte, le valutazioni delle sedi ambulatoriali, l'analisi delle necessità di Personale.
11. Garantire continuità territorio ospedale territorio	Definizione di criteri condivisi per i percorsi post dimissione a governo distrettuale (RSA, ADI, affidamento alla rete familiare, coinvolgimento MMG, inserimento in Struttura Protetta, eccetera) per armonizzare le procedure di continuità assistenziale tra area isontina e area giuliana Collaborazione alla revisione del Protocollo da proporre in ASUGI 1. Costruzione/rafforzamento dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza; 2. Avvio di Audit clinici; 3. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale	Medico di Distretto Infermieri del Servizio Infermieristico Domiciliare	1. Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento; 2. Revisione del Protocollo di Continuità assistenziale del paziente fragile 3. Condividere ed armonizzare la procedura di continuità assistenziale ospedale territorio tra area isontina e giuliana; 4. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali.
Servizio Riabilitativo Domiciliare			
12. Prevenzione degli incidenti domestici	1. Studio del manuale di utilizzo	- Coordinatore del personale della Riabilitazione del SRD – DAI	Creazione dell'opuscolo entro fine maggio 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Stesura di un opuscolo per l'istruzione dei care giver al corretto utilizzo del sollevatore elettrico /manuale.	2 . Evidenziazione delle informazioni utili alla creazione dell'opuscolo 3 . Stesura dell'opuscolo	- Fisioterapisti del DAI	Distribuzione dello stesso al 100% delle persone a cui è stato effettuato l'addestramento, a domicilio o in RSA, relativo all'utilizzo del sollevatore a partire da giugno 2021 Inserimento in data base ad hoc degli utenti che hanno ricevuto l'addestramento e l'opuscolo
13. Digitalizzazione dell'attività fisioterapica domiciliare. In previsione del superamento del SIASI e dell'adozione del nuovo programma Cartella Utente si rileva l'esigenza di avere a disposizione un database sperimentale per la registrazione dell'attività fisioterapica domiciliare ed analisi dei dati.	1. Individuazione delle variabili da inserire nel database 2 . Creazione del database in formato elettronico 3 . Inserimento dei dati 4. Analisi dei dati	- F.O. personale della Riabilitazione GO – MO - Coordinatore del personale della Riabilitazione del SRD – DAI - Fisioterapisti del DAI	Stesura del Database in formato elettronico entro fine gennaio 2021 Inserimento dei dati relativi all'attività da febbraio a dicembre 2021 sintesi dei dati emersi
14. Promozione dell'uniformità dei percorsi nei due distretti (DAI - DBI)	1 . Analisi dei bisogni dei due territori, dei servizi presenti e delle diversità operative Rilevazione delle disomogeneità presenti 2 . Proposta di possibili azioni di miglioramento e/o uniformazione	- Coordinatore del personale della Riabilitazione del SRD – DAI/DBI	Stesura, entro fine dicembre 2021, di una relazione relativa alle osservazioni effettuate e proposte di miglioramento e/o uniformazione.
Poliambulatorio Distrettuale			
15. Odontoiatria pubblica: aumentare le prestazioni ridotte durante il lockdown (cambiamenti protocolli operativi ai fini della riduzione del rischio)	Rilevazione prestazioni erogate nel 2019 (n° prestazioni 2058) Monitoraggio prestazioni /riunito non <1400 Monitoraggio n° visite sul totale non < al 30% Monitoraggio trimestrale liste attese (invio al coordinatore regionale)	Personale infermieristico Poliambulatori Gradisca Coordinatore	aumento prestazioni erogate 2021 vs 2020 (n° prestazioni 1238) N° prestazioni annue /riunito (> 1400) n ° visite sul totale > 30% evidenza del monitoraggio trimestrale liste attese
16. Ricognizione patrimonio tecnologico biomedicale, aggiornamento stato patrimoniale	Aggiornare elenco patrimonio biomedicale nelle 3 sedi (Cormons-Gradisca-Monfalcone)	Personale infermieristico Coordinatore	ricognizione del patrimonio tecnologico biomedicale entro 31.10.21
17. Rispetto dei tempi d'attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.	Analisi agende prenotabili a CUP Incremento n ° prestazioni/visite oggetto di monitoraggio	Personale infermieristico Coordinatore	apertura di tutte le agende a CUP >n° prestazioni/visite evidenza agende aperte sui 12 mesi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Ripristino dei volumi relativi a prestazioni oggetto di monitoraggio nel 2019	Apertura agende a CUP sui 12 mesi Controllo mensile n° prestazioni prenotate/n° prestazioni erogate		rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate > 80%
18. Censimento apparecchiature pc stampanti indicazione del sistema operativo. Monitoraggio nuove esigenze o sostituzioni	Elaborare un file per ogni sede ambulatoriale Invio richiesta per nuove esigenze o richiesta sostituzioni	Personale infermieristico Coordinatore	Elenco apparecchiature entro 31/5/2021 Elenco entro 31/5/2021
19. Aumento n° dei prelievi ematici nelle sedi di Cormons e Gradisca	Rimodulazione agenda prenotazione nelle due sedi, diminuzione tempistica prelievi e modifica documento fase 2 .	Personale infermieristico Coordinatore	>n° prelievi eseguiti Totale da marzo 2020 a dicembre 2020 Totale da marzo 2021 a dicembre 2021
20. Assicurare l'ordine farmaci per il C.P.R. come da convenzione tra ASUGI e Prefettura	Ordine dei farmaci richiesti via mail , approvazione dalla Responsabile del DAI , ritiro degli stessi	Personale infermieristico Poliambulatori Gradisca	tempi tra ordine e ritiro 10-15 gg se urgenze 2-3 gg
21. Adozione misure contenimento diffusione COVID 19 nel rispetto normativa regionale assicurando i DPI alle Case di Riposo , Centri Disabili , Comunità ,C.P.R. del Distretto Alto Isontino	Raccolta mensile delle richieste via mail per le strutture : 9 Case di Riposo, 5 Centri Disabili, 2 Comunità, 1 CPR invio richiesta a Trieste per consegna diretta alle strutture	Coordinatore	100% richieste evase evidenza ordini mensili
22. Diminuire i tempi d'attesa delle visite e dei controlli specialistici ambulatoriali	Modifica tempistica agende a CUP Modifica documento fase 2	Coordinatore	Evidenza modifiche agende documento fase 2 aggiornato < tempi attesa rispetto 2020
S.S. R.S.A – Nucleo Gravi Cerebrolesioni Acquisite			
23. Gestione delle RSA distrettuali	Disponibilità all'accesso diretto in RSA, per assistiti provenienti dal Pronto Soccorso, le cui condizioni socio-assistenziali controindichino il rientro a domicilio con percorso ad hoc con il PUA	Responsabile S.S. RSA Medici RSA PS Gorizia(dirigenti) Responsabile SS RSA Gorizia e Cormons Coordinatore SS RSA Gorizia e Cormons P.U.A.	Applicazione del recente protocollo di accesso diretto. Report annuale accessi diretti in RSA sia di Gorizia (NON COVID) che di Cormons (COVID)
24. Adesione alla Campagna vaccinale anticovid	Adozione delle indicazioni del Piano vaccinale come declinato nelle fasi 1 e 2 Garantita almeno la prima somministrazione di vaccino agli ospiti che hanno indicazione di continuità cure in residenza per anziani o per disabili	Referente Infermieristico DAI Medici RSA Coordinatrici Infermieristiche RSA DAI Infermieri RSA- nucleo gravi cerebrolesioni acquisite	Relazione con evidenza di: n. vaccinazioni complete eseguite n. prime vaccinazioni eseguite garantita la continuità cure per il completamento della scheda vaccinale anche in post-dimissione in raccordo con il PUA e gli altri servizi domiciliari distrettuali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>25. LINEE DI GESTIONE 3.1 Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica. Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>1. Costruzione/rafforzamento dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza; 2. Avvio di Audit clinici; 3. Armonizzazione della procedura di continuità assistenziale tra area isontina e area giuliana; 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale</p>	<p>Direttori Distretto e medici di Distretto e RSA Direttore, Dirigenti e personale Dipartimento di Medicina Responsabili infermieristici di distretto Referenti ICA/PUA Infermieri di processo Dirigenti e Personale della SSD RIABILITAZIONE</p> <p>In collaborazione con MMG (Coordinatori AFT)</p>	<p>1. Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento; 2. Revisione del Protocollo di Continuità assistenziale del paziente fragile 3. Condividere ed armonizzare la procedura di continuità assistenziale ospedale territorio tra area isontina e giuliana; 4. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali.</p>
Sanita' Penitenziaria			
<p>26. Contenimento della diffusione del COVID- 19 all'interno della Casa Circondariale di Gorizia</p>	<p>1.Programmare le consulenze specialistiche mediante strumenti di telemedicina per consentire un adeguata qualità del monitoraggio delle patologie croniche quali diabete, dipendenze, epatopatie ecc; - Screening per COVID-19 al personale di polizia penitenziaria, di Europromos e ai detenuti - Attività di informazione e promozione della vaccinazione verso SARS Cov2</p> <p>2.Assicurare l'osservanza del protocollo operativo condiviso, elaborato dal dipartimento dell'amministrazione penitenziaria riguardo i trasferimenti presso altri istituti penitenziari e consulenze esterne</p>	<p>Coordinatore infermieristico In collaborazione con Medico di Sanità Penitenziaria Dipartimento di Prevenzione</p> <p>Coordinatore infermieristico In collaborazione con Medico di Sanità Penitenziaria Personale di Polizia Penitenziaria Personale Europromos</p>	<p>1. Programmazione ed esecuzione dell'attività di screening (tamponi nasofaringei); 2. Colloqui con detenuti e personale per sensibilizzare sull'utilità di sottoporsi alla vaccinazione; 3. Programmazione di sedute vaccinali per i detenuti all'interno della struttura.</p> <p>1. Distribuzione materiale illustrativo sulle azioni di contenimento del contagio, distribuzione DPI; 2. Verbali degli incontri fatti con il personale coinvolto con evidenza delle azioni intraprese.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3.Illustrazione e educazione sull'uso corretto dei DPI e sulle norme igienico-sanitarie utili a prevenire il rischio di contagio 4.Sanificazione degli ambienti (sale colloqui, camere di pernottamento, spazi comuni ecc.)	Coordinatore infermieristico In collaborazione con Medico di Sanità Penitenziaria Personale di Polizia Penitenziaria	1. Evidenza delle azioni di informazione e sensibilizzazione rivolte al personale di Polizia Penitenziaria e alla popolazione detenuta; 2. Protocollo di sanificazione quotidiano degli ambulatori sanitari.
27. Accorciare il tempo di attesa per le visite specialistiche in ambiente ospedaliero e limitare le uscite dalla struttura nel rispetto delle normative di sicurezza	1. Creare dei percorsi strutturati e condivisi con le strutture territoriali (CSM, SERT, ecc.) e ospedaliere di riferimento per effettuare consulenze specialistiche, anche tramite strumenti di telemedicina; 2. Collaborare con il servizio Traduzioni e con il personale delle strutture sanitarie di riferimento al fine di pianificare al meglio le tempistiche del trasporto.	Coordinatore infermieristico Medico di Sanità Penitenziaria Personale infermieristico Personale sanitario delle realtà di riferimento	1. Effettuare il 15% delle consulenze (escluse quelle di SERT e CSM) in struttura o a distanza (telemedicina) 2. Ridurre di 15 minuti il tempo medio di attesa nel 50% delle visite
28. Polifarmacoterapia: ridurre il numero e la quantità di farmaci con effetti psicotropi assunti dai detenuti, con particolare riferimento alle benzodiazepine	1. Riconciliazione farmacologica all'arrivo e nei primi giorni di degenza in struttura; 2. Ridurre la prescrizione di benzodiazepine quando non necessaria; 3. Riunioni periodiche con SERT e CSM per individuare un protocollo di de-prescrizione efficace e discutere dei casi più complessi.	Coordinatore infermieristico In collaborazione con Medico di Sanità Penitenziaria SERT CSM	1. Ridurre il numero di benzodiazepine diverse somministrate in almeno il 20% dei pazienti che assumono 3 o più principi attivi differenti appartenenti a questa classe farmacologica; 2. Ridurre del 10% il consumo globale di benzodiazepine nella struttura; 3. Non aumentare il consumo globale di farmaci psicoattivi appartenenti ad altre classi;
Direzione – Servizi amministrativi			
29. Consolidare le modalità di erogazione online e su appuntamento dell'attività di sportello al pubblico già introdotte nel 2020 causa Covid-19, garantendo la continuità dei servizi con lo scopo di agevolare e tutelare il più possibile l'utenza evitando il contatto fisico con le persone.	Promuovere, rispetto al 2020, l'incremento del numero delle operazioni online e su appuntamento per l'erogazione delle seguenti prestazioni di assistenza sanitaria: -scelta/cambio medico -inserimento esenzioni -predisposizione modulistica per assistenza all'estero (S1, S2, ecc.). - altre richieste in genere	Tutto il personale amministrativo del DAI dedicato all'attività di sportello al pubblico.	Report del numero degli appuntamenti e delle richieste pervenute ed evase online nel corso del 2021.
30.	Indirizzare l'utenza all'invio delle richieste online o su appuntamento.	all'attività	Evidenza della diminuzione di utenti in presenza, in rapporto all'incremento degli

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Ridurre gli accessi diretti degli utenti ai servizi amministrativi	Periodo: da gennaio 2021 a dicembre 2021		accessi online e su appuntamento nel corso del 2021
31. Incentivare lo svolgimento di incontri da remoto o, se possibile, in presenza per il monitoraggio sull'andamento delle attività in generale, ma con particolare riguardo a quelle erogate online e su appuntamento dalle singole sedi distrettuali, per rilevare e risolvere eventuali criticità presenti.	Promuovere nel corso del 2021 n. 3 incontri con gli amministrativi delle sedi distrettuali di Gorizia, Cormons e Gradisca d'Isonzo per sollevare, monitorare e discutere di eventuali problematiche rilevate al fine di adottare una risoluzione unica condivisa.	Tutti il personale amministrativo del DAI	Foglio del personale presente a ciascuna riunione tenutasi nel corso del 2021
32. Evitare l'assunzione di costi impropri per il SSR attraverso la verifica dell'emissione della tessera sanitaria con valenza TEAM ai richiedenti asilo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Richiesta ad Insiel dell'elenco delle persone iscritte al SSR dal 2019 con codice 20 2. Estrapolazione delle iscrizioni dei richiedenti asilo 3. Verifica sul sistema TS delle posizioni individuate 4. Aggiornamento delle posizioni in base alle indicazioni contenute nella circolare ministeriale dd. 24.07.2019 5. Predisposizione di report riepilogativo 	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2</p> <p>In condivisione con D1, D3 e D4</p>	<p>Verifica ed eventuale aggiornamento del 100% delle iscrizioni individuate</p> <p>Presenza di report complessivo al 31.12.2021.</p>
33. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo 	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
34. Rispetto dei tempi di attesa: Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisione dei DVR distrettuali per il ripristino della tempistica delle visite, controlli e prestazioni della specialistica ambulatoriale, all'epoca pre-covid 2. 	Direttori di Distretto 1,2,3,4, DAI e DBI Direttore SPPA Obiettivo in comune	Entro il 30.06.2021 il DVR dell'attività di specialistica ambulatoriale è presentato ed approvato dalla Direzione Strategica Dal 01.07.2021 evidenza delle nuove agende di prenotazione con la tempistica pre-covid

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Invio alla Gestione Offerta Ambulatoriale delle nuove agende di prenotazione delle prestazioni/visite/controlli (già prenotabili a CUP) sia per i MSA ed altre professioni ambulatoriali sia per il personale dipendente		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i> Migliorare l'Interazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.</p>	<p>Costruzione dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza Avvio di Audit clinici Revisione del protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale</p>	<p>Direttore DAT Direttori Distretti Responsabili infermieristici di Distretto Direttori Medicine Responsabili infermieristici medicine Medici Medicine e Distretti Infermieri ICA/PUA Referenti Servizi Riabilitativi Domiciliari</p>	<p>Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento Eventuale revisione del Protocollo continuità assistenziale paziente fragile Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali 31/12/21</p>
<p>2. Linee Gestione 3 <i>Avvio dell'Utilizzo dello strumento ACG</i></p>	<p>1. Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG 2. Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica</p>	<p>Direttore di Distretto</p>	<p>Individuazione dei referenti distrettuali per l'utilizzo operativo dello strumento ACG; Partecipazione dei referenti distrettuali individuati alla formazione specifica. Evidenza dell'utilizzo del sistema e avvio della reportistica distrettuale</p>
<p>3. Integrazione Distretto-Ospedale</p>	<p>Apertura in sede Distrettuale di due ambulatori (urologia e oculistica) con personale medico ospedaliero e personale infermieristico distrettuale</p>	<p>Responsabile Infermieristico DBI</p>	<p>Organizzazione delle risorse infermieristiche del Poliambulatorio distrettuale per garantire l'apertura dei due ambulatori per almeno due volte alla settimana per ciascuno ambulatorio. 31/12/21</p>
<p>4. Garantire appropriatezza dei ricoveri in Medicina/Ortopedia di pazienti di stretta competenza di questi reparti. (In collaborazione con il PS).</p>	<p>Accesso diretto dal Pronto Soccorso alla RSA di pazienti con prevalenti problematiche socio-assistenziali, che controindicano il rientro a domicilio con percorso ad hoc con il PUA.</p>	<p>Dott. Paolo Platania (responsabile) Dott.ssa Stefania Lenarduzzi (coordinatrice infermieristica). In comune con</p>	<p>Almeno 20 pazienti entro il 31/12/21</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Dirigenti medici PS. Responsabile infermieristico PS.	
5. Garantire la prima dose di vaccinazione anti-Covid 19 negli assistiti per cui è prevista la dimissione in struttura protetta	Selezione dei pazienti in base alle caratteristiche previste dal Ministero della Salute e quindi dall'ASUGI e alle problematiche/condizioni cliniche; compilazione del modulo di consenso informato alla somministrazione della vaccinazione anti Covid secondo le normative vigenti, con allegata scheda anamnestica vaccinale; inoculazione della prima dose (garantita) di vaccino (diluito dal personale infermieristico del Dipartimento di Prevenzione). Sorveglianza medica su eventuali eventi avversi post-vaccinali. DD	Dirigente medico RSA	Tutti i pazienti ricoverati in RSA dimessi in struttura sono vaccinati con la prima dose. A partire dal 01/03/21
6. Firma digitale da parte dei dirigenti medici delle lettere di dimissione della RSA	Firma elettronica lettera di dimissione in modo da renderla visibile nei G2 clinico	Dott. Paolo Platania (responsabile) Dott.ssa Giovanna Marzaro (dirigente medico)	Tutte lettere degli assistiti dimessi dalla RSA previa attivazione da parte dell'informativo. Dal 01/05/21 al 31/12/21
7. Sorveglianza sanitaria della pandemia da Covid 19 su personale della RSA, servizio fisioterapico territoriale, logopedista distrettuale, personale medico dell'Hospice	Esecuzione da parte del personale infermieristico della RSA dei tamponi naso-faringei per la ricerca del Covid 19 e prelievo sierologico anticorpale a cadenza prevista da normativa aziendale	Dott.ssa Stefania Lenarduzzi (coordinatrice infermieristica RSA) Team infermieristico RSA Monfalcone	Tampone a tutto il personale già citato nell'item "obiettivi generali" ogni qualvolta previsto dalla normativa aziendale. 31/12/21
8. Procedure per la prevenzione della diffusione dell'infezione da Covid 19 in assistiti già Covid positivi negativizzati provenienti da Reparti Covid 19 positivi	Incremento degli isolamenti preventivi dovuti all'evento pandemico. Esecuzione di tampone nasofaringeo per ricerca di Covid 19 il giorno successivo all'ingresso. Segnalazione di isolamento come da normativa all'esterno della stanza stessa. Procedure di vestizione e svestizione. DPI necessari. Percorso pulito-sporco.	Tutto il personale RSA Monfalcone	Ogni paziente proveniente dai reparti Covid positivi negativizzati. 31/12/21
9. Integrazione Distretto-Ospedale	Apertura in sede Distrettuale di due ambulatori (urologia e oculistica) con	Infermieri Poliambulatorio DBI.	Garantire l'attività infermieristica nei due ambulatori.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	personale medico ospedaliero e personale infermieristico distrettuale		31/12/21
10. Gestione domiciliare utenti minori fragili segnalati dalla SC Pediatria	Esecuzione attività prestazionali domiciliari	Coordinatore infermieristico SID, tutto personale infermieristico. Dirigenti ed Infermieri Pediatria.	Tutti i casi segnalati dalla S.C. Pediatria sono prese in carico. Evidenza del totale di prestazioni eseguite a domicilio di utenti minori fragili, collaborazione ospedale – territorio gennaio – dicembre 2021.
11. Procedura atta a garantire la prevenzione del contagio e diffusione del Virus Covid-19 nella popolazione fragile nel contesto domiciliare.	1. Creazione di scheda di lavoro ed elaborazione dati degli utenti vaccinabili a domicilio 2. Creazione di cartella identificativa per la registrazione dell'attività vaccinale degli operatori a domicilio	Coordinatore infermieristico SID Cattarin Alessandra infermiera	Evidenza dei dati elaborati relativi al totale degli utenti vaccinati a domicilio da Marzo 2021 Evidenza dell'archivio cartaceo (schede individuali utente) rintracciabilità dell'operatore sanitario, lotto e tipologia di vaccino, date di esecuzione. Da Marzo 2021
12. Garantire vaccinazione anti covid-19 a domicilio alla popolazione fragile e/o estremamente vulnerabile Procedura atta a garantire la condivisione di dati e informazioni in relazione alle procedure vaccinali a domicilio	1. Esecuzione delle vaccinazioni a domicilio 2. Registrazione programma SIASIweb delle vaccinazioni eseguite a domicilio. Esecuzione scheda ValGraf	Coordinatore infermieristico, tutto personale infermieristico, personale di supporto.	Vaccinazioni eseguite in regime domiciliare al totale della popolazione fragile e/o estremamente vulnerabile in carico al servizio infermieristico domiciliare da Marzo 2021 Evidenza dei dati e condivisione dei dati attraverso programma SIASIWeb da Marzo 2021
13. Garantire a tutti gli utenti con impossibilita' all'uso di mezzi telematici che usufruiscono del servizio farmaceutico aziendale l'approvvigionamento dei farmaci presso il d.b.i. di grado	1. Invio piano terapeutico e prescrizione farmaco come da scadenziario 2. Presenza in carico, gestione e conservazione corretta del farmaco 3. Avviso di giacenza all'utenza e consegna	Tutto il personale infermieristico poliambulatorio- dbi grado Coordinatrice infermieristica grado	Presenza in carico e gestione di 20 utenti /anno 2021
14.	1. Inserimento prestazioni mediche giornaliere.	Personale infermieristico poliambulatori - grado.	data base condiviso di tutte le prestazioni sanitarie presso i poliambulatori/anno2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Informatizzazione delle prestazioni mediche ed infermieristiche presso i poliambulatori del d.b.i. di grado	2. inserimento prestazioni infermieristiche giornaliere	coordinatrice infermieristica grado	
15. Informatizzazione delle prestazioni mediche ed infermieristiche presso i poliambulatori del d.b.i. di grado	1. creazione di una tabella excell condivisa fra tutto il personale infermieristico. 2. controllo periodico corretto inserimento dati. 3. aggiornamento delle prestazioni infermieristiche.	coordinatrice infermieristica grado	Evidenza aggiornata di tutte le prestazioni presso i poliambulatori di grado/anno2021
16. LINEE DI GESTIONE 3.1 <i>Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</i> Migliorare l'Integrazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multiprofessionale del paziente fragile e complesso.	1. Applicazione delle azioni previste dalla procedura aggiornata per la continuità assistenziale ospedale-territorio e dimissioni protette. 2. Presa in carico delle persone segnalate (domicilio, ambulatorio, follow up);	Personale ICA/PUA. Personale Poliambulatorio	1. Almeno 1 incontro di condivisione della procedura aggiornata 2. N. casi segnalati/n. casi presi in carico domiciliare/ambulatoriale/F.U= 70% Dalla produzione della procedura aggiornata al 31/12/21
17. Assistenza primaria. Integrazione e assistenza sociosanitaria.	1. Condivisione con il Servizio Riabilitativo Domiciliare distrettuale di un ulteriore elenco di codici ISO, a completamento dell'elenco già identificato, prescrivibili dal Medico di Distretto relativi agli ausili assistenziali presso il Distretto Basso Isontino. 2. Prescrizione da parte del Dirigente Medico del Distretto degli ausili	Dirigente Medico del Distretto (dott. Alessandro Moro)	1. Individuazione di un elenco di ausili assistenziali prescrivibili dal Dirigente Medico presso il Distretto Basso Isontino, da aggiungere all'elenco di ausili già prescrivibili. 2. 100% delle richieste di ausili valutate e concluse. 31/12/21

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	assistenziali identificati dai codici ISO (già individuati nel 2020 e aggiunti nel 2021) condivisi con il Servizio Riabilitativo Domiciliare distrettuale nella presa in carico territoriale.		
18. Assistenza primaria. Integrazione e assistenza sociosanitaria.	1. Predisposizione del modulo di richiesta di trasporto sanitario secondario secondo normativa. 2. Condivisione del modulo con le strutture interessate.	Dirigente Medico del Distretto (dott. Alessandro Moro)	1. Realizzazione di un modulo applicabile presso il Distretto Basso Isontino. 2. Identificazione dei servizi/strutture con cui condividere il modulo e condivisione dello stesso. 31/12/21
19. Prevenzione degli incidenti domestici Stesura di un opuscolo per l'istruzione dei care giver al corretto utilizzo del sollevatore elettrico /manuale	1 . Studio del manuale di utilizzo 2 . Evidenziazione delle informazioni utili alla creazione dell'opuscolo 3 . Stesura dell'opuscolo	- Coordinatore del personale della Riabilitazione del SRD - DBI - Fisioterapisti del DBI	- Creazione dell'opuscolo entro fine maggio 2021 - Distribuzione dello stesso al 100% delle persone a cui è stato effettuato l'addestramento a domicilio o in RSA, relativo all'utilizzo del sollevatore a partire da giugno 2021 - Inserimento in un data base ad hoc degli utenti che hanno ricevuto l'addestramento e l'opuscolo.
20. Digitalizzazione dell'attività fisioterapica domiciliare. In previsione del superamento del SIASI e dell'adozione del nuovo programma Cartella Utente si rileva l'esigenza di avere a disposizione un database sperimentale per la registrazione dell'attività fisioterapica domiciliare ed analisi dei dati.	1. Individuazione delle variabili da inserire nel database 2. Creazione del database in formato elettronico 3. Inserimento dei dati 4. Analisi dei dati	- F.O. personale della Riabilitazione GO – MO - Coordinatore del personale della Riabilitazione del SRD – DBI - Fisioterapisti del DBI	- Stesura del Database in formato elettronico entro fine gennaio 2021 - Inserimento dei dati relativi all'attività da febbraio a dicembre dell'anno 2021 - sintesi dei dati emersi
21. Promozione dell'uniformità dei percorsi nei due distretti (DAI - DBI)	1. Analisi dei bisogni dei due territori, dei servizi presenti e delle diversità operative Rilevazione delle disomogeneità presenti 2. Proposta di possibili azioni di miglioramento e/o uniformazione	- Coordinatore del personale della Riabilitazione del SRD – DBI/DAI	- Stesura, entro fine dicembre 2021, di una relazione relativa alle osservazioni effettuate e proposte di miglioramento e/o uniformazione.
22. Prestazioni di assistenza protesica:	Creazione ed implementazione di un file condiviso tra ufficio protesico e direzione	Bertocco Elisabetta Morra Anna	Verifica almeno quadrimestrale.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
erogazione di protesi, ortesi ed ausili tecnologici ad utenti afferenti al Distretto Basso Isontino: controllo del budget.	amministrativa del Distretto Basso Isontino finalizzato al monitoraggio degli importi autorizzati.	Mosco Cristiano	31/12/21
23. Assistenza integrativa-erogazione dei dispositivi medici monouso: adempimenti in fase di ricezione dei beni.	Presenza in carico tempestiva, all'atto di consegna dei beni, tramite accettazione sul software MagRep.	Galopin Emanuela Morra Anna Ludovico Carla	Verifica mensile. 31/12/21
24. Fornitura presidi per incontinenza: modalità semplificate causa emergenza COVID-19.	Invio telematico dei documenti per l'attivazione e/o cessazione alla ditta fornitrice di presidi per incontinenza.	Galopin Emanuela Morra Anna Ludovico Carla	Verifica trimestrale 31/12/21
25. Rendicontazione dei costi e verifica del rispetto dei volumi di prestazioni erogabili e del limite annuale di spesa di Grado Riabilita.	Verifica della spesa sostenuta in favore di Grado Riabilita, distinta per ciascuna azienda sanitaria regionale (ASU GI, ASU FC ed AS FO), nonché per gli extra-regionali, attraverso la creazione e l'implementazione di tabelle mensili distinte per tipologia di prestazione (RSA, ambulatoriale, ricovero) e per Azienda Sanitaria (ASU GI, ASU FC ed AS FO), nonché di un data base riepilogativo con le distinzioni di cui sopra.	Bertocco Elisabetta Mosco Cristiano	Predisposizione di report mensili e di un report riassuntivo (almeno quadrimestrale), distinto per tipologia di prestazioni (RSA, ambulatoriali, di ricovero) e per Azienda Sanitaria (ASU GI, ASU FC ed AS FO). 31/12/21
26. Revisione e digitalizzazione modulistica distrettuale	Predisposizione e revisione informatica della modulistica distrettuale finalizzata alla compilazione ed alla conservazione digitale dei documenti.	Bertocco Elisabetta Ludovico Carla Morra Anna Mosco Cristiano Vanon Nives	Predisposizione di almeno n. 3 moduli. 31/12/21
27. Monitoraggio dell'attività di riscontro e liquidazione delle spettanze, afferenti al Distretto Basso Isontino, relative ai rimborsi a nefropatici, trapiantati, cure climatiche per invalidi pensioni privilegiate e vittime del terrorismo.	Predisposizione data base trimestrali rimborsi a nefropatici, trapiantati, cure climatiche per invalidi pensioni privilegiate e vittime del terrorismo.	Vanon Nives	Verifica trimestrale. 31/12/21
28. Miglioramento dell'attività di archiviazione della turnistica CA -USCA Monfalcone -Grado	Creazione di file contenente cartelle suddivise per categoria.	Operatore Socio Sanitario Valentina Corsi	Produzione ed implementazione del file del 100% dei dati del 2021 ed invio all'ufficio preposto dello stesso. Scadenza 31/12/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Invio all'ufficio preposto dello stesso al fine di permettere corretti conteggi dei compensi dovuti ai Medici di CA e USCA.		
29. Miglioramento della presa visione delle autorizzazioni degli automezzi afferenti al DBI	Creazione di file per monitoraggio delle scadenze dei permessi ZTL/ZPRLU dei mezzi afferenti al DBI. Invio agli uffici preposti delle richieste per i rinnovi delle autorizzazioni con la tempistica corretta.	Operatore Socio Sanitario Valentina Corsi	Produzione ed implementazione dei dati 2021. Corretta documentazione aggiornata a bordo di ogni mezzo del DBI. Scadenza 31/12/2021
30. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in relazione alle attuali competenze, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione,...	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
31. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione, ...	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
32. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Approvazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del PL, strutture coinvolte e tempistica definiti dal Piano della Direzione	TRASVERSALE/AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione,...	Approvazione con decreto dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale PL, secondo il Piano aziendale ed entro il 31.21.2021
33. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
34. Rispetto dei tempi di attesa: Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Revisione dei DVR distrettuali per il ripristino della tempistica delle visite,	Direttori di Distretto 1,2,3,4, DAI e DBI Direttore SPPA Obiettivo in comune	Entro il 30.06.2021 il DVR dell'attività di specialistica ambulatoriale è presentato ed approvato dalla Direzione Strategica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>controlli e prestazioni della specialistica ambulatoriale, all'epoca pre-covid 2.</p> <p>Invio alla Gestione Offerta Ambulatoriale delle nuove agende di prenotazione delle prestazioni/visite/controlli (già prenotabili a CUP) sia per i MSA ed altre professioni ambulatoriali sia per il personale dipendente</p>		<p>Dal 01.07.2021 evidenza delle nuove agende di prenotazione con la tempistica pre-covid</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Decessi a domicilio	Ottimizzazione della presa in carico e della gestione organizzativa	SSD Cure Palliative medico e di comparto	Almeno 75% dei pazienti in carico al servizio di cure palliative (non solo neoplastici ma anche altre insufficienze di organo) decede a domicilio , in Hospice o altre strutture non ospedaliere
2. Miglioramento dei percorsi multidisciplinari di pazienti con necessità di cure palliative in trattamento cronico con farmaci sostitutivi	Predisporre un protocollo sperimentale e condiviso per la presa in carico congiunta per definire: 1. Identificazione del target (pazienti seguiti dal Sert con patologia oncologica e/ o altra patologia concomitante) 2. Definizione del bisogno di cure palliative 3. Gestione del rischio di diversione/misuso della terapia farmacologica	SSD Cure Palliative personale medico e di comparto in collaborazione con Alessandro Agus (medico SERT) e Wally Culot (coordinatrice infermieristica SERT)	Formalizzazione del protocollo <i>Entro 31.12.2021</i>
3. Presa in carico precoce di pazienti con neoplasia capo-collo	Individuazione dei pazienti ORL con bisogno di cure palliative precoci e supporto nutrizionale Valutazione nutrizionale e palliativa precoci	SSD Cure Palliative medico e di comparto/ORL Monfalcone medico e comparto	Valutazione del 100% dei pazienti segnalati Registrazione dei pazienti Durata della presa in carico
4. Continuità CP/USCA	Proposta di collaborazione alle USCA: Consulenza telefonica/videochiamata, prescrizione di trattamenti di cure palliative specialistiche per i pazienti già noti alla rete di cure palliative covid + o con care givers covid	SSD Cure Palliative medico e di comparto	Elaborazione di una procedura da proporre alle USCA
5. Creazione di un percorso agevolato per la presa in carico da parte dell'SSD Rete delle Cure Palliative (DAI-DBI) di ASUGI dei pazienti Pneumologici dimessi dal reparto o seguiti dal Day Hospital.	Costituire un gruppo di lavoro. Organizzazione di incontri con i colleghi delle Cure Palliative. Stabilire il percorso di segnalazione dei pazienti e di presa in carico.	SSD Cure Palliative DAI-DBI personale medico e di comparto/Pneumologia	Almeno 2 incontri tra Pneumologia e Cure Palliative entro il 31/12 e stesura di un documento di presa in carico del paziente. Evidenza dell'applicazione del documento e del percorso per la presa in carico dei pazienti che rientrano nei requisiti.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Ottimizzazione documentazione clinica CP	Elaborazione di fascicolo clinico unico per i vari setting di cure palliative (territorio, hospice, ambulatorio).	SSD Cure Palliative medico e di comparto	Elaborazione delle documentazione e sperimentazione in almeno 10 pazienti
7. Supporto specialistico alle USCA	Educazione alla gestione di presidi o trattamento specialistici alle USCA per i pazienti già in carico al servizio di CP in quarante COVID	SSD Cure Palliative medico e di comparto	Elaborazione di procedura per preparazione di elastomeri, guida in videochiamata per la gestione di presidi vascolari, ventilatori, drenaggi, medicazioni avanzate

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Implementazione e miglioramento degli interventi nell'adozione nazionale ed internazionale. Tavolo di coordinamento regionale Linee di gestione regionali 2021 3.9 Consultori Familiari Linee generali aziendali ASUGI 2021 Integrazione aree giuliana-isontina.</p>	<p>Prosecuzione del tavolo di confronto e condivisione tra CCFF dell'area isontina e giuliana su percorsi e metodologie di intervento condivise e comuni nelle adozioni nazionali ed internazionali: a) applicazione della scheda dei "Fattori di rischio e protezione" elaborata dal sottogruppo di lavoro "Fallimenti adottivi" in tutti i casi di inserimento in famiglia negli anni 2020 e 2021 di bambini adottati; b) Nelle nuove situazioni di crisi di nuclei familiari con figli adottati</p>	<p>Dirigenza e Comparto In comune con CCFF ASUGI</p>	<p>Elaborazione scheda "Fattori di rischio e di protezione" sperimentata sul 100% dei nuovi casi di inserimento in famiglia di bambini adottivi e nel 100% delle nuove situazioni di crisi di nuclei con figli adottati.</p>
<p>2. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2021 Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori accolti strutture residenziali</p>	<p>1. Incontri periodici tra i servizi per condividere criteri e strumenti di valutazione multidisciplinare; 2. Convocazione/partecipazione a UVM per i minori che nel corso del 2021 afferiranno a strutture residenziali; 3. Definizione del profilo di bisogno ed utilizzo delle prassi indicate dalle linee guida regionali.</p>	<p>Dirigenti e comparto In comune con SC NPI SC EEFD Area Isontina</p>	<p>Il 100% dei minori che verranno accolti in strutture residenziali nel corso del 2021 usufruiscono di una valutazione integrata con definizione del relativo profilo di bisogno e progetto integrato vd. Del. Reg. n° 123 /2020 Elaborazione di un report conclusivo con data base al 31.12.2021</p>
<p>3. Violenza contro le donne Nell'ambito dell'applicazione operativa del protocollo d'intesa per il coordinamento delle azioni di contrasto della violenza domestica e di genere (in vigore nell'Isontino con coordinamento da parte della Prefettura di Gorizia) vengono raccolti i dati sulla violenza per il monitoraggio costante sulla tematica.</p>	<p>1. Incontri dei Servizi dell' Isontino (EEFD, Ambito Alto Isontino, Ambito Basso Isontino, Associazioni SOS Rosa e Da Donna A Donna) appartenenti alla rete provinciale antiviolenza, propedeutici alla raccolta dati 2020. 2. Partecipazione agli incontri convocati dalla Prefettura di Gorizia per l'analisi e l'elaborazione dei dati acquisiti.</p>	<p>Dirigenti e comparto</p>	<p>Evidenza della scheda condivisa contenente i dati relativi all'anno 2020 riguardanti il numero di casi seguiti dalla rete provinciale antiviolenza femminile.</p>
<p>4. Recepimento del documento regionale del comitato percorso nascita sul "PERCORSO PER IL PARTO A BASSO RISCHIO</p>	<p>1. Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologi, ostetriche, pediatri);</p>	<p>In comune con SC Ostetrica e Ginecologia SC Pediatria SC Età Evolutiva Famiglia e Disabilità</p>	<p>Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro, evidenza del protocollo e report dei casi seguiti secondo i criteri del protocollo attivato.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
OSTETRICO A GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA”	2. Incontri finalizzati all’analisi del documento regionale e attivazione di modalità organizzative interne; 3. Definizione di una procedura secondo fasi prestabilite: - Accesso al percorso - Valutazione del benessere materno-fetale in travaglio e parto - Valutazione del benessere materno nel post-partum - Assistenza al neonato, allattamento, profilassi e screening neonatali; - La continuità assistenziale con i servizi territoriali. 4. Presentazione e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte.		
5. Percorso nascita integrato	Avvio della sperimentazione regionale sull’utilizzo dell’agenda della gravidanza e della scheda informatizzata per la gestione ostetrica della gravidanza nel percorso nascita	In comune con SC Ostetrica e Ginecologia SC Pediatria SC Età Evolutiva Famiglia e Disabilità	Evidenza dell’avvio e Report della sperimentazione pilota
6. Percorso nascita Integrazione ospedale territorio continuità assistenziale finalizzata al supporto e sostegno emotivo peri-post natale	- Costruzione di un protocollo condiviso tra l’equipe ostetrico-ginecologica e gli psicologi dei Consultori Familiari (area isontina) per individuare i fattori di rischio che possono interferire con la fisiologia, in epoca perinatale, determinando situazioni di sofferenza emotiva che vanno dal semplice disagio/criticità fino alle condizioni più importanti di psicopatologia nella donna, nella relazione mamma/neonato, di coppia genitoriale e nucleo familiare. - Applicazione nelle situazioni stressanti e traumatiche dell’approccio psicoterapeutico EMDR (Evidence Base) nell’ottica della continuità assistenziale	In comune con SC Ostetrica e Ginecologia SC Pediatria SC Età Evolutiva Famiglia e Disabilità	Evidenza degli incontri effettuati propedeutici alla progettualità e presenza del protocollo condiviso.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ospedale-territorio attraverso la reciproca collaborazione. 1. Partecipazione ad almeno due incontri co-organizzati e condotti dagli psicologi-terapeuti EMDR della SC EEFD finalizzati alla presentazione della tecnica "EMDR" all'equipe ostetrico-ginecologica; 2. Individuazione delle aree primarie di intervento psicologico e psicoterapeutico nella rielaborazione delle esperienze traumatiche/peritraumatiche; 3. Strutturazione di un protocollo per il riconoscimento delle situazioni critiche che richiedono una presa in carico da parte degli psicologi-psicoterapeuti appartenenti alla SC EEFD.		
7. Transizione dall'età evolutiva all'età adulta Linee di Gestione 2021 Piano salute Mentale IAEA (DGR 732/2018) Disabilità autismo	Garantire la fase di transizione (a partire dai 17 anni) agli adolescenti con patologia complessa in carico ai servizi per l'età evolutiva. 1. Disturbi dello spettro autistico secondo percorso già codificato; 2. Disturbo mentale severo secondo percorso già codificato; 3. Disabilità complessa secondo percorso già codificato.	Dirigenza SS Disabilità (SC EEFD) In comune con NPI area isontina SC BADOF minori SSD Riabilitazione Adulti Centro sociosanitario integrato per la presa in carico delle persone con disabilità	1. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età Evolutiva e l'Età Adulta; 2. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo Mentale Severo hanno avviato un percorso di transizione tra i Servizi per l'Età Evolutiva e l'Età Adulta; 3. Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con Disabilità Complessa hanno avviato il percorso di transizione tra i Servizi per l'Età Evolutiva e l'Età Adulta.
8. Transizione dall'età evolutiva all'età adulta Linee di Gestione Regionali 2021 PRSM 2018-2020 IAEA	Descrizione del percorso di transizione tra i Servizi per l'Età Evolutiva e l'Età Adulta.	Responsabile EEFD In comune con Responsabili NPI BADOF (area giuliana) Dr.ssa Cristina Rumer per la disabilità complessa area giuliana	Descrizione dei percorsi di transizione tra i Servizi per l'Età Evolutiva e dell'Età Adulta in atto in ASUGI al 31/12(2021 inviati alle Direzioni competenti.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2021 PRSM 2018-2020 IAEA Transizione dall'età evolutiva all'età adulta	Garantire la fase di transizione (a partire dai 17 anni) agli adolescenti con patologia complessa in carico ai servizi per l'età evolutiva. - Disturbi dello spettro autistico secondo percorso già codificato - Disturbo mentale severo secondo percorso già codificato - Disabilità complessa secondo percorso già codificato	NPI area isontina In comune con SCBADOF minori SS disabilità adulti isontina <i>SSD Riabilitazione Adulti</i> Centro socio sanitario integrato per la presa in carico delle persone con disabilità	Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con diagnosi di Disturbo Mentale Severo hanno avviato un percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta Tutti gli adolescenti di età > 17 anni con disabilità complessa hanno avviato il percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta
2. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2021 PRSM 2018-2020 IAEA Transizione dall'età evolutiva all'età adulta	Descrizione del percorso di transizione tra i servizi per l'Età evolutiva e l'Età adulta	Responsabili NPI e BADOF e EEFD area isontina Dr.ssa Cristina Rumer per la disabilità complessa area giuliana	Descrizione dei percorsi di transizione tra i servizi per l'età evolutiva e l'età adulta in atto in ASUGI al 31/12/2021 inviati alle Direzioni competenti
3. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2021 Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori accolti strutture residenziali	Incontri periodici tra i servizi per condividere criteri e strumenti di valutazione multidisciplinare. Convocazione /partecipazione a UVM per i minori che nel corso del 2021 afferiranno a strutture residenziali Definizione del profilo di bisogno ed utilizzo delle prassi indicate dalle linee guida regionali	dirigenti Obiettivo in comune SC NPI SC EEFD Area Isontina	Il 100% dei minori che verranno accolti in strutture residenziali nel corso del 2021 usufruiscono di una valutazione integrata con definizione del relativo profilo di bisogno e progetto integrato vd. Del. Reg. n° 123 /2020 Elaborazione di un report conclusivo con data base al 31.12.2021
4. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2021 LINEE GENERALI AZIENDALI ASUGI 2021 PIANO REGIONALE SALUTE MENTALE INFANZIA – ADOLESCENZA ETA' ADULTA 218-2020 Implementazione di un sistema informativo unico regionale per la salute mentale/età	Revisione dei dati dei soggetti in carico alla struttura Implementazione dei database della SC NPI con inserimento della diagnosi nei casi incarico collaudo e feedback degli strumenti del gestionale Point che pervengono dal tavolo regionale	Dirigenti Comparto	Il database del servizio è revisionato con l'implementazione della diagnosi dei casi in carico Report conclusivo con evidenza dell'attività al 31.12.2021

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
evolutiva, età adulta che fornisca elementi utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca Innovazione e digitalizzazione attraverso l'adozione del gestionale dati regionale POINT per l'attività della SC NPI	formazione all'uso del gestionale Point ed implementazione dello stesso dopo la consegna		
5. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2021 LINEE GENERALI AZIENDALI ASUGI 2021 PIANO REGIONALE SALUTE MENTALE INFANZIA – ADOLESCENZA ETA' ADULTA 218-2020 Implementazione di un sistema informativo unico regionale per la salute mentale/età evolutiva, età adulta che fornisca elementi utili ai fini clinici, programmatori e di ricerca Innovazione e digitalizzazione attraverso l'adozione del gestionale dati regionale POINT per l'attività della SC NPI	Partecipazione agli incontri del Tavolo Tecnico Regionale per le tematiche della neuropsichiatria infantile dell'area isontina e per l'avviamento del gestionale POINT Attivazione di confronti per l'interfaccia con le altre strutture SC BADOF dell'area giuliana	Responsabile SC NPI	Almeno 3 incontri come da azione con le altre strutture nel corso del 2021 in cui siano riportate le tematiche trattate Report Finale entro il 31/12/202
6. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2021 LINEE GENERALI AZIENDALI ASUGI 2021 Innovare i percorsi multidisciplinari di presa in carico di minori con bisogni comunicativi complessi attraverso progetti personalizzati di Comunicazione Aumentativa Alternativa	Rilevazione dei casi in carico di minori con bisogni comunicativi complessi valutazione sulle abilità funzionali alla comunicazione del bambino nei diversi contesti naturali (famiglia scuola) collaborazione con l'Ufficio H centro regionale per gli ausili l.r. 41/96 Individuazione e costruzione di appositi strumenti personalizzati (software, tabelle, agende visive ecc.) Parent e teacher training incontri periodici di supervisione multidisciplinare e monitoraggio dei programmi dei casi inseriti nel progetto	Funzione Organizzativa Personale della Riabilitazione go – mo Comparto	Attivazione di programmi di CAA in almeno 60/100 dei casi rilevati 4 incontri di supervisione dei casi clinici con elaborazione di report dell'attività al 31/12/21 Protocollo sperimentale di collaborazione con l'Ufficio H centro regionale per gli ausili l.r. 41/96 della Comunità Piergiorgio UD

DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

PRESIDIO OSPEDALIERO DI CATTINARA E MAGGIORE

Direzione Medica di Presidio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Linea 1 Gestione dell'emergenza COVID Campagna vaccinale anti SARS-CoV2	Elaborazione dei percorsi e delle procedure per garantire: - la vaccinazione anti-COVID nei pazienti ricoverati (prima del trasferimento in Casa di Riposo) - Vaccinazioni protette anti-COVID	DMP Cattinara-Maggiore Dirigenza e comparto	Approvazione e trasmissione delle procedure per: - Vaccinazione anti – COVID nei pazienti ricoverati - Vaccinazioni protette anti-COVID
2. Linea 6. 1 Attività ospedaliera Liste operatorie	1. Analizzare le liste operatorie presentate dalle Strutture, verificare la "pulizia delle liste", verificare il rispetto delle priorità (eventualmente anche promuovendo incontri fra clinici per definire criteri uniformi di messa in lista per classi di priorità), considerare le motivazioni delle eventuali eccezioni, validare le liste e confermarle ai responsabili dell'organizzazione del complesso operatorio 2. Programmare, assieme al responsabile dell'attività del complesso operatorio, il numero di sedure assegnate ad ogni Struttura sulla base delle liste di attesa (specialmente oncologiche e di classe A) ed in relazione agli altri indicatori che devono essere conseguiti (es fratture di femore). 3. Validare la pianificazione annuale e la programmazione mensile/settimanale delle sedute operatorie	DMP Cattinara-Maggiore Dirigenza e comparto In collaborazione con tutte le SC di Chirurgia e con il Responsabile Complesso Operatorio	Evidenza dell'attività come da azioni.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3. 6.3 Trapianto e donazione	Migliorare la comunicazione con i cittadini	DMP Cattinara-Maggiore In collaborazione con SC Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica SC Medicina trasfusionale SC Ostetricia e Ginecologia GO-MO URP dirigenza e comparto	Le informazioni sulla donazione aggiornate sono state pubblicate sul sito web di ASUGI
4. Miglioramento del percorso del paziente - erogazione dei livelli di assistenza - appropriatezza ed efficienza dell'attività	Predisposizione opuscolo con indicazioni nutrizionali da fornire al paziente disfagico di nuova diagnosi o per paziente disfagico noto	Servizio di Dietetica - personale del comparto	Produzione di opuscolo - utilizzo dell'opuscolo per la formazione del paziente nell'attività ambulatoriale e di reparto
5. Sorveglianza e Prevenzione -Igiene Ospedaliera	Aggiornamento, in relazione all'introduzione di nuove normative in materia di contenimento dell'infezioni. delle procedure di sanificazione e sanitizzazione (area giuliana): - SC Laboratorio analisi - SC Farmacia	Personale di comparto - Dott.ssa Maryluz Luna Cordova - Servizio Vigilanza Sanitaria	Produzione e pubblicazione dei documenti agosto 2021 1) Procedura S.C. Laboratorio: "Pulizia e Sanificazione delle superfici calpestabili e di lavoro, delle apparecchiature ed attrezzature laboratoristiche" 2) Procedura SC Farmacia: "Sanificazione/sanitizzazione ambientale Stanza sterile e filtro SC Farmacia Cattinara"
6. 6.6 Rischio clinico e rete Cure Sicure FVG - Adempimento delle richieste istituzionali	1 Partecipazione alla survey regionale sulle raccomandazioni ministeriali degli eventi sentinella 2 Effettuazione del monitoraggio degli indicatori semestrali 3 Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice 4 Garanzia di trasparenza come indicato dalla legge 24/2017 5 Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico 6 Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici	DMP Cattinara-Maggiore – Risk Manager Dirigenza e comparto	1 I dati relativi all'implementazione delle raccomandazioni ministeriali sono stati inseriti nel database fornito da Agenas 2 Gli indicatori semestrali sono stati trasmessi in DCS 3 Registrazione di almeno una buona pratica nel database fornito da Agenas 4 Presenza sul sito web aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e dei dati condivisi con il tavolo regionale dei RM 5 Evidenza della compilazione dello strumento Carmina 6 Diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. 6.6 Rischio clinico e rete Cure Sicure FVG - Infezioni correlate all'assistenza	Effettuazione dello studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti (PPS)	DMO Gorizia-Monfalcone DMP Cattinara-Maggiore SAPS (Gorizia-Monfalcone) dirigenza e comparto	Lo studio di prevalenza è stato effettuato, i dati sono stati inviati in DCS
8. 6.6 Rischio clinico e rete Cure Sicure FVG	Revisione e unificazione di almeno 5 procedure aziendali trasversali relative alla sicurezza delle cure	DMO Gorizia-Monfalcone DMP Cattinara-Maggiore SAPS (Gorizia-Monfalcone) dirigenza e comparto	Le procedure sono state revisionate e sono pubblicate su intranet
9. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Implementazione di un modello operativo multiprofessionale e multidisciplinare per la creazione del Registro Regionale delle Morti Improvise Cardiache – Regione FVG che coinvolga le strutture ospedaliere e del territorio FVG nell'arruolamento al riscontro diagnostico di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni e successiva validazione e screening famiglie</p>	<p>1. Redazione di un protocollo operativo che declini compiti e responsabilità delle strutture coinvolte nel progetto e che implementi il riscontro diagnostico per soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 2. Redazione flow chart – buona pratica autoptica in caso di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 3. Valutare fattibilità indagine RMN su cuore in toto sottoposto ad indurimento formolico 4. Stilare un protocollo per gli accertamenti di cardiologia molecolare da campione di tessuto/sangue prelevato da cadavere ed eventualmente sulla famiglia 5. Stilare un protocollo operativo per lo screening su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 6. Stilare una istruzione operativa interna per favorire la richiesta di riscontro diagnostico da parte dei MMG nei soggetti candidati allo studio</p>	<p>Responsabile ff SC Medicina Legale ASUGI/Direttore SC Cardiologia/Direttore SC Radiologia SC Medicina Legale/Dirigente Medico SC Radiologia Diagnostica e interventistica/Dirigente medico SC Cardiologia e SC Cardiovascolare/Dirigente Medico In comune con SC Anatomia Patologica SSD PSOMGUT SC Cardiologia area isontina</p>	<p>1. Disponibilità del Protocollo operativo approvato entro il 30.06.21 2. Numero di Casi riferiti dai vari centri di osservazione (Medicina Legale e Anatomia Patologica) e numero di casi condivisi in fase di validazione con tracciabilità dell'apporto 3. Elenco anonimizzato casi osservati, casi validati, famiglie screenate 4. Disponibilità Protocollo di fattibilità ed esecuzione almeno 3 esami RM cuore al 31.12.21 5. Disponibilità Protocollo di Cardiologia molecolare su tessuto ed eventualmente sulla famiglia 6. Disponibilità Protocollo di Cardiologia per lo screening clinico su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 7. Disponibilità Istruzione Operativa interna entro il 30.07.2021 8. Numero richieste di riscontro diagnostico finalizzate al progetto > 10/ 12 mesi</p>
<p>2. Miglioramento del trattamento dei dati SIASI relativi alle schede di morte (schede ISTAT)</p>	<p>Codifica e inserimento delle schede di morte nell'apposito applicativo SIASI</p>	<p>Responsabile ff SC UCO Medicina legale Dirigenti medici della SC UCO Medicina legale e afferenti Comparto SC UCO Medicina legale</p>	<p>1. Codifica e inserimento del 100% delle schede di morte del 2020 entro il 30settembre 2021. 2. Codifica e inserimento del 100% delle schede di morte del 2019 entro il 31.12.2021</p>
<p>3. Audit sulle cartelle cliniche chiuse</p>	<p>Utilizzo di sistema di misurazione corretta compilazione</p>	<p>Dirigenti, Comparto</p>	<p>Verifica ed analisi delle cartelle cliniche chiuse in adesione agli standard aziendali/regionali ed inserimento dei dati nel database preposto. Produzione di un</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Audit sulle cartelle cliniche aperte	Utilizzo di sistema di misurazione corretta compilazione	Dirigenti, Comparto	report conclusivo relativamente alle Strutture Aziendali valutate. Verifica ed analisi delle cartelle cliniche aperte in adesione agli standard aziendali/regionali e produzione di un report conclusivo relativamente alle Strutture Aziendali valutate. Attività al momento condizionata alla possibilità di accesso alle singole Strutture Complesse – causa emergenza Covid-19.
5. Formare il personale relativamente alla corretta compilazione e tenuta della documentazione sanitaria in adesione alle normative vigenti ed alle procedure aziendali	Audit di reparto/Corsi aziendali	Dirigenti, Comparto	Organizzazione di almeno 5 audit di reparto e di un corso ECM con le Strutture aziendali, con produzione di un report finale relativo all'attività svolta.

DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Valorizzazione delle Professioni/ Emergenza COVID 19 /formazione Continua ECM	Progettazione individuazione del setting e attivazione di un centro di “addestramento” permanente in area critica.	Direttore DAI , RID coordinatore Balestreri Elisabetta	Entro maggio progetto e individuazione del setting. Entro settembre predisposizione locali e attivazione del primo addestramento. Il centro sarà a regime entro novembre
2. Valorizzazione delle Professioni	Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell’ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze 1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all’interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Evidenza delle nuove Job Description in ciascuna Struttura e in Direzione Infermieristica entro dicembre 2021
3. Mantenimento la disponibilità chirurgica per il mantenimento delle liste per patologie tempo-correlate e neoplastiche.	Mantenere, nella fase pandemica le sedute operatorie necessarie rispetto alla programmazione (almeno il 50% delle sedute in regime ordinario)	RID Direttore DAI	Mantenimento di almeno il 50% delle sedute ordinarie rispetto allo stesso periodo del 2019 (anno con attività chirurgica al 100%) .
4. Implementazione attività chirurgica Complessi operatori.	Progettazione recupero e successiva implementazione attività chirurgica Complessi operatori dopo la fase pandemica.	Direttore DAI RID DAI Coordinatori complesso Dai Direzione Infermieristica Direzione Medica	Predisposizione progetto pluriennale ed attivazione primo step.; assegnazione e formazione personale e successiva /progressiva implementazione attività.
5. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici	1. Programmare, assieme alla DMP, il numero di sedute assegnate ad ogni Struttura sulla base delle liste di attesa (specialmente oncologiche e di classe	Direttore (responsabile complesso operatorio) e RID DAI Emergenza Coordinatori Complesso Operatorio Cattinara	Garantire il rispetto della programmazione operatoria come da azione.

(oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali	A) ed in relazione agli altri indicatori che devono essere conseguiti (es fratture di femore) 2. Verificare la congruità delle liste rispetto alla tempistica operativa possibile con attenzione al massimo utilizzo delle sale. Organizzare l'attività di sala per garantire la piena operatività rispetto alle liste operatorie definite.	In collaborazione con DMP	<i>(Salvo emergenze non prevedibili e legate a complicanze emerse negli interventi oppure a problemi logistici)</i>
6. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Realizzare incontri periodici per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Direttore DAI e RID In comune con Complesso Operatorio, SC Chirurgiche e Anestesisti	Produzione di un documento per specialità con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento attuate.
7. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	Direttore DAI e RID In comune con Complesso Operatorio, SC Chirurgiche e Medici anestesisti	1. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio 2. Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
8. Rischio clinico – Sicurezza del percorso chirurgico	Revisione e unificazione di almeno 4 procedure aziendali relative alla sicurezza del percorso chirurgico	Direzione Complesso operatorio SC Anestesia e Rianimazione (di tutti gli ospedali)	Le procedure sono state revisionate e sono pubblicate su intranet

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Processi PS	RAU: ripresa funzione e verifica protocollo in essere, a fine pandemia covid	PS Cattinara medici comparto	2° semestre 2021: processo di >30% dei codici verdi Totali in area RAU
2. Gestione del trauma	1. Analisi dell'attività svolta in applicazione del protocollo sul trauma cranico	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone NCH	Evidenza di almeno due audit con analisi dei casi, identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo
	2. Definizione protocollo gestionale interospedaliero HUB SPOKE relativamente al trauma toracico;	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone Chirurgia Toracica	Definizione entro 30 giugno protocollo gestionale interospedaliero HUB SPOKE;. Almeno 1 Audit entro 30 dicembre con analisi dei casi, identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo
	3. POLITRAUMA: Elaborazione della procedura trasfusione massiva in PS.	PS Cattinara medici comparto Dipartimento Trasfusionale	Protocollo entro 30 giugno. Almeno 1 audit entro 30 dicembre con analisi dei casi, identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo
	4. Elaborazione procedura livelli di allertamento	PS Cattinara medici comparto 118 Trieste	Protocollo entro 30 giugno. Almeno 1 audit entro 30 dicembre con analisi dei casi, identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo
3. Emergenza COVID 19	Mantenimento di area covid con funzione filtro e stratificazione	PS Cattinara medici comparto	Evidenza dell'analisi critica della gestione e dell'esito dei pazienti trattenuti in obi covid da gennaio a fine maggio 2021.
4. Linee progettuali PAL 2021. Indicatori Emergenza-urgenza	1. Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h 2. Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Medici Comparto	1. Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad 65% (hub) 2. Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)		Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori e 75% (hub 3. I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza. Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50%
5. La comunicazione con i parenti	1. Utilizzo della videochiamata Risultato atteso: aumento della soddisfazione dell'utenza	Medicina d'Urgenza comparto, dirigenza medica	1. Esecuzione di almeno 10 videochiamate al mese
	2. Istituzione di un punto unico di informazione con utilizzo di un cellulare aziendale Risultato atteso: aumento della soddisfazione degli utenti e riduzione del carico lavorativo degli infermieri	Medicina d'Urgenza (Russo)	2. Evidenza di almeno 4 telefonate al mese in media
6. Formazione	Corso di posizionamento e gestione di cateteri a media permanenza	Medicina d'Urgenza (dirigenza medica, comparto) Pronto Soccorso (dirigenza medica, comparto)	Almeno 4 edizioni nell'arco del 2021 Evidenza analitica del miglioramento della gestione della terapia infusiva sia nei pazienti ospedalizzati che nei pazienti in dimissione presso strutture protette
7. Miglioramento di percorsi clinico-assistenziali	Formalizzazione di un percorso di invio all'ambulatorio di Medicina Interna di pazienti con embolia polmonare in dimissione dal PS/ Medicina d'Urgenza Risultato atteso: miglioramento della diagnostica dell'embolia polmonare e della terapia anticoagulante	Medicina d'Urgenza dirigenza medica In collaborazione con Medicina interna	Almeno 25 pazienti seguiti dall'ambulatorio della Medicina Interna inviati da PS o Medicina d'Urgenza
8. Governo clinico e reti patologia (6.5)	Definizione di un percorso per trattamento chirurgico in pazienti con aneurisma in fase di rottura o dissezione acuta dell'aorta toracica	SC di Pronto Soccorso di Trieste, Gorizia e Monfalcone SC di Chirurgia Vascolare	Stesura ed applicazione del percorso aziendale entro il 31/12/2021
9. La dignità del paziente terminale	Incontro di confronto e stesura di una linea di comportamento sulla gestione del	Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza Medicina Interna Ospedale Monfalcone	Produzione del protocollo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	paziente end-stage in Medicina d'Urgenza Risultato atteso: miglioramento della gestione degli end-stage e della fine vita	medici comparto In collaborazione con Hospice Pineta del Carso	
10. Percorso Diagnostico, Terapeutico e Assistenziale (PDTA) relativo a infezioni complicate della cute e tessuti molli	1. Analisi della letteratura e dei dati epidemiologici e microbiologici (ASUGI) 2. Produzione di un documento condiviso (PDTA)	Direttori e dirigenza medica delle SC Malattie Infettive, Clinica Dermatologica, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Pronto Soccorso	Documento condiviso entro il 31.12.21
11. Controllo dei costi farmaceutici	Ricercare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici Medicina d'urgenza Coordinatori PS MEU	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari a € 233.335 (meno 1% vs 2020 al netto degli 83000 euro per emofilia)

SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza urgenza Governo clinico e sicurezza delle cure Revisione, implementazione e condivisione con SORES delle Istruzioni Operative e Procedure anche in relazione all'emergenza COVID-19	1. Identificazione delle tematiche che necessitano di revisione e/o implementazione, suddivisione delle stesse per competenza professionale. 2. Analisi e revisione delle IO e Procedure assegnate e presentazione delle stesse al Responsabile Medico per approvazione. 3. Condivisione con SORES	1.-3. Responsabile Medico Alberto Peratoner 2. Personale del comparto e medici afferenti alla struttura	Almeno il 95% delle tematiche che necessitano di revisione e/o implementazione anche in relazione all'emergenza COVID-19 devono essere revisionate e condivise con SORES entro il 31/12/2021
2. Flussi ministeriali 9.1 Linee Gestione SSR 2021 Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali, garantire il rispetto delle tempistiche e delle scadenze da normativa ministeriale.	Inserimento dei dati della scheda medica nei casi in cui la missione non è stata annullata.	Infermieri, medici, personale tecnico e amministrativo afferenti alla struttura	Inserimento dei dati della scheda medica nel 100% dei casi in cui la missione non è stata annullata. Fonte dati: Sistema informatico CUS 118 FVG
3. 2. Linee generali aziendali ASUGI 2021 Potenziare la centrale operativa territoriale (già attivo H24 e 7 giorni su 7) a supporto delle cure primarie, delle cure intermedie e della continuità assistenziale in forte sinergia con team distrettuali, ospedali, pronto soccorso e punti di primo intervento.	1. garantire la continuità delle prestazioni e l'accesso univoco al servizio USCA sia per i cittadini sia per la rete dei servizi ASUGI (area giuliana e isontina) 2. Ottimizzazione del processo attraverso revisione dei percorsi, redazione di specifica I.O. e sperimentazione 3. Condivisione del documento con la rete dei servizi (SORES, servizi territoriali, MMG,...)	1.-2. Resp. Inf. P.O. Barbara Brajnik Resp. Inf. Mauro Milos Resp. Inf. Alessandro Moratto 1.-3. Responsabile Medico Alberto Peratoner	1. Al 31/12/2021 Le USCA dell'area giuliano/isontina vengono attivate dalla Centrale Operativa Farneto 2. Al 31/01/2021 è disponibile per la diffusione la specifica I.O. 3. Al 31/03/2021 Condivisione del documento con la rete dei servizi
4. Gestione del trauma	Elaborazione procedura livelli di allertamento	PS Cattinara 118 Trieste	Protocollo entro 30 giugno. Almeno 1 audit entro 30 dicembre con analisi dei casi, identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo
5. Implementazione di un modello operativo multiprofessionale e multidisciplinare per la creazione del Registro Regionale delle Morti Improvvise Cardiache – Regione FVG	1. Redazione di un protocollo operativo che declini compiti e responsabilità delle strutture coinvolte nel progetto e che implementi il riscontro diagnostico per	Responsabile ff SC Medicina Legale ASUGI/Direttore SC Cardiologia/Direttore SC Radiologia SC Medicina Legale/Dirigente Medico	1. Disponibilità del Protocollo operativo approvato entro il 30.06.21 2. Numero di Casi riferiti dai vari centri di osservazione (Medicina Legale e Anatomia Patologica) e numero di casi condivisi in

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>che coinvolga le strutture ospedaliere e del territorio FVG nell'arruolamento al riscontro diagnostico di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni e successiva validazione e screening famiglie</p>	<p>soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Redazione flow chart – buona pratica autoptica in caso di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 3. Valutare fattibilità indagine RMN su cuore in toto sottoposto ad indurimento formolico 4. Stilare un protocollo per gli accertamenti di cardiologia molecolare da campione di tessuto/sangue prelevato da cadavere ed eventualmente sulla famiglia 5. Stilare un protocollo operativo per lo screening su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 6. Stilare una istruzione operativa interna per favorire la richiesta di riscontro diagnostico da parte dei MMG nei soggetti candidati allo studio 	<p>SC Radiologia Diagnostica e interventistica/Dirigente medico SC Cardiologia e SC Cardiovascolare/Dirigente Medico</p> <p>In comune con SC Anatomia Patologica SSD PSOMGUT SC Cardiologia area isontina</p>	<p>fase di validazione con tracciabilità dell'apporto</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Elenco anonimizzato casi osservati, casi validati, famiglie screenate 4. Disponibilità Protocollo di fattibilità ed esecuzione almeno 3 esami RM cuore al 31.12.21 5. Disponibilità Protocollo di Cardiologia molecolare su tessuto ed eventualmente sulla famiglia 6. Disponibilità Protocollo di Cardiologia per lo screening clinico su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 7. Disponibilità Istruzione Operativa interna entro il 30.07.2021 8. Numero richieste di riscontro diagnostico finalizzate al progetto > 10/ 12 mesi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Accesso del paziente covid-19 positivo accertato o sospetto al Blocco Operatorio	1. Meetings formativi e esercitazioni 2. Accoglimento dei pazienti covid-19 in sala operatoria con percorsi adeguati 3. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	Dir Complesso Operatorio RID Michele Alba – Comparto Coord. Valentina Giurissevich Coord. Elisa Colella	Garantire tutte le richieste d'intervento chirurgico in pazienti covid-19 positivi sospetti o accertati
2. Ridurre i timing di ventilazione meccanica, sulle polmoniti associate al ventilatore (VAP), sulla permanenza in Terapia Intensiva e sulla mortalità in pazienti con covid-19	1. Preparazione degli spazi e materiali per l'intervento chirurgico in Terapia Intensiva 12 piano 2. Effettuare le tracheotomie in Terapia Intensiva 12 piano	Dir Complesso Operatorio RID Michele Alba – Comparto Coord. Valentina Giurissevich Coord. Elisa Colella	Garantire tutte le richieste di tracheotomia in pazienti covid-19 in Terapia Intensiva 12 piano
3. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali	1. Programmare, assieme alla DMP, il numero di sedure assegnate ad ogni Struttura sulla base delle liste di attesa (specialmente oncologiche e di classe A) ed in relazione agli altri indicatori che devono essere conseguiti (es fratture di femore) 2. Verificare la congruità delle liste rispetto alla tempistica operativa possibile con attenzione al massimo utilizzo delle sale. Organizzare l'attività di sala per garantire la piena operatività rispetto alle liste operatorie definite.	Direttore e RID DAI Emergenza Coordinatori Complesso Operatorio Cattinara	Garantire il rispetto della programmazione operatoria come da azione. <i>(Salvo emergenze non prevedibili e legate a complicanze emerse negli interventi oppure a problemi logistici)</i>
4. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	Complesso Operatorio In comune con SC Chirurgiche e Medici anestesisti	1. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio 2. Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Organizzare incontri periodici multiprofessionali per analizzare l'attività di sala con attenzione alle eventuali criticità ed elaborazione di eventuali azioni di miglioramento	Team di infermieri di sala Chirurgia Generale, Vascolare, Toracica In comune con le SC e Anestesisti	Almeno un incontro mensile con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
6. Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Organizzare incontri periodici multiprofessionali per analizzare l'attività di sala con attenzione alle eventuali criticità ed elaborazione di eventuali azioni di miglioramento	Team di infermieri di sala Chirurgia ORL Plastica In comune con le SC e Anestesisti	Almeno un incontro mensile con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
7. Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Organizzare incontri periodici multiprofessionali per analizzare l'attività di sala con attenzione alle eventuali criticità ed elaborazione di eventuali azioni di miglioramento	Team di infermieri di sala Chirurgia Urologica In comune con Urologica e Anestesisti	Almeno un incontro mensile con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
8. Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Organizzare incontri periodici multiprofessionali per analizzare l'attività di sala con attenzione alle eventuali criticità ed elaborazione di eventuali azioni di miglioramento	Team di infermieri di sala Chirurgia Ortopedica In comune con Ortopedica e Anestesisti	Almeno un incontro mensile con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
9. Ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Organizzare incontri periodici multiprofessionali per analizzare l'attività di sala con attenzione alle eventuali criticità ed elaborazione di eventuali azioni di miglioramento	Team di infermieri di sala Chirurgia NCH In comune con NCH e Anestesisti	Almeno un incontro mensile con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
10. Rischio clinico – Sicurezza del percorso chirurgico	Revisione e unificazione di almeno 4 procedure aziendali relative alla sicurezza del percorso chirurgico	- Direzione Complesso operatorio - SC Anestesia e Rianimazione (di tutti gli ospedali)	Le procedure sono state revisionate e sono pubblicate su intranet

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Mantenimento dell'attività dell'Ambulatorio di Classe A	Integrazione/rotazione del personale del Complesso operatorio. Causa le problematiche presenti per COVID, inerenti l'assenza di personale, distaccato ad altre SC COVID e/o DIR SAN, e non essendoci più presente personale dedicato esclusivamente all'Amb Classe A, lo stesso viene attivato con il personale presente in Complesso Operatorio, non esclusivamente operante in CI Oculistica	COMPARTO (Personale Complesso Operatorio Ospedale Maggiore)	Garantire la risposta alle richieste concordate con la S.C. Clinica Oculistica
2 Mantenere /migliorare l'offerta chirurgica ai pazienti fuori regione fuori provincia	1. Programmare la preparazione preoperatoria e l'intervento chirurgico con solo 2 accessi ospedalieri concordati con l'utente 2. Disponibilità di due giornate consecutive concordate con l'utente 3. Concordare con l'utente la data dell'intervento	COMPARTO	Totalità dei pazienti preparati e operati nella tempistica data/concordata con l'utenza: produzione di report entro dicembre 2021
3 Miglioramento dell'efficienza gestionale	1. Ampliamento dell'offerta chirurgica con l'inclusione dei pazienti ASA 3/4 2. Selezionati in base alla previsione di un rapido recupero post-operatorio	Dirigenza/Comparto	Operato il 15% del totale dei pazienti ASA 3 – 4, reputati inizialmente non idonei all'intervento chirurgico in Day Surgery entro 31/12/2021
4 Riprogrammazione attività chirurgica Post COVID pazienti già preparati.	1 Colloquio telefonico per verifica disponibilità all' intervento chirurgico. 2 Comunicazione agli anestesisti per il controllo della documentazione e rivalutazione della stessa con conferma o meno della necessità di ulteriori	Dirigenza Coord.re Inf.co Fonda Tiziana Inf Covacich Raffaella Inf Strajn Damiana Inf Urbina Prado Nuncia	Riduzione di ri-preparazione di pazienti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	accertamenti, per rendere effettivo il N.O. anestesiologicalo all'intervento chirurgico.		
5 Miglioramento della soddisfazione dell'utenza	Somministrazione di questionario specifico Pur essendo periodo Covid si ritiene che la qualità del servizio rimanga sempre alta	Coord.re Inf.co Fonda Tiziana Inf Covacich Raffaella Inf Strajn Damiana Inf Urbina Prado Nuncia	Analisi del 100% dei questionari con relativi interventi correttivi
6 Implementazione degli strumenti di gestione del rischio clinico in Clinica Oculistica	Elaborazione di una scheda per il TIME IN e TIME OUT per il trattamento intravitreale delle maculopatie	Dirigenti medici Personale del comparto della degenza oculistica Personale del comparto della Sala Operatoria del Maggiore OBT Comune con la CI Oculistica	Evidenza della compilazione dello strumento nel 100% dei pazienti sottoposti ad iniezione intravitreale a partire da aprile 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Linee di gestione del SSR, 6.6 “Rischio clinico e Rete cure sicure FVG”: prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza. Gestione appropriata degli accessi venosi.</p>	<p>1. Realizzazione di un evento formativo per gli infermieri sulla gestione degli accessi vascolari. 2. Formazione di almeno un infermiere della Struttura sull’impianto di cateteri Minimidline. 3. Realizzazione di una scheda di registrazione e monitoraggio dell’accesso vascolare CVC, PICC, Midline e Minimidline del paziente. 4. Monitoraggio per due mesi dell’incidenza di infezioni o criticità relati alla presenza del device.</p>	<p>Coordinatore infermieristico Infermieri della Struttura In collaborazione tra Anestesia Rianimazione TIPO/PICC Team e DAI di Medicina</p>	<p>1. Entro marzo sarà pianificato un evento formativo mirato e saranno avviate le pratiche di accreditamento. 2. Entro giugno saranno realizzati almeno due incontri formativi frontali sull’argomento e avviata la FSC. 3. Entro il 30 marzo verrà costruita una scheda di registrazione e monitoraggio degli accessi vascolari. 4. Entro dicembre almeno un infermiere della Struttura sarà formato per l’impianto di cateteri Minimidline. 5. Entro dicembre verrà realizzato un monitoraggio degli accessi venosi centrali, PICC e midline per la durata di due mesi per rilevare eventuali criticità attribuibili al device.</p>
<p>2. Mantenimento attività sui 4 poli (Maggiore, Arta Covid, Arta, Tipo) con aumento di posti letto disponibili</p>	<p>Integrazione del personale mediante condivisione di protocolli e procedure</p>	<p>Coordinatori Comparto In collaborazione con SC ARTA</p>	<p>Turnistica mista con evidenza di equipaggi integrati Creazione percorsi condivisi tra le strutture</p>
<p>3. Formalizzazione delle attività del CUAV (Centro Unico Accessi Venosi) con declinazione dei percorsi, degli obiettivi e delle responsabilità del team</p>	<p>Creazione di un documento da sottoporre a decreto del Direttore Generale che declini percorsi, obiettivi e responsabilità del team</p>	<p>Coordinatore e Membri del team CUAV (Picc Team)</p>	<p>Formalizzazione proposta di Decreto entro maggio 2021</p>
<p>4. Sicurezza del paziente: garantire uniformità nel trattamento del paziente portatore di device vascolare (Picc, Midline e Minimidline)</p>	<p>Il CUAV (Picc Team) organizza eventi formativi rivolti al personale aziendale.</p>	<p>Coordinatore e Membri del team CUAV (Picc Team)</p>	<p>Presentazione del progetto formativo ed avvio entro settembre 2021</p>
<p>5. a. Formazione di personale infermieristico e di assistenza afferente dal complesso operatorio e Day Surgery, dai reparti di</p>	<p>1. Formazione del personale afferente da altra struttura da parte di personale esperto della ARTA/ T.I.P.O. con</p>	<p>Coordinatore Infermieristico Comparto</p>	<p>Evidenza di orari con turnistica mista. Numero di infermieri formati, idonei all’attività intensivistica. Elenco di idonei e non idonei</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Neurochirurgia, Neurologie ed Urologia e infermieri neolaureati/neoassunti assegnati all'ARTA, in ambito intensivistico, con particolare attenzione all'aspetto ventilatorio del paziente affetto da polmoniti SARS-CoV-2 correlate b. integrazione di competenze del personale infermieristico tra ARTA e TIPO per uniformare il percorso di cura del paziente affetto da polmonite SARS-CoV-2	valutazione del percorso formativo ed evidenza del personale idoneo. 2. Turnistica integrata tra infermieri esperti in area intensiva, infermieri i sala operatoria, infermieri afferenti ai dipartimenti di chirurgia e di neuroscienze e neo assunti e neo laureati.	UCO Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica SOC Anestesia Rianimazione T.I.P.O	
6. Avvio di un programma di formazione PRISMAX per il personale ARTA e TIPO	1. Formazione circa le basi teoriche della gestione dell'apparecchiatura ed il monitoraggio dei pazienti tramite corsi per il personale infermieristico ed i Medici dell' ARTA e della TIPO 2. Addestramento sul campo alle principali manovre ed al monitoraggio del paziente.	ARTA TIPO Comparto	Formazione di almeno il 70% del personale entro il 30/06/2021 con evidenza della valutazione finale
7. Rischio clinico – Sicurezza del percorso chirurgico	Revisione e unificazione di almeno 4 procedure aziendali relative alla sicurezza del percorso chirurgico	Direzione Complesso operatorio SC Anestesia e Rianimazione (di tutti gli ospedali)	Le procedure sono state revisionate e sono pubblicate su intranet
8. Assistenza ospedaliera (linee gestione FVG)	Indicatori attività ospedaliera: Frattura di femore	anestesisti di sala In comune con SC Clinica Ortopedica	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (da rapportare alle indicazioni organizzative aziendali legate all'emergenza covid)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Verifica della casistica autoptica secondo il metodo Goldman	Valutazione di adeguatezza della diagnosi del decesso in relazione al riscontro autoptico.	Direttore ARTA	Report degli errori di primo, secondo e terzo grado secondo la classificazione di Goldman (1°: Errore che ha determinato il decesso; 2° Errore che avrebbe potuto determinare il decesso il quale è avvenuto per altre cause; 3° Errore non influente sulla prognosi)
2. a. Formazione di personale infermieristico e di assistenza afferente dal complesso operatorio e Day Surgery, dai reparti di Neurochirurgia, Neurologie ed Urologia e infermieri neolaureati/neoassunti assegnati all'ARTA, in ambito intensivistico, con particolare attenzione all'aspetto ventilatorio del paziente affetto da polmoniti SARS-CoV-2 correlate b. integrazione di competenze del personale infermieristico tra ARTA e TIPO per uniformare il percorso di cura del paziente affetto da polmonite SARS-CoV-2	3. Formazione del personale afferente da altra struttura da parte di personale esperto della ARTA/ T.I.P.O. con valutazione del percorso formativo ed evidenza del personale idoneo. 4. Turnistica integrata tra infermieri esperti in area intensiva, infermieri i sala operatoria, infermieri afferenti ai dipartimenti di chirurgia e di neuroscienze e neo assunti e neo laureati.	Coordinatore Infermieristico Comparto UCO Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica SOC Anestesia Rianimazione T.I.P.O	Evidenza di orari con turnistica mista. Numero di infermieri formati, idonei all'attività intensivistica.
3. Indagine qualità percepita in camera Iperbarica (obiettivo condiviso con CNR-CREAS)	Somministrazione questionari anonimi sulla qualità del servizio a pazienti e ad eventuali care givers.	Dirigenza/comparto Iperbarica	Elaborazione dei dati ricavati dai questionari somministrati
4. Modifica assetti operativi determinati da SARS-CoV-2 (Rianimazione, Terapia Antalgica, Iperbarica)	Realizzazione e consolidamento di percorsi e procedure atte a garantire la sicurezza del personale e dei pazienti.	Dirigenza/ Coordinatore Infermieristico Comparto	Produzione e aggiornamento LLGG in base alla contingenza.
5.	Integrazione del personale mediante condivisione di protocolli e procedure	Coordinatori Infermieristici	Mantenimento attività sui 4 poli (Maggiore, Arta Covid, Arta, Tipo) con

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Mantenimento attività sui 4 poli (Maggiore, Arta Covid, Arta, Tipo) con aumento di posti letto disponibili			aumento di posti letto disponibili mediante rotazione degli infermieri.
6. Avvio di un programma di formazione PRISMAX per il personale ARTA e TIPO	1. Formazione circa le basi teoriche della gestione dell'apparecchiatura ed il monitoraggio dei pazienti tramite corsi per il personale infermieristico ed i Medici dell'ARTA e della TIPO 2. Addestramento sul campo alle principali manovre ed al monitoraggio del paziente.	ARTA TIPO Comparto	Formazione di almeno il 70% del personale entro il 30/06/2021 con evidenza della valutazione finale
7. Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa - Reperibilità algologica - Appropriatezza prescrittiva - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale	Direttore SC	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019
8. Percorso integrato di valutazione e gestione del paziente ematologico critico, con particolare riferimento alle complicanze legate all'impiego di terapie cellulari. <u>Gestione semintensiva del paziente ematologico</u>	Programma di formazione per migliorare la capacità di valutazione e gestione delle problematiche del paziente ematologico sottoposto a terapie cellulari con particolare riferimento a: 1. gestione semintensiva del paziente ematologico critico: - monitoraggio dei parametri cardio-respiratori - apparecchiature di monitoraggio - impiego di farmaci vasoattivi - complicanze precoci di origine endoteliale del paziente trapiantato 2. protocollo di ottimizzazione dei percorsi in caso di trasporto dei pazienti in ARTA	Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia, ARTA) Coordinatrici infermieristiche SC Ematologia e ARTA Medici SC Ematologia Medici referenti programma formativo di ARTA Infermieri SC Ematologia OSS SC Ematologia	Periodo maggio-dicembre 2021 Espletamento programma formativo teorico-pratico: - Medici - Infermieri - OSS Dimostrazione del raggiungimento di specifiche competenze o mansioni (all. 1, 2, 3)*: - Medici - Infermieri - OSS Produzione di un protocollo condiviso per ottimizzare i percorsi in caso di trasporto dei pazienti in ARTA.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Almeno un incontro mensile per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Anestesisti di sala In comune con Complesso Operatorio, SC Chirurgiche e Direttore DAI e RID	Almeno un incontro mensile per ogni team con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
10. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	Anestesisti di sala In comune con Complesso Operatorio, SC Chirurgiche e Direttore DAI e RID	3. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio 4. Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
11. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari a € 514.953 (meno 5% vs 2020, continuando a lavorare sul piano di utilizzo delle Ig ad alto titolo nelle sepsi)
12. Rischio clinico – Sicurezza del percorso chirurgico	Revisione e unificazione di almeno 4 procedure aziendali relative alla sicurezza del percorso chirurgico	- Direzione Complesso operatorio - SC Anestesia e Rianimazione (di tutti gli ospedali)	Le procedure sono state revisionate e sono pubblicate su intranet
13. Assistenza ospedaliera (linee gestione FVG)	Indicatori attività ospedaliera: Frattura di femore	anestesisti di sala In comune con SC Clinica Ortopedica	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (da riportare alle indicazioni organizzative aziendali legate all'emergenza covid)
14. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>3.</p> <p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

SSD (Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riduzione delle lesioni da decubito intraoperatorie nei pazienti sottoposti a intervento cardiocirurgico.	Utilizzo nella preparazione del letto operatorio di materiale specifico antidecubito (materasso e poggia-braccia in gel).	Dirigenti medici della SSD e personale del comparto di sala operatoria.	Riduzione di almeno il 30% delle lesioni da decubito riscontrate all'uscita di sala operatoria rispetto il 2020.
2. Miglioramento della sinergia tra dirigenti medici della SSD e personale infermieristico nelle prestazioni anestesiologicalo/rianimatorie presso il polo cardiologico.	Ciclo di incontri sotto forma di lezioni frontali e esercitazioni pratiche su argomenti di attinenza specialistica anestesiologicalo/rianimatoria.	Responsabile SSD	Almeno tre incontri nel corso dell'anno con evidenza della valutazione della formazione .
3. Riduzione della spesa in farmaci per uso intraoperatorio: riduzione del consumo di sugammadex.	Razionalizzazione dell'uso di sugammadex privilegiando l'uso di preparazioni a basso dosaggio (200mg vs 500mg).	Dirigenti medici della SSD	Riduzione almeno del 20% della spesa per sugammadex rispetto il 2020.
4. Miglioramento delle competenze dei dirigenti medici della SSD in ambito di ECMO veno-venoso.	Partecipazione da parte dei dirigenti medici a specifici corsi di formazione in ECMO veno-venoso.	Dirigenti medici della SSD	Partecipazione di almeno il 25% dei medici ad almeno un corso specifico in ECMO veno-venoso nel corso dell'anno con evidenza della valutazione finale.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attività Ospedaliera Linea 6.1- Ripristino dei volumi relativi alle attività ambulatoriali e di procedure in regime di ricovero 2019; in alternativa rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni soggette a monitoraggio	1. Potenziare le attività ambulatoriali e di ricovero 2021 vs 2020 2. Rispettare i tempi d'attesa per le prestazioni o interventi soggetti a monitoraggio.	Direttore di Dipartimento	1. Incremento attività ambulatoriale 2021 >= 5% del consuntivo 2020; oppure 2. Rispetto dei tempi d'attesa per >80% delle prestazioni in regime di ricovero soggette a monitoraggio
2. Approccio multidisciplinare al Paziente cardiopatico sottoposto a protocolli di riabilitazione	1. Rivalutare e aggiornare i protocolli di riabilitazione in uso nel DAI; 2. Prevedere procedure d'intervento integrato tra fisioterapisti di area pneumologica e cardiologica 3. prevedere procedure d'intervento integrato con i fisioterapisti della S.C. di riabilitazione	RID in collaborazione con PO, Responsabili infermieristici di Cardiologia, CCV, Pneumologia e Cardiocirurgia e Fisioterapisti In collaborazione con la S.C. di Riabilitazione	1. Documenti aggiornati entro il 31.12.2021 2. Almeno 2 incontri nell'anno fra i team riabilitativi multidisciplinari e stesura di un documento/scheda multidisciplinare di presa in carico del paziente; 3. Avvio della sperimentazione
3. Ridefinire il percorso d' inserimento del neo assunto/inserito. Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito a tutte le strutture dell'azienda	1. Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'operatore socio sanitario (OSS) neo assunto/inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020, che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia. 2. Identificazione degli item di valutazione specifici per la Struttura.	RID in collaborazione con i Responsabili Infermieristici di Struttura	1. Entro 30.04.2021 sarà identificato lo strumento per la Struttura con l'individuazione degli item specifici di valutazione. 2. Entro il 31.12.2021 lo strumento sarà implementato in tutte le strutture dell'azienda per la valutazione dell'OSS neo assunto.
4. Aggiornare le Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e alla luce delle nuove esigenze sanitarie	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabile Infermieristico di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Creazione delle nuove Job Description in ciascuna Struttura, entro dicembre 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici		

Cardiologia DEGENZE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Promozione di corretti stili di vita	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione questionario engagement implementato dalla valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare e aderenza alla terapia per i pazienti che accedono ai servizi - Adozione di uno strumento (database) per la raccolta dati - Distribuzione del questionario ai degenti con diagnosi di STEMI – NSTEMI della provincia di Trieste (seguiti nel post dimissione dalla SC Cardiovascolare) - Invio dei questionari alla SC Cardiovascolare - Distribuzione del questionario e reinvio alla SC Cardiologia dopo la fine del ciclo riabilitativo. - Elaborazione dei dati 	Comparto SC Cardiologia degenza e SC Cardiovascolare	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione questionario e data base entro aprile 2021 - maggio 2021: inizio distribuzione al 90 % dei pazienti tenendo presenti i seguenti criteri di esclusione: <ol style="list-style-type: none"> 1) Deficit cognitivo 2) Difficoltà linguistiche 3) Situazioni cliniche complesse 4) Residenza fuori provincia 5) Trasferimento in altra struttura 6) Età maggiore di 85 anni - Reinvio alla SC Cardiologia dei questionari di controllo da parte della SC Cardiovascolare alla fine di ogni singolo percorso riabilitativo (almeno 90 % dei pazienti selezionati) Raccolta ed elaborazione dei dati entro marzo 2022
2. Implementazione di un modello operativo multiprofessionale e multidisciplinare per la creazione del Registro Regionale delle Morti Improvvise Cardiache – Regione FVG che coinvolga le strutture ospedaliere e del territorio FVG nell’arruolamento al riscontro diagnostico di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni e successiva validazione e screening famiglie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione di un protocollo operativo che declini compiti e responsabilità delle strutture coinvolte nel progetto e che implementi il riscontro diagnostico per soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 2. Redazione flow chart – buona pratica autoptica in caso di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 3. Valutare fattibilità indagine RMN su cuore in toto sottoposto ad indurimento formolico 4. Stilare un protocollo per gli accertamenti di cardiologia molecolare da 	<p>Responsabile ff SC Medicina Legale ASUGI/Direttore SC Cardiologia/Direttore SC Radiologia</p> <p>SC Medicina Legale/Dirigente Medico SC Radiologia Diagnostica e interventistica/Dirigente medico SC Cardiologia e SC Cardiovascolare/Dirigente Medico</p> <p>In comune con SC Anatomia Patologica SSD PSOMGUT SC Cardiologia area isontina</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilità del Protocollo operativo approvato entro il 30.06.21 2. Numero di Casi riferiti dai vari centri di osservazione (Medicina Legale e Anatomia Patologica) e numero di casi condivisi in fase di validazione con tracciabilità dell’apporto 3. Elenco anonimizzato casi osservati, casi validati, famiglie screenate 4. Disponibilità Protocollo di fattibilità ed esecuzione almeno 3 esami RM cuore al 31.12.21 5. Disponibilità Protocollo di Cardiologia molecolare su tessuto ed eventualmente sulla famiglia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>campione di tessuto/sangue prelevato da cadavere ed eventualmente sulla famiglia</p> <p>5. Stilare un protocollo operativo per lo screening su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia</p> <p>6. Stilare una istruzione operativa interna per favorire la richiesta di riscontro diagnostico da parte dei MMG nei soggetti candidati allo studio</p>		<p>6. Disponibilità Protocollo di Cardiologia per lo screening clinico su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia</p> <p>7. Disponibilità Istruzione Operativa interna entro il 30.07.2021</p> <p>8. Numero richieste di riscontro diagnostico finalizzate al progetto > 10/ 12 mesi</p>

SC Cardiologia UTIC

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Strutturazione database UTIC ed estensione del gruppo di lavoro che lo alimenta</p>	<p>L'implementazione 2020 del database consente a tutti gli effetti di rappresentare attività, criticità ed esiti. Tenuto conto delle criticità legate alla pandemia si provvederà a:</p> <p>1) Implementare il numero di operatori autonomi coinvolti nelle attività d'inserimento dati;</p> <p>2) Garantire meccanismi di supervisione periodica a garanzia della qualità e completezza dati;</p> <p>3) Realizzazione release periodiche di revisione critica, piani di miglioramento e pianificazione</p>	Comparto UTIC e Dirigenza	<p>1. Disponibilità di 3 release stampate nell'anno 2021, verificate dal sottogruppo di supervisione e discusse dal team medico-infermieristico UTIC;</p> <p>2. Verifica completezza compilazione delle variabili (> 90% dei campi/paziente);</p> <p>3. Produzione di un documento riassuntivo annuale al 31.12.2021 con consuntivo attività e pianificazione attività 2022</p>
<p>4. Riorganizzazione interna all'UTIC e riduzione tempi di attesa per cateterismi cardiaci destri programmati con finalità diagnostica e prognostica presso la Terapia Intensiva Cardiologica</p>	<p>1. Riorganizzare l'agenda ricoveri e l'attività di cateterismo cardiaco per pazienti in DH presso l'UTIC;</p> <p>2. Valutazione dell'attività, tempi di attesa, report ed aderenza al documento</p>	Dirigenza medica, Coordinatrice e Comparto della Terapia Intensiva Cardiologica	<p>1. Disponibilità del documento organizzativo e protocolli procedurali aggiornati inerenti lo Scompensio Cardiaco Acuto, la Valutazione del Pz con l'ipertensione Polmonare ed il Candidato a Trapianto Cardiaco</p> <p>2. Aderenza al protocollo > 90%</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			3. Produzione di report procedurali e clinici aderenti ai più avanzati standard di qualità

Cardiologia Emodinamica e Ambulatori

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Modelli organizzativi e gestionali- Telemedicina-Implementazione modalità di monitoraggio remoto dei portatori di dispositivi in epoca SARS CoV2	Implementazione del Fysicon Data Linq sistema ASUGI unico per la gestione dei dati raccolti dai programmatori e dai sistemi di monitoraggio remoto e di esportazione in Estensa con razionalizzazione delle attività, economia del tempo uomo ed efficiente refertazione dei controlli con limitazione di quelli con presenza fisica dell'utente.	Dirigenza, Tecnici di Neurofisiopatologia e Comparto Ambulatorio Dispositivi medicali	1. Almeno il 50% dei controlli ambulatoriali di dispositivi impiantabili eseguiti utilizzando il sistema di integrazione tra programmatori e software di refertazione aziendale Estensa "Fysicon Data Linq"; 2. Per raggiungere un beneficio in termine di riduzione del tempo /controllo: effettuato un monitoraggio a campione nel primo quadrimestre che fornisca dati rappresentativi di confronto con l'ultimo quadrimestre 2021; 3. Implementazione del sistema di integrazione tra programmatori e software di refertazione aziendale Estensa "Fysicon Data Linq" per i controlli in remoto; 4. incremento del rapporto Controlli remoti/Controlli ambulatoriali (base di riferimento 0,6 nel 2019, 1,4 nel 2020)
6. Modelli organizzativi e gestionali finalizzati al recupero di attività e contenimento dei plusorari per procedure in sforo sul debito orario	Riorganizzazione delle attività delle sale di emodinamica ed elettrofisiologia al fine di favorire un efficiente impiego dei team migliorando le tempistiche di inizio procedure e di contrarre gli sforzi e la conseguente generazione plusorari dirigenza e comparto per l'attività in elezione programmata	Coordinatrice, Comparto e Dirigenza Sale di Cardiologia Interventistica	- 90% delle procedure di elettrostimolazione ed emodinamica iniziano entro le ore 8.30; - riduzione di almeno il 20% nella produzione di plusorari dirigenza e comparto per attività in elezione attribuibili a tardivo inizio attività (oltre le ore 8.30) attenzione perché poi bisognerà rendere compatibili con la generazione di RAR

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Emergenze Cardiologiche – STEMI:	Compilazione data-set PACS emodinamica nei Centri Hub nei pazienti con STEMI	Dirigenza Medica Cardiologia, UTIC ed Emodinamica	Compilazione data-set PACS emodinamica >90% per i pazienti con STEMI
8. Emergenze Cardiologiche – STEMI:	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Dirigenza Medica Degenza ed UTIC e Fisioterapisti	Evidenza di inserimento in agende dedicate di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI di messi da avviare a riabilitazione entro 2 settimane
9. Emergenze Cardiologiche – NSTEMI	Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	Dirigenza Medica SCIT	100% dei pazienti con NSTEMI potranno essere segnalati per coronarografia mediante l'agenda dedicata
10. Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	I pazienti in lista di attesa - classe A - per le procedure di coronarografia e angioplastica coronarica vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione	Direttore di SC Tutta la SC SC Cardiologia	Indicatore e target: % dimissioni con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; l'indicatore viene calcolato per ogni patologia, con uguale peso. La % di raggiungimento dell'obiettivo è dato dalla somma delle % di raggiungimento. Fonte dati: SDO Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021
11. OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURE Ottimizzazione del percorso di cura in post dimissione per pazienti con problematiche endocrinologiche rilevate in corso di ricovero in degenza ordinaria o day hospital presso la UCO di cardiologia	1) Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di Endocrinologia e la Direzione dell'UCO di Cardiologia	Strutture coinvolte; SS Endocrinologia (afferente all'UCO di Medicina Clinica) UCO di Cardiologia Personale coinvolto: Direttore UCO di Medicina Clinica (Prof. Bruno Fabris) Direttore UCO di Cardiologia (Prof. Gianfranco Sinagra) Dirigenti Medici Cardiologia Dirigenti medici Medicina Clinica afferenti alla SS di Endocrinologia (Dr.ssa Stella Bernardi, Dr.ssa Veronica Calabrò, Dr.ssa Giulia Zuolo) Coordinatrice infermieristica Cardiologia (Daria Beltrame) Coordinatrice infermieristica Medicina Clinica (Mary Orlando).	Stesura del protocollo entro 31 maggio 2021 Attivazione agenda CUP condivisa tra SS di Endocrinologia (UCO Medicina Clinica) e SC Cardiologia. Scadenza 30 giugno 2021 Tempi di attesa tra richiesta di erogazione della visita ed esecuzione visita inferiori a 7 -30 giorni in relazione alla rilevanza clinica.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Staff infermieristico della SS di Endocrinologia (Cinzia Rob e Donatella Verni).	
<p>12. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di qualità e sicurezza delle cure.</p>	<p>Istituzione di incontri multidisciplinari ogni 2 mesi di discussione casi clinici e condivisione PDTA (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) Preparazione di un protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido e gestione ospedale – territorio delle riacutizzazioni (accessi PS e dimissioni protette) anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.</p>	<p>1.SSD Pneumologia di Gorizia-Monfalcone e SC Pneumologia Cattinara 2.SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport e SC Cardiologia Cattinara 3.SOS Diabetologia Trieste</p>	<p>1.Evidenza di partecipazione ad almeno 4 incontri multidisciplinari (1 ogni 2 mesi) in presenza o virtuali. 2. Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.</p>
<p>13. Controllo dei costi farmaceutici</p>	<p>Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche</p>	<p>Direttore Dirigenti Medici</p>	<p>Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020</p>
<p>14. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica</p>	<p>Direttore Dirigenti Comparto</p>	<p>1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Progetti attinenti alle attività clinico assistenziali Gestione rischio clinico Empowerment sui cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio diabete	1. Presa in carico del paziente con diagnosi di diabete, candidato ad intervento cardochirurgico (prioritario - elettivo) Dosaggio dell'Hb glicata e del C-Peptide nel pre- ricovero (100%); 2. Segnalazione nel pre- ricovero, al servizio "Team diabetologico ospedaliero" della Clinica Medica che avvierà un programma terapeutico in previsione del ricovero; 3. Educazione sanitaria dalla presa in carico del team diabetologico, alla dimissione; 4. Alla dimissione, avviare il paziente al centro diabetologico di riferimento.	Coordinatore Infermieristico e comparto degenza e modulo operatorio	Evidenza dell'attività come da azione almeno nel 90% dei casi eleggibili
2. Integrazione Ospedale-Territorio SC Cardiochirurgia- SC Cardiovascolare Promozione alla salute negli Ospedali e nei servizi sanitari	1. Coinvolgimento del paziente nella strategia di promozione alla salute mediante il coinvolgimento attivo nei percorsi di cura; 2. Somministrazione del questionario PHE (Patient health Engagement) come strumento per misurare l'aderenza ai percorsi in pre- dimissione 3. Segnalazione dell'assistito alla SC cardiovascolare per la presa in carico in follow-up e monitoraggio con PHE a 3-4 mesi.	Coordinatore Infermieristico SC Cardiochirurgia degenza PO SC Cardiovascolare Personale di comparto Cardiochirurgia e SC Cardiovascolare	1. Adozione a applicazione dello strumento (PHE) nei pazienti segnalati al SC Cardiovascolare(100%) 2. Rivalutazione del 90% dei pazienti in follow-up a 3-4 mesi 3. Raccolta e analisi dei dati
3. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore di SC Tutta la SC SC Cardiochirurgia	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
4. 2.14 sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	Monitoraggio dell'introito calorico/proteico effettivo nel post-operatorio cardochirurgico, confrontando alimentazione per sonda e nutrizione	- Comparto TIPO e degenza - Dirigenti medici TIPO - Coordinatore infermieristico TIPO e degenza	Entro aprile 2021 creazione della scheda e dal 01.05.21 arruolamento dei pazienti e raccolta dati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	orale, al fine di verificare l'adeguatezza nutrizionale in questa categoria di pazienti. Verrà creata una scheda apposita con la quale seguirà un campione di almeno 30 pazienti, 15 nutriti per sonda e 15 per via orale, annotando in dettaglio l'effettivo introito calorico proteico per una settimana	- Tecnico di neurofisiopatologia	Al 31.12.21 relazione finale con risultati dello studio e considerazioni su possibili future azioni di miglioramento della nutrizione post-operatoria
5. Nuova organizzazione percorso del malato critico in SC Cardiocirurgia TIPO che necessita di CRRT	Garantire un corretto e sicuro trattamento CRRT armonizzando le risorse umane con le nuove apparecchiature applicandole alle metodiche con diversi tipi di scoagulazione	Dirigenti medici e Comparto SC Cardiocirurgia TIPO Dirigenti medici e Comparto SC Nefrologia e Dialisi	'istituzione di un nuovo protocollo che declini le varie attività entro il 30.04.21 e dal 01.05.21 uso del nuovo protocollo
6. Percorsi di selezione e pratica chirurgica cardiaca mininvasiva	Aggiornamento dei percorsi di selezione e pratica chirurgica mininvasiva	Dirigenti Medici Coordinatori e Comparto SC Cardiocirurgia e C.O. In collaborazione con DAI Emergenza	Aggiornamento protocollo operativo Formazione di team autonomi Almeno 12 procedure mininvasive nel 2° semestre 2021
7. Emergenze Cardiologiche	Sindrome Aortica Acuta: Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	Dirigenti Medici e Comparto SC Cardiocirurgia	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina >= 75% (2° semestre 2021).
8. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020 meno 1%
9. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Governo clinico e reti patologia (6.5) Implementazione rete organizzativa per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico che necessitano di rivascolarizzazione.	1. creazione di un gruppo multidisciplinare che si occupi dei pazienti con piede diabetico vascolare 2. Stesura di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare 3. Migliorare la rete fra le varie strutture attraverso la condivisione del documento e discussione dei casi clinici	Direttori delle S.SD di Diabetologia di Monfalcone, CAD distretti Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste -Coordinatori infermieristici -Infermiere di reparto -comparto diabetologia Monfalcone e diabetologie distrettuali Ambulatorio Angiologico SC Cardiovascolare e Med dello Sport?	1. Creazione del gruppo e redazione di un documento entro il 30/09/2021 2. Realizzazione 2 incontri multidisciplinari per la discussione dei casi clinici, Entro il 31/12/2021 3. Avvio dell'applicazione del nuovo percorso con evidenza dei casi trattati
2. Governo clinico e reti patologia (6.5) Creazione scheda per la raccolta dei dati dei pazienti da rivascolarizzare in modo da stabilirne la priorità	1. Individuare il sistema di classificazione idoneo e scientificamente supportato 2. Condividere la scheda con il gruppo di lavoro 3. Condivisione scheda con gli operatori delle varie strutture	- Direttori delle S.SD di Diabetologia di Monfalcone, CAD distretti Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste -Coordinatore infermieristico; -Infermiere di reparto;	1. Stesura della scheda entro il 30/09/2021 2. Condivisione e utilizzo della scheda per almeno 80% dei pazienti, entro 31/12/2021
3. Governo clinico e reti patologia (6.5) Revisione e messa in atto della compilazione della cartella infermieristica	1. Definire il gruppo di lavoro e gli obiettivi della revisione 2. Applicare i cambiamenti al contesto clinico/assistenziale	Coordinatore infermieristico; -Infermieri di reparto; Ambulatorio Angiologico SC Cardiovascolare e Med dello Sport	1. Entro il 31/12/2021 utilizzare la nuova documentazione all'interno dell'unità operativa 2. Entro il 31/12/2021 la compilazione della documentazione infermieristica sarà messa in atto sul 100% dei pazienti.
4. Governo clinico e reti patologia (6.5) Messa in atto della cartella informatizzata (Vascox) condivisa con SCIT per la gestione e raccolta dati per i pazienti della chirurgia vascolare	1. Presentazione della cartella informatizzata a tutto il personale della SC di Chirurgia Vascolare 2. Periodo di prova per testare il funzionamento del sistema informatico e messa a punto di eventuali modifiche 3. Messa in atto della scheda informatica per la gestione del paziente vascolare in pre-	Direttore SC di Chirurgia Vascolare e tutto il personale Medico e comparto, con la collaborazione SC Informatica e Telecomunicazioni attraverso la ditta Tesi Imaging	1. Presentazione della cartella Vascox entro il 30/06/2021 2. Periodo di prova per tutti entro il 30/09/2021 3. Massa in funzione di Vascox entro il 31/12/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ricovero, durante il ricovero e nel follow-up		
5. Governo clinico e reti patologia (6.5) Implementazione del percorso di Ortoplastica: Integrazione della Chirurgia Vascolare nel protocollo interno ortoplastico di gestione delle fratture esposte	All'interno del protocollo diagnostico-terapeutico assistenziale redatto per la gestione delle fratture esposte dell'arto inferiore, inserimento della gestione della Chirurgia Vascolare per le lesioni vascolari dell'arto inferiore associate alle fratture esposte gussto III b e C.	Dirigenza Direttori di SC In comune con Chirurgia Plastica e Cl. Ortopedica	Aggiornamento del documento creato l'anno precedente entro 31/12/2021
6. Governo clinico e reti patologia (6.5) Percorso endoarterectomia in pazienti con stenosi carotidea sintomatica afferenti alla SC Neurologia di Gorizia	1. applicazione del percorso aziendale concordato nel 2020 2. Reportistica attività con valutazione del percorso ed evidenza di eventuali criticità	SC Neurologia GO/MO, SC Chirurgia Vascolare TS	Applicazione del percorso nel 100% dei casi eleggibili Report della attività con valutazione delle eventuali criticità entro il 31/12/2021
7. Governo clinico e reti patologia (6.5) Rete ASUGI per il trattamento delle urgenze vascolari dell'aorta toracica. Valutazione dei pazienti immediata. Garantire intervento in urgenza.	Definizione di un percorso per trattamento chirurgico in pazienti con aneurisma in fase di rottura o dissezione acuta dell'aorta toracica	SC di Pronto Soccorso di Trieste, Gorizia e Monfalcone SC di Chirurgia Vascolare	Stesura ed applicazione del percorso aziendale entro il 31/12/2021
8. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore e Coordinatore di SC	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021
9. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le liste operatorie	Presentare settimanalmente la lista operatoria con attenzione al massimo utilizzo delle sale e nel rispetto delle priorità (oncologiche o di classe A) o con evidenza delle motivazioni di eventuali altri inserimenti in difformità.	Direttore e Coordinatore di SC	Tutte le documentazioni sono complete come da azione
10. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di	Almeno un incontro mensile per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Medici In comune con Complesso Operatorio e Responsabile DAI e RID	Almeno un incontro mensile per ogni team con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale			
11. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	Medici In comune con Complesso Operatorio e Medici anestesisti	1. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio 2. Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
12. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020 meno 1%
13. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. 4.2 Anziani: teleassistenza domiciliare	1. Formalizzare la richiesta alla Regione di inserire nel nomenclatore la voce Televalutazione infermieristica accanto alla voce Teleassistenza 2. Revisione e condivisione del protocollo di presa in carico infermieristica per gli assistiti cardiopatici complessi inserendo il capitolo televalutazione infermieristica 3. Presa in carico in teleassistenza/televalutazione infermieristica domiciliare di assistiti ad elevata complessità assistenziale e necessità di monitoraggio e follow-up stretto.	Donatella Radini Andrea Di Lenarda Personale Infermieristico, medico, OSS, amministrativo della SC Cardiovascolare	1. Inserimento entro 31-12-2021 2. Revisione e condivisione entro maggio 2021 3. Da 1 giugno a 31-12-2021 avviati 10 assistiti cardiopatici complessi a teleassistenza/televalutazione infermieristica domiciliare.
2. Linee Gestione SSR 2021 2.5 e 2.6: Promozione dell'attività fisica	Attivazione Centro ASUGI "Promozione, prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia delle malattie croniche secondo Delibera Regionale 2136 del 12/12/2019	Arianna Ius Andrea Di Lenarda Donatella Radini Personale infermieristico della SC Cardiovascolare	Attivazione al 31/12/2021
3. Applicazione dei protocolli regionali nei pazienti con STEMI/NSTEMI Ampliamento della offerta riabilitativa cardiologica, anche in considerazione delle recenti limitazioni legate alle misure di prevenzione della pandemia	1. Formulazione di un protocollo di riabilitazione ciclo "breve" e programmazione al termine del programma riabilitativo di una valutazione finale del paziente per verifica dei risultati 2. Attivazione del protocollo dal 1 maggio 2021 3. Incremento dell'offerta riabilitativa ai pazienti cardiopatici dopo sindrome coronarica acuta con l'inclusione dei pazienti post NSTEMI a rischio elevato	Antonella Cherubini Marina Bollini Paola Coschizza fisioterapista Giulia Franco fisioterapista Personale infermieristico ed amministrativo della SC Cardiovascolare	1. Stesura del protocollo ciclo riabilitativo breve e attivazione del protocollo riabilitativo ciclo breve entro 1 maggio 2021 2. Arruolamento di almeno 15 pazienti nel percorso riabilitativo breve
4. Screening dell'arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI) in una popolazione ad alto rischio afferente al programma di	1. Stesura di un protocollo operativo per il triage infermieristico	Maurizio Fiscaro Antonella Cherubini	1. Stesura di un protocollo operativo entro il 30.4.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
riabilitazione del cardiopatico ischemico della SC. Cardiovascolare e Medicina dello sport (CVMS) mediante triage infermieristico, comprensivo di questionario specifico per patologia e calcolo dell'indice caviglia/braccio (ABI) e successiva valutazione clinico/strumentale specialistica.	2. Training del personale infermieristico all'impiego del questionario ed alla misurazione strumentale dell'ABI 3. Triage infermieristico vascolare e successiva valutazione cardiologica 4. Avvio dei pazienti, nei casi selezionati, all'Ambulatorio di diagnostica vascolare della CV Cardiovascolare per presa in carico.	Marina Bollini Personale Infermieristico della SC Cardiovascolare	2. Organizzazione di 2 incontri formativi per il personale infermieristico entro 30.4.2021 con valutazione finale 3. Screening infermieristico in almeno l'80% dei pazienti presi in carico, alla dimissione dopo evento acuto, dalla Riabilitazione del Cardiopatico e successiva valutazione cardiologica 4. Presa in carico del 90% dei casi, selezionati, segnalati all'Ambulatorio di diagnostica vascolare
5. Progetto obiettivo sulla cronicità. Riabilitazione motoria nei pazienti affetti da arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI) mediante sessioni di training sotto supervisione medico/infermieristica da parte del personale della SC. Cardiovascolare e Medicina dello sport (CVMS). Riattivazione del progetto obiettivo 2020 sospeso causa COVID-19.	Riattivazione del progetto obiettivo 2020 con le stesse modalità. Nel 2020 erano già stati definiti il protocollo operativo ed individuati gli ambienti idonei. Il percorso era stato quindi attivato su due pazienti ma successivamente interrotto dopo 7 sessioni riabilitative causa pandemia.	Maurizio Fiscaro Nadia Zeriali Infermiera Silvia Botta Infermiera Agnes Budai Infermiera Adriana Colarich infermiera	Nel secondo semestre 2021 inserimento di almeno 4 pazienti affetti da AOA nel programma di riabilitazione motoria
6. 6.5 Governo clinico e Reti di patologia Diffusione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco	1. Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti nella dimissione dalle Medicine e dal PS. 2. Creazione di un protocollo condiviso con la SC Cardiologia sia dell'Ospedale di Cattinara che di Gorizia Monfalcone per gestione comorbidità (carezza marziale) nei pazienti affetti da scompenso cardiaco.	Giulia Russo Donatella Radini Andrea Di Lenarda Personale medico, infermieristico, OSS, amministrativo della SC Cardiovascolare. 1. in collaborazione con SC Medicina Interna (Dott. Dario Bianchini) e Pronto Soccorso (dott. Franco Cominotto). 2. in collaborazione con il prof Marco Merlo e la dr.ssa Gerardina Lardieri	1.1. Riunione di condivisione per l'attuazione del PTDA con i reparti di Medicina Interna e Pronto Soccorso anche in modalità a distanza se le condizioni non rendessero sicura la modalità in presenza. 1.2 Presa in carico > 50% dei pazienti con SCC segnalati dai reparti medici, Pronto Soccorso 2.1 Realizzazione di una riunione per la condivisione e stesura del protocollo 2.2 Presa in carico del 70% dei pazienti con carezza marziale con necessità di trattamento
7. 3 ASSISTENZA PRIMARIA. Il percorso regionale per la presa in carico a livello	1. Produzione del protocollo di attività degli specialisti cardiologici in una AFT in collaborazione con i MMG	Medici e Infermieri della SC Cardiovascolare che parteciperanno all'attività delle AFT	1. Produzione del protocollo al 30/4/2021 2. Presenza almeno 1 volta ogni 2 mesi dello specialista cardiologo e di un

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>distrettuale di persone affette da patologie croniche e da comorbidità ad alto rischio di complicanze gravi prevede l'individuazione dei soggetti fragili attraverso la stratificazione della popolazione per complessità/fragilità sulla base dello strumento ACG (<i>Adjusted Clinical Groups</i>). Una volta identificati i gruppi di soggetti con bisogni assistenziali più complessi, tale stratificazione viene strutturata per ogni singola AFT e per singolo MMG e sottoposta ad audit per conseguente validazione allo scopo di attivare specifici programmi di presa in carico da parte del MMG.</p>	<p>2. Presenza almeno 1 volta ogni 2 mesi in AFT per la condivisione con MMG dei PDTA in pazienti cronici ad elevata complessità.</p>	<p>Personale coinvolto del Distretto 3 (dott.ssa Ofelia Altomare, dott.ssa Cristina Montesi) in collaborazione con l'AFT di competenza (referente dott.ssa Spanu)</p>	<p>infermiere in AFT dal 1/5/2021 (almeno 3 incontri).</p>
<p>8. Ottimizzazione della valutazione di ischemia del paziente con cardiopatia ischemica in carico alla Riabilitazione del cardiopatico</p>	<p>1. inserimento nei programmi della riabilitazione del cardiopatico dell'ecocardiogramma da sforzo per valutazione a fine riabilitazione o valutazione dei pazienti con sospetta ischemia residua in carico alla riabilitazione del cardiopatico 2. avvio della valutazione con ecocardiogramma da sforzo nel paziente ischemico post sindrome coronarica acuta e/o rivascolarizzazione in carico alla Riabilitazione del cardiopatico</p>	<p>Antonella Cherubini Giorgio Faganello Marina Bollini Andrea di Lenarda Personale infermieristico, amministrativo della SC Cardiovascolare.</p>	<p>1. Creazione agende dedicate entro 30 aprile 2021 2. Effettuazione di almeno 40 eco stress fisici dal mese di maggio a dicembre 2021</p>
<p>9. Le aziende promuovono corretti stili di vita nei pazienti che accedono ai servizi</p>	<p>- Elaborazione questionario engagement implementato dalla valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare e aderenza alla terapia - Adozione di uno strumento (data base) per la raccolta appropriata dei dati - Distribuzione del questionario ai degenti con diagnosi di STEMI – NSTEMI della provincia di Trieste (seguiti nel post dimissione dalla SC Cardiovascolare)</p>	<p>Comparto SC Cardiovascolare In collaborazione con il comparto della SC Cardiologia</p>	<p>- Presentazione questionario e data base entro aprile 2021 - maggio: inizio distribuzione al 90 % dei pazienti tenendo presenti i seguenti criteri di esclusione: 1) Deficit cognitivo 2) Difficoltà linguistiche 3) Situazioni cliniche complesse 4) Residenza fuori provincia 5) Trasferimento in altra struttura 6) Età maggiore di 85 anni</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> - Invio dei questionari alla SC Cardiovascolare - Distribuzione del questionario e reinvio alla SC Cardiologia alla fine del ciclo riabilitativo. - Elaborazione dei dati 		<p>Re invio alla SC Cardiologia dei questionari di controllo da parte della SC Cardiovascolare alla fine di ogni singolo percorso riabilitativo (90 % dei pazienti selezionati)</p> <p><i>Raccolta ed elaborazione dei dati entro marzo 2022</i></p>
<p>10. Integrazione Ospedale-Territorio SC Cardiochirurgia- SC Cardiovascolare Promozione della salute negli Ospedali e nei servizi sanitari</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coinvolgimento del paziente nella strategia di promozione alla salute mediante il coinvolgimento attivo nei percorsi di cura; 2. Somministrazione del questionario PHE (Patient health Engagement) come strumento per misurare l'aderenza ai percorsi in pre- dimissione 3. Segnalazione dell'assistito alla SC Cardiovascolare per la presa in carico in follow-up e monitoraggio con PHE a 3-4 mesi. 	<p>PO SC Cardiovascolare Coordinatore Infermieristico cardiocirurgia degenza Personale del comparto SC Cardiovascolare e Cardiochirurgia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adozione a applicazione dello strumento (PHE) ai pazienti segnalati alla SC Cardiovascolare (90%) 2. Rivalutazione del 90% dei pazienti in follow-up a 3-4 mesi 3. Raccolta e analisi dei dati al 31/12/2021
<p>11. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISSR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di qualità e sicurezza delle cure.</p>	<p>Istituzione di incontri multidisciplinari ogni 2 mesi di discussione casi clinici e condivisione PDTA (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) Preparazione di un protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido e gestione ospedale – territorio delle riacutizzazioni (accessi PS e dimissioni protette) anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.SSD Pneumologia di Gorizia-Monfalcone e SC Pneumologia Cattinara 2.SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport e SC Cardiologia Cattinara 3.SOS Diabetologia Trieste 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Evidenza di partecipazione ad almeno 4 incontri multidisciplinari (1 ogni 2 mesi) in presenza o virtuali con evidenza dei casi esaminati. 2. Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.
<p>12. 6.5 Governo clinico e Reti di patologia Attivazione di un percorso multidisciplinare per l'appropriatezza prescrittiva nei</p>	<p>1. Valutazione della terapia ipoglicemizzante di tutti i pazienti con patologia cardiovascolare cronica affetti da diabete tipo II ed identificazione dei</p>	<p>Silvana Brigido Andrea Di Lenarda, Riccardo Candido, Alessandra Petrucco, Elena Manca, Chiara Gottardi</p>	<p>1.Incremento relativo > 10% dell'utilizzo di SGLT2/GLP1 AR secondo nei pazienti in carico alla SC Cardiovascolare al 31/12/2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
pazienti con patologia cardiovascolare e diabete tipo II	soggetti che, secondo le vigenti Linee Guida, hanno indicazione e non presentano controindicazione alla terapia con farmaci della classe SGLT2 inibitori e/o GLP1 agonisti recettoriali 2. Avvio dei pazienti identificati a valutazione diabetologica per l'inserimento in terapia di un SGLT2 inibitore e/o GLP1 agonista recettoriale. 3. Valutazione diabetologica dei pazienti inviati ed inserimento in terapia di un SGLT2 inibitori e/o GLP1 agonista recettoriale.	Tutto il personale medico e infermieristico della SC Cardiovascolare e delle SS Diabetologie Distrettuali	2. Valutazione diabetologica ed inserimento in terapia di un SGLT2 inibitore e/o GLP1 agonista recettoriale in almeno l'80% dei pazienti avviati.
13. 6.5 Governo clinico e Reti di patologia Creazione percorso di valutazione clinico-strumentale di tutti i pazienti con cardiopatia ischemica cronica ed abitudine tabagica	Esecuzione esame spirometrico, da eseguire negli ambulatori della SC Cardiovascolare o presso la SS Pneumologia, nei pazienti fumatori con cardiopatia ischemica cronica che non hanno eseguito la valutazione negli ultimi 5 anni	Silvana Brigido Andrea Di Lenarda, Roberto Trevisan Tutto il personale medico ed infermieristico della SC Cardiovascolare e SS Pneumologia GO	1.Training esecuzione spirometria per il personale infermieristico della SC Cardiovascolare entro 31 maggio 2021 2.Incremento relativo >10% della valutazione spirometrica nei pazienti fumatori in carico alla SC Cardiovascolare al 31/12/2021 3.valutazione pneumologica >90% dei pazienti con esame patologico
14. 6.1 Attività ospedaliera Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019. Attivazione di un Laboratorio di Ecocardiografia territoriale nell'Isontino	1. Analisi delle richieste di esami ecocardiografici interni e esterni ed organizzazione delle agende 2. Individuazione di spazi adeguati da dedicare ad un Laboratorio di Ecocardiografia territoriale in area Isontina	1. Analisi bisogni diagnostici ecocardiografici esterni eseguiti in collaborazione con la dr.ssa Gerardina Lardieri SC Cardiologia Gorizia - Monfalcone 1-2. Giorgio Faganello Andrea di Lenarda Donatella Radini Personale medico ed infermieristico afferente alla Cardiologia territoriale Isontina	1. Strutturazione ed attivazione agende a prenotazione annuale in collaborazione con la SC Cardiologia di Gorizia e Monfalcone. 2. Attivazione del Laboratorio di Ecocardiografia territoriale in area Isontina al 30.6.2021
15. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio
16. Implementazione di un modello operativo multiprofessionale e multidisciplinare per la creazione del Registro Regionale delle Morti Improvvise Cardiache – Regione FVG che coinvolga le strutture ospedaliere e del territorio FVG nell'arruolamento al riscontro diagnostico di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni e successiva validazione e screening famiglie	1. Redazione di un protocollo operativo che declini compiti e responsabilità delle strutture coinvolte nel progetto e che implementi il riscontro diagnostico per soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 2. Redazione flow chart – buona pratica autoptica in caso di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 3. Valutare fattibilità indagine RMN su cuore in toto sottoposto ad indurimento formolico 4. Stilare un protocollo per gli accertamenti di cardiologia molecolare da campione di tessuto/sangue prelevato da cadavere ed eventualmente sulla famiglia	Responsabile ff SC Medicina Legale ASUGI/Direttore SC Cardiologia/Direttore SC Radiologia SC Medicina Legale/Dirigente Medico SC Radiologia Diagnostica e interventistica/Dirigente medico SC Cardiologia e SC Cardiovascolare/Dirigente Medico In comune con SC Anatomia Patologica SSD PSOMGUT SC Cardiologia area isontina	1. Disponibilità del Protocollo operativo approvato entro il 30.06.21 2. Numero di Casi riferiti dai vari centri di osservazione (Medicina Legale e Anatomia Patologica) e numero di casi condivisi in fase di validazione con tracciabilità dell'apporto 3. Elenco anonimizzato casi osservati, casi validati, famiglie screenate 4. Disponibilità Protocollo di fattibilità ed esecuzione almeno 3 esami RM cuore al 31.12.21 5. Disponibilità Protocollo di Cardiologia molecolare su tessuto ed eventualmente sulla famiglia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	5. Stilare un protocollo operativo per lo screening su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 6. Stilare una istruzione operativa interna per favorire la richiesta di riscontro diagnostico da parte dei MMG nei soggetti candidati allo studio		6. Disponibilità Protocollo di Cardiologia per lo screening clinico su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 7. Disponibilità Istruzione Operativa interna entro il 30.07.2021 8. Numero richieste di riscontro diagnostico finalizzate al progetto > 10/ 12 mesi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. 6.5 Governo clinico e Reti di patologia	Costituzione gruppo di lavoro con reparti ASUGI per PDTA dei tumori polmonari. Proposto da Oncologia Trieste	Direttore di S.C In collaborazione con SC Oncologia GO-MF	Formalizzazione di un documento comune entro Dicembre 2021.
2. 6.6 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Audit periodici con Dirigenti Medici e Comparto con tema il risk management	Direttore di S.C Coordinatore	Entro Dicembre 2021 formalizzazione di un documento di sintesi con tutte le proposte innovative in tema di sicurezza del paziente entro Dicembre 2021. Il documento dovrà contenere le azioni da mettere in atto per le procedure sicure.
3. 6.5 Governo clinico e Reti di patologia	Supporto con evidenze in Letteratura alla costituzione del PDTA dei tumori polmonari	Medici In collaborazione con SC Oncologia	Entro Dicembre 2021 formalizzazione di un documento di sintesi delle modifiche più significative trovate in Letteratura sul tema dei tumori polmonari
4. 2.5 Promozione dell'attività fisica nella popolazione 2.4 Prevenzione degli incidenti domestici e stradali	Istruzione del paziente operato a praticare degli esercizi fisici dedicati nell'immediato postoperatorio (in reparto e dopo la dimissione) Istruzione del paziente sui comportamenti corretti post dimissione	Medici e Comparto	A Dicembre 2021 almeno il 20% dei pazienti operati avrà eseguito gli esercizi postoperatori Formalizzazione di un documento di sintesi per il paziente
5. Valutazione della qualità dell'assistenza percepita dal paziente	Somministrazione di un questionario anonimo PREM's ai pazienti in dimissione	Coordinatore Infermieristico	A Dicembre 2021 in via sperimentale almeno il 20% dei pazienti operati avrà riconsegnato il questionario. Sarà creato un documento di sintesi dei dati raccolti più significativi
6. 2.5 Promozione dell'attività fisica nella popolazione Emergenza Covid	- Revisione della modulistica utilizzata per il recall telefonico. - Creare dei percorsi nell'Area Giuliano Isontina per l'esecuzione del tampone Covid pre operatorio	- Personale comparto - Ambulatorio Moduli	- A maggio 2021 viene utilizzata la nuova scheda del recall telefonico per tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. - Avvio del percorso di effettuazione dei tamponi presso Ambulatori GO MF entro luglio 2021 - Entro il 31/12/2021 almeno il 50 % dei pazienti di ASUGI possono effettuare il tampone 24 ore prima del ricovero presso

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			gli ambulatori di GO e MF evitando spostamenti
7. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore e Coordinatore di SC	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021
8. .Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le liste operatorie	Presentare settimanalmente la lista operatoria con attenzione al massimo utilizzo delle sale e nel rispetto delle priorità (oncologiche o di classe A) o con evidenza delle motivazioni di eventuali altri inserimenti in difformità.	Direttore e Coordinatore di SC	Tutte le documentazioni sono complete come da azione
9. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Almeno un incontro mensile per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Medici In comune con Complesso Operatorio e Responsabile DAI e RID	Almeno un incontro mensile per ogni team con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
10. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	Medici In comune con Complesso Operatorio e Medici anestesisti	5. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
11. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
12. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione "Lung team"	1. Valutare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni.	Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone	1. Evidenza dell'avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06 2. studio di fattibilità del "lung team" di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale di programmazione del team.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	3. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 4. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari
13. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Creazione di un percorso agevolato per la presa in carico da parte dell'SSD Rete delle Cure Palliative di ASUGI dei pazienti Pneumologici dimessi dal reparto o seguiti dal Day Hospital.	1. Costituire un gruppo di lavoro 2. Organizzazione di incontri con i colleghi delle Cure Palliative 3. Stabilire il percorso di segnalazione dei pazienti e di presa in carico 4. Collaborazione tra i terapisti della riabilitazione respiratoria della SC Pneumologia e il/i terapeuta/i della riabilitazione delle Cure Palliative	Direttore di SC Dirigenza medica Coordinatori Infermieristici Comparto In collaborazione con la SSD Rete delle Cure Palliative di ASUGI	1. Almeno 2 incontri tra Pneumologia e Cure Palliative entro il 31/12 e organizzazione di almeno 2 incontri tra i fisioterapisti delle due strutture con stesura di un documento di presa in carico del paziente 2. Avvio della presa in carico
2. Miglioramento del percorso di diagnosi e cura dei pazienti con patologie neoplastiche.	1. Creazione di un programma (database Excel) che permetta il costante monitoraggio dell'iter diagnostico terapeutico con particolare evidenza dei pazienti con patologia neoplastica 2. Aggiornamento e consultazione continua dei dati	Coordinatori Infermieristici Comparto	1. Presenza dello strumento entro giugno 2021 2. Database aggiornato al 31/12/2021
3. Miglioramento dell'organizzazione degli appuntamenti per visita specialistica pneumologica dei pazienti che accedono in regime ambulatoriale o di Day Hospital.	1. Costruzione di un gruppo di lavoro medico/infermieristico 2. Individuazione della macro struttura dell'agenda elettronica "del day hospital" su piattaforma CUP 3. Interazione con la direzione CUP per la futura creazione dell'agenda elettronica	Direttore di SC Dirigenza Medica Coordinatori Infermieristici Comparto In comune con la direzione CUP	Almeno 2 incontri del gruppo di lavoro, almeno 1 incontro con la direzione CUP e stesura della struttura dell'agenda elettronica
4. Percorso integrato di valutazione e gestione del paziente ematologico critico, con particolare riferimento alle complicanze legate all'impiego di terapie cellulari. Gruppo multidisciplinare per la gestione delle complicanze polmonari secondarie all'impiego di terapie cellulari	Programma di formazione per migliorare la capacità di valutazione e gestione delle problematiche del paziente ematologico sottoposto a terapie cellulari con particolare riferimento a: 1. diagnosi e gestione delle complicanze immunologiche legate al trapianto allogenico con particolare riferimento alla GVHD acuta e cronica 2. prevenzione, diagnosi e gestione delle complicanze infettive dei pazienti immunosoppressi	Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia, SC Pneumologia, Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive) Coordinatrici infermieristiche SC Ematologia e SC Pneumologia Medici SC Ematologia Medici referenti SC Pneumologia Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive Infermieri SC Ematologia	Periodo maggio-dicembre 2021 Espletamento programma formativo teorico-pratico: - Medici - Infermieri - OSS Dimostrazione del raggiungimento di specifiche competenze (all. 1 e 2): - Medici - Infermieri - OSS

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. gestione della ventilazione non invasiva 4. realizzazione di un gruppo interdisciplinare per la gestione delle complicanze del paziente trapiantato con l'identificazione di alcuni referenti per ogni struttura partecipante.	OSS SC Ematologia Obiettivo in comune con: SC Ematologia ASUGI Clinica Dermatologica ASUGI SC Gastroenterologia ASUGI Clinica Oculistica ASUGI Clinica Malattie Infettive ASUGI	Identificazione dei referenti di struttura
5. 6.5 Costituzione dei nuclei funzionali	Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Oncologia SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale. Individuare degli indicatori , almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo
6. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di qualità e sicurezza delle cure.	1. Istituzione di incontri multidisciplinari ogni 2 mesi di discussione casi clinici e condivisione PDTA (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) 2. Preparazione di un protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido e di gestione ospedale-territorio delle riacutizzazioni (accessi PS e dimissioni protette) anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.	In comune con: SSD Pneumologia di Gorizia-Monfalcone e SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport e SC Cardiologia Cattinara SOS Diabetologia Trieste	1. Evidenza di partecipazione ad almeno 4 incontri multidisciplinari (1 ogni 2 mesi) in presenza o virtuali. 2. Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.
7. Controllo dei costi farmaceutici	Ricercare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>8. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione "Lung team"</p>	<p>1. Valutare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni. 2. Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI</p>	<p>Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici</p> <p>Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia</p>	<p>1. Evidenza dell'avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06 2. studio di fattibilità del "lung team" di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale di programmazione del team. 3. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 4. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari</p>
<p>9. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto</p>	<p>Direttore Dirigenti Comparto</p>	<p>1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Miglioramento dei livelli dell'assistenza e della qualità e integrazione dei DAI di Medicina delle aree Giuliana e Isontina.</p>	<p>1. Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull'impatto dell'emergenza sanitaria per Coronavirus sulla qualità dell'assistenza.</p> <p>2. Realizzazione di un'indagine attraverso un questionario distribuito ad OSS e infermieri del Dai di Medicina dell'Area Isontina e dell'Area Giuliana sul tema delle cure compromesse.</p> <p>3. Stesura di un piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi su almeno 1 delle criticità emerse.</p>	<p>Comparto Coordinatori Infermieristici del DAI di Medicina dell'ASUGI i RID</p>	<p>1. Entro aprile costituzione del gruppo di lavoro, definizione dello strumento di indagine e pianificazione dell'attività.</p> <p>2. Entro dicembre sarà attuata l'indagine attraverso la distribuzione del questionario ad OSS e infermieri e saranno elaborati i dati.</p> <p>3. Entro dicembre saranno individuate le aree di maggiore compromissione dell'assistenza e sarà steso un piano di miglioramento. Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati e piano di miglioramento.</p>
<p>2. Aggiornamento del percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/neo inserito</p>	<p>Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'operatore socio sanitario (OSS) neo assunto/inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020 e testato nelle Strutture di Medicina Internistica, che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia.</p> <p>Identificazione degli item di valutazione specifici per le altre Strutture del DAI (Strutture di Nefrologia e Dialisi, Geriatria e per la Prosecuzione Cure, DH e Ambulatori del DAI di Medicina).</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Struttura RID</p>	<p>Entro aprile sarà identificato lo strumento per le Strutture di Nefrologia e Dialisi, Geriatria e per la Prosecuzione Cure, DH e Ambulatori del DAI di Medicina, con l'individuazione degli item specifici di valutazione.</p> <p>Entro Dicembre lo strumento sarà applicato per la valutazione dell'OSS neo assunto.</p>
<p>3. Aggiornare le Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici</p>	<p>1.Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento</p>	<p>Creazione delle nuove Job Description in ciascuna Struttura, entro dicembre 2021.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e alla luce delle nuove esigenze sanitarie	un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura; 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici.	Responsabile Infermieristico di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	
4. Dalle linee di gestione del SSR, punto 6.6 "Rischio clinico e Rete cure sicure FVG": prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Gestione appropriata degli accessi venosi.	1. Realizzare un evento formativo per infermieri sulla gestione degli accessi vascolari. 2. Promuovere la formazione sul campo degli infermieri e dei Dirigenti Medici presso la SC Anestesia e Rianimazione T.I.P.O. sull'impianto ecoguidato di cateteri venosi profondi. Formare almeno 7 infermieri e 2 medici del DAI sull'impianto di cateteri Minimidline. 3. Realizzare e implementare una scheda di registrazione e monitoraggio dell'accesso vascolare CVC, PICC, Midline e Minimidline del paziente. 4. Monitorare per un tempo di due mesi durante l'anno l'incidenza di criticità relativi alla presenza del device.	Dirigenti Medici Coordinatori infermieristici Infermieri RID In collaborazione con S.C. Anestesia Rianimazione T.I.P.O	1. Entro marzo sarà pianificato un evento formativo mirato e saranno avviate le pratiche di accreditamento. Entro dicembre l'80% degli infermieri del DAI saranno formati attraverso il progetto avviato. 2. Entro dicembre almeno 7 infermieri e 2 Dirigenti Medici del DAI saranno formati sull'impianto ecoguidato di cateteri venosi Minimidline. 3. Entro il 30 marzo verrà costruita una scheda di registrazione e monitoraggio degli accessi vascolari. 4. Entro dicembre verrà realizzato un monitoraggio degli accessi venosi centrali, PICC, midline e minimidline per la durata di almeno due mesi per rilevare eventuali criticità attribuibili al device.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento del percorso di presa in carico del paziente con carcinoma della prostata.	Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi indotta Terapia con blocco androgenico: percorso facilitato dell'iter diagnostico clinico e strumentale (MOC-DEXA).	Dirigenti Medici S.C. Medicina Interna In comune con S.C. Clinica Urologica	Evidenza del nuovo percorso: dati desumibili da G2 Clinico e Registro Prostate Unit.
2. Appropriatezza prescrittiva esami di densitometria ossea computerizzata (DEXA).	1. Applicazione dei criteri di appropriatezza per l'indagine MOC in particolare in utenti ultraottantenni. 2. Presentazione dei criteri di appropriatezza nell'ambito di un evento formativo accreditato SCM rivolto a Medici Specialisti e MMG.	Dirigenti Medici e Comparto S.C. Medicina Interna SUGI in comune con S.C. Radiologia Gorizia-Monfalcone	1. Realizzazione di un Evento Formativo residenziale entro il 31/12/2021 2. Produzione percorso operativo dei servizi erogatori di prestazioni MOC ASUGI entro il 31/12/2021.
3. Dalla linea 6.5 Governo clinico e Reti di patologia Diffusione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco	1. Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti nella dimissione dalle Medicine e dal PS. 2. Creazione di un protocollo condiviso con la SC Cardiologia sia dell'Ospedale di Cattinara che di Gorizia Monfalcone per l'infusione di Ferrocabossimaltosio nei pazienti affetti da scompenso cardiaco.	Dirigenti Medici SC Medicina Interna (Dott. Dario Bianchini dott.ssa Luisa Martellani) e Pronto Soccorso (dott.Franco Cominotto). in collaborazione: con il prof Marco Merlo e la dr.ssa Gerardina Lardieri In collaborazione con: Giulia Russo Donatella Radini Andrea Di Lenarda Personale medico, infermieristico, OSS, amministrativo della SC Cardiovascolare.	1. Riunione di condivisione per l'attuazione del PTDA con le Strutture di Medicina Interna, Pronto Soccorso e Centro Cardiovascolare anche in modalità a distanza se le condizioni non rendessero sicura la modalità in presenza. 2. Condivisione e stesura del protocollo. Da parte della SC Medicina Interna: segnalazione di tutti i pazienti con SCC alla SC Cardiovascolare alla dimissione; segnalazione di tutti i pazienti con carenza marziale con necessità di infusione venosa di Ferrocabossimaltosio alla dimissione.
4. Presa in carico pazienti dimessi da SC Medicina d'Urgenza con diagnosi di embolia polmonare.	Formalizzazione e attivazione di un percorso di continuità dopo dimissione dalla SC Medicina d'Urgenza per la presa in carico precoce dei pazienti dimessi con diagnosi di embolia polmonare: 1.Programmazione ed esecuzione di prelievo ematico in regime di prosecuzione	Ambulatorio malattie Tromboemboliche: Dirigenza medica: Dott.ssa Simon Giulia, dott Furlotti Stefano Personale comparto: Martingano Maurizio. In collaborazione con Dirigenti Medici della S.C. Medicina d'urgenza	- Formalizzazione e Attivazione del percorso entro gennaio 2021. -presa in carico di almeno 25 pazienti entro 31/12/2021 Tutti i pazienti eleggibili saranno sottoposti a controllo ematico entro 30 giorni dalla dimissione.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>cure al massimo in 30 giorni dalla dimissione.</p> <p>2. Programmazione ed esecuzione di prima visita con impegnativa SSN entro 90 giorni dalla dimissione.</p>		<p>Tutte le visite dei pazienti eleggibili saranno erogate entro 90 giorni dalla dimissione.</p>
<p>5. Razionalizzazione dei percorsi di cura “Attivazione presso la SSD FRUV di un servizio di ecografia flebologica di supporto e integrato all’Ambulatorio per le Malattie Tromboemboliche Venose della SC Medicina Interna”</p> <p>Obiettivo specifico: Nei pazienti con diagnosi di malattia tromboembolica venosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrare in un unico percorso coordinato la fase di valutazione ambulatoriale clinica con quella della diagnosi ultrasonografica; - ottimizzare il percorso di stratificazione diagnostica e prognostica; - favorire il rispetto della stringente tempistica di follow-up necessaria a modulare la prescrizione della terapia anticoagulante. 	<p>1. Individuazione e responsabilità gestionale dell’articolazione organizzativa, infrastrutturale e logistica dello spazio ambulatorio e relative dotazioni medicali e strumentali ultrasonografiche e informatiche con messa a disposizione presso la SSD F&RUV (Formazione e Ricerca in Ultrasonografia e Patologia Vascolare). Responsabilità: Direttore SSD FRUV</p> <p>2. Affiancamento tutoriale ai dirigenti medici dedicati individuati presso la SC Medicina Interna. Responsabilità: Direttore SSD FRUV</p> <p>3. Programmazione delle agende ed esecuzione delle indagini strumentali con tempistica coordinate tra l’ambulatorio clinico e l’istituendo ambulatorio ecografico del Servizio Ambulatoriale per lo studio della Malattia tromboembolica Venosa della Sc Medicina Interna</p>	<p>SC Medicina Interna Dott.ssa Giulia Simon Dott.ssa Iris Buda Dott. Stefano Furlotti Dott.ssa Monica Cavressi Infermiere Maurizio Martingano</p> <p>In collaborazione con SSD F&RUV Direttore dott. M. Bardelli Coordinatore Infermieristico Piastra ambulatori DAI di Medicina Interna dott.ssa E. Roiazzi</p> <p>Responsabilità: Dirigenti Medici e personale del Comparto della Sc Medicina Interna dedicati al progetto. Personale del Comparto di supporto della SSD F&RUV</p>	<p>Attivazione entro il mese di aprile 2021 presso la SSD F&RUV degli slot di spazio ambulatoriale e delle relative agende G2 (output: si/no)</p> <p>Definizione entro il mese di aprile 2021 e contestuale applicazione di un protocollo gestionale che preveda i criteri clinici e la tempistica per la presa in carico e per il follow-up ecografico dei pazienti con malattia tromboembolica venosa afferenti all’Ambulatorio per la Malattia Tromboembolica Venosa della SC Medicina Interna. (output si/no)</p> <p>Volume attività previsto: implementazione Vs le prestazioni cliniche ambulatoriali del 2020 dell’ambulatorio per la MTEV della SC Medicina Interna +100 pazienti nel 2021.</p>
<p>6. Migliorare l’Interazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multi professionale del paziente fragile e complesso</p>	<p>1. Costruzione dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza</p> <p>2. Avvio di Audit clinici</p> <p>3. Revisione del protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile</p> <p>4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale</p>	<p>Direttori Medicine Direttori Distretti Medici Medicine e Distretti Referenti ICA/PUA Responsabili infermieristici di Distretto Infermieri di processo Referenti Servizi Riabilitativi Domiciliari</p> <p>Obiettivo in comune con: Distretti ASUGI</p> <p>In collaborazione con: MMG Referenti Servizi Sociali dei Comuni</p>	<p>1. Almeno 3 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento</p> <p>2. Revisione del Protocollo continuità assistenziale paziente fragile</p> <p>3. Almento 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
8. Miglioramento dei livelli dell'assistenza e della qualità e integrazione dei DAI di Medicina delle aree Giuliana e Isontina.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull'impatto dell'emergenza sanitaria per Coronavirus sulla qualità dell'assistenza. 2. Realizzazione di un'indagine attraverso un questionario distribuito ad OSS e infermieri del Dai di Medicina dell'Area Isontina e dell'Area Giuliana sul tema delle cure compromesse. 3. Stesura di un piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi su almeno 1 delle criticità emerse. 	Comparto Coordinatori Infermieristici i RID del DAI di Medicina dell'area Isontina e Giuliana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entro Aprile costituzione del gruppo di lavoro, definizione dello strumento di indagine e pianificazione dell'attività. 2. Entro dicembre sarà attuata l'indagine attraverso la distribuzione del questionario ad OSS e infermieri e saranno elaborati i dati. <p>Entro dicembre saranno individuate le aree di maggiore compromissione dell'assistenza e sarà steso un piano di miglioramento.</p> <p>Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati e piano di miglioramento.</p>
9. Aggiornare le Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e alla luce delle nuove esigenze sanitarie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno della Struttura; 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici. 	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabili Infermieristici della S.C. Medicina Interna</p> <p>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica</p>	Creazione delle nuove Job Description della S.C. Medicina Interna, entro dicembre 2021.
10. Dalle linee di gestione del SSR, punto 6.6 "Rischio clinico e Rete cure sicure FVG": prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Gestione appropriata degli accessi venosi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzare un evento formativo per infermieri sulla gestione degli accessi vascolari. 2. Promuovere la formazione sul campo degli infermieri e dei Dirigenti Medici presso la SC Anestesia e Rianimazione T.I.P.O. 	<p>Dirigenti Medici Coordinatori infermieristici Infermieri RID</p> <p>In collaborazione con S.C. Anestesia Rianimazione T.I.P.O.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entro marzo sarà pianificato un evento formativo mirato e saranno avviate le pratiche di accreditamento. <p>Entro dicembre l'80% degli infermieri del DAI saranno formati attraverso il progetto avviato.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>sull'impianto ecoguidato di cateteri venosi profondi. Formare almeno 7 infermieri e 2 medici del DAI sull'impianto di cateteri Minimidline.</p> <p>3. Realizzare e implementare una scheda di registrazione e monitoraggio dell'accesso vascolare CVC, PICC, Midline e Minimidline del paziente.</p> <p>4. Monitorare per un tempo di due mesi durante l'anno l'incidenza di criticità relativi alla presenza del device.</p>		<p>Entro dicembre almeno 7 infermieri e 2 Dirigenti Medici del DAI saranno formati sull'impianto ecoguidato di cateteri venosi Minimidline.</p> <p>3. Entro il 30 marzo verrà costruita una scheda di registrazione e monitoraggio degli accessi vascolari.</p> <p>4. Entro dicembre verrà realizzato un monitoraggio degli accessi venosi centrali, PICC, midline e minimidline per la durata di almeno due mesi per rilevare eventuali criticità attribuibili al device.</p>
<p>11. Dalla Linea 6.6 Rischio Clinico e Rete Cure Sicure: Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento di gestione del rischio clinico. Analisi del rischio clinico della Struttura e identificazione di strumenti di miglioramento.</p>	<p>1. Realizzazione di un corso di FSC sul tema del Rischio Clinico e qualità dell'assistenza.</p> <p>2. Identificazione da parte del comparto dei principali fattori di rischio clinico della Struttura.</p> <p>3. Identificazione degli strumenti di miglioramento.</p> <p>4. Attuazione di almeno un progetto di miglioramento nell'anno.</p>	<p>Il Comparto della S.C. Medicina Interna</p>	<p>Entro febbraio progettazione del corso di FSC sul Rischio clinico e sulla sicurezza dell'assistenza e avvio delle pratiche di accreditamento.</p> <p>Entro aprile avvio del percorso formativo.</p> <p>Entro settembre identificazione di almeno un ambito di miglioramento da perseguire durante l'anno, identificazione e implementazione degli strumenti e avvio del monitoraggio.</p> <p>Entro dicembre realizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di un documento di analisi dei rischi correlati all'assistenza prodotto dal comparto; - del progetto di miglioramento proposto dal comparto; - della relazione degli esiti dell'intervento migliorativo implementato. <p>Almeno l'80% del comparto avrà partecipato al progetto.</p>
<p>12. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1</p>	<p>1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale</p>	<p>Direttore Dirigenti Comparto</p>	<p>1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate \geq 80%</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3.</p> <p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>
<p>13. OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURE Ottimizzazione del percorso di cura in post dimissione per pazienti con osteoporosi secondaria a patologia endocrina (es. iperparatiroidismo primitivo).</p>	<p>1. Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di Endocrinologia e la UCO di Ortopedia e SC Medicina Interna (Ambulatorio osteoporosi)</p> <p>2. Creazione di una Agenda CUP condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche</p>	<p>SS Endocrinologia (afferente alla SC Medicina Clinica) UCO di Ortopedia (Ambulatorio osteoporosi) SC di Medicina interna (Ambulatorio osteoporosi)</p> <p>Prof. Bruno Fabris (Direttore UCO di Medicina Clinica) Dr.ssa Stella Bernardi (SS di Endocrinologia) Dr.ssa Veronica Calabrò (SS di Endocrinologia) Dr.ssa Giulia Zuolo (SS di Endocrinologia) Prof. Murena (Direttore UCO Clinica Ortopedica)</p>	<p>1. Stesura del protocollo. Scadenza: 31 maggio 2021</p> <p>2. Attivazione agenda CUP condivisa tra SS di Endocrinologia e UCO Clinica ortopedica (Ambulatorio osteoporosi) e SC Medicina Interna (Ambulatorio osteoporosi). Scadenza: 30 giugno 2021</p> <p>3. Tempi di attesa tra richiesta di erogazione della visita ed esecuzione visita compresi tra 7 e 15 giorni in base alle necessità cliniche</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Dr.ssa Chiara Ratti (Ambulatorio osteoporosi/UCO Clinica Ortopedica) Dr. Dario Bianchini (Direttore SC Medicina Interna) Dr.ssa Monica Cravatari (Ambulatorio osteoporosi/SC Medicina Interna) Personale infermieristico Ambulatori osteoporosi e Ambulatori endocrinologia	

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Trapianto di rene incremento della lista Tx renale. Gestione del paziente nefro-trapiantato	Garantire una presa in carico e gestione del paziente nefro-trapiantato con problemi ostruttivi	Dirigenti Medici S.C. Nefrologia e Dialisi In comune con S.C. Urologia	Gestione entro i tempi di priorità A dei casi segnalati dalla Nefrologia di pazienti trapiantati e in lista d'attesa per il trapianto che necessitano di terapia disostruttiva urologica
2. Trapianto di rene incremento della lista dei pazienti per il TX renale	Individuazione tra i pazienti in trattamento sostitutivo renale (emodialisi e dialisi peritoneale) quelli che non ancora in lista Tx renale per problematiche cliniche, rifiuto, mal comprensione o late referral	Dirigenti Medici della Nefrologia e Dialisi Trieste	Mantenere il numero dei pazienti in lista sopra i 20
3. Istituzione percorso diagnostico per pazienti con rene policistico	Selezione dei pazienti con rene policistico candidabili a trattamento con Tolvaptan in base alla misurazione del volume e delle dimensioni del rene mediante RM, come da indicazioni dell'AIFA	SC Nefrologia: Dirigenza Medica Trieste In comune con SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica: Medici e TSRM	A far data dal 1 marzo almeno 5 pazienti con rene policistico valutati con RM
4. Nuova Organizzazione percorso del malato critico in TI CCH che necessita di CRRT	Garantire un corretto e sicuro trattamento CRRT armonizzando le risorse umane con le nuove apparecchiature applicandole alle metodiche con diversi tipi di scoagulazione	Dirigenti medici e comparto Nefrologia e Dialisi Trieste In comune con Dirigenti medici e Comparto CCH TIPO	L'istituzione di un nuovo protocollo che declini le varie attività entro il 30.04.21 Dal 01.05.21 uso del nuovo protocollo
5. Integrazione fra Nefrologia e Dialisi di Go e Monfalcone e Trieste su pazienti nefropatici complessi che giungono nella HUB Triestina per complessità di cura	Garantire un flusso di informazioni e azioni su pazienti complessi provenienti dalla Nefrologia Spoke alla Nefrologia Hub e rientro (ospedale, territorio isontino)	Dirigenti Medici Nefrologia di Trieste In comune con Dirigenti Medici Nefrologia di Gorizia, Monfalcone	Evidenza delle attività e report sui pazienti come da azione
6. Nefrologico Regionale FVG Favorire il trapianto e la dialisi domiciliare peritoneale	Mettere in atto tutte le azioni per arrivare e mantenere la percentuale indicata	Dirigenti medici Nefrologia Trieste	Mantenimento del numero degli emodializzati rispetto al totale dei pazienti in terapia sostitutiva (emodialisi+dialisi peritoneale+ trapiantati) < 52%
7. Miglioramento dei livelli dell'assistenza e della qualità e integrazione dei DAI di Medicina delle aree Giuliana e Isontina.	1. Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull'impatto dell'emergenza	Comparto Coordinatori Infermieristici del DAI di Medicina dell'ASUGI i RID	3. Entro Aprile costituzione del gruppo di lavoro, definizione dello strumento di indagine e pianificazione dell'attività entro dicembre sarà attuata l'indagine

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>sanitaria per Coronavirus sulla qualità dell'assistenza.</p> <p>2. Realizzazione di un'indagine attraverso un questionario distribuito ad OSS e infermieri del Dai di Medicina dell'Area Isontina e dell'Area Giuliana sul tema delle cure compromesse.</p> <p>3. Stesura di un piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi su almeno 1 delle criticità emerse.</p>		<p>attraverso la distribuzione del questionario ad OSS e infermieri e saranno elaborati i dati, entro dicembre saranno individuate le aree di maggiore compromissione dell'assistenza e sarà steso un piano di miglioramento.</p> <p>Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati e piano di miglioramento.</p>
<p>8. Aggiornamento del percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/neo inserito</p>	<p>1. Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'operatore socio sanitario (OSS) neo assunto/inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020 e testato nelle Strutture di Medicina Internistica, che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia.</p> <p>2. Identificazione degli item di valutazione specifici per le altre Strutture del DAI (Strutture di Nefrologia e Dialisi, Geriatria e per la Prosecuzione Cure, DH e Ambulatori del DAI di Medicina).</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Struttura RID</p>	<p>Entro aprile sarà identificato lo strumento per le Strutture di Nefrologia e Dialisi, Geriatria e per la Prosecuzione Cure, DH e Ambulatori del DAI di Medicina, con l'individuazione degli item specifici di valutazione.</p> <p>Entro Dicembre lo strumento sarà applicato per la valutazione dell'OSS neo assunto.</p>
<p>9. Aggiornare le Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e alla luce delle nuove esigenze sanitarie</p>	<p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura;</p> <p>2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura;</p> <p>3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici.</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento</p> <p>Responsabile Infermieristico di Struttura</p> <p>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica</p>	<p>Creazione delle nuove Job Description in ciascuna Struttura, entro dicembre 2021.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>10. Dalle linee di gestione del SSR, punto 6.6 “Rischio clinico e Rete cure sicure FVG”: prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza.</p> <p>Gestione appropriata degli accessi venosi.</p>	<p>1. Realizzare un evento formativo per infermieri sulla gestione degli accessi vascolari.</p> <p>2. Promuovere la formazione sul campo degli infermieri e dei Dirigenti Medici presso la SC Anestesia e Rianimazione T.I.P.O. sull’impianto ecoguidato di cateteri venosi profondi.</p> <p>Formare almeno 7 infermieri e 2 medici del DAI sull’impianto di cateteri Minimidline.</p> <p>3. Realizzare e implementare una scheda di registrazione e monitoraggio dell’accesso vascolare CVC, PICC, Midline e Minimidline del paziente.</p> <p>4. Monitorare per un tempo di due mesi durante l’anno l’incidenza di criticità relati alla presenza del device.</p>	<p>Dirigenti Medici Coordinatori infermieristici Infermieri RID</p> <p>In collaborazione con S.C. Anestesia Rianimazione T.I.P.O</p>	<p>1. Entro marzo sarà pianificato un evento formativo mirato e saranno avviate le pratiche di accreditamento.</p> <p>Entro dicembre l’80% degli infermieri del DAI saranno formati attraverso il progetto avviato.</p> <p>2. Entro dicembre almeno 7 infermieri e 2 Dirigenti Medici del DAI saranno formati sull’impianto ecoguidato di cateteri venosi Minimidline.</p> <p>3. Entro il 30 marzo verrà costruita una scheda di registrazione e monitoraggio degli accessi vascolari.</p> <p>4. Entro dicembre verrà realizzato un monitoraggio degli accessi venosi centrali, PICC, midline e minimidline per la durata di almeno due mesi per rilevare eventuali criticità attribuibili al device.</p>
<p>11. Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG Uniformare percorsi e procedure dialitiche tra ex ASUI-Ts e ex AAS2</p>	<p>Produzione di una procedura condivisa per la gestione catetere di Tesio</p>	<p>Coordinatori di Nefrologia e di Dialisi di Trieste e Gorizia Comparto delle Strutture di Nefrologia e Dialisi di ASUGI</p>	<p>Indicatore: Produzione di un documento condiviso per la procedura gestione del catetere di Tesio Tempo: Entro 31 Dicembre 2021</p>
<p>12. Governare Clinico e Reti di patologia</p>	<p>Garantire la personalizzazione delle cure attraverso l’implementazione di incontri gruppi di lavoro multiprofessionali , ospedalieri e territoriali, con assistiti e caregiver di pazienti ambulatoriali e ricoverati presso la degenza nefrologica, per coinvolgerli nella costruzione del percorso di cura e promuovere “Clinical Healt Promotion”</p>	<p>Comparto Nefrologia</p> <p>Dirigenti medici Nefrologia</p>	<p>Indicatore: verbali degli incontri dei gruppi di lavoro multiprofessionali, firmati da ogni componente del team. Risultati: pianificati almeno 5 incontri multiprofessionali con utenti e assistiti Tempo: Entro 31 dicembre 2021.</p>
<p>13. Controllo dei costi farmaceutici</p>	<p>Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche</p>	<p>Direttore Dirigenti Medici</p>	<p>Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. INTEGRAZIONE HUB/SPOKE</p> <p>1. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia endocrinologica consolidando l'interazione Hub/Spoke</p> <p>2. Il progetto attraverso la consulenza collegiale permette di dare risposte cliniche su problematiche complesse limitando gli spostamenti al paziente.</p>	<p>Avvio Audit clinici di interazione Hub/Spoke attraverso la piattaforma lifesize</p>	<p>Direttori strutture coinvolte Medici referenti dell'ambulatorio endocrinologico "Hub" (dr.ssa Stella Bernardi; dr.ssa Veronica Calabrò; dr.ssa Giulia Zuolo) Medici referenti degli Ambulatori Endocrinologici "Spoke" di Gorizia e Monfalcone (dott.ssa Sabato e dott. Belgrado)</p>	<p>1. Effettuazione di almeno 3 Audit nel quarto trimestre dell'anno (qualora la situazione epidemiologica consenta la riapertura dell'Ambulatorio Endocrinologico)</p> <p>2. Registrazione della visita collegiale in G2 qualora il Sistema Informativo consenta la refertazione.</p>
<p>2. Miglioramento dei livelli dell'assistenza e della qualità e integrazione dei DAI di Medicina delle aree Giuliana e Isontina.</p>	<p>1. Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull'impatto dell'emergenza sanitaria per Coronavirus sulla qualità dell'assistenza.</p> <p>2. Realizzazione di un'indagine attraverso un questionario distribuito ad OSS e infermieri del Dai di Medicina dell'Area Isontina e dell'Area Giuliana sul tema delle cure compromesse.</p> <p>3. Stesura di un piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi.</p>	<p>Comparto Coordinatori Infermieristici del DAI di Medicina dell'ASUGI Responsabili infermieristici di Dipartimento (RID)</p>	<p>1. Entro Aprile costituzione del gruppo di lavoro, definizione dello strumento di indagine e pianificazione dell'attività.</p> <p>2. Entro dicembre sarà attuata l'indagine attraverso la distribuzione del questionario ad OSS e infermieri e saranno elaborati i dati.</p> <p>3. Entro dicembre saranno individuate le aree di maggiore compromissione dell'assistenza e sarà steso un piano di miglioramento.</p> <p>4. Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati e piano di miglioramento.</p>
<p>3. Appropriatezza nella gestione del paziente con iperglicemia in ospedale.</p>	<p>1. Formazione mirata sulla presa in carico e gestione del paziente con iperglicemia.</p> <p>2. Aumento dell'appropriatezza della prescrizione delle glicemie capillari.</p> <p>3. Migliore gestione della terapia per correzione dell'iperglicemia.</p>	<p>Dirigenti medici Coordinatore Infermieristico Comparto</p>	<p>1. Entro Marzo sarà steso il progetto formativo, richiesto l'accreditamento ECM e avviate le attività di FSC.</p> <p>2. Entro dicembre 2021 il 70% del personale ECM ha partecipato al corso di formazione con valutazione finale positiva.</p> <p>3. Entro dicembre 2021 70% dei pazienti con iperglicemia riceve intervento educativo con consegna di materiale informativo.</p>
<p>4.</p>	<p>1.</p>	<p>Dirigenti Medici Coordinatori infermieristici</p>	<p>1.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Dalle linee di gestione del SSR, punto 6.6 “Rischio clinico e Rete cure sicure FVG”: prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza.</p> <p>Gestione appropriata degli accessi venosi.</p>	<p>Realizzare un evento formativo per infermieri sulla gestione degli accessi vascolari.</p> <p>2. Promuovere la formazione sul campo degli infermieri e dei Dirigenti Medici sull’impianto ecoguidato di cateteri venosi profondi presso la SC Anestesia e Rianimazione T.I.P.O.</p> <p>Formare almeno 7 infermieri e 2 medici del DAI sull’impianto di cateteri Minimidline.</p> <p>3. Realizzare e implementare una scheda di registrazione e monitoraggio dell’accesso vascolare CVC, PICC, Midline e Minimidline del paziente.</p> <p>4. Monitorare per un tempo di due mesi durante l’anno l’incidenza di criticità relati alla presenza del device.</p>	<p>Infermieri RID</p> <p>In collaborazione con S.C. Anestesia Rianimazione T.I.P.O</p>	<p>Entro marzo sarà pianificato un evento formativo mirato e saranno avviate le pratiche di accreditamento.</p> <p>Entro dicembre l’80% degli infermieri del DAI saranno formati attraverso il progetto avviato.</p> <p>2. Entro dicembre almeno 7 infermieri e 2 Dirigenti Medici del DAI saranno formati sull’impianto ecoguidato di cateteri venosi Minimidline.</p> <p>3. Entro il 30 marzo verrà costruita una scheda di registrazione e monitoraggio degli accessi vascolari.</p> <p>4. Entro dicembre verrà realizzato un monitoraggio degli accessi venosi centrali, PICC, midline e minimidline per la durata di almeno due mesi per rilevare eventuali criticità attribuibili al device.</p>
<p>5. Aggiornare le Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell’ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e alla luce delle nuove esigenze sanitarie.</p>	<p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura;</p> <p>2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all’interno di ciascuna Struttura</p> <p>3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento</p> <p>Responsabile Infermieristico di Struttura</p> <p>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica</p>	<p>Creazione delle nuove Job Description in ciascuna Struttura, entro dicembre 2021</p>
<p>6. CONTINUITA’ OSPEDALE-TERRITORIO Percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per la corretta gestione terapeutica dei pazienti con</p>	<p>1. Definizione del percorso assistenziale per i pazienti con diabete mellito tipo 2 dimessi dall’UCO di Medicina Clinica dell’Ospedale di Cattinara con prima diagnosi di scompenso cardiaco.</p>	<p>UCO di Medicina Clinica SS di Diabetologia Distrettuali</p>	<p>1. Stesura e condivisione del percorso. Scadenza: 31/06/2021</p> <p>2. Percentuale di pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco e che non hanno controindicazioni all’utilizzo di</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
diabete mellito tipo 2 dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco	2. Individuazione e segnalazione (attraverso l'inserimento nell'agenda CUP dedicata) dei pazienti con Diabete mellito tipo 2 dimessi dall'UCO di Medicina Clinica dell'Ospedale di Cattinara con prima diagnosi di scompenso cardiaco e che non hanno controindicazione all'inserimento in terapia di SGLT2 inibitori, alla diabetologia territoriale per l'inizio della terapia ed il follow-up		SGLT2 inibitori segnalati, dall'UCO di Medicina Clinica alla diabetologia territoriale > 80% Scadenza 31/12/2020 3. Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che non hanno controindicazioni all'utilizzo di SGLT2 inibitori segnalati alla diabetologia territoriale e posti in trattamento con SGLT2 inibitori > 80% Scadenza 31/12/2020
7. OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURE Ottimizzazione del percorso di cura in post dimissione per pazienti con osteoporosi secondaria a patologia endocrina (es. iperparatiroidismo primitivo).	1. Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di Endocrinologia e la UCO di Ortopedia e SC Medicina Interna (Ambulatori osteoporosi) 2. Creazione di una Agenda CUP condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche	SS Endocrinologia (afferente alla SC Medicina Clinica) UCO di Ortopedia (Ambulatorio osteoporosi) SC di Medicina interna (Ambulatorio osteoporosi) Prof. Bruno Fabris (Direttore UCO di Medicina Clinica) Dr.ssa Stella Bernardi (SS di Endocrinologia) Dr.ssa Veronica Calabrò (SS di Endocrinologia) Dr.ssa Giulia Zuolo (SS di Endocrinologia) Prof. Murena (Direttore UCO Clinica Ortopedica) Dr.ssa Chiara Ratti (Ambulatorio osteoporosi/UCO Clinica Ortopedica) Dr. Dario Bianchini (Direttore SC Medicina Interna) Dr.ssa Monica Cravatari (Ambulatorio osteoporosi/SC Medicina Interna) Personale infermieristico Ambulatori osteoporosi e Ambulatori endocrinologia	1. Stesura del protocollo. Scadenza: 31 maggio 2021 2. Attivazione agenda CUP condivisa tra SS di Endocrinologia e UCO Clinica ortopedica (Ambulatorio osteoporosi) e SC Medicina Interna (Ambulatorio osteoporosi). Scadenza: 30 giugno 2021 3. Tempi di attesa tra richiesta di erogazione della visita ed esecuzione visita compresi tra 7 e 15 giorni in base alle necessità cliniche
8. OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURE	Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di Endocrinologia e la Direzione dell'UCO di Cardiologia	SS Endocrinologia (afferente all'UCO di Medicina Clinica) UCO di Cardiologia	1. Stesura del protocollo entro 31 maggio 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Ottimizzazione del percorso di cura in post dimissione per pazienti con problematiche endocrinologiche rilevate in corso di ricovero in degenza ordinaria o day hospital presso la UCO di cardiologia		Personale coinvolto: Direttore UCO di Medicina Clinica (Prof. Bruno Fabris) Direttore UCO di Cardiologia (Prof. Gianfranco Sinagra) Dirigenti Medici Cardiologia Dirigenti medici Medicina Clinica afferenti alla SS di Endocrinologia (Dr.ssa Stella Bernardi, Dr.ssa Veronica Calabrò, Dr.ssa Giulia Zuolo) Coordinatrice infermieristica Cardiologia (Daria Beltrame) Coordinatrice infermieristica Medicina Clinica (Mary Orlando). Staff infermieristico della SS di Endocrinologia (Cinzia Rob e Donatella Verni).	2. Attivazione agenda CUP condivisa tra SS di Endocrinologia (UCO Medicina Clinica) e SC Cardiologia. Scadenza 30 giugno 2021 3. Tempi di attesa tra richiesta di erogazione della visita ed esecuzione visita inferiori a 7 -30 giorni in relazione alla rilevanza clinica.
9. Migliorare l'Interazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multi professionale del paziente fragile e complesso	1. Costruzione dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza 2. Avvio di Audit clinici 3. Revisione del protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale	Direttori Medicine Direttori Distretti Medici Medicine e Distretti Referenti ICA/PUA Responsabili infermieristici di Distretto Infermieri di processo Referenti Servizi Riabilitativi Domiciliari Obiettivo in comune con: Medicine ASUGI Distretti ASUGI In collaborazione con: MMG Referenti Servizi Sociali dei Comuni	1. Almeno 3 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento 2. Revisione del Protocollo continuità assistenziale paziente fragile 3. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali
10. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
11. Rispetto dei tempi di attesa:	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili	Direttore Dirigenti	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>	<p>Comparto</p>	<p>Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate \geq 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Dalle linee di gestione del SSR, punto 6.6 “Rischio clinico e Rete cure sicure FVG”: prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza. Corretta indicazione alla Cateterizzazione	Garantire l’appropriatezza al cateterismo vescicale nei pazienti con ritenzione di urina anche quando il globo non è palpabile attraverso l’impiego degli ultrasuoni.	Dirigenti Medici Responsabile infermieristico Comparto	In più del 90% dei pazienti cateterizzati per ritenzione di urina è stata fatta una valutazione ecografica pre-posizionamento.
2. Dalla Linea 6.6 Rischio Clinico e Rete Cure Sicure: Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento di gestione del rischio clinico. Analisi del rischio clinico della Struttura e identificazione di strumenti di miglioramento.	1. Realizzazione di un corso di FSC sul tema del Rischio Clinico e qualità dell’assistenza. 2. Identificazione da parte del comparto dei principali fattori di rischio clinico della Struttura. 3. Identificazione degli strumenti di miglioramento. 4. Attuazione di almeno un progetto di miglioramento nell’anno.	Il Comparto della S.C. Clinica Medica	Entro febbraio progettazione del corso di FSC sul Rischio clinico e sulla sicurezza dell’assistenza e avvio delle pratiche di accreditamento. Entro aprile avvio del percorso formativo. Entro settembre identificazione di almeno un ambito di miglioramento da perseguire durante l’anno, identificazione e implementazione degli strumenti e avvio del monitoraggio. Entro dicembre realizzazione: - di un documento di analisi dei rischi correlati all’assistenza prodotto dal comparto; - del progetto di miglioramento proposto dal comparto; - della relazione degli esiti dell’intervento migliorativo implementato. Almeno l’80% del comparto avrà partecipato al progetto.
3. Report attività didattica e di tutoraggio	Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico	Direttore e coordinatore	Report annuale con evidenza dell’attività svolta e dei professionisti coinvolti
4. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
5. Miglioramento dei livelli dell’assistenza e della qualità e integrazione dei DAI di Medicina delle aree Giuliana e Isontina.	1. Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull’impatto dell’emergenza sanitaria per Coronavirus sulla qualità dell’assistenza.	Comparto Coordinatore infermieristico RID dei DAI di Medicina dell’Area Giuliana e Isontina	Entro Aprile costituzione del gruppo di lavoro, definizione dello strumento di indagine e pianificazione dell’attività. Entro dicembre sarà attuata l’indagine attraverso la distribuzione del questionario

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Realizzazione di un'indagine attraverso un questionario distribuito ad OSS e infermieri del Dai di Medicina dell'Area Isontina e dell'Area Giuliana sul tema delle cure compromesse. 3. Stesura di un piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi su almeno 1 delle criticità emerse.		ad OSS e infermieri e saranno elaborati i dati. Entro dicembre saranno individuate le aree di maggiore compromissione dell'assistenza e sarà steso un piano di miglioramento. Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati e piano di miglioramento.
6. Aggiornare le Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e alla luce delle nuove esigenze sanitarie	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura; 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici.	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabile Infermieristico di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Creazione delle nuove Job Description della SC Clinica Medica, entro dicembre 2021.
7. Dalle linee di gestione del SSR, punto 6.6 "Rischio clinico e Rete cure sicure FVG": prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Gestione appropriata degli accessi venosi.	1. Realizzare un evento formativo per infermieri sulla gestione degli accessi vascolari. 2. Promuovere la formazione sul campo degli infermieri e dei Dirigenti Medici presso la SC Anestesia e Rianimazione T.I.P.O. sull'impianto ecoguidato di cateteri venosi profondi. Formare almeno 7 infermieri e 2 medici del DAI sull'impianto di cateteri Minimidline. 3. Realizzare e implementare una scheda di registrazione e monitoraggio	Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico Infermieri RID In collaborazione con S.C. Anestesia Rianimazione T.I.P.O	1. Entro marzo sarà pianificato un evento formativo mirato e saranno avviate le pratiche di accreditamento. Entro dicembre l'80% degli infermieri della SC Clinica Medica saranno formati attraverso il progetto avviato. 2. Entro dicembre almeno 7 infermieri e 2 Dirigenti Medici del DAI saranno formati sull'impianto ecoguidato di cateteri venosi Minimidline. 3. Entro il 30 marzo verrà costruita una scheda di registrazione e monitoraggio degli accessi vascolari. 4

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>dell'accesso vascolare CVC, PICC, Midline e Minimidline del paziente.</p> <p>4. Monitorare per un tempo di due mesi durante l'anno l'incidenza di criticità relati alla presenza del device.</p>		<p>Entro dicembre verrà realizzato un monitoraggio degli accessi venosi centrali, PICC, midline e minimidline per la durata di almeno due mesi per rilevare eventuali criticità attribuibili al device.</p>
<p>8. Dalle linee di gestione del SSR, punto 6.6 "Rischio clinico e Rete cure sicure FVG": prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Linee di indirizzo regionali per il riconoscimento precoce e la gestione iniziale della sepsi associata alle pratiche assistenziali 2019</p>	<p>Riconoscimento e diagnosi precoce della sepsi in Medicina Interna applicando le linee di indirizzo regionali 2019</p>	<p>Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico Infermieri</p>	<p>Dal 01.06.2021 al 31.12.2021 almeno 10 casi di sepsi al mese (insufficienza/e d'organo associata/e ad infezione di qualsiasi origine) saranno riconosciute e trattate in modo appropriato secondo le linee di indirizzo regionali del 2019.</p>
<p>9. Dalle linee di gestione del SSR, punto 6.5 "Governo clinico e Reti di patologia": Attivazione della rete diabetologica regionale Dalle Linee generali aziendali ASUGI 2021: Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio.</p>	<p>Omogenizzare l'offerta della prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in tutta ASUGI.</p>	<p>Obiettivo Condiviso Team Diabetologico Intraospedaliero SC(UCO) Clinica Medica SS Diabetologia Monfalcone-Gorizia</p>	<p>Prenotazioni informatizzate di visita diabetologica post-dimissione di pazienti presi in carico dal team diabetologico ospedaliero entro 31.12.2021</p>
<p>10. Linee di gestione 3.1. Attività inerenti la gestione della complessità, della fragilità, della stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale/di cura, le procedure di presa in carico clinica ed integrata, le azioni di sanità proattiva nell'ottica della riorganizzazione della rete assistenziale per rafforzare l'offerta sanitaria territoriale, onde fronteggiare anche l'emergenza epidemiologica.</p>	<p>Ottimizzazione del percorso clinico dei pazienti con grave ipercolesterolemia familiare in prevenzione primaria e secondaria con intolleranza alle statine (mialgia/miopatia), per controllo del rischio cardiovascolare.</p>	<p>Dirigenti medici e comparto dell'ambulatorie per le dislipidemia della SS (UCO) Clinica Medica, HUB per le gravi ipercolesterolemie</p>	<p>Evidenza entro il 31 dicembre 2021 di 50 casi di grave ipercolesterolemia con intolleranza alle statine che completano il percorso clinico di sospensione della statina, rechallenge con altra statina ed eventuale sostituzione con diversi farmaci ipocolesterolemizzanti.</p>
<p>11. Migliorare l'Interazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multi</p>	<p>1. Costruzione dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza</p>	<p>Direttori Medicine Direttori Distretti Medici Medicine e Distretti Referenti ICA/PUA</p>	<p>1. Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
professionale del paziente fragile e complesso	2. Avvio di Audit clinici 3. Revisione del protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale	Responsabili infermieristici di Distretto Infermieri di processo Referenti Servizi Riabilitativi Domiciliari Obiettivo in comune con: Distretti ASUGI In collaborazione con: MMG Referenti Servizi Sociali dei Comuni	valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento 2. Revisione del Protocollo continuità assistenziale paziente fragile 3. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali
12. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2021: 6.1 Attività ospedaliera Obiettivo: Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	Garantire le visite diabetologiche intraospedaliere in pazienti inseriti nei moduli preoperatori entro in tempi predefiniti	Dirigenti Medici Responsabile infermieristico Comparto Team Diabetologico Ospedaliero Obiettivo condiviso con SC (UCO) Urologia	Visita/presa in carico diabetologica entro 5 giorni feriali dalla richiesta da parte del Reparto in almeno il 95% dei pazienti oncologici inseriti nei moduli preoperatori con indicazione ad intervento chirurgico classe A Tempo: dall'1/4/2021
13. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Dalle linee di gestione del SSR, punto 6.6 “Rischio clinico e Rete cure sicure FVG”: prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza.</p> <p>Gestione appropriata degli accessi venosi.</p>	<p>1. Realizzare un evento formativo per infermieri sulla gestione degli accessi vascolari.</p> <p>2. Promuovere la formazione sul campo degli infermieri e dei Dirigenti Medici presso la SC Anestesia e Rianimazione T.I.P.O. sull’impianto ecoguidato di cateteri venosi profondi. Formare almeno 7 infermieri e 2 medici del DAI sull’impianto di cateteri Minimidline.</p> <p>3. Realizzare e implementare una scheda di registrazione e monitoraggio dell’accesso vascolare CVC, PICC, Midline e Minimidline del paziente.</p> <p>4. Monitorare per un tempo di due mesi durante l’anno l’incidenza di criticità relativi alla presenza del device.</p>	<p>Dirigenti Medici Coordinatori infermieristici Infermieri RID</p> <p>In collaborazione con S.C. Anestesia Rianimazione T.I.P.O</p>	<p>1. Entro marzo sarà pianificato un evento formativo mirato e saranno avviate le pratiche di accreditamento. Entro dicembre l’80% degli infermieri del DAI saranno formati attraverso il progetto avviato.</p> <p>2. Entro dicembre almeno 7 infermieri e almeno 2 Dirigenti Medici del DAI saranno formati sull’impianto ecoguidato di cateteri venosi Minimidline.</p> <p>3. Entro il 30 marzo verrà costruita una scheda di registrazione e monitoraggio degli accessi vascolari.</p> <p>4. Entro dicembre verrà realizzato un monitoraggio degli accessi venosi centrali, PICC, midline e minimidline per la durata di almeno due mesi per rilevare eventuali criticità attribuibili al device.</p>
<p>2. Dalle linee di gestione del SSR, in riferimento al punto 6.10 “Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari - la rete HPH”: pianificare percorsi di promozione della salute dei pazienti.</p>	<p>Nel periodo COVID riavvicinare gli assistiti alle loro famiglie. Creare uno spazio dove i pazienti possono incontrare in sicurezza i propri cari.</p>	<p>Comparto tutto</p>	<p>1. Creare entro la fine di aprile la “stanza degli incontri” nella zona filtro della Struttura.</p> <p>2. Da aprile verranno calendarizzati gli incontri tra le famiglie e i propri cari dalla segreteria della Struttura.</p> <p>3. Il personale infermieristico e OSS accoglierà i famigliari, li formerà per il corretto utilizzo dei DPI e organizzerà l’incontro anche con gli assistiti non autosufficienti.</p> <p>Indicatore: evidenza degli incontri realizzati tra assistiti e care giver.</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Aggiornare le Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e alla luce delle nuove esigenze sanitarie</p>	<p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabile Infermieristico di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica</p>	<p>Creazione delle nuove Job Description della SC Geriatria entro dicembre 2021</p>
<p>4. Aggiornamento del percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/neo inserito</p>	<p>Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'operatore socio sanitario (OSS) neo assunto/inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020, che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia. Identificazione degli item di valutazione specifici per la Struttura.</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Struttura RID</p>	<p>Entro aprile sarà identificato lo strumento per la Struttura con l'individuazione degli item specifici di valutazione. Entro Dicembre lo strumento sarà applicato per la valutazione dell'OSS neo assunto.</p>
<p>5. Dalla Linea 6.6 Rischio Clinico e Rete Cure Sicure: Valutazione degli ambiti di potenziale miglioramento di gestione del rischio clinico. Analisi del rischio clinico della Struttura e identificazione di strumenti di miglioramento.</p>	<p>Realizzazione di un corso di FSC sul tema del Rischio Clinico e qualità dell'assistenza. Identificazione da parte del comparto dei principali fattori di rischio clinico della Struttura. Identificazione degli strumenti di miglioramento. Attuazione di almeno un progetto di miglioramento nell'anno.</p>	<p>Direttore e medici Coordinatrice infermieristica Comparto della S.C. Geriatria</p>	<p>Entro febbraio progettazione del corso di FSC sul Rischio clinico e sulla sicurezza dell'assistenza e avvio delle pratiche di accreditamento. Entro aprile avvio del percorso formativo. Entro settembre identificazione di almeno un ambito di miglioramento da perseguire durante l'anno, identificazione e implementazione degli strumenti e avvio del monitoraggio. Entro dicembre realizzazione: - di un documento di analisi dei rischi correlati all'assistenza prodotto dal comparto; - del progetto di miglioramento proposto dal comparto;</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			- della relazione degli esiti dell'intervento migliorativo implementato. Almeno l'80% del personale della struttura avrà partecipato al progetto con valutazione finale positiva.
6 Linee annuali SSR punto 7.9. Miglioramento della comunicazione tra operatori.	Chiarezza nelle prescrizioni diagnostico-terapeutiche sul FUT al fine di ridurre gli errori nella trasmissione delle informazioni sulla salute del paziente tra gli operatori.	Direttore	Almeno l'80% dei FUT sono compilati con supporto computerizzato.
7 Controllo costi farmaceutici Linee annuali regionali punto 7.1	Ricerca della massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche.	Direttore Dirigenti medici	Riduzione delle prescrizioni di PPI alla dimissione al 80% rispetto al 2020.
8 Promozione della salute negli ospedali	Programmazione di un corso residenziale sulla sedazione palliativa	Direttore Formatori	Programmazione e realizzazione di un corso residenziale
9 Promozione della salute negli ospedali	Realizzazione di un corso residenziale sulla sedazione palliativa.	Personale medico e del comparto frequentatore del corso	Svolgimento del corso residenziale con valutazione finale positiva
10 6.5 Governo clinico e Reti di patologia Diffusione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco	1. Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti nella dimissione dalle Medicine e dal PS. 2. Creazione di un protocollo condiviso con la SC Cardiologia sia dell'Ospedale di Cattinara che di Gorizia Monfalcone per l'infusione di Ferrocabossimaltosio nei pazienti affetti da scompenso cardiaco	1 Giulia Russo Donatella Radini Andrea Di Lenarda Personale medico, infermieristico, OSS, amministrativo della SC Cardiovascolare. 2. in collaborazione con il prof Marco Merlo e la dr.ssa Gerardina Lardieri 3 direttore e medici della S.C. Geriatria	1. Riunione di condivisione per l'attuazione del PTDA con i reparti di Medicina e/o Geriatria e Pronto Soccorso anche in modalità a distanza se le condizioni non rendessero sicura la modalità in presenza. 2. Realizzazione di una riunione per la condivisione e evidenza della stesura del protocollo
11. Dalle linee di gestione del SSR 2021, in riferimento al punto 4.1 "Integrazione assistenza sociosanitaria": la non autosufficienza. Assicurare il corretto utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza.	Rilevazione delle informazioni necessarie all'identificazione di persone ricoverate in SC Geriatria in condizione di disabilità gravissima.	Medici	1. Entro Giugno 2021 : Predisposizione della modulistica necessaria all'attuazione del nuovo protocollo VMD- 2. Almeno dieci soggetti ricoverati verranno valutati attraverso le scale (individuate dal DM 26 sett. 2016) per misurare la presenza eventuale di disabilità gravissima 3-Entro Dicembre 2021: Sperimentazione

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
<p>12. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale. Doppler</p>	<p>1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>	<p>Direttore Dirigenti Comparto</p>	<p>1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate $\geq 80\%$ 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Razionalizzazione dei percorsi di cura</p> <p>“Attivazione presso la SSD FRUV di un servizio di ecografia flebologica di supporto e integrato all’Ambulatorio per le Malattie Tromboemboliche Venose della SC Medicina Interna”</p> <p>Obiettivo specifico: Nei pazienti con diagnosi di malattia tromboembolica venosa: - integrare in un unico percorso coordinato la fase di valutazione ambulatoriale clinica con quella della diagnosi ultrasonografica; - ottimizzare il percorso di stratificazione diagnostica e prognostica; - favorire il rispetto della stringente tempistica di follow-up necessaria a modulare la prescrizione della terapia anticoagulante.</p>	<p>1. Individuazione e responsabilità gestionale dell’articolazione organizzativa, infrastrutturale e logistica dello spazio ambulatorio e relative dotazioni medicali e strumentali ultrasonografiche e informatiche con messa a disposizione presso la SSD F&RUV (Formazione e Ricerca in Ultrasonografia e Patologia Vascolare). <u>Responsabilità:</u> Direttore SSD FRUV</p> <p>2. Affiancamento tutoriale ai dirigenti medici dedicati individuati presso la SC Medicina Interna. <u>Responsabilità:</u> Direttore SSD FRUV</p> <p>3. Programmazione delle agende ed esecuzione delle indagini strumentali con tempistica coordinate tra l’ambulatorio clinico e l’istituendo ambulatorio ecografico del Servizio Ambulatoriale per lo studio della Malattia tromboembolica Venosa della Sc Medicina Interna <u>Responsabilità:</u> Dirigenti Medici e personale del Comparto della Sc Medicina Interna dedicati al progetto. Personale del Comparto di supporto della SSD F&RUV</p>	<p>SSD F&RUV Direttore dott. M. Bardelli Coordinatore Infermieristico Piastra ambulatori DAI di Medicina Interna dott.ssa E. Roiazzi</p> <p>SC Medicina Interna Dott.ssa Giulia Simon Dott.ssa Iris Buda Dott. Stefano Furlotti Dott.ssa Monica Cavressi Infermiere Maurizio Martingano</p>	<p>Attivazione entro il mese di aprile 2021 presso la SSD F&RUV degli slot di spazio ambulatoriale e delle relative agende G2 (output: si/no)</p> <p>Definizione entro il mese di aprile 2021 e contestuale applicazione di un protocollo gestionale che preveda i criteri clinici e la tempistica per la presa in carico e per il follow-up ecografico dei pazienti con malattia tromboembolica venosa afferenti <i>all’Ambulatorio per la Malattia Tromboembolica Venosa</i> della SC Medicina Interna. (output si/no)</p> <p>Volume attività previsto: implementazione Vs le prestazioni cliniche ambulatoriali del 2020 dell’ambulatorio per la MTEV della SC Medicina Interna +100 pazienti nel 2021.</p>

DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Rischio Clinico e Rete Cure Sicure del FVG	Discussione propositiva con i referenti dei reparti relativamente ai report periodici di ASUGI su consumo degli antibiotici (Farmacia) e monitoraggio antibiotico-resistenze in ASUGI (Microbiologia)	DIRETTORE DAI	Produzione vademecum contenente i protocolli di Terapia antibiotica empirico-razionata delle principali infezioni Entro 31.12.21
2. Valorizzazione delle Professioni	<p>Aggiornare le Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e alla luce delle nuove esigenze sanitarie</p> <p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura;</p> <p>2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura</p> <p>3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento</p> <p>Responsabili Infermieristici di tutte le Strutture afferenti al DAI</p> <p>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica</p>	Creazione delle nuove Job Description in ciascuna Struttura, entro dicembre 2021

Centro Unico Somministrazione Antitumorali (C.U.S.A.)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento percorsi di presa in carico dei pazienti oncologici Creazione di un percorso uniforme e condiviso per l'indicazione e l'impiego del sistema di raffreddamento del cuoio capelluto per ridurre la perdita dei capelli nei pazienti affetti da tumori solidi candidati a trattamento chemioterapico presso il C.U.S.A.	1. Costituzione di un gruppo di lavoro multi professionale 2. Revisione della letteratura nazionale ed internazionale sulle indicazioni / controindicazioni e l'impiego e sulla modalità di gestione della procedura 3. Produzione di un documento condiviso con indicazione delle corrette procedure secondo EBM/EBN	Coordinatori infermieristici e personale del comparto del C.U.S.A e dell'area oncologica ambulatoriale in collaborazione con i dirigenti medici della SC Oncologia e della SSD Oncologia senologica e dell'apparato riproduttivo femminile	Stesura di una flow chart che rappresenti il percorso entro il 30.08.2021 Dal 01.09 al 31.12.2021 seguiranno il nuovo percorso almeno il 90% degli assistiti trattati con scalp-cooling presso il C.U.S.A. (raccolta dati su data base interno)
2. <i>Implementare</i> la metodica del mediafill test presso l'Unità farmaci Antitumorali (U.F.A.) per verificare che i processi di produzione asettica non siano interessati da contaminazione microbica permettendo di certificare la correttezza della procedura di allestimento dei farmaci in cappa	1. Pianificare il mediafill test ogni 6 mesi per tutti gli operatori formati per l'U.F.A. 2. Eseguire a cadenza semestrale il mediafill test a tutti i diluitori operanti in U.F.A.	Personale del comparto del C.U.S.A operante in U.F.A. in collaborazione con la SC Farmacia	Entro il 31 dicembre 2021 ogni diluitore formato al 1 aprile 2021 operante in U.F.A. avrà conseguito due certificazioni di idoneità mediante mediafill test. fonte dati: report rilasciato dall'azienda appaltata che esegue le analisi.
3. Vaccinazione anti Pneumococco, Meningococco B e tetravalente, Haemophilus Influenza nei pazienti ematologici immunosoppressi con monitoraggio della risposta anticorpale.	Identificazione dei pazienti ematologici nei quali vi è indicazione ad eseguire la vaccinazioni	RID Coordinatrice infermieristica CUSA Obiettivo comune con SC Ematologia Obiettivo collegato al progetto RAR rivolto agli infermieri del C.U.S.A.	Periodo maggio-dicembre 2021. Entro dicembre 2021 stesura del progetto e del percorso dei pazienti ematologici immunosoppressi che necessitino di vaccinazioni e relativo monitoraggio della risposta.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia ematologica, consolidando l'interazione Hub/Spoke.	Riavvio Audit clinici di interazione Hub/Spoke attraverso la piattaforma lifesize	1. Direttori strutture coinvolte 2. Medici Referenti (Gorizia: dott.ssa Marianna Chiozzotto, dott. Stefano De Luca; Monfalcone: dott. Alessandro Cosenzi) Obiettivo in comune con: Medicina Ospedale di Monfalcone Medicina Ospedale di Gorizia	1. Almeno 1 audit/mese nel secondo semestre dell'anno (qualora la situazione epidemiologica consenta la riapertura dell'ambulatorio Ematologico) 2. Discussione di almeno 3 casi clinici per ogni audit
2. Percorso abbreviato per pazienti ematologici che necessitano di biopsia laterocervicale urgente.	Percorso diagnostico facilitante con intervento chirurgico ORL entro 15 giorni dalla data della richiesta dell'ematologia.	Dirigenza medica ORL e ematologia Obiettivo in comune con: SC Clinica ORL ASUGI	Verifica trimestrale del numero di pazienti valutati e del rispetto dei tempi di esecuzione della biopsia. Raggiungimento dell'obiettivo in >= 90% dei casi.
3. Percorso integrato di valutazione e gestione del paziente ematologico critico, con particolare riferimento alle complicanze legate all'impiego di terapie cellulari. <u>Gestione semintensiva del paziente ematologico</u>	Programma di formazione per migliorare la capacità di valutazione e gestione delle problematiche del paziente ematologico sottoposto a terapie cellulari con particolare riferimento a: 3. gestione semintensiva del paziente ematologico critico: - monitoraggio dei parametri cardio-respiratori - apparecchiature di monitoraggio - impiego di farmaci vasoattivi - complicanze precoci di origine endoteliale del paziente trapiantato 4. protocollo di ottimizzazione dei percorsi in caso di trasporto dei pazienti in ARTA	Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia, ARTA) Coordinatrici infermieristiche SC Ematologia e ARTA Medici SC Ematologia Medici referenti programma formativo di ARTA Infermieri SC Ematologia OSS SC Ematologia Obiettivo in comune con: ARTA	Periodo maggio-dicembre 2021 Espletamento programma formativo teorico-pratico: - Medici - Infermieri - OSS Dimostrazione del raggiungimento di specifiche competenze o mansioni (all. 1, 2, 3)*: - Medici - Infermieri - OSS Produzione di un protocollo condiviso per ottimizzare i percorsi in caso di trasporto dei pazienti in ARTA.
4. Percorso integrato di valutazione e gestione del paziente ematologico critico, con particolare riferimento alle complicanze legate all'impiego di terapie cellulari.	Programma di formazione per migliorare la capacità di valutazione e gestione delle problematiche del paziente ematologico sottoposto a terapie cellulari con particolare riferimento a: 1. diagnosi e gestione delle complicanze immunologiche legate al trapianto	Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia, SC Pneumologia, Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive) Coordinatrici infermieristiche SC Ematologia e SC Pneumologia Medici SC Ematologia	Periodo maggio-dicembre 2021 Espletamento programma formativo teorico-pratico: - Medici - Infermieri - OSS

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Gruppo multidisciplinare per la gestione delle complicanze multi organo secondarie all'impiego di terapie cellulari	allogenico con particolare riferimento alla GVHD acuta e cronica 2. prevenzione, diagnosi e gestione delle complicanze infettive dei pazienti immunosoppressi 3. gestione della ventilazione non invasiva 4. realizzazione di un gruppo interdisciplinare per la gestione delle complicanze del paziente trapiantato con l'identificazione di alcuni referenti per ogni struttura partecipante.	Medici referenti SC Pneumologia Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive Infermieri SC Ematologia OSS SC Ematologia Obiettivo in comune con: - SC Pneumologia - Clinica Dermatologica - SC Gastroenterologia - Clinica Oculistica - Clinica Malattie Infettive	Dimostrazione del raggiungimento di specifiche competenze o mansioni (all. 1, 2, 3): - Medici - Infermieri - OSS Identificazione dei referenti di struttura
5. Adeguamento strutturale di reparto SC Ematologia al fine di realizzare una Unità Trapianto nel rispetto dei requisiti logistici e organizzativi Centro Nazionale Trapianti.	1. Pianificazione delle attività assistenziali in modo tale da acconsentire la realizzazione dei lavori strutturali di adeguamento. 2. Riorganizzazione funzionale degli spazi e delle attività 3. Riorganizzazione della programmazione dei ricoveri in elezione (trapianto autologo di cellule staminali) 4. Trasformazione studio coordinatrice infermieristica in area Farmacia.	1. Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia, SC Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio) 2. Coordinatrice infermieristica SC Ematologia Obiettivo in comune con: SC Manutenzione e sviluppo del patrimonio ASUGI	Periodo giugno-dicembre 2021 Permettere dal punto di vista organizzativo la realizzazione delle opere strutturali necessarie all'adeguamento strutturale mantenendo durante il periodo dei lavori l'attività di degenza (riduzione dei ricoveri non > 50%).
6. Vaccinazione anti Pneumococco, Meningococco B e tetravalente, Haemophilus Influenza nei pazienti ematologici immunosoppressi con monitoraggio della risposta anticorpale. Obiettivo comune con CUSA	Identificazione dei pazienti ematologici nei quali vi è indicazione ad eseguire le vaccinazioni Esecuzione delle vaccinazioni	Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia) RID Coordinatrice infermieristica CUSA Medici SC Ematologia Infermieri CUSA Obiettivo in comune con: CUSA	Periodo maggio-dicembre 2021. Entro dicembre 2021 stesura del protocollo.
7. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
8. Rispetto dei tempi di attesa:	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante	Direttore Dirigenti	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale</p> <p>2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>	<p>Comparto</p>	<p>Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate \geq 80%</p> <p>2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Contenimento spesa ed appropriatezza prescrittiva Punto 7.2 , 7.3 e 7.4</p>	<p>1.Aderenza alle indicazioni AIFA per la prescrizione dei farmaci e compilazione in tempo reale di schede per ottenere eventuale pay-back o cost sharing 2.Limitazione di utilizzo off label 3 Passaggio, ove disponibile, ad utilizzo di biosimilari</p>	<p>SC Oncologia /Direttore e Dirigenti medici</p>	<p>1 Evidenza di compilazione delle richieste AIFA per poter sfruttare pay-back Target >95% 2 Governo/limitazione di utilizzo del ricorso a off label target ≤20 richieste anno 3 Vigilanza su utilizzo di biosimilari evidenza piani terapeutici 4. Sfruttare ove possibile la presenza di EAP , Fondi AIFA 5%, implementare studi clinici : a fine anno consuntivo di numero di pazienti inseriti in studio e patologie trattate</p>
<p>2. Punto 7.7 Distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo</p>	<p>Inserimento di schemi di terapia orale su strumento informatico già in utilizzo per la prescrizione delle chemioterapie ev (Human BiMind) Condivisione di materiale a supporto educativo per i pazienti per la corretta assunzione del farmaco (posologia, modalità di assunzione, effetti collaterali, etc.). Dopo visita medica, un farmacista dedicato dispenserà direttamente il farmaco al paziente consegnando il materiale di supporto educativo con ulteriore miglioramento del percorso prescrittivo di farmaci ad alto costo con feed back continuo tra farmacisti ed oncologi</p>	<p>SC Oncologia e SC Farmacia /Dirigenti medici e Farmacisti</p>	<p>Evidenza degli schemi inseriti su piattaforma Evidenza di elaborazione di schede di informazione per il paziente.</p>
<p>3. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali</p>	<p>Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei Armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale.</p>	<p>Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Chirurgia Generale Trieste e SC Chirurgia Gorizia e Monfalcone</p>	<p>Predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie del colon all'interno di ASUGI</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Individuare degli indicatori , almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo	SC Anatomia Patologica Gastroenterologia	
4. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione "Lung team"	1. Verificare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni. 2. Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	1. Evidenza dell'avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06.21 2. studio di fattibilità del "lung team" di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale di programmazione del team. 3. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 4. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari
5. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Miglioramento del servizio offerto ai pazienti oncologici attraverso la realizzazione di percorsi interni dedicati che possano portare a velocizzare la diagnosi istologica di neoplasia e l'inizio del percorso terapeutico	Considerato che il riscontro casuale di lesioni solide addominali o superficiali è relativamente frequente, per velocizzare e semplificare il percorso dell'utente la Radiologia propone attivazione fast track per le biopsie TAC/eco guidate di lesioni sospette per arrivare a diagnosi istologica L'Oncologia offre la disponibilità ad Identificazione posti dedicati per prime visite oncologiche richieste da Radiologia	Dirigenti e Comparto SC Radiologia OM Dirigenti e Comparto SC Oncologia	Produzione di una relazione che contenga - Numeri d biopsie diagnostiche effettuate - Tempo di attesa tra TAC basale ed esecuzione biopsia - Tempo a prima visita oncologica dopo risultato della biopsia Relazione finale di attività al 31.12.2021
6. Gruppo multidisciplinare per la gestione dei pazienti dermato-oncologici Unificazione del percorso degli utenti con melanoma tra ospedale, strutture convenzionate o private e specialisti del territorio	Programma di formazione attraverso incontri (online, corsi, webinar) sulle indicazioni del trattamento chirurgico, l'invio a terapia medica e il follow up del paziente con melanoma in tempi di Covid e post Covid per ottenere:* - Miglioramento della appropriatezza per la biopsia del linfondo sentinella	Skin Cancer Unit In comune con Direttori e medici dirigenti della SC Dermatologia SC Oncologia SC Chirurgia plastica SC Chirurgia generale	Periodo giugno-dicembre 2021 Incontri attraverso Webinar e preparazione di un documento guida con particolare riferimento per: 1. Indicazione per chirurgia del linfonodo sentinella

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione di richieste strumentali inappropriate - Unificazione di rilascio esenzioni 048 * a carico di ciascuna specialità di interfacciarsi con le rispettive specialità territoriale e delle strutture convenzionate	SC ORL Anatomia patologica Specialisti territoriale Specialisti delle Strutture convenzionate	<ol style="list-style-type: none"> 2. Percorso dell'invio dei vetrini e blocchetti inviati per diagnosi altrove in sede 3. Indicazioni per il follow up clinico, strumentali e ematochimico secondo linee guide 4. Proposta per rilascio esenzione 048 secondo stadio
7. Miglioramento percorsi di presa in carico pazienti oncologici Creazione di un percorso uniforme e condiviso per l'indicazione all'impiego del sistema di raffreddamento del cuoio capelluto per ridurre la perdita dei capelli nei pazienti affetti da tumori solidi candidati a trattamento chemioterapico presso il C.U.S.A.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione di un gruppo di lavoro multi professionale 2. Revisione della letteratura nazionale ed internazionale sulle indicazioni /controindicazioni all'impiego e sulle modalità di gestione della procedura 3. Produzione di un documento condiviso con indicazione delle corrette procedure secondo EBM/EBN 	SC Oncologia e SSD OSARF//Coordinatori infermieristici e personale del comparto del C.U.S.A e dell'area oncologica ambulatoriale e dirigenti medici della SC Oncologia e della SSD Oncologia senologica e dell'apparato riproduttivo femminile	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura di un protocollo con una flow chart che rappresenti il percorso entro il 30.08.2021 2. Dal 01.09 al 31.12.2021 seguiranno il nuovo percorso almeno il 90% degli assistiti trattati con scalp-cooling presso il C.U.S.A. (raccolta dati su data base interno)e su Human Bimind
8. Controllo dei costi farmaceutici	Ricercare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
9. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 	Direttore Dirigenti Comparto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		
<p>10. Punto 6.5 e 3.7 Costituzione nuclei funzionali e Rete Cure Palliative terapia del dolore</p>	<p>Censire la numerosità dei cittadini affetti da neoplasia presi in carico da parte delle cure palliative</p> <p>Stimare il fabbisogno di cure palliative nell'Area Giuliana</p> <p>Mantenere continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio</p>	<p>SC Oncologia, Cure Palliative, /Dirigenti Medici e comparto</p>	<p>Rapporto tra numero di segnalazioni ed effettiva presa in carico da parte di SSD Cure palliative nel 2021</p> <p>Stadio della malattia al momento della segnalazione</p> <p>Motivazione della segnalazione</p> <p>Intervallo tra presa in carico e decesso</p> <p>Numero di pazienti deceduti a domicilio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Reti di patologia /integrazione aziendale Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica</p>	<p>1.Implementazione dl lavoro del GOG (Gruppo interdisciplinare ed interaziendale per la patologia oncologica ginecologica) con completamento dell'elaborazione di PDTA per la patologia ginecologica oncologica 2 Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali relative alla presa in carico di pazienti con le seguenti patologie: - sarcomi uterini - tumori ovarici non epiteliali - carcinoma vulvare - patologia del trofoblasto 3) Elaborazione di un percorso (con identificazione di indicatori di processo e di esito) con le strutture aziendali ed extraaziendali costituenti il GOG</p>	<p>Rita Ceccherini Direttore In collaborazione con SC Radioterapia SC Anatomia Patologica SC Ginecologia GO-Monfalcone SC Oncologia GO Monfalcone IRCSS Burlo Garofalo</p>	<p>Produzione di PDTA condivisi per</p> <ul style="list-style-type: none"> • sarcomi uterini • tumori ovarici non epiteliali • carcinoma vulvare • patologia del trofoblasto <p>Dicembre 2021</p>
<p>2. Governo clinico Miglioramento percorsi di presa in carico pazienti oncologici Creazione di un percorso uniforme e condiviso per l'indicazione all'impiego del sistema di raffreddamento del cuoio cappelluto per ridurre la perdita dei capelli nei pazienti affetti da tumori solidi candidati a trattamento chemioterapico presso il C.U.S.A.</p>	<p>1. Costituzione di un gruppo di lavoro multi professionale 2. Revisione della letteratura nazionale ed internazionale sulle indicazioni /controindicazioni all'impiego e sulle modalità di gestione della procedura 3. Produzione di un documento condiviso con indicazione delle corrette procedure secondo EBM</p>	<p>Dirigenti In collaborazione con SC Oncologia Coordinatori infermieristici e personale del comparto del C.U.S.A e dell'area oncologica ambulatoriale e con la Sc Oncologia</p>	<p>1. Stesura di una flow chart che rappresenti il percorso entro il 30.06.2021 2. Dal 01.07 al 31.12.2021 seguiranno il nuovo percorso almeno 15 assistiti trattati con scalp-cooling presso il C.U.S.A. (raccolta dati su data base interno)</p>
<p>3. Governo clinico Miglioramento percorsi di presa in carico pazienti oncologici</p>	<p>Predisposizione di un protocollo di definizione del "geriatric assessment" atto a definire i criteri di eligibilita' delle pazienti eligibili a chemioterapia adiuvante</p>	<p>Dirigenti Obiettivo in comune con dirigenza Breast Unit</p>	<p>Revisione delle linee guida nazionali ed internazionali relative all'oncologia geriatrica e produzione di documento condiviso con test di screening approvato</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Ottimizzazione del percorso di presa in carico della paziente di eta' superiore a 75aa in trattamento per carcinoma mammario	da inserire nel PTDA, da documentare nei consulti multidisciplinari p.o. e da applicare nel processo decisionale (indicatore previsto dai requisiti Eusoma 2020)		Giugno 2021 Inserimento nel PTDA e sua applicazione documentata nei consulti multidisciplinari postoperatori Dicembre 2021 Base dati: G2 e referti mdm p.o.
4. Percorso breve nelle pazienti con lesione sospette dopo Mx di screening (FAST TRACK) Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attivita'	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attivita'	Carla Dellach In comune con SC Radiologia SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	Target: > 80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast Dicembre 2021
5. Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo MX di screening spontaneo e nelle sintomatiche	Applicazione del protocollo già in atto per le pazienti screening e per il progetto pronto seno	Carla Dellach In comune con SC Radiologia SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	Target: >60% delle pazienti con lesione sospetta alla mammografia e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast Dicembre 2021
6. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
7. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Trattamento delle metastasi ossee entro 3 giorni	1.prima visita 2. centramento 3.conturing/calcolo 4.trattamento	1. Radioterapisti 2. TSRM in Radioterapia 3. Fisici Sanitari	Mantenimento del trattamento del 95% dei casi entro il limite di 3 giorni
2. Irradiazione emoderivati	Irradiazione	TSRM in Radioterapia	Mantenimento irradiazione > del 95% delle richieste
3. Controllo di qualità dei trattamenti stereotassici	Valutazione della dosimetria e rispetto dei constrains	Direttore	Mantenimento del numero dei casi controllati superiore al 90% dei casi trattati
4. Contenimento della lista d'attesa delle prime visite prenotate da CUP	Controllo settimanale del numero di visite prenotate del CUP ed evase, con eventuale anticipo dell'appuntamento se supera i 20 gg. di attesa	1.Radioterapisti 2. Comparto	Effettuazione di almeno il 90% delle visite prenotate al CUP entro 20 giorni
5. Miglioramento del percorso ospedaliero della paziente onco-ginecologica	Revisione del PDTA già in uso	S.C. Radioterapia In collaborazione con OSARF S.C. Anatomia Patologica S.C. Ginecologia Monf/Go S.C. Oncologia Monf/Go IRCCS Burlo Garofalo	Produzione di PDTA condivisi per Carcinoma della vulva Carcinoma della vagina Dicembre 2021
6. Percorso diagnostico/terapeutico dei pazienti con neoplasia polmonare	Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali ed internazionali ed identificazione di un PDTA	S.C. Radioterapia S.C. Oncologia S.C. Pneumologia S.C. Chirurgia Toracica	Produzione di un algoritmo di trattamento
7. Azione finalizzata all'ottimizzazione dell'impiego della PET/TC	Utilizzo della tecnologia PET/TC per la pianificazione e definizione in radioterapia del volume bersaglio da irradiare e la dose terapeutica ad esso prescritta	S.C. Radioterapia (Dirigenza e Comparto) In comune con S.C. Medicina Nucleare e S.C. Fisica Sanitaria	N. esami PET/TC eseguiti per pianificazione radioterapica (almeno 20 esami PET/TC entro il 31/12/2021)
8. Radioterapia Intraoperatoria in pazienti con ca. mammario in chirurgia conservativa	Trattamento intraoperatorio con 1 seduta	Breast Unit	Realizzazione di almeno 15 casi IORT entro il 31/12/2021. (qualora si renda disponibile il Mobetron 1000)
9.	Programmazione di un numero sufficiente di slot per garantire i trattamenti dei	S.C. Radioterapia (Dirigenza e Comparto)	Evasione delle richieste di slot > del 90%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Ottimizzazione del servizio di trasporto volontario dei pazienti provenienti dalla ex ASS n. 2	pazienti provenienti da ASUGI (Area Isontina)		
10. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione "Lung team"	1. Valutare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni. 2. Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	1. Evidenza dell'avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06 2. studio di fattibilità del "lung team" di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale di programmazione del team. 3. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 4. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari
11. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Protocollo di profilassi antibiotica nelle fratture esposte dell'arto inferiore	Analisi della letteratura e dei dati di infezione locale (ASUGI) Produzione di un documento condiviso per la profilassi antibiotica e la gestione infettivologica delle fratture esposte dell'arto inferiore	Direttori e dirigenza medica delle SC Malattie, Clinica Ortopedica e Chirurgia Plastica Ricostruttiva	Documento condiviso con tali indicazioni entro il 31 dicembre 2021
2. Percorso Diagnostico, Terapeutico e Assistenziale (PDTA) relativo a infezioni complicate della cute e tessuti molli	Analisi della letteratura e dei dati epidemiologici e microbiologici (ASUGI) Produzione di un documento condiviso (PDTA)	Direttori e dirigenza medica delle SC Malattie Infettive, Clinica Dermatologica, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Pronto Soccorso	Documento condiviso entro il 31.12.21
3. Ampliamento dell'offerta di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per la cura dell'epatite C (farmaci ad azione antivirale diretta – DAAS) in favore di utenti HCV + in carico a tutte le articolazioni organizzative giuliano – isontine del DDD, garantendo interventi proattivi e di linkage to care	Implementare un protocollo operativo (già in atto nell'area giuliana) per la cura dell'epatite C in favore di utenti in carico ai servizi per le dipendenze dell'area giuliano-isontina	Tutto il personale delle articolazioni organizzative giuliano – isontine appartenente ai profili di: dirigente medico, infermiere, OSS in collaborazione con il DDD e la Clinica Patologie del Fegato di ASUITS	Trattare almeno 30 utenti HCV+ con farmaci DAAS nell'area giuliana ed isontina secondo il protocollo di cura congiunto
4. Implementazione della 'rete infettivologica' giuliano-isontina	1. Definizione di un calendario di riunioni a cadenza almeno mensile; 2. Definizione di protocolli/percorsi diagnostico-terapeutici comuni	1. Dirigenti medici della SC Malattie Infettive di Trieste 2. Referente infettivologo di Monfalcone (dott. Paolo Della Loggia) e di Gorizia (dr.ssa Camilla Negro)	1. Attivazione del sistema LIFE-SIZE quale sistema web di comunicazione 2. Programmazione di riunioni periodiche a cadenza almeno mensile con evidenza dei protocolli/procedure comuni
5. Fase post-epidemica COVID-19	Attivazione di 3 posti-letto di assistenza semi-intensiva infettivologica attraverso i seguenti passaggi: - Richiesta dei beni necessari - Richiesta del personale necessario - Formazione adeguata del personale	Personale Medico, Coordinatore Infermieristico, Infermieri e OSS	Entro il 31/12/2021 attuazione del progetto stilato nel 2020 ed effettiva apertura di 3 posti letto di semintensiva. Condizionata da approvazione di quanto richiesto.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>6. Emergenza COVID-19 – miglioramento dell’offerta clinico assistenziale al malato COVID</p>	<p>Implementare l’utilizzo di strumentazioni ed apparecchiature avanzati ed innovativi necessari a garantire una qualità dell’assistenza ottimale durante la pandemia e le fasi successive. Attraverso formazione sul campo ed approfondimenti (documenti, protocolli ed articoli scientifici), gli infermieri di malattie infettive svilupperanno skills teoriche e pratiche per l’utilizzo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apparecchiature ad alti flussi - Dispositivi per il monitoraggio continuo non invasivo dei parametri vitali (monitor) - Ecografo - Macchina emogasanalisi <p>Mentre il personale OSS svilupperà le seguenti skills teoriche e pratiche per la gestione, l’utilizzo e l’igiene di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apparecchiature ad alti flussi - Monitoraggio continuo non invasivo dei parametri vitali (monitor) - Ecografo - Macchina emogasanalisi 	<p>Coordinatore Infermieristico, Infermieri, OSS</p>	<p>1. Al 31/12/2021 tutti gli infermieri e gli OSS che abbiano operato almeno 6 mesi presso S.C. Malattie Infettive nel 2021, saranno in possesso delle conoscenze teoriche e tecniche richieste nelle azioni enunciate.</p> <p>2. L’obiettivo verrà valutato dal coordinatore infermieristico attraverso una check-list di skills che l’operatore dovrà dimostrare di conoscere.</p>
<p>7. Percorso integrato di valutazione e gestione del paziente ematologico critico, con particolare riferimento alle complicanze legate all’impiego di terapie cellulari.</p> <p>Gruppo multidisciplinare per la gestione delle complicanze polmonari secondarie all’impiego di terapie cellulari</p>	<p>Programma di formazione per migliorare la capacità di valutazione e gestione delle problematiche del paziente ematologico sottoposto a terapie cellulari con particolare riferimento a:</p> <p>5. diagnosi e gestione delle complicanze immunologiche legate al trapianto allogenico con particolare riferimento alla GVHD acuta e cronica</p> <p>6. prevenzione, diagnosi e gestione delle complicanze infettive dei pazienti immunosoppressi</p> <p>7. gestione della ventilazione non invasiva</p>	<p>Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia, SC Pneumologia, Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive)</p> <p>Coordinatrici infermieristiche SC Ematologia e SC Pneumologia</p> <p>Medici SC Ematologia</p> <p>Medici referenti SC Pneumologia Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive</p> <p>Infermieri SC Ematologia</p> <p>OSS SC Ematologia</p>	<p>Periodo maggio-dicembre 2021</p> <p>Espletamento programma formativo teorico-pratico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medici - Infermieri - OSS <p>Dimostrazione del raggiungimento di specifiche competenze o mansioni (all. 1, 2, 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medici - Infermieri - OSS

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	8. realizzazione di un gruppo interdisciplinare per la gestione delle complicanze del paziente trapiantato con l'identificazione di alcuni referenti per ogni struttura partecipante.		Identificazione dei referenti di struttura
8. Implementazione dell'autonomia relativa al buon approvvigionamento di dispositivi, materiali e farmaci del reparto di Malattie Infettive	Attribuzione a tutto il team del comparto della responsabilità relativa all'approvvigionamento di farmaci e materiali attraverso il sistema MagRep (o successive modifiche/aggiornamenti informatici) riducendo la scorta eccessiva ma garantendo la disponibilità di tutti i materiali e farmaci utili a fornire l'assistenza migliore ai malati	Infermieri, OSS	1. Al 31/12/2021 tutti gli infermieri che abbiano operato almeno 6 mesi presso s.c. Malattie Infettive nel 2021, avrà eseguito almeno un ordinativo completo nel programma MagRep (o successive modifiche/aggiornamenti informatici) di Farmaci e/o Materiali 2. Al 31/12/2021 tutti gli Operatori Socio Sanitari (OSS) che abbiano operato almeno 6 mesi presso s.c. Malattie Infettive nel 2021, avrà eseguito almeno un ordinativo completo nel programma MagRep (o successive modifiche/aggiornamenti informatici) di materiali. Il dato verrà estrapolato dal sistema stesso e verrà monitorato dal Coordinatore Infermieristico
9. Attività scientifica e di ricerca	Partecipazione della dirigenza medica e del personale infermieristico all'attività di ricerca scientifica	Dirigenti medici, Coordinatore Infermieristico, Infermieri	Al 31/12/2021 il personale medico ed infermieristico sarà autore o co-autore di almeno due pubblicazioni scientifiche
10. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
11. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate $\geq 80\%$ 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3.</p> <p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Gruppo multidisciplinare per <u>la gestione dei pazienti dermato-oncologici</u> Unificazione del percorso degli utenti con melanoma tra ospedale, strutture convenzionate o private e specialisti del territorio</p>	<p>Programma di formazione attraverso incontri (online, corsi, webinar) sulle indicazioni del trattamento chirurgico, l'invio a terapia medica e il follow del paziente con melanoma in tempi di Covid e post Covid per ottenere:*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della appropriatezza per la biopsia del linfondo sentinella - Riduzione di richieste strumentali inappropriate - Unificazione di rilascio esenzioni 048 <p>* a carico di ciascuna specialità di interfacciarsi con le rispettive specialità territoriale e delle strutture convenzionate</p>	<p>Skin Cancer Unit</p> <p>In comune con Direttori e medici dirigenti della</p> <p>SC Dermatologia SC Oncologia SC Chirurgia plastica SC Chirurgia generale SC ORL Anatomia patologica</p> <p>Specialisti territoriali Specialisti delle Strutture convenzionate</p>	<p>Periodo giugno-dicembre 2021 Incontri attraverso Webinar e preparazione di un documento guida con particolare riferimento per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Indicazione per chirurgia del linfonodo sentinella 6. Percorso dell'invio dei vetrini e blocchetti inviati per diagnosi altrove in sede 7. Indicazioni per il follow up clinico, strumentali e ematochimico secondo linee guide 8. Proposta per rilascio esenzione 048 secondo stadio
<p>2. Percorso Diagnostico, Terapeutico e Assistenziale (PDTA) relativo a infezioni complicate della cute e tessuti molli</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi della letteratura e dei dati epidemiologici e microbiologici (ASUGI) 2. Produzione di un documento condiviso (PDTA) 	<p>Direttori e dirigenza medica delle SC Malattie Infettive, Clinica Dermatologica, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Pronto Soccorso</p>	<p>Documento condiviso entro il 31.12.21</p>
<p>3. Percorso integrato di valutazione e gestione del paziente ematologico critico, con particolare riferimento alle complicanze legate all'impiego di terapie cellulari. Gruppo multidisciplinare per la gestione delle <u>complicanze multi organo</u> secondarie all'impiego di terapie cellulari</p>	<p>Programma di formazione per migliorare la capacità di valutazione e gestione delle problematiche del paziente ematologico sottoposto a terapie cellulari con particolare riferimento a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. diagnosi e gestione delle complicanze immunologiche legate al trapianto allogenico con particolare riferimento alla GVHD acuta e cronica 2. prevenzione, diagnosi e gestione delle complicanze infettive dei pazienti immunosoppressi 3. gestione della ventilazione non invasiva realizzazione di un gruppo interdisciplinare per la gestione delle complicanze del paziente trapiantato con l'identificazione di 	<p>Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia, SC Pneumologia, Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive)</p> <p>Coordinatrici infermieristiche SC Ematologia e SC Pneumologia Medici SC Ematologia Medici referenti SC Pneumologia Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive Infermieri SC Ematologia OSS SC Ematologia</p> <p>Obiettivo in comune con: - SC Pneumologia</p>	<p>Periodo maggio-dicembre 2021</p> <p>Espletamento programma formativo teorico-pratico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medici - Infermieri - OSS <p>Dimostrazione del raggiungimento di specifiche competenze o mansioni (all. 1, 2, 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medici - Infermieri - OSS <p>a) Identificazione dei referenti di struttura</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	alcuni referenti per ogni struttura partecipante.	- Clinica Dermatologica - SC Gastroenterologia - Clinica Oculistica Clinica Malattie Infettive	
4. Gruppo multidisciplinare per <u>la diagnosi e trattamento delle lesioni pigmentate</u> 1. Attivazione servizio di diagnosi e trattamento delle lesioni pigmentate cutanee presso l'ospedale di Monfalcone	Apertura di un ambulatorio dermatologico dedicato allo screening delle lesioni pigmentate (3x/settimana) Apertura di un ambulatorio di chirurgia plastica per il trattamento delle lesioni pigmentate (1-2x/settimana)	Dirigenza, Ospedale di Monfalcone in comune con SC Dermatologia SC Chirurgia plastica	Periodo settembre-dicembre 2021 a) Apertura agenda CUP ambulatoriale per visite dermatologiche di prevenzione (screening nevi) b) Apertura agenda CUP ambulatoriale per chirurgia plastica per asportazione radicale delle lesioni sospette diagnosticato presso l'ambulatorio dermatologico Base dati: G2/Oracolo
5. Gruppo multidisciplinare delle <u>malattie infiammatorie</u> 2. Creazione di un Ambulatorio condiviso, Dermatologico/Reumatologico, in risposta a specifiche indicazioni cliniche	Creazione dell'Ambulatorio Dermatologico/Reumatologico	Direttore SC Medicina Gorizia Direttore SC Clinica Dermatologica Trieste Responsabile Reumatologo (dott.ssa Regis) Responsabile Dermatologo (dott.ssa Drabeni)	Avvio di refertazione condivisa in G2 entro fine 2021(qualora la situazione epidemiologica consenta l'ampiamiento dell'attività ambulatoriale)
6. Armonizzazione tra Isontino e Giuliano Attivazione di un servizio Day Hospital per la terapia fotodinamica dei carcinomi cutanei	Disponibilità d'accesso DH per almeno di 3 utenti al giorno	Direttore SC Medicina Gorizia Direttore SC Clinica Dermatologica Trieste Comparto	Avvio del servizio fine 2021 Base dati: Oracolo
7. Armonizzazione tra Isontino e Giuliano Attivazione di un servizio dermatochirurgico	Disponibilità d'accesso per interventi di dermato-chirurgia (2x/mese)	Direttore SC Clinica Dermatologica Trieste Comparto	Avvio del servizio fine 2021 Base dati: Oracolo
8. Armonizzazione tra Isontino e Giuliano Creazione di un percorso integrato tra Gorizia e Trieste per l'utente che esegue la terapia fotodinamica	4 incontri formativi ed informativi per la creazione di un percorso integrato assistenziale infermieristico e condiviso tra le infermieri di Trieste e Gorizia	Comparto della SC Dermatologica di Trieste e Trieste Coordinatori	a) Redazione di un documento unico per la gestione dell'utente trattato con terapia fotodinamica entro Dic 2021 b) Realizzazione di un opuscolo unico per Gorizia e Trieste
9. Informatizzare gli interventi educativi nell'attività assistenziale infermieristica nella fotoferesi extracorporea,	Tracciabilità dell'intervento educativo infermieristico attraverso documentazione in G2	Comparto della SC Dermatologia Trieste Coordinatore	a) Almeno 60% degli utenti trattati hanno un evento educativo infermieristico informatizzato Base dati: G2

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
fotodinamica, fototerapia, Skin Cancer Unit			
10. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
11. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzazione ricoveri	I pazienti fuori reparto devono essere prevalentemente ricoverati nel DAI	dirigenza, comparto	90% dei fuori reparto sono ricoverati in letti del DAI
2. Definizione dei criteri di inserimento dei pazienti nella lista di attesa chirurgica e delle relative procedure.	Definizione dei criteri di priorità per inserimento dei pazienti nelle liste di attesa per ogni singola classe A, B, C e tipologia di intervento	Direttore SC	Evidenza dell'aggiornamento del documento
3. Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa in ADT: verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	1 segreteria 2 dirigenza medica	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attesa in ADT Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
4. PAL 2021 Applicare la nuova procedura di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali	Da aprile 2021 tutte le SS.CC. del DAI applicheranno il nuovo percorso di inserimento	RID In comune con i Coordinatori Infermieristici In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica	Entro il 31 dicembre presenza dei documenti specifici della Struttura e report sintetico ed esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da aprile a dicembre 2021
5. Valorizzazione delle Professioni	Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze 1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Evidenza delle nuove Job Description in ciascuna Struttura e in Direzione Infermieristica entro dicembre 2021

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento coordinamento chirurgia d'urgenza	Organizzazione di riunioni multidisciplinari	dott. Biloslavo,	Produzione di almeno 6 report nell'anno relativi alle riunioni con evidenza dei temi trattati
2. Migliorare soddisfazione dell'utenza	Aggiunta alle schede di richiamata telefonica di un questionario di soddisfazione dell'utenza	Tatiana Prelc, Anna Scognamillo, 1 OSS da definire	Report e verifica a campione su 100 casi
3. Miglioramento qualità delle prestazioni	1.Potenziare la partecipazione alle riunioni multidisciplinari per patologia: gastrointestinali	Dirigenza In collaborazione con Oncologia, Gastroenterologia, CSF, Anatomia Patologica, Radioterapia, Radiologia	1.Valutazione individuale per dirigente. Almeno 50% presenze/anno: raggiunto; 1>30% presenze/anno: parzialmente raggiunto; <30%, non raggiunto Report a cura del Direttore SC UCO Chirurgia Generale
	2.Organizzazione multidisciplinari oncologiche	2. dott.ssa Tarchi, dott. Casagrande, dott Germani	2. Evidenza dei calendari e dei pazienti esaminati
	3.Organizzazione multidisciplinari bariatriche	3. dott.ssa Palmisano, dott.ssa Giuricin	3. Evidenza dei calendari e dei pazienti esaminati
	4.Organizzazione multidisciplinari "pavimento pelvico"	4. dott.ssa Babic, dott. Convertino, dott. Martinolli	4. Evidenza dei calendari e dei Pazienti esaminati
	5 Potenziare la partecipazione alle riunioni multidisciplinari "pavimento pelvico"	5 Dirigenza della Clinica Chirurgica, Clinica Urologica, Radiologia, Fisiatria , CSMT, Gastroenterologia, Cl Neurologica, [Cl Ostetrico-Ginecologica] Psicologi. Fisioterapisti e stomaterapisti aziendali	5 partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni con evidenza dei casi trattati
	6.Riduzione degenza melanomi/linfonodo sentinella	6 dott. Turollo	6 Il 80% dei pazienti operati è dimesso in prima giornata p.o.
4. Biopsia linfonodale (o di altro tessuto patologico con esclusione dell'area cervicale) in pazienti con sospetto di patologia linfoproliferativa	Individuazione di un percorso condiviso che permetta ai pazienti nei quali si sospetta una patologia linfoproliferativa di giungere efficacemente e rapidamente entro 14 giorni ad effettuare una biopsia linfonodale.	Dirigenti Medici SC Ematologia: Dirigenti Medici SC Clinica Chirurgica RID Tiziana Fonda	Numero di pazienti che effettuano la biopsia linfonodale entro 14 giorni: 80%

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Miglioramento di percorso assistenziale	Produzione di protocollo condiviso con i chirurghi e con il Pronto Soccorso	Dirigenti medici Clinica Chirurgica (dott Biloslavo) SC Pronto Soccorso Sc Gastroenterologia	Produzione del protocollo
6. Incremento chirurgia robotica digestiva	Continuazione attività robotica in chirurgia digestiva	dott Casagrande, Porcelli, Osenda	almeno 20 interventi nel 2021
7 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
8 Definizione dei criteri di inserimento dei pazienti nella lista di attesa chirurgica e delle relative procedure.	Definizione dei criteri di priorità per inserimento dei pazienti nelle liste di attesa per ogni singola classe A, B, C e tipologia di intervento	Direttore SC	Aggiornamento del documento
9 Trasparenza e aggiornamento liste di attesa per intervento	Aggiornamento liste attesa in ADT: verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attesa in ADT Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
10. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	I pazienti in lista di attesa - classe A - per il trattamento chirurgico di: - tumore mammella - tumore colon - tumore retto - tumore tiroide - melanoma , vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione Indicatore e target: % dimissioni con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; l'indicatore viene calcolato per ogni patologia, con uguale peso. La % di raggiungimento dell'obiettivo è dato dalla somma delle % di raggiungimento. Fonte dati: SDO	Direttore di SC Tutta la SC SC Clinica Chirurgica	Evidenza delle azioni messe in atto per raggiungere il target come da azione, in particolare: - Ottimizzazione gruppi specialisti - Preparazione pre-sala pazienti - Percorso fast track - Dimissioni precoci in sicurezza
11. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli	I pazienti in lista di attesa - classe A - per interventi di: - colecistectomia laparoscopica - emorroidectomia , - riparazione ernia inguinale , vengono	Direttore di SC Tutta la SC SC Clinica Chirurgica	Evidenza delle azioni messe in atto per raggiungere il target come da azione, in particolare: - Ottimizzazione gruppi specialisti - Preparazione pre-sala pazienti

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
obiettivi regionali: Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione Indicatore e target: % dimissioni con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; l'indicatore viene calcolato per ogni patologia, con uguale peso. La % di raggiungimento dell'obiettivo è dato dalla somma delle % di raggiungimento. Fonte dati: SDO		- Percorso fast track - Dimissioni precoci in sicurezza
12. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	I pazienti in lista di attesa - classe A - per biopsia percutanea fegato vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione % dimissioni con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; Fonte dati: SDO	Direttore di SC Tutta la SC SC Clinica Chirurgica	Evidenza delle azioni messe in atto per raggiungere il target come da azione, in particolare: - Ottimizzazione gruppi specialisti - Preparazione pre-sala pazienti - Percorso fast track - Dimissioni precoci in sicurezza
13. Gestione del paziente diabetico	Ogni paziente inserito in lista di attesa con diagnosi di diabete deve essere segnalato al team diabetologico ospedaliero	Tutta la Struttura	Il 100% dei pazienti segue il percorso come da azione.
14. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Almeno un incontro mensile per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Medici In comune con Complesso Operatorio e Responsabile DAI e RID	Almeno un incontro mensile per ogni team con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
15. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	Medici In comune con Complesso Operatorio e Medici anestesisti	6. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio 7. Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
16. PAL 2021 Applicare la nuova procedura di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali	Da aprile 2021 tutte le SS.CC. del DAI applicheranno il nuovo percorso di inserimento	RID In comune con i Coordinatori Infermieristici In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica	Entro il 31 dicembre presenza dei documenti specifici della Struttura e report sintetico ed esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da aprile a dicembre 2021.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
17. Stilare una brochure da consegnare all'assistito a conclusione della degenza contenente tutte le informazioni utili.	Organizzare delle riunioni multidisciplinari e multi professionali.	Comparto Dirigenza In comune con la CI Urologica	Entro il 31 dicembre 2021 pubblicare sul sito Aziendale la brochure "Rientro a casa".
18. Predisporre un fascicolo contenente gli elementi di Valutazione Infermieristica peculiari della Struttura, analogo a quelli già presenti in altre realtà chirurgiche aziendali.	1. Organizzare dei gruppi di lavoro, multidisciplinari e multi professionali, per individuare le peculiarità da mettere in risalto e/o inserire nelle schede rispetto alla documentazione Aziendale pre esistente. 2. Predisporre le schede da includere nel fascicolo. 3. Acquisire l'approvazione dell'Ufficio Qualità e del Medico Legale. Testare lo strumento.	Comparto Dirigenza	Entro il 30 novembre 2021 stampare il fascicolo ed i suoi eventuali allegati; in almeno 30 casi testare lo strumento, che sarà parte integrante della documentazione clinica, dal 1 al 31 dicembre. Dal 1 gennaio 2022 il documento sostituirà quelli precedenti.
19. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
20. Attività congiunta ASUGI	Organizzazione PDTA coloretale e epatobiliopancreatico	UCO Clinica Chirurgica In comune SC Chirurgia Generale GOMONF	Evidenza del PDTA
21. Gestione pandemia COVID-19	Favorire la partecipazione attiva dei medici ed odontoiatri in formazione specialistica alla campagna vaccinale anti COVID-19	Direttore	Organizzazione dei turno con tempistiche e modalità compatibili con il processo di programmazione ed erogazione delle vaccinazioni anti-COVID sulla base del protocollo Regione-Università
22. Valorizzazione delle Professioni	Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze 1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Evidenza delle nuove Job Description in ciascuna Struttura e in Direzione Infermieristica entro dicembre 2021

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici		
23. Implementare la scheda ASUGI per il monitoraggio delle entero-uro-stomie durante la degenza	Sperimentare lo strumento durante il ricovero per confezionamento di stomia.	Comparto	Entro il 31 dicembre 2021 compilare lo strumento in almeno il 75% dei ricoveri per confezionamento di una enterostomia.
24. Integrazione e assistenza socio-sanitaria Integrazione Ospedale-Territorio	Utilizzare la lettera di dimissione infermieristica.	Comparto	Consegnare la lettera ad almeno il 55% (5% in più rispetto al valore atteso dell'anno scorso) delle persone dimesse in presenza. La verifica verrà effettuata rilevando le dimissioni complessive delle Strutture e le copie delle lettere consegnate ed inserite nelle cartelle cliniche.
25. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Percorsi sinergici tra Gastroenterologia Trieste ed Endoscopia GOMO	1. Rivedere protocolli e/o procedure: Costituire gruppi di lavoro per area tematica 2. Produrre gli strumenti 3. Diffondere gli strumenti	Direttori Gastroenterologia e Chirurgia Dirigenti medici SC Gastroenterologia SC Chirurgia GOMO afferenti all'endoscopia Comparto rispettive strutture	Pubblicazione protocolli e procedure entro il 31 dicembre 2021 di almeno 1 procedura per EGDS e 1 per colonscopia Uniformare i consensi informati per EGDS e colonscopia
2. Standardizzazione attività dirigenti Gastroenterologia TS/Endoscopia GOMO	Interscambio nelle sedi GOMO e TS dei Dirigenti Medici endoscopisti/gastroenterologi	Dirigenti medici SC Gastroenterologia e SC Chirurgia GOMO afferenti all'endoscopia	Presenza del personale Dirigente a TS almeno due volte al mese. Raggiungimento obiettivo almeno 60% al 31.12
3. Percorso integrato di diagnosi e cura delle neoplasie coloretali	Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei Armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione Di un documento, finale. Individuare degli indicatori , almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo	Dirigenti Gastroenterologia SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Chirurgia Generale Trieste e SC Chirurgia Gorizia e Monfalcone SC Anatomia Patologica	Predisposizione di un PDTA per la diagnosi e il trattamento delle neoplasie del colon all'interno di ASUGI Periodo Maggio-dicembre
4. Percorso integrato di valutazione e gestione del paziente ematologico critico, con particolare riferimento alle complicanze legate all'impiego di terapie cellulari. Gruppo multidisciplinare per la gestione delle <u>complicanze</u> secondarie all'impiego di terapie cellulari	Programma di formazione per migliorare la capacità di valutazione e gestione delle problematiche del paziente ematologico sottoposto a terapie cellulari con particolare riferimento a: 1. diagnosi e gestione delle complicanze immunologiche legate al trapianto allogenico con particolare riferimento alla GVHD acuta e cronica 2. prevenzione, diagnosi e gestione delle complicanze infettive dei pazienti immunosoppressi 3. gestione della ventilazione non invasiva 4. realizzazione di un gruppo interdisciplinare per la gestione delle complicanze del paziente trapiantato con	Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia, SC Pneumologia, Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive) Coordinatrici infermieristiche SC Ematologia e SC Pneumologia Medici SC Ematologia Medici referenti SC Pneumologia Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive Infermieri SC Ematologia OSS SC Ematologia Obiettivo in comune con: SC Pneumologia ASUGI Clinica Dermatologica ASUGI	Periodo maggio-dicembre 2021 Espletamento programma formativo teorico-pratico: - Medici - Infermieri - OSS Dimostrazione del raggiungimento di specifiche competenze (all. 1 e 2): - Medici - Infermieri - OSS - Identificazione dei referenti di struttura

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	l'identificazione di alcuni referenti per ogni struttura partecipante.	SC Ematologia ASUGI Clinica Oculistica ASUGI Clinica Malattie Infettive ASUGI	
5. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020 meno 7% lavorando sui biologici per MICI
6. PAL 2021 Applicare la nuova procedura di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali	Da aprile 2021 tutte le SS.CC. del DAI applicheranno il nuovo percorso di inserimento	RID In comune con i Coordinatori Infermieristici In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica	Entro il 31 dicembre presenza dei documenti specifici della Struttura e report sintetico con esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da aprile a dicembre 2021
7. Valorizzazione delle Professioni	Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze 1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Evidenza delle nuove Job Description in ciascuna Struttura e in Direzione Infermieristica entro dicembre 2021
8. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate $\geq 80\%$ 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>3.</p> <p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	I pazienti in lista di attesa - classe A - per il trattamento chirurgico di tumore alla prostata vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione	Direttore di SC Dirigenza Medica	% interventi per ca prostatico con tempo attesa entro 30 gg >= 90%; Fonte dati: SDO Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
2. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore di SC Dirigenza Medica	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attesa in ADT Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
3. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le liste operatorie	Presentare settimanalmente la lista operatoria con attenzione al massimo utilizzo delle sale e nel rispetto delle priorità (oncologiche o di classe A) o con evidenza delle motivazioni di eventuali altri inserimenti in difformità.	Direttore e Coordinatore di SC	Tutte le documentazioni sono complete come da azione
4. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Almeno un incontro mensile per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Medici In comune con Complesso Operatorio e Responsabile DAI e RID	Almeno un incontro mensile per ogni team con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
5. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	Medici In comune con Complesso Operatorio e Medici anestesisti	8. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio 9. Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
6. Gestione del paziente diabetico	Ogni paziente inserito in lista di attesa con diagnosi di diabete deve essere segnalato al team diabetologico ospedaliero	Tutta la Struttura	Il 100% dei pazienti segue il percorso come da azione.
7. Miglioramento dei percorsi di	Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi indotta Terapia con blocco androgenico: percorso facilitato dell'iter	Dirigenza Medica Obiettivo condiviso con Medicina Interna e Medicina Nucleare	Evidenza del nuovo percorso: dati desumibili da G2 Clinico e Registro Prostate Unit.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
presa in carico della paziente con carcinoma della prostata.	diagnostico clinico e strumentale (MOC-DEXA).		
8 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
9. Gestione del paziente nefro-trapiantato	Garantire una presa in carico e gestione del paziente nefro-trapiantato con problemi ostruttivi	Dirigenza Medica Obiettivo condiviso con S.C. Nefrologia	Gestione entro i tempi di priorità A dei casi segnalati dalla Nefrologia di pazienti trapiantati ed in lista per trapianto renale che necessitano di terapia disostruttiva urologica.
10. Partecipazione alle riunioni multidisciplinari "pavimento pelvico"	Collaborazione nella gestione multidisciplinare dei pazienti discussi al gruppo del pavimento pelvico	Dirigenza Medica Obiettivo condiviso con SC Chirurgia Generale	Partecipazione ad almeno il 75% delle riunioni con evidenza dei casi trattati
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Dirigenza Medica	Almeno 5 pubblicazioni indexate su Pubmed nel corso del 2021
12. Implementare la scheda ASUGI per il monitoraggio delle entero-urostomie durante la degenza.	Impiegare lo strumento durante il ricovero per confezionamento di stomia.	Comparto	Entro il 31 dicembre 2021 compilare lo strumento in almeno il 75% dei ricoveri per confezionamento di una urostomia.
13. PAL2021: Applicare la nuova procedura di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali	Da aprile 2021 tutte le SS.CC. del DAI applicheranno il nuovo percorso di inserimento	RID In comune con i Coordinatori Infermieristici In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica	Entro il 31 dicembre presenza dei documenti specifici della Struttura e report sintetico con esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da aprile a dicembre 2021.
14. Gestione del paziente affetto da ca prostatico in predicato di intervento chirurgico	Migliorare la comunicazione e la gestione pre e postoperatoria del paziente affetto da ca prostatico in attesa di intervento chirurgico fornendo informazioni chiare e diffusibili attraverso la creazione di un opuscolo informativo divulgativo.	Dirigenza Medica	Creazione entro il 31/12/2021 di un opuscolo informativo dedicato al paziente in predicato di intervento per prostatectomia radicale.
15. Riduzione delle recidive tumorali in pazienti affetti da ca vescicale superficiale	Applicazione delle linee guida EAU in pazienti affetti da ca vescicale superficiale con la finalità di ridurre il numero delle recidive post TURV proponendo	Dirigenza Medica	Selezione, instillazione e follow-up di almeno 25 pazienti con utilizzo di mitomicina nel post-operatorio entro il 31/12/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	instillazione endovesicale di mitomicina nel post-operatorio		
16. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2021: 6.1 Attività ospedaliera Obiettivo: Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	Ampliamento dell'offerta ambulatoriale presso la Clinica Urologica ASUGI	Dirigenza Medica	Incremento settimanale in agenda CUP di 10 posti per visita urologica. Numero di prestazioni deducibili da agenda CUP e G2 entro fine 2021.
17. Integrazione e assistenza socio-sanitaria Integrazione Ospedale-Territorio.	Utilizzare la lettera di dimissione infermieristica.	Coordinatore Comparto	Consegnare la lettera ad almeno il 60% (10% in più rispetto al valore atteso dell'anno scorso) delle persone dimesse in presenza. La verifica verrà effettuata il 31 dicembre rilevando le dimissioni complessive delle Strutture e le copie delle lettere consegnate ed inserite nelle cartelle cliniche.
18. Valorizzazione delle Professioni	Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze 1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Evidenza delle nuove Job Description in ciascuna Struttura e in Direzione Infermieristica entro dicembre 2021
19.	Organizzare delle riunioni multidisciplinari e multi professionali.	Comparto Dirigenza In comune con la CI Chirurgica	Entro il 31 dicembre 2021 pubblicare sul sito Aziendale la brochure "Rientro a casa".

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Stilare una brochure da consegnare all'assistito a conclusione della degenza contenente tutte le informazioni utili.			
20. Predisporre un fascicolo contenente gli elementi di Valutazione Infermieristica peculiari della Struttura, analogo a quelli già presenti in altre realtà chirurgiche aziendali.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzare dei gruppi di lavoro, multidisciplinari e multi professionali, per individuare le peculiarità da mettere in risalto e/o inserire nelle schede rispetto alla documentazione Aziendale pre esistente. 2. Predisporre le schede da includere nel fascicolo. 3. Acquisire l'approvazione dell'Ufficio Qualità e del Medico Legale. 4. Testare lo strumento. 	Comparto Dirigenza	Entro il 30 novembre 2021 stampare il fascicolo ed i suoi eventuali allegati; in almeno 30 casi testare lo strumento, che sarà parte integrante della documentazione clinica, dal 1 al 31 dicembre. Dal 1 gennaio 2022 il documento sostituirà quelli precedenti.
21. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per 	Direttore Dirigenti Comparto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate \geq 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Linea programmatica ASUGI 1 Creazione di un percorso per la presa in carico del paziente con malattia epatica terminale come strumento di governo clinico per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Integrazione ospedale – territorio.	1. Costituire un gruppo di lavoro 2. Stesura del documento per la presa in carico congiunta 3. Messa in atto del documento per testarlo	Dirigenza e Comparto S.C. Clinica Patologie del Fegato SSD Rete delle Cure Palliative	Costituire il gruppo di lavoro e produrre il documento entro il 30 ottobre. Entro il 31 dicembre testare il documento e mettere in essere eventuali azioni correttive. Evidenza del numero di schede Necpal compilate.
2. Linea programmatica ASUGI 1 Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati alla prevenzione ed alla riduzione del rischio di acquisizione e trasmissione delle patologie correlate alla dipendenza, con particolare attenzione ai pazienti con epatite virale C (<i>obiettivo PAL</i>)	Aggiornare gli accordi operativi con DDD ed infettivologi relativamente ai percorsi diagnostici e terapeutici specialistici dedicati ad utenti presi in carico dal DDD che presentano l'infezione HCV	Direttore Dr. Flora Masutti Dr. Cristiana Abazia Comparto in comune con la S.C. Malattie Infettive e DDD	Formalizzazione degli accordi operativi fra DDD- SC Malattie infettive e Clinica Patologie del Fegato Entro il 30/09/21
3. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia epatologica consolidando l'interazione Hub/Spoke	Riavvio Audit clinici di interazione Hub/Spoke attraverso la piattaforma lifesize Presa in carico visite brevi amb TS	Medici CPF Comparto CPF strutture coinvolte Medici referenti dell'Ambulatorio Epatologico di Gorizia e Monfalcone (dott.ssa Gravic e dott.ssa Bogatec)	Almeno 1 Audit/mese nel quarto trimestre con evidenza dei casi analizzati Evidenza visite brevi provenienti da GO MFN con quesito clinico appropriato
4 Linea programmatica ASUGI 3 Concordare le risorse a disposizione delle Strutture, sia economico finanziarie che di personale	Data l'assegnazione alla nostra Struttura di 2 letti a degenza ordinaria si prevede una ricognizione sull'effettiva possibilità di attivazione in collaborazione con la Direzione Medica a fine emergenza COVID19. La ricognizione comprende: - analisi del contesto attuale;	Direttore medici comparto In collaborazione con Direzione Medica di Presidio Direzione Infermieristica ed Ostetrica RID DAI Chirurgia Direttore DAI Chirurgia	Produzione documento studio di fattibilità

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> - logistica, conferma o meno degli ambienti fisici precedentemente individuati; - risorse umane (dirigenza medica e comparto); - risorse tecnologiche; - risorse economiche 		
5 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020. Salvo: 1. aumento dei farmaci DAA come da Linee Guida Regionali per il trattamento del sommerso; 2. previsto incremento del consumo di Albumina per aumento delle prestazioni che necessitano della somministrazione e applicazione del Protocollo ANSWER
6 Linea programmatica ASUGI 3 Concordare le risorse a disposizione delle Strutture, sia economico finanziarie che di personale	<p>Proposta di organizzazione attività di day hospital della s.c. clinica patologie del fegato (cpf) in caso di criticita' delle presenze in servizio della dirigenza medica o del comparto</p> <p>In conseguenza all'introduzione di nuove norme e ad eventi non prevedibili si ipotizza la chiusura pomeridiana del DH attivando 2 letti supplementari al mattino. Concordare la nuova organizzazione con Direzione Medica, Direttore di Dipartimento, Direzione Infermieristica ed Ostetrica, Responsabile Infermieristico di Dipartimento. Creare uno strumento condiviso con i dipendenti afferenti al CPF che consenta di elaborare una programmazione condivisa tra i professionisti della Struttura e crei meno disagi possibili all'utenza.</p>	Dirigenza Medica Comparto Responsabile Infermieristico di Dipartimento	Creazione di un documento che indichi le linee della nuova organizzazione di DH.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno 4 pubblicazioni
8. Applicare la nuova procedura di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali	Da aprile 2021 tutte le SS.CC. del DAI applicheranno il nuovo percorso di inserimento	RID In comune con i Coordinatori Infermieristici In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica	Entro il 31 dicembre presenza dei documenti specifici della Struttura e report sintetico con esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da aprile a dicembre 2021.
9. Valorizzazione delle Professioni	Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze 1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Evidenza delle nuove Job Description in ciascuna Struttura e in Direzione Infermieristica entro dicembre 2021
10. Rivedere protocolli e/o procedure e, per quanto possibile, uniformarli all'interno della neo costituita ASUGI	1. Costituire gruppi di lavoro per area tematica 2. Produrre gli strumenti 3. Diffondere gli strumenti	Comparto Dirigenza in collaborazione con le corrispettive competenze di ASUGI nelle sedi di Gorizia e Monfalcone	Publicare almeno due documenti entro il 31 dicembre 2021
11. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio.</p> <p>4. Relazione con analisi di appropriatezza sulle priorità di prenotazione ed evidenza delle azioni correttive intraprese</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Governo clinico: Coordinamento di un modello specializzato nell'assistenza alla donna con patologia della mammella sulla base di un piano di assistenza personalizzato</p>	<p>Rispetto di tutti gli indicatori obbligatori (nuova versione 2020) previsti nel percorso della paziente con cancro della mammella e finalizzato a mantenimento della CERTIFICAZIONE EUSOMA (riottenuta nel 2019 ed in essere fino al giugno 2022) sulla base della VISITA DI SORVEGLIANZA datata 3 marzo 2020 e 11 febbraio 2021). Il mantenimento del target richiesto rappresenta condizione necessaria e fondamentale al mantenimento della stessa e si colloca su quanto già previsto nel documento Stato Regioni sulla costituzione delle Reti di Senologia 2014: delibera 2139 della Giunta Regionale del 12 dicembre 2019 sul Recepimento di tale documento) e in attesa della costituzione del tavolo regionale sulla attivazione della rete senologica</p>	<p>1. Responsabile SSD NB La SSD Breast Unit non dispone di risorse umane assegnate e di attribuzione di budget L'obiettivo è in comune con le altre Strutture afferenti alla BU Per il rispetto degli indicatori chirurgici: dott. Andrea dell'Antonio dott.ssa Serena Scomersi dott.ssa Margherita Fezzi Infermiera di Senologia sig. Amelia Reho e Francesca Corvi</p>	<p>Mantenimento certificazione EUSOMA Scheda/target: dicembre 2021 Base dati: Data breast e report Audit 2021</p>
<p>2. Governo clinico: Terapia chirurgica del cancro della mammella</p>	<p>Garanzia dell'adeguatezza del trattamento chirurgico della patologia benigna e maligna della mammella pianificato e condiviso nell'ambito dei meeting multidisciplinari settimanali sulla base del PTDA elaborato nel 2016 e successiva revisione dicembre - 2020</p>	<p>2. Dirigenza SSD Breast Unit</p>	<p>Mantenimento attività chirurgica 2020 Base dati: data breast e referti consulti multidisciplinari preoperatori e postoperatori visualizzabili in sistema G2</p>
<p>3. Governo clinico: a): Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening (FAST TRACK) b). Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche</p>	<p>1. Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività 2. Applicazione del protocollo già in atto per le pazienti screening e per il progetto Pronto Seno</p>	<p>1. Dirigenza SSD Breast Unit Obiettivo comune a CSO (SSD Osarf), SC Radiologia OM e Cattinara, SC Anatomia Patologica 2. Dirigenza SSD Breast Unit Obiettivo comune a CSO (SSD Osarf), SC Radiologia OM e Cattinara, SC Anatomia Patologica</p>	<p>1.Target: > 80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB). Base dati: G2 e data breast 2.Target > 60% delle pazienti con lesione sospetta alla mammografia e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezione fatta per VAB)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Base dati: G2 e data breast
4. Governo clinico: Ricostruzione dopo chirurgia per cancro della mammella	Appropriata gestione delle pazienti affette da cancro della mammella con - mantenimento delle ricostruzioni immediate post-mastectomia - mantenimento delle mastectomie nipple sparing.	Dirigenza SSD Breast Unit Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica	Ricostruzione immediata post-mastectomia > 50% e mastect. nipple sparing >15% Base dati: G2 e data breast
5. Governo clinico: Prevenzione delle infezioni nelle ricostruzioni mammarie	Applicazione del protocollo elaborato nel 2020 per la prevenzione delle infezioni nelle ricostruzioni mammarie	Dirigenza SSD Breast Unit Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica	Evidenza applicazione protocollo: Base dati: G2
6. Governo clinico: Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente di eta' superiore a 75aa in trattamento per carcinoma mammario	Predisposizione di un protocollo di definizione del "geriatric assessment" atto a definire i criteri di eligibilita' delle pazienti eligibili a chemioterapia adiuvante da inserire nel PTDA, da documentare nei consulti multidisciplinari p.o. e da applicare nel processo decisionale (indicatore previsto dai requisiti Eusoma 2020)	Dirigenza SSD Breast Unit Obiettivo in comune con CSO SSD Osarf	Revisione delle linee guida nazionali ed internazionali relative all'oncologia geriatrica e produzione di documento condiviso con test di screening approvato Giugno 2021 Inserimento nel PTDA e sua applicazione documentata nei consulti multidisciplinari postoperatori Dicembre 2021 Base dati: G2 e referti mdm p.o.
7. Governo clinico: chirurgia oncoplastica della mammella	Incremento del volume di attivita' di interventi di chirurgia oncoplastica della mammella (volume replacement, volume displacement, rimodellamenti bilaterali immediati)	Dirigenza SC Chirurgia Plastica e SSD Breast Unit Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica	Incremento del 20% di attivita' rispetto all'anno2020 degli interventi che prevedono l'utilizzo di tecniche di chirurgia oncoplastica
8. Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) esclusiva (21Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e riaggiornato nel Dicembre 2020 come da PDTA	Dirigenza SSD Breast Unit In comune con SC Fisica Sanitaria e SC Radioterapia	Realizzazione IORT esclusiva nei casi eleggibili (almeno 15 pazienti compatibilmente con il funzionamento delle tecnologie dedicate) Base dati: G2 e Data Breast
9. Indagare la qualità del servizio percepita dall'assistito a conclusione del percorso	Somministrazione di un questionario di gradimento (almeno 50 casi)	Responsabile Breast Unit Infermiere di senologia sig. Amelia Reho e sig. Francesca Corvi	Rilevare e analizzare i dati di 50 questionari somministrati entro il 31 Dicembre 2021
10. Miglioramento di percorso assistenziale	Produzione di protocollo condiviso con i chirurghi e con il Pronto Soccorso	Responsabile Breast Unit In comune con Dirigenti medici Clinica Chirurgica (dott Biloslavo)	Produzione del protocollo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		SC Pronto Soccorso Sc Gastroenterologia	
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Odontoiatria pubblica	Reportistica su attività svolta nell'ambito regionale di Odontoiatria pubblica	Direttore di Dipartimento	Almeno 2 report semestrali, entro aprile 2022
2. Valorizzazione delle Professioni	<p>Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze</p> <p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura;</p> <p>2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura</p> <p>3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento</p> <p>Responsabili Infermieristici di Struttura</p> <p>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica</p>	Evidenza delle nuove Job Description in ciascuna Struttura e in Direzione Infermieristica entro dicembre 2021
3. Valorizzazione delle Professioni	<p>Applicazione della nuova procedura d'inserimento dell'OSS neoassunto/neo trasferito all'interno del Dipartimento</p> <p>Supervisione dell'orientamento e dell'informazione degli OSS neo assegnati al DAI</p>	<p>RID</p> <p>Coordinatori Infermieristici</p>	<p>Applicazione del percorso d'inserimento con evidenza nel fascicolo del Personale, a partire dal 1/4/21, nel 100% del personale di supporto neo assegnato.</p> <p>Relazione congruente sulle attività svolte e gli esiti</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Sinergia Ospedale-Territorio	Adottare la nuova lettera di dimissione infermieristica aziendale	Personale del Comparto	Presenza della lettera di dimissione infermieristica nella cartella clinica e in allegato alla lettera di dimissione medica nel 90% dei pazienti dimessi, a partire dal 1/4/21
2. Valorizzazione delle Professioni	Integrare il documento per l'inserimento dell'OSS neoassunto/neo trasferito con le competenze specifiche per la Struttura di assegnazione. Applicare la nuova procedura d'inserimento dell'OSS neoassunto/neo trasferito	Personale del Comparto	Integrazione del documento con le competenze attese e peculiari della Struttura. Applicazione del percorso d'inserimento con evidenza nel fascicolo del Personale, a partire dal 1/4/21, nel 100% del personale di supporto neo assegnato
3. Gestione pandemia COVID-19	Mantenere le misure di contenimento della diffusione del virus SARS COV-2 attraverso l'esecuzione dei tamponi rino faringei pre operatori e il monitoraggio sierologico del Personale in forza alla Struttura	Tutta la Struttura	Esecuzione del tampone rino faringeo a tutti i pazienti nel periodo pre operatorio (24/72 ore prima dell'intervento chirurgico). Monitoraggio sierologico del Personale Dal 1/1/21 al 31/12/21 o fino a quando previsto da ASUGI
4. Percorsi di Formazione e sinergia tra le Professioni	Garantire il tirocinio degli studenti del Progetto "Corso Regionale Assistenti allo Studio Odontoiatrico" e del Progetto "Alternanza Scuola-Lavoro" degli studenti di Odontotecnica dell'IRFOP Galvani, con approccio multi professionale	Tutta la Struttura	200 ore/Studente (Corso Regionale Assistenti allo Studio Odontoiatrico) 2 settimane/Studente (Alternanza Scuola-Lavoro a partire dal 17/03/21 e fino a completamento dei tirocini curriculari richiesti
5. Contenimento delle liste di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie	Rivedere l'organizzazione erogativa attraverso una gestione razionale delle agende di prenotazione nel rispetto delle procedure di sicurezza anti-COVID	Tutta la Struttura	Nell'ultimo quadrimestre 2021 erogata una numerosità di prestazioni ambulatoriali = o > al 90% dell'ultimo quadrimestre del 2019
Odontoiatria pubblica	Soddisfare i requisiti della numerosità delle prestazioni come da Linee di Gestione 2021	Tutta la Struttura	Percentuale di visite sul totale delle prestazioni <30%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Riorganizzazione logistica sale di aspetto ed accettazione generale	Attuare il processo di riorganizzazione della logistica per il sistema di accoglienza e degli sportelli per il <i>Front Office</i> , in linea con le vigenti norme di sicurezza	Tutta la Struttura	Attivazione nuova logistica della sale di attesa e degli sportelli di <i>Front Office</i> Entro ottobre 2021
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno cinque pubblicazioni su riviste con IF
8. Didattica e percorsi di Formazione	Realizzare un sistema di videoripresa in sala operatoria con possibilità di registrazione ed invio alle proprie aule didattiche	Dirigenza Medica In collaborazione con la S.C.I.T e con la Sala Operatoria (Ospedale Maggiore)	Evidenza del progetto , entro dicembre 2021
9. Sinergia Ospedale-Territorio	Inviare mensilmente al Direttore DAT un report sugli accessi alle prestazioni con codice di priorità incongruo o inappropriato, rispetto a quanto definito dalle fonti normative e dalla Carta dei Servizi	Dirigenza Medica In collaborazione con il Direttore DAT	Almeno 10 report nel 2021
10. Sinergia Ospedale-Territorio	Attivare un percorso educativo di prevenzione delle patologie del cavo orale rivolto alla Scuola Primaria e/o secondaria	Igienista Dentale e Odontoiatri	Almeno un intervento entro il 2021 (se permesso da situazione pandemica)
11. Telemedicina e innovazione in Odontoiatria	Mantenimento della tele-odontoiatria per le visite di controllo	Dirigenza Medica	Mantenuta Telemedicina applicata alla Odontoiatria
12. Integrazione giuliano-isontina	Integrazione funzionale ed omogeneizzazione dei protocolli operativi in tutte le strutture del territorio ASUGI (giuliano-isontine-Burlo)	Dirigenza Medica e Comparto; RID	Almeno due incontri con relativi verbali entro il 31.12.2021
13. Integrazione giuliano-isontina	Attivazione di un Ambulatorio Odontoiatrico a Monfalcone	Tutta la Struttura + SSD Odontostomatologia di Gorizia	Attivazione dell'Ambulatorio odontoiatrico con attività di odontoiatria generale , odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia entro marzo 2021
14. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
15. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate \geq 80%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Completamento iter ricostruttivo del carcinoma mammario	Creare un data base aggiornato per le pazienti in attesa di ricostruzione del complesso areola-capezzolo mediante ricostruzione del capezzolo e tatuaggio dell'areola, completando l'iter ricostruttivo delle pazienti sottoposte a mastectomia per carcinoma mammario e ricostruzione.	Dirigenza e Comparto	Creazione di lista d'attesa mediante contatto telefonico di tutte le pazienti ricostruite e database interno Base dati: database interno
2. Applicazione del protocollo per la prevenzione delle infezioni nella ricostruzione protesica mammaria	Prosecuzione dell'applicazione del protocollo messo a punto nell'anno 2020 e valutazione del suo risultato clinico	Dirigenza	Applicazione del protocollo in almeno il 95% delle ricostruzioni mammarie protesiche nell'anno 2021 e valutazione al termine dell'anno della percentuale di infezioni rilevate. Base dati: data base interno
3. Attivazione servizio telemedicina	Attivazione servizio telemedicina e teleassistenza per la gestione dei dati sanitari in chirurgia plastica nel percorso clinico – diagnostico assistenziale delle ferite difficili cutanee in periodo COVID	Dirigenza, Comparto In collaborazione con il Distretto 4	Arruolamento di almeno 30 pazienti che produrrebbero una diminuzione significativa della percentuale di accessi presso l'ospedale per le ferite difficili.
4. Attivazione servizio di diagnosi e trattamento delle lesioni pigmentate cutanee presso l'ospedale di Monfalcone	Apertura di un ambulatorio dermatologico dedicato allo screening delle lesioni pigmentate (3 volte a settimana). Apertura di un ambulatorio di chirurgia plastica per il trattamento delle lesioni pigmentate (1-2 volte a settimana).	Dirigenza, Ospedale di Monfalcone In comune con SCC Dermatologia	Apertura agenda CUP ambulatoriale di visita dermatologica con codice P di pazienti con fattori di rischio. Apertura agenda CUP ambulatoriale di chirurgia plastica per asportazione radicale di lesioni cutanee sospette diagnosticate presso l'ambulatorio dermatologico. Base dati: G2
5. Protocollo profilassi antibiotica nelle fratture esposte dell'arto inferiore	Analisi della letteratura e dei dati di infezione locale, al fine di produrre un protocollo condiviso per la profilassi antibiotica e la gestione infettivologica delle fratture esposte dell'arto inferiore.	Dirigenza In comune con Malattie Infettive e Ortopedia e Traumatologia	Creazione di un protocollo condiviso.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Implementazione del percorso di Ortoplastica: Integrazione della Chirurgia Vascolare nel protocollo interno orto-plastico di gestione delle fratture esposte	All'interno del protocollo diagnostico-terapeutico assistenziale redatto per la gestione delle fratture esposte dell'arto inferiore, inserimento della gestione della Chirurgia Vascolare per le lesioni vascolari dell'arto inferiore associate alle fratture.	Dirigenza In comune con Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia Vascolare	Aggiornamento del documento creato l'anno precedente e evidenza delle azioni conseguenti
7. Implementazione chirurgia del linfedema	Data l'attivazione nell'anno 2020 del trattamento chirurgico del linfedema con l'esecuzione di un caso clinico, implementazione della casistica	Dirigenza	Esecuzione di almeno 3 interventi chirurgici nel corso dell'anno 2021 con codice di diagnosi 4578 (Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici). Base dati: G2
8. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore e Coordinatore di SC	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attesa in ADT Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021
9. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le liste operatorie	Presentare settimanalmente la lista operatoria con attenzione al massimo utilizzo delle sale e nel rispetto delle priorità (oncologiche o di classe A) o con evidenza delle motivazioni di eventuali altri inserimenti in difformità.	Direttore e Coordinatore di SC	Tutte le documentazioni sono complete come da azione
10. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Almeno un incontro mensile per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Medici In comune con Complesso Operatorio e Responsabile DAI e RID	Almeno un incontro mensile per ogni team con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
11. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	Medici In comune con Complesso Operatorio e Medici anestesisti	10. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio 11. Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
12. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno tre pubblicazioni su riviste scientifiche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>13. Gruppo multidisciplinare per <u>la gestione dei pazienti dermato-oncologici</u> Unificazione del percorso degli utenti con melanoma tra ospedale, strutture convenzionate o private e specialisti del territorio</p>	<p>Programma di formazione attraverso incontri (online, corsi, webinar) sulle indicazioni del trattamento chirurgico, l'invio a terapia medica e il follow del paziente con melanoma in tempi di Covid e post Covid per ottenere:*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della appropriatezza per la biopsia del linfonodo sentinella - Riduzione di richieste strumentali inappropriate - Unificazione di rilascio esenzioni 048 <p>* a carico di ciascuna specialità di interfacciarsi con le rispettive specialità territoriale e delle strutture convenzionate</p>	<p>Skin Cancer Unit</p> <p>In comune con Direttori e medici dirigenti della</p> <p>SC Dermatologia SC Oncologia SC Chirurgia plastica SC Chirurgia generale SC ORL Anatomia patologica</p> <p>Specialisti territoriale Specialisti delle Strutture convenzionate</p>	<p>Periodo giugno-dicembre 2021 Incontri attraverso Webinar e preparazione di un documento guida con particolare riferimento per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indicazione per chirurgia del linfonodo sentinella 2. Percorso dell'invio dei vetrini e blocchetti inviati per diagnosi altrove in sede 3. Indicazioni per il follow up clinico, strumentali e ematochimico secondo linee guide 4. Proposta per rilascio esenzione 048 secondo stadio
<p>14. Sinergia Ospedale-Territorio</p>	<p>Modifica/integrazione della lettera di dimissione infermieristica in uso per assicurare standard assistenziali peculiari di qualità; Adottare la nuova lettera di dimissione infermieristica aziendale</p>	<p>Personale del Comparto</p>	<p>Modifica/integrazione della lettera di dimissione infermieristica e suo inserimento nella cartella clinica e in allegato alla lettera di dimissione medica in via sperimentale in almeno il 70% dei pazienti dimessi, a partire dal 1/4/21</p>
<p>15. Valorizzazione delle Professioni</p>	<p>Integrare il documento per l'inserimento dell'OSS neoassunto/neo trasferito con le competenze specifiche per la Struttura di assegnazione. Applicare la nuova procedura d'inserimento dell'OSS neoassunto/neo trasferito</p>	<p>Personale del Comparto</p>	<p>Integrazione del documento con le competenze attese e peculiari della Struttura. Applicazione del percorso d'inserimento con evidenza nel fascicolo del Personale, a partire dal 1/4/21, nel 100% del personale di supporto neo assegnato</p>
<p>16. Gestione pandemia SARS COV-2</p>	<p>Mantenere le misure di contenimento della diffusione del virus SARS COV-2 attraverso l'esecuzione dei tamponi rino faringei pre operatori</p>	<p>Tutta la Struttura</p>	<p>Esecuzione del tampone rino faringeo a tutti i pazienti nel periodo pre operatorio (24/72 ore prima dell'intervento chirurgico). Dal 1/1/21 al 31/12/21</p>
<p>17. Implementazione degli standard qualitativi</p>	<p>Creazione di un percorso rivolto al paziente da sottoporre ad intervento con ricostruzione microchirurgica e basato sulla preparazione e sull'educazione all'assistenza post operatoria in Chirurgia Plastica</p>	<p>Infermieri CH Plastica</p>	<p>Attuazione del percorso e creazione di una scheda <i>ad hoc</i> allegata alla cartella infermieristica che documenti l'iter peri operatorio da parte degli infermieri della Chirurgia Plastica</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
18. Percorso Diagnostico, Terapeutico e Assistenziale (PDTA) relativo a infezioni complicate della cute e tessuti molli	1. Analisi della letteratura e dei dati epidemiologici e microbiologici (ASUGI) 2. Produzione di un documento condiviso (PDTA)	Direttori e dirigenza medica delle SC Malattie Infettive, Clinica Dermatologica, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Pronto Soccorso	Documento condiviso entro il 31.12.21
19. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
20. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate \geq 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Ottimizzazione delle procedure diagnostiche di laboratorio per la gestione delle patologie infettive della cornea</p>	<p>Creazione di un percorso diagnostico condiviso con la SC Microbiologia e con la SC Igiene e Sanità Pubblica per implementare le procedure di prelievo e di analisi dei campioni biologici</p>	<p><u>UCO di Clinica Oculistica ASUGI</u> Prof. Tognetto Dr. Giglio Dr. De Giacinto <u>SC Microbiologia e Virologia</u> Dr. Ruscio Dr. usetti <u>SC Igiene e Sanità</u> Prof. D'Agaro <u>SC Oculistica Monfalcone ASUGI</u> Dr. Vita</p>	<p>Produzione di un documento condiviso tra le Unità Operative che delinea chiaramente i percorsi e le procedure di diagnosi nelle patologie infettive della cornea e attivazione degli stessi.</p>
<p>2. Attivazione del programma di telemedicina per lo screening della retinopatia diabetica: definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici nella collaborazione ospedale-territorio.</p>	<p>1. Screening di retinopatia diabetica nei soggetti diabetici mediante retinografia a colori effettuata dalla diabetologia del territorio ed inviata per via telematica alla Clinica Oculistica. 2. Refertazione della retinografia presso la Clinica Oculistica e invio del referto per via telematica alla diabetologia del territorio 3. Individuazione di un percorso condiviso tra ospedale e territorio per la diagnosi e la terapia nei pazienti affetti da retinopatia diabetica. 4. Informazione dei MMG da parte degli organi Aziendali deputati a farlo e loro coinvolgimento per l'invio dei pazienti diabetici alla diabetologia del territorio</p>	<p><u>UCO di Clinica Oculistica ASUGI</u> Prof. Tognetto Dr.ssa Fanni Dr.ssa Rinaldi Dr. Pastore Personale infermieristico afferente al Servizio di Fluorangiografia e Laser terapia <u>Personale del distretto 3:</u> Dr. Riccardo Candido Personale del comparto della Diabetologia del distretto 3</p>	<p>1. Esecuzione di almeno 200 retinografie presso il territorio nel 2021 e loro refertazione presso la Clinica Oculistica 2. Individuazione del percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti diabetici sottoposti a screening per retinopatia diabetica e redazione di una flow chart</p>
<p>3. Percorsi personalizzati in periodo COVID nell'ambito dell'appropriatezza clinica nelle patologie del segmento posteriore</p>	<p>Dopo la presa in carico del paziente affetto da patologie del segmento posteriore, verrà individuato un percorso diagnostico e terapeutico personalizzato e multidisciplinare. Ciò al fine di gestire la patologia con il minor numero di accessi</p>	<p>Dr. Fanni Dr. Pedio Dr. Coslovich Dr. Rinaldi Dr. Pastore Personale del comparto afferente al servizio di fluorangiografia e laser terapia</p>	<p>Percentuale di referti di indagini fluorangiografiche consegnati nella stessa giornata di esecuzione dell'esame pari al 90% Numero di pazienti presi in carico con approccio "tailored" superiore a 500</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	alla struttura e con l'identificazione di un programma di cura "tailored"		Tempo di attesa per iniezione intravitreale inferiore ai 30 giorni come da PDTA regionale
4. Incremento dell'attività di chirurgia oftalmoplastica	Dopo aver identificato i percorsi gestionali dei pazienti che necessitano di assistenza oftalmoplastica e dopo aver attivato le sedute operatorie nell'ambulatorio di classe A, verranno individuate un numero superiore di sedute operatorie rispetto al 2020 dedicate a questa chirurgia	Dr.ssa Zagidullina Personale del comparto della Sala operatoria Maggiore e della degenza Oculistica.	Aumento del numero di interventi di chirurgia oftalmoplastica eseguiti nel 2021 rispetto quelli eseguiti nel 2020
5. Trattamento intravitreale delle maculopatie: Analisi e revisione dei processi di gestione del paziente e dell'erogazione dei servizi per far fronte alle variazioni richieste da COVID 19	Evidenziare i punti di forza e i punti di debolezza del sistema organizzativo per progettare le nuove attività di gestione delle visite, delle iniezioni intravitreali e delle relative risorse	Prof. Tognetto Dr. Fanni Dr. Rinaldi Dr. Pastore Personale del comparto afferente al servizio di fluorangiografia e laser terapia Personale del comparto afferente alla Sala Operatoria del Maggiore coinvolto nella gestione dei trattamenti intravitreali nell'ambulatorio di classe A	Redazione di un documento che evidenzi le modalità con cui ritornare al volume di prestazioni erogate nel periodo pre-COVID e rendere il flusso dei pazienti più fluido e allo stesso tempo sicuro Aumento del numero di iniezioni intravitreali eseguite nel 2021 rispetto a quelle eseguite nel 2020
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
7. Percorso integrato di valutazione del paziente ematologico critico, con particolare riferimento alle complicanze legate all'impiego di terapie cellulari. Gruppo multidisciplinare per la gestione delle <u>complicanze oculistiche</u> secondarie all'impiego di terapie cellulari	Programma di formazione per migliorare la capacità di valutazione e gestione delle problematiche del paziente ematologico sottoposto a terapie cellulari con particolare riferimento a: 1. diagnosi e gestione della GVHD oculare 2. complicanze infettive oculari del paziente immunosoppresso 3. realizzazione di un gruppo interdisciplinare per la gestione del paziente trapiantato con complicanze oculistiche	<u>SC Ematologia, Clinica Oculistica</u> Prof. Zaja Prof. Tognetto <u>Dirigenti Medici SC Ematologia</u> <u>Dirigenti Medici Clinica Oculistica</u> Dr.ssa Coslovich Dr.ssa Pedio <u>Personale del comparto SC Ematologia e Clinica Oculistica</u>	Periodo maggio-dicembre 2021 Espletamento programma formativo teorico-pratico: - Medici - Infermieri - OSS Dimostrazione del raggiungimento di specifiche competenze: - Medici - Infermieri - OSS
8. Percorso integrato di valutazione e gestione del paziente ematologico critico, con particolare riferimento alle	Programma di formazione per migliorare la capacità di valutazione e gestione delle problematiche del paziente ematologico	Direttori delle strutture coinvolte (SC Ematologia, SC Pneumologia, Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia,	Periodo maggio-dicembre 2021 Espletamento programma formativo teorico-pratico:

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>complicanze legate all'impiego di terapie cellulari.</p> <p>Gruppo multidisciplinare per la gestione delle <u>complicanze polmonari</u> secondarie all'impiego di terapie cellulari</p>	<p>sottoposto a terapie cellulari con particolare riferimento a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. diagnosi e gestione delle complicanze immunologiche legate al trapianto allogenico con particolare riferimento alla GVHD acuta e cronica 2. prevenzione, diagnosi e gestione delle complicanze infettive dei pazienti immunosoppressi 3. gestione della ventilazione non invasiva 4. realizzazione di un gruppo interdisciplinare per la gestione delle complicanze del paziente trapiantato con l'identificazione di alcuni referenti per ogni struttura partecipante. 	<p>Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive)</p> <p>Coordinatrici infermieristiche SC Ematologia e SC Pneumologia</p> <p>Medici SC Ematologia</p> <p>Medici referenti SC Pneumologia Clinica Dermatologica, SC Gastroenterologia, Clinica Oculistica, Clinica Malattie Infettive</p> <p>Infermieri SC Ematologia</p> <p>OSS SC Ematologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medici - Infermieri - OSS <p>Dimostrazione del raggiungimento di specifiche competenze o mansioni (all. 1, 2, 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medici - Infermieri - OSS <p>Identificazione dei referenti di struttura</p>
<p>9. Implementazione delle indicazioni assistenziali nel post ricovero sia a domicilio sia nelle strutture territoriali</p>	<p>Adottare la nuova lettera di dimissione infermieristica aziendale</p>	<p>Personale del Comparto</p>	<p>Presenza della lettera di dimissione infermieristica nella cartella clinica e in allegato alla lettera di dimissione medica nel 70% dei pazienti dimessi, a partire dal 01/04/21</p>
<p>10. Valorizzazione del ruolo dell'OSS all'interno delle strutture di assegnazione</p>	<p>Integrare il documento per l'inserimento dell'OSS neoassunto o neo trasferito con le competenze specifiche per la Struttura di assegnazione.</p> <p>Applicare la nuova procedura di inserimento dell'OSS neoassunto o neo trasferito</p>	<p>Personale del Comparto</p>	<p>Integrazione del documento per l'inserimento dell'OSS con le competenze attese e peculiari della Struttura.</p> <p>Applicazione del percorso d'inserimento con evidenza nel fascicolo del Personale, a partire dal 01/04/21, nel 100% del personale di supporto neo assegnato</p>
<p>11. Contenimento dei contagi da SARS COV-2: gestione dei pazienti che necessitano di ricovero o di chirurgia ambulatoriale</p>	<p>Mantenere le misure di contenimento della diffusione del virus SARS COV-2 attraverso l'esecuzione dei tamponi rino-faringei prima del ricovero o prima dell'intervento chirurgico ambulatoriale</p>	<p>Personale del comparto</p>	<p>Esecuzione del tampone rino-faringeo a tutti i pazienti 24/48 ore prima del ricovero o prima dell'intervento chirurgico ambulatoriale. Dal 1/1/21 al 31/12/21</p>
<p>12. Contenimento dei contagi da SARS COV-2 nei pazienti che afferiscono al reparto: integrazione tra Strutture</p>	<p>Mantenere le misure di contenimento della diffusione del virus SARS COV-2 attraverso l'esecuzione dei tamponi rino-faringei ai pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico in Day Surgery e in</p>	<p>Personale del comparto</p>	<p>Esecuzione del tampone rino-faringeo a tutti i pazienti 24/48 ore prima dell'intervento chirurgico o della procedura invasiva.</p> <p>Dal 1/1/2021 al 31/1/2021</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Chirurgia Generale Classe A, e in radiologia, in caso di procedure invasive		
13. Implementazione degli strumenti di gestione del rischio clinico in Clinica Oculistica	Elaborazione di una scheda per <i>il time in e time out</i> per il trattamento intravitreale delle maculopatie	Dirigenti medici Personale del comparto della degenza oculistica Personale del comparto della Sala Operatoria del Maggiore	Evidenza della compilazione dello strumento nel 100% dei pazienti sottoposti ad iniezione intravitreale a partire da aprile 2021
13. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
14. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	35. 1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 36. 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 37. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 38. 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 39. 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Istituzione percorso diagnostico per tumefazioni laterocervicali "selezionate"	Selezione ORL dei pazienti che necessitano secondo linee guida di eco fnac tumefazioni laterocervicali; prenotazione ed esecuzione dell'esame entro 15 gg dalla richiesta	Dirigenza medica: ORL. Radiologia, anatomia patologica H Cattinara	Attivazione del percorso diagnostico con offerta, a far data dal 1 maggio, di 8 eco/fnac al mese (due a settimana) prenotabili tramite percorso facilitante mediante apertura di agenda dedicata
2. Istituzione percorso diagnostico-terapeutico pazienti oncologici che necessitano di ricostruzione microvascolare	Condivisione tra ORL dei criteri per la selezione dei pazienti da operare per K testa e collo che necessitano di ricostruzione complessa microvascolare	Dirigenza medica ORL Trieste/Monfalcone	Evidenza di attivazione del percorso diagnostico-terapeutico
3. Percorso abbreviato pazienti ematologici che necessitano di biopsia laterocervicale urgente	Percorso diagnostico facilitante con intervento chirurgico ORL entro 15 giorni dalla data della richiesta dell'ematologia	Dirigenza medica ORL e ematologia	Verifica trimestrale del numero di pazienti valutati e del rispetto dei tempi di esecuzione della biopsia
4. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore e Coordinatore di SC	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021
5. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le liste operatorie	Presentare settimanalmente la lista operatoria con attenzione al massimo utilizzo delle sale e nel rispetto delle priorità (oncologiche o di classe A) o con evidenza delle motivazioni di eventuali altri inserimenti in diffornità.	Direttore e Coordinatore di SC	Tutte le documentazioni sono complete come da azione
6. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Almeno un incontro mensile per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Medici In comune con Complesso Operatorio e Responsabile DAI e RID	Almeno un incontro mensile per ogni team con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
7. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle	Medici	12. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
(oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	In comune con Complesso Operatorio e Medici anestesisti	13. Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
8. Attività scientifica e di ricerca	Istituzione meeting di UO per la trattazione di argomenti specialistici per l'aggiornamento continuo del personale medico	Direttore UO ORL	Organizzazione e formalizzazione di almeno un meeting/mese UO ORL (con raccolta firme e invio ufficio preposto)
9. Riduzione fuga extraregione	Attribuzione criterio di priorità a interventi nasosinusal endoscopici al fine di ridurre le fughe extra-regione	Dirigenza medica	Evidenza dell'applicazione del percorso di inserimento del paziente nasosinuale secondo priorità clinica nelle liste di attesa chirurgiche
10. Gestione pazienti ORL ambulatoriali a rischio Covid	Identificazione clinico-anamnestica pazienti a rischio Covid ed esecuzione prestazioni invasive ORL in ambulatorio dedicato (es.endoscopia VADS)	Dirigenza medica e Comparto	Attivazione ambulatorio manovre invasive ORL (endoscopie VADS) con presidi di sicurezza aggiuntivi
11. Gruppo multidisciplinare per la gestione dei pazienti dermato-oncologici 7.Unificazione del percorso degli utenti con melanoma tra ospedale, strutture convenzionate o private e specialisti del territorio	Programma di formazione attraverso incontri (online, corsi, webinar) sulle indicazioni del trattamento chirurgico, l'invio a terapia medica e il follow del paziente con melanoma in tempi di Covid e post Covid per ottenere:* - Miglioramento della appropriatezza per la biopsia del linfonodo sentinella - Riduzione di richieste strumentali inappropriate - Unificazione di rilascio esenzioni 048 * a carico di ciascuna specialità di interfacciarsi con le rispettive specialità territoriale e delle strutture convenzionate	Skin Cancer Unit In comune con Direttori e medici dirigenti della SC Dermatologia SC Oncologia SC Chirurgia plastica SC Chirurgia generale SC ORL Anatomia patologica Specialisti territoriale Specialisti delle Strutture convenzionate	Periodo giugno-dicembre 2021 Incontri attraverso Webinar e preparazione di un documento guida con particolare riferimento per: 1. Indicazione per chirurgia del linfonodo sentinella 2. Percorso dell'invio dei vetrini e blocchetti inviati per diagnosi altrove in sede 3. Indicazioni per il follow up clinico, strumentali e ematochimico secondo linee guide 4. Proposta per rilascio esenzione 048 secondo stadio
12. Sinergia Ospedale-Territorio	Modifica/integrazione della lettera di dimissione infermieristica in uso per assicurare standard assistenziali peculiari di qualità; Adottare la nuova lettera di dimissione infermieristica aziendale	Personale del Comparto	Modifica/integrazione della lettera di dimissione infermieristica e suo inserimento nella cartella clinica e in allegato alla lettera di dimissione medica in via sperimentale in almeno il 70% dei pazienti dimessi, a partire dal 01/04/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
13. Valorizzazione delle Professioni	Integrare il documento per l'inserimento dell'OSS neoassunto/neo trasferito con le competenze specifiche per la Struttura di assegnazione. Applicare la nuova procedura d'inserimento dell'OSS neoassunto/neo trasferito	Personale del Comparto	Integrazione del documento con le competenze attese e peculiari della Struttura. Applicazione del percorso d'inserimento con evidenza nel fascicolo del Personale, a partire dal 1/4/21, nel 100% del personale di supporto neo assegnato
14. Sinergia Ospedale Territorio: promozione del HPH	Elaborazione di una scheda di educazione sanitaria multidisciplinare specifica per la dimissione e la promozione della salute dei pazienti con tracheostomia	Infermieri Logopedisti OSS	Elaborazione di una scheda integrativa della lettera di dimissione e suo inserimento nella cartella clinica e allegata alla lettera di dimissione medica nel 100% dei pazienti dimessi con tracheostomia. Dal 1/4/21
15. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020 meno 1%
16. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento dell'utilizzo delle agende informatizzate per la prenotazione di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego concordato con i Direttori UO ORL di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività ambulatoriali nelle sedi territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4.	Direttore Dirigenti Comparto	1.2. Evidenza dell'incremento dell'utilizzo delle agende informatizzate per la prenotazione di prestazioni/visite specialistiche (rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >80%) 3. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività ambulatoriali concordate con il Direttore dell'UO ORL in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 4. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p> <p>5.</p> <p>Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p>		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Coordinamento dell'attività gestionale, assistenziale, didattica e scientifica delle SC/SC(UCO) afferenti al DAI</p>	<p>1. Monitoraggio dipartimentale delle prestazioni assistenziali e della gestione degli obiettivi di mandato e incentivanti e delle RAR assegnati dalla Direzione Strategica ai Responsabili dirigenti delle Strutture Complesse e Strutture Semplici del DAI, nonché ai Responsabili e/o Coordinatori del Comparto</p> <p>2. Condivisione in tempo reale con le componenti del DAI delle informazioni di carattere amministrativo e sanitario pervenute al Direttore del DAI.</p>	<p>Direttore f.f. Dipartimento</p>	<p>1. Evidenza della regolare consultazione del Comitato di Dipartimento provvisorio aperto ai Direttori di SC o SC (UCO), RID, Responsabili di SSD, Coordinatori Infermieristici e Referenti per l'area riabilitativa ospedaliera, con tempistica rapportata alle scadenze di budget o altri eventi di carattere sanitario, gestionale o amministrativo.</p> <p>2. Invio regolare di rapporto al Comitato di DAI, mediante posta elettronica, sul OdG del Consiglio di Direzione e sintesi delle delibere approvate e delle azioni/conclusioni emerse nel Consiglio di Direzione.</p> <p>3. Verifica periodica della gestione delle risorse economiche e umane dipartimentali in rapporto agli obiettivi di budget sulla base dei report inviati dalla Direzione Strategica.</p>
<p>2. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento del percorso di inserimento dell'OSS neo assunto /neo inserito</p>	<p>1. Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'operatore socio sanitario (OSS) neo assunto/inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020, che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia.</p> <p>2. Identificazione degli item di valutazione specifici per la Struttura.</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento</p> <p>Obiettivo in comune con Responsabili infermieristici delle SC del DAI NORML</p>	<p>1. Entro aprile sarà identificato lo strumento per la Struttura con l'individuazione degli item specifici di valutazione.</p> <p>2. Entro dicembre lo strumento sarà applicato per la valutazione dell'OSS neo assunto.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze</p>	<p>1. Selezionare un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento Obiettivo in comune con Responsabili infermieristici delle SC del DAI NORML; SC Direzione Infermieristica</p>	<p>Creazione delle nuove Job Description in ciascuna Struttura entro dicembre 2021</p>
<p>4. 6.5 Governo clinico e reti di patologia Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore</p>	<p>1. Condivisione della scheda di continuità riabilitativa ospedale/territorio (SMD) con le strutture di riabilitazione dell'Isontino 2. Addestramento del personale dell'Isontino coinvolto nell'utilizzo della scheda di continuità riabilitativa 3. Sperimentazione della scheda di continuità nell'Isontino</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento Obiettivo in comune con Servizio Riabilitativo Aziendale, Referente area Riabilitativa di Gorizia/Monfalcone, SC Riabilitazione Gorizia/Monfalcone, RID NORML</p>	<p>1. Condivisione della scheda entro 30.06.2021 2. Addestramento all'utilizzo SMD entro 15.10.21 3. Sperimentazione SMD a partire dal 15.10.21</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. HUB Stroke Unit (Trieste) in rete con Gorizia – Mantenimento in Emergenza Covid	1. Garantire il trattamento di trombolisi e trombectomie di urgenza in tutti i possibili candidati alla trombolisi e alla trombectomia secondo protocollo clinico afferenti al Pronto Soccorso e provenienti da tutta l'area Giuliano-Isontina 2. Garantire le terapie di urgenza anche ai pazienti Covid Positivi mediante stanza filtro e gestione di emergenza Covid	Direttore e personale in comune con Radiologi della SC Radiologia Interventistica	Database della Clinica e database del Registro Nazionale stroke. Media dei trattamenti 120-140 annui (trombolisi) 40-50 trombectomie
2. Mantenimento della Rete formativa GO e MO per la specialità di Neurologia	1. Collegamento con GO e MO e piano di studi di Neurologia 2. Mantenimento specialità di Neurologia e realizzazione Rete Formativa (Gorizia-Monfalcone) mesi per specializzando documentati Rotazione degli specializzandi presso l' Unità di Gorizia-Monfalcone	Direttore In collaborazione con l'Area Isontina	Riscontro e tutoraggio monitoraggio frequenza con giudizio del Direttore di Gorizia. Piano della scuola di specialità approvato dal Consiglio della Scuola di Specialità con verbale
3. Ambulatorio per pazienti affetti da esiti neurologici da infezione Covid – Emergenza Covid ambulatorio post covid)	Inizio e implementazione dell'ambulatorio per pazienti con esiti di Covid con ambulatorio settimanale collegato con tutte le Unità Covid operative M. infettive, riabilitazione, pneumologia.	Direttore e personale medico	Evidenze della attività come da azione: database della Clinica Neurologica e misurazione mediante registrazione numeri prestazioni cup
4. Mantenere Monitoraggio NCH e Riunione discussione casi clinici	Esecuzione monitoraggi specialistici	Medici (e tecnici di neurofisiologia) In comune con Neurochirurgia	Mantenimento attività 2020 (numero di monitoraggi complessi in NCH compatibilmente con emergenza covid) (referti su G2)
5. Monitoraggio Chirurgia vascolare (cod 8919)	Esecuzione monitoraggi specialistici	Medici (e tecnici di neurofisiologia) In comune con Chirurgia Vascolare	Database del numero dei monitoraggi Codice 8919 sulla cartella superiore a 2020 compatibilmente con emergenza covid Referti su G2
6. Esami di neurofisiologia clinica in emergenza	Richieste dal PS e per urgenze Richieste da Aree Covid per complicanze neurologiche covid	Dirigenti e tecnici neurofisiologia	Esami refertati su G2 100% richieste e referti in G2 (in urgenza dal PS e consulenze aree Covid)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Esami di Neurofisiologia in area Covid – emergenza Covid (pazienti Covid con complicanze neurologiche in fase acuta: crisi epilettiche e neuropatie)			
7. Implementazione percorso per i pazienti con decadimento cognitivo post covid	1.Valutazione da parte dell’ambulatorio per Patologia Neurologica Post Covid di pazienti con pregressa infezione da Covid 2.Valutazione dei pazienti con RM encefalo mediante apparecchiatura 3T	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con la SC di Radiologia	Esecuzione di RM encefalo con apparecchiatura 3T in almeno 15 pazienti inviati dall’ambulatorio per Patologia Neurologica Post Covid
8. Procedure di trombectomia cerebrale per il trattamento dell’ictus ischemico acuto	Effettuazione di CT perfusion e di trombectomia nei pazienti con ictus ischemico acuto eleggibili	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con SSD Radiologia Diagnostica Endovascolare e con SC di Radiologia	Effettuazione di CT perfusion e di trombectomia nel 100% dei pazienti eleggibili
9. Implementazione percorso per i pazienti con decadimento cognitivo da demenza da patologia degenerativa	Implementazione di iter diagnostico di Neuroimaging Funzionale con utilizzo di nuovi traccianti per PET Tac con traccianti per Amiloide nelle Demenze degenerative	Dirigenti In comune con la SSD di Radiologia Nucleare	Effettuazione di PET amiloide con traccianti almeno n 15 pazienti
10. Governo clinico e reti di patologia Creazione di un protocollo operativo ASUGI per la presa in carico riabilitativa di persone con M Parkinson	Individuazione di un gruppo di lavoro ASUGI Stesura protocollo operativo Presa in carico secondo protocollo	Direttore Coordinatori area riabilitativa Dirigenti medici Dirigenti psicologi Comparto (fisioterapisti, TO, logopedisti) Obiettivo in comune con SSD di riabilitazione Territoriale, Referenti area Riabilitativa, SC Riabilitazione Gorizia, SC Cl. Neurologica Trieste	Individuazione del gruppo entro il 31.05.21 e stesura protocollo entro 31.12.2021
11. Gestione emergenza Covid-19 Valutazione delle sequele neurocognitive post infezione Covid 19	1.Creazione protocollo di valutazione neuro cognitiva e psicologica per persone con sequele NPS post Covid 2. Valutazione dei pazienti con sequele neuro cognitive post Covid attraverso il nuovo protocollo di valutazione	Dirigenti psicologi In comune con Riabilitazione	Creazione del protocollo di valutazione entro 01.05.2021 e adozione del protocollo entro 15.05.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12. Gestione emergenza Covid-19 Implementazione consulenze e colloqui con i parenti in telemedicina	1. Incontri mensili di comunicazione della gestione infermieristica e assistenziale post dimissione 2. tele consulto per pazienti disabili che non possono afferire all'ambulatorio	Dirigenti e comparto	Evidenza dell'operatività del servizio: numero di teleconsulti con prescrizione
13. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio
14. Ottimizzazione offerta ospedaliera Ottimizzazione del percorso del paziente affetto da lesione del nervo periferico	Definizione di un documento che riporti le modalità di prenotazione degli esami elettrofisiologici per i pazienti ricoverati o ambulatoriali affetti da lesioni del nervo periferico presso la UCO Clinica Neurologica	Direttori UCO Dirigenti Medici Obiettivo in comune con UCO Clinica Ortopedica	Entro il 31 dicembre stesura di un documento che indichi il percorso di accesso agli esami di elettrofisiologia per i pazienti affetti da lesione del nervo periferico
15.		Direttore	

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Governo clinico e reti di patologia Creazione di un protocollo operativo ASUGI per la presa in carico riabilitativa di persone con M Parkinson	Individuazione di un gruppo di lavoro ASUGI Stesura protocollo operativo Presa in carico secondo protocollo	Coordinatori area riabilitativa Dirigenti medici Dirigenti psicologi Comparto (fisioterapisti, TO, logopedisti) Obiettivo in comune con SSD di riabilitazione Territoriale, Referenti area Riabilitativa, SC Riabilitazione Gorizia, SC Cl. Neurologica Trieste	1. Individuazione del gruppo entro il 31.05.21 e stesura protocollo entro 31.12.2021
16. Gestione emergenza Covid-19 Valutazione delle sequele neurocognitive post infezione Covid 19	1. Creazione protocollo di valutazione neuro cognitiva e psicologica per persone con sequele NPS post Covid 2. Valutazione dei pazienti con sequele neuro cognitive post Covid attraverso il nuovo protocollo di valutazione	Dirigenti psicologi In comune con Riabilitazione	Creazione del protocollo di valutazione entro 01.05.2021 e adozione del protocollo entro 15.05.2021
17. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
18. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento del percorso di inserimento dell'OSS neo assunto /neo inserito	1. Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'operatore socio sanitario (OSS) neo assunto/inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020, che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia. 2. Identificazione degli item di valutazione specifici per la Struttura.	Responsabile Infermieristico di Struttura Obiettivo in comune RID NORMEL	1. Entro aprile sarà identificato lo strumento per la Struttura con l'individuazione degli item specifici di valutazione. 2. Entro Dicembre lo strumento sarà applicato per la valutazione dell'OSS neo assunto.
19. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze	1. Selezionare un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative	Responsabile Infermieristico di Struttura Obiettivo in comune RID NORMEL; SC Direzione Infermieristica	Creazione delle nuove Job Description entro dicembre 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici		

obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	indicatore / risultato atteso/tempo
1. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore e Coordinatore di SC	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
2. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le liste operatorie	Presentare settimanalmente la lista operatoria con attenzione al massimo utilizzo delle sale e nel rispetto delle priorità (oncologiche o di classe A) o con evidenza delle motivazioni di eventuali altri inserimenti in difformità.	Direttore e Coordinatore di SC	Tutte le documentazioni sono complete come da azione
3. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Almeno un incontro mensile per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Medici In comune con Complesso Operatorio e Responsabile DAI e RID	Almeno un incontro mensile per ogni team con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
4. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	Medici In comune con Complesso Operatorio e Medici anestesisti	1. Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio 2. Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
5. Mantenere Monitoraggio NCH e Riunione discussione casi clinici	Esecuzione monitoraggi specialistici	Direttore e Medici In comune con Neurologia	Mantenimento attività 2020 (numero di monitoraggi complessi in NCH compatibilmente con emergenza covid) (referti su G2)
6. Gestione del trauma cranico	Analisi dell'attività svolta con il PS in applicazione del protocollo	NCH PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone	Evidenza di almeno due audit con analisi dei casi e identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo

obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	indicatore / risultato atteso/tempo
7. Estendere l'attività specialistica NCH in tutti i presidi ospedalieri ASUGI	1. Protocollo di collaborazione con Neurologia, Ortopedia, Medicine e Riabilitazione di GOMONF 2. apertura ambulatorio presso gli ospedali di Gorizia Monfalcone per visite a pazienti selezionati o degenti da valutare (anche da post ricovero in NCH)	Medici in collaborazione con Neurologia, Ortopedia, Medicine e Riabilitazione di GOMONF	Evidenza del protocollo come da azione Gli ambulatori sono attivi dal 1 settembre secondo protocollo
8. Gestione del paziente diabetico	Ogni paziente inserito in lista di attesa con diagnosi di diabete deve essere segnalato al team diabetologico ospedaliero	Tutta la Struttura	Il 100% dei pazienti segue il percorso come da azione.
9. Attività scientifica e di ricerca	pubblicazione di almeno 1 lavoro di interesse neurochirurgico	Tutta la Struttura	Evidenza della pubblicazione
10. Aggiornamento/formazione per il personale infermieristico su patologie neurochirurgiche e nursing per pazienti neurochirurgici	Almeno 4 meeting di aggiornamento/formazione su temi relativi all'assistenza infermieristica in NCH. Almeno il 50% dei relatori sono infermieri.	Medici Comparto infermieristico	Evidenza degli incontri, dei temi trattati e del questionario di valutazione finale. <i>(l'obiettivo si intende raggiunto se almeno l'80% del personale infermieristico ha la valutazione finale)</i>
11. Monitoraggio dell'applicazione dell'ebm in nch e audit quadrimestrali delle sue complicazioni infettive e non	audit quadrimestrali con discussione ed evidenza delle procedure messe in atto, se necessarie, per un miglioramento dell'outcome confrontato con i dati della letteratura	Direttore SC	Evidenza delle procedure
12. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020
13. Consolidare le sinergie e la collaborazione ospedale/territorio tramite l'identificazione di una figura professionale responsabile del processo.	1. Identificazione del responsabile del processo 2. Sviluppare e consolidare il rapporto con l'attività distrettuale (TS-GO-Monfalcone) 3. Identificazione di reti e percorsi condivisi	Responsabile Infermieristico di struttura Comparto	1. Entro Marzo identificazione della figura professionale responsabile dei processi 2. Entro giugno formazione del responsabile di processo, individuando ruolo e funzioni tramite la costruzione di una JD
14. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento del percorso di inserimento dell'OSS neo assunto /neo inserito	1. Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'operatore socio sanitario (OSS) neo assunto/inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020, che	Responsabile Infermieristico di Struttura Obiettivo in comune RID NORMEL	1. Entro aprile sarà identificato lo strumento per la Struttura con l'individuazione degli item specifici di valutazione.

obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	indicatore / risultato atteso/tempo
	evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia. 2. Identificazione degli item di valutazione specifici per la Struttura.		2. Entro Dicembre lo strumento sarà applicato per la valutazione dell'OSS neo assunto.
15. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze	1. Selezionare un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura; 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici	Responsabile Infermieristico di Struttura Obiettivo in comune RID NORMEL; SC Direzione Infermieristica	Creazione delle nuove Job Description per la S.C. Neurochirurgia, entro dicembre 2021
16. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	indicatore / risultato atteso/tempo
	mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) 1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Migliorare la compliance nel trattamento riabilitativo delle persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario</p>	<p>1. Analisi degli opuscoli informativi sulle norme igienico comportamentali e gli esercizi per persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario in uso presso le SC Riabilitazione ospedaliere e le SSD di Riabilitazione Territoriali dell'Area Giuliano-Isontina 2. Stesura di un unico opuscolo informativo da utilizzare in tutta l'area Giuliano-Isontina e da inserire nel PDTA esistente</p>	<p>Direttore Coordinatori area riabilitativa Dirigenti Medici Comparto (Fisioterapisti)</p> <p>Obiettivo in comune con SSD Riabilitazione Distrettuali, Servizio Riabilitativo Aziendale, S.C. Riabilitazione Gorizia/Monfalcone</p>	<p>Elaborazione dell'opuscolo e pubblicazione sul sito internet entro il 01.12.2021</p>
<p>2. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) 1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore</p>	<p>1. Condivisione della scheda di continuità riabilitativa ospedale/territorio (SMD) con le strutture di riabilitazione dell'Isontino 2. Addestramento del personale dell'Isontino coinvolto nell'utilizzo della scheda di continuità riabilitativa 3. Sperimentazione della scheda di continuità nell'Isontino</p>	<p>Coordinatori area riabilitativa</p> <p>Obiettivo in comune con Servizio Riabilitativo Aziendale e Referente area Riabilitativa di Gorizia/Monfalcone, SC Riabilitazione Gorizia, RID NORML</p>	<p>1. Condivisione della scheda entro 30.06.2021 e addestramento all'utilizzo SMD entro 15.10.21 2. Sperimentazione SMD a partire dal 15.10.21</p>
<p>3. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione) 1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI) Creazione di un protocollo operativo ASUGI per la presa in carico riabilitativa di persone con M. Parkinson</p>	<p>1. Individuazione di un gruppo di lavoro ASUGI 2. Stesura protocollo operativo</p>	<p>Direttore Coordinatori area riabilitativa Dirigenti Medici e Psicologi Comparto (Fisioterapisti, Terapisti Occupazionali, Logopedisti)</p> <p>Obiettivo in comune con SSD Riabilitazione Distrettuali, Servizio Riabilitativo Aziendale, Referente area Riabilitativa di Gorizia/Monfalcone, SC Riabilitazione Gorizia/Monfalcone e S.C. Clinica Neurologica</p>	<p>Individuazione del gruppo entro il 31.05.21 e stesura protocollo entro 31.12.2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Gestione emergenza Covid (linee di gestione) Revisione offerta riabilitativa in rapporto ai nuovi bisogni</p>	<p>1. Analisi delle procedure e percorsi esistenti rilevando le criticità che si sono manifestate nel periodo pandemico. 2. Rilevazione dei nuovi bisogni riabilitativi determinati dagli esiti del Covid 19. 3. Analisi dei percorsi / procedure in essere per dare risposta ai bisogni emergenti.</p>	<p>Direttore Coordinatori area riabilitativa</p> <p>Obiettivo in comune con Servizio Riabilitativo Aziendale</p>	<p>Disponibilità del documento di analisi entro 30.11.2021</p>
<p>5. Rapporti con gli utenti Migliorare la compliance nel trattamento riabilitativo delle persone con deficit del VII nervo cranico</p>	<p>1. Stesura di un opuscolo informativo di norme igienico comportamentali e di esercizi per con deficit del VII nervo cranico 2. Pubblicazione su sito internet 3. Consegna dell'opuscolo a tutte le persone con deficit del VII nervo cranico prese in carico dalla SC Riabilitazione</p>	<p>Direttore Coordinatori area riabilitativa Comparto (fisioterapisti)</p>	<p>1. Elaborazione dell'opuscolo e pubblicazione sul sito internet entro 31.05 2020 2. Distribuzione dell'opuscolo al 100% dei pazienti con deficit del VII nervo cranico presi in carico dalla SC Riabilitazione dal 15.06.2020</p>
<p>6. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento del percorso di inserimento dell'OSS neo assunto /neo inserito</p>	<p>1.Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'operatore socio sanitario (OSS) neo assunto/inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020, che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia. 2.Identificazione degli item di valutazione specifici per la Struttura.</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Struttura</p> <p>Obiettivo in comune con RID NORML</p>	<p>1. Entro aprile sarà identificato lo strumento per la Struttura con l'individuazione degli item specifici di valutazione. 2. Entro Dicembre lo strumento sarà applicato per la valutazione dell'OSS neo assunto.</p>
<p>7. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei coordinatori infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze</p>	<p>1. Selezionare un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura;</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Struttura</p> <p>Obiettivo in comune con RID NORML; SC Direzione Infermieristica</p>	<p>Creazione delle nuove Job Description per la SC Riabilitazione, entro dicembre 2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori infermieristici		
8. 11. Rischio clinico (punto di programmazione ASUGI) Individuazione di una scala appropriata nella valutazione del rischio cadute in riabilitazione	1.Verifica dei livelli di sensibilità, specificità e predittività delle scale Conley e Schmidt sui pazienti ricoverati in riabilitazione allo scopo di individuare la scala maggiormente adattabile al contesto riabilitativo nel prevedere il rischio di caduta. 2. Adozione della scala individuata	Responsabile Infermieristico di Struttura Comparto (area infermieristica)	1. Analisi dei dati ed individuazione della scala più idonea entro 01.09.2021 2. Valutazione di tutti i pazienti ricoverati presso la SC Riabilitazione a partire dal 01.10.21 con la scala individuata (Fonte: cartella clinica)
9. 1. Gestione emergenza Covid-19 Valutazione delle sequele neuro cognitive post infezione Covid 19	1.Creazione protocollo di valutazione neuro cognitiva e psicologica per persone con sequele NPS post Covid 2. Valutazione dei pazienti con sequele neuro cognitive post Covid attraverso il nuovo protocollo di valutazione	Dirigenti psicologi Obiettivo in comune con S.C. Clinica Neurologica	1. Creazione del protocollo di valutazione entro 01.05.2021 2. Invio da parte della S.C. Clinica Neurologica alla S.C. di Riabilitazione di tutti i pazienti con sequele NPS post Covid visitate c/o l'ambulatorio dedicato 3. Adozione del protocollo entro 15.05.2021
10. 6.1 Attività ospedaliera Rispetto dei tempi di attesa (linee di gestione) Mantenimento dell'attività di urodinamica in concomitanza alla quiescenza dell'attuale figura professionale dedicata	1.Individuazione della nuova figura professionale che andrà a sostituire la quiescenza 2.Inserimento e formazione dell'infermiere dedicato all'ambulatorio di urodinamica	Responsabile Infermieristico di Struttura Comparto (area infermieristica)	Da dicembre 2021 autonomia del professionista individuato nella gestione dell'ambulatorio di urodinamica
11. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento delle Job Description dei coordinatori di area riabilitativa nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze	1. Selezionare un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le competenze che possono essere peculiari a singole Unità Operativa	Coordinatori Area Riabilitativa Obiettivo in comune con Servizio Riabilitativo Aziendale	Creazione delle nuove Job Description per i coordinatori di Area Riabilitativa entro dicembre 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei coordinatori		
12. Approccio multidisciplinare al paziente cardiopatico sottoposto a protocolli di riabilitazione	1. Rivalutare ed aggiornare i protocolli di riabilitazione in uso nel DAI 2. prevedere procedure d'intervento integrate tra i fisioterapisti di area pneumologica e cardiologica 3. prevedere procedure d'intervento integrato con i fisioterapisti della S.C. di Riabilitazione	Comparto Area Riabilitativa Coordinatori S.C. di Riabilitazione Obiettivo in comune con RID in collaborazione con PO, Responsabili infermieristici di cardiologia, CCV, Pneumologia e Cardiochirurgia	1. Documenti aggiornati entro 31.12.2021 2. Almeno due incontri nell'anno fra i Team riabilitativi multidisciplinari 3. Stesura di un documento/scheda multidisciplinare di presa in carico del paziente
13. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2021 pari al tetto 2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Formalizzazione dell'ambulatorio medicazioni della SC di Ortopedia e Traumatologia finalizzato al mantenimento degli standard secondo le indicazioni aziendali atte ad ottimizzare i tempi di attesa	1. Stabilizzazione delle attività del nuovo ambulatorio medicazioni c/o l'ospedale Maggiore 2. Riorganizzare le risorse del personale afferenti alla struttura 3. Riprogrammazione delle liste di attesa e apertura di una nuova agenda Cup	Responsabili Infermieristici di struttura Comparto	1. Mantenimento dell'attività del nuovo ambulatorio medicazioni c/o l'ospedale Maggiore 2. Evidenza della riorganizzazione delle risorse del personale afferente alla struttura in relazione alle nuove necessità 3. Riprogrammazione delle liste di attesa e apertura di una nuova agenda Cup 4. Evidenza della riduzione dei tempi di attesa
2. Rapporto con pazienti e famigliari nelle attività di ricovero Agevolare l'adesione alle cure post-dimissione	1. Revisione dell'opuscolo informativo/educativo rivolto al paziente dimesso con tutore 2. Introduzione nelle attività di reparto del nuovo strumento di lavoro	Responsabili Infermieristici di struttura Comparto (infermieri)	1. Revisione dell'opuscolo entro aprile 2021 2. Somministrazione dell'opuscolo al 90% delle persone dimesse con tutore da maggio 2021
3. Mantenimento e gestione emergenza epidemiologica Covid-19	Costruzione di una procedura che identifichi il percorso del paziente covid+ in post ricovero per completamento diagnostico e clinico	Direttore Dirigenza Medica Responsabili Infermieristici di struttura Comparto	Stesura del protocollo entro 1 luglio Applicazione del protocollo (fonte registro di sala gessi)
4. Implementazione del percorso di Ortoplastica: Integrazione della Chirurgia Vascolare nel protocollo interno ortoplastico di gestione delle fratture esposte	All'interno del protocollo diagnostico-terapeutico assistenziale redatto per la gestione delle fratture esposte dell'arto inferiore, inserimento della gestione della Chirurgia Vascolare per le lesioni vascolari dell'arto inferiore associate alle fratture esposte gussto III b e C.	Dirigenza Direttori di SC In comune con Chirurgia Plastica e Chirurgia Vascolare	Aggiornamento del documento creato l'anno precedente e evidenza delle azioni conseguenti
5. Protocollo profilassi antibiotica nelle fratture esposte dell'arto inferiore	Analisi della letteratura e dei dati di infezione locale, al fine di produrre un documento condiviso per la profilassi antibiotica e la gestione infettivologica delle fratture esposte dell'arto inferiore.	Direttori di SC Dirigenza In comune con Malattie Infettive e Chirurgia Plastica Ricostruttiva	Creazione di un documento condiviso con le indicazioni operative per la profilassi antibiotica nelle fratture esposte entro 31 dicembre.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Informazione sui trattamenti e rapporti con i pazienti	1. Redazione di un consenso informato indipendente per i trattamenti infiltrativi in regime ambulatoriale 2. Introduzione del consenso nella pratica clinica	1 Direttore SC 2 Dirigenti medici 3 Comparto	1 Stesura del modulo di consenso entro il 31 luglio 2 Dal 1 agosto introduzione del modulo nella pratica clinica ambulatoriale e di sala gessi e archiviazione dei consensi raccolti in ambulatorio ed in sala gessi
7. Ottimizzazione offerta ospedaliera. Ottimizzazione del percorso di cura in post dimissione per pazienti con osteoporosi secondaria a patologia endocrina (es. iperparatiroidismo primitivo)	1. Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS iEndocrinologia e la UCO di Ortopedia e SC Medicina Interna (Ambulatori osteoporosi) 2. Creazione di una Agenda CUP condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche	Strutture coinvolte: SS Endocrinologia (afferente alla SC Medicina Clinica) UCO di Ortopedia (Ambulatorio osteoporosi) SC di Medicina interna (Ambulatorio osteoporosi) Prof. Bruno Fabris (Direttore UCO di Medicina Clinica Dr.ssa Stella Bernardi (SS di Endocrinologia) Dr.ssa Veronica Calabrò (SS di Endocrinologia) Dr.ssa Giulia Zuolo (SS di Endocrinologia) Prof. Murena (Direttore UCO Clinica Ortopedica) Dr.ssa Chiara Ratti (Ambulatorio osteoporosi/UCO Clinica Ortopedica) Dr. Dario Bianchini (Direttore SC Medicina Interna) Dr.ssa Monica Cravatari (Ambulatorio osteoporosi/SC Medicina Interna Personale infermieristico Ambulatori osteoporosi e Ambulatori endocrinologia	Stesura del protocollo. Scadenza: 31 maggio 2021 Attivazione agenda CUP condivisa tra SS di Endocrinologia e UCO Clinica ortopedica (Ambulatorio osteoporosi) e SC Medicina Interna (Ambulatorio osteoporosi). Scadenza: 30 giugno 2021 Tempi di attesa tra richiesta di erogazione della visita ed esecuzione visita compresi tra 7 e 15 giorni in base alle necessità cliniche.
8. Ottimizzazione offerta ospedaliera Ottimizzazione del percorso di cura in post dimissione per pazienti con frattura da fragilità	Creazione di un documento che riporti il percorso di accesso all'esame DEXA per i pazienti trattati per frattura da fragilità presso il reparto Clinica Ortopedica Traumatologica- ASUGI, con inclusi criteri di inclusione ed esclusione secondo buona pratica clinica	Direttori Dirigenza medica Strutture coinvolte: SC Medicina Nucleare UCO di Ortopedia e Traumatologia	Entro 31 luglio stesura del documento Ad agosto attivazione del percorso

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Scuola Di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia: distribuzione degli Specializzandi in rete formativa nelle strutture di ASUGI	Invio di Specializzandi presso le Strutture della rete formativa della Scuola di Ortopedia e Traumatologia appartenenti ad Asugi nel corso del corrente anno	Direttore	Nel 2021 invio in modo continuativo di almeno uno specializzando (nella forma di specializzando o specializzando con incarico di strutturato) sotto il tutoraggio del Direttore di SC di Ortopedia di Gorizia\Monfalcone.
10. Ottimizzazione offerta ospedaliera Ottimizzazione del percorso del paziente affetto da lesione del nervo periferico	Definizione di un documento che riporti le modalità di prenotazione degli esami elettrofisiologici per i pazienti ricoverati o ambulatoriali affetti da lesioni del nervo periferico presso la UCO Clinica Neurologica	Direttori UCO Dirigenti Medici Obiettivo in comune con UCO Clinica Neurologica	Entro il 31 dicembre stesura di un documento che indichi il percorso di accesso agli esami di elettrofisiologia per i pazienti affetti da lesione del nervo periferico
11. Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	I pazienti in lista di attesa - classe A - per l'intervento di protesi d'anca vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione	Direttore di SC Tutta la SC SC Clinica Ortopedica	% dimissioni con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; Fonte dati: SDO Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021 (da riportare alle indicazioni organizzative aziendali legate all'emergenza covid)
12. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore di SC Tutta la SC SC Clinica Ortopedica	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attesa in ADT Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
13. Assistenza ospedaliera (linee gestione FVG)	Indicatori attività ospedaliera: Frattura di femore	Direttore di SC Tutta la SC In comune con anestesisti di sala	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) dei casi trattati dal presidio ospedaliero (da riportare alle indicazioni organizzative aziendali legate all'emergenza covid)
14. Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: ottimizzazione dell'attività di sala operatoria con attenzione alla collaborazione multiprofessionale	Almeno un incontro mensile per ogni team (organizzato dagli infermieri di sala) con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate	Medici In comune con Complesso Operatorio e Responsabile DAI e RID	Almeno un incontro mensile per ogni team con evidenza degli argomenti trattati e delle azioni di miglioramento concordate
15.	Definizione dei tempi di inizio dell'attività chirurgica (incisione) con attenzione alle	Medici	Definizione concordata orario inizio e tempistiche di cambio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Migliorare le performance aziendali relativamente ai tempi di attesa chirurgici (oncologici e di classe A) e agli obiettivi regionali: le tempistiche di sala	preparazioni semplici e a quelle complesse. Definizione delle tempistiche per i cambi di paziente a seconda delle situazioni Rispetto della tempistica stabilita	In comune con Complesso Operatorio e Medici anestesisti	Rispetto (salvo situazioni di emergenza) nell'80% dei casi
16. Valorizzazione delle professioni. Aggiornamento del percorso di inserimento dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) neo-assunto/neo-inserito	1. Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'OSS neo-assunto/neo-inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020, che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neo-assunto per il raggiungimento dell'autonomia. 2. Identificazione degli item di valutazione specifici per la Struttura	Responsabile Infermieristico di Struttura Obiettivo in comune RID NORMEL	Entro aprile sarà identificato lo strumento per la Struttura con l'individuazione degli item specifici di valutazione Entro dicembre lo strumento sarà applicato per la valutazione dell'OSS neo-assunto/neo-inserito
17. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei Responsabili Infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze	1. Selezionare un gruppo di lavoro per individuare ed aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura. 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura. 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei Responsabili Infermieristici	Responsabile Infermieristico di Struttura Obiettivo in comune RID NORMEL; SC Direzione Infermieristica	Creazione delle nuove Job Description per la SC Medicina del Lavoro, entro dicembre 2021
18. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate $\geq 80\%$ 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Performance della SC (UCO) Medicina del Lavoro</p>	<p>1. Verifica dell'appropriatezza delle procedure diagnostiche e della relazione causa-effetto nelle denunce di neoplasia professionale. 2. Mantenimento della regolare periodicità della sorveglianza sanitaria dei dipendenti ASUGI come stabilito dal DLgs. 81/2008 (Testo Unico) e dal DLgs 101/2020 (Radioprotezione sanitaria). 3. Controllo della trasmissione al COR e invio al ReNaM dei dati/schede relativi ai mesoteliomi maligni nella Regione FVG.</p>	<p>Direttore (Prof.ssa Francesca Larese Filon)</p>	<p>1. Monitoraggio e validazione delle denunce di malattie professionali e del referto giudiziario per neoplasie lavoro-correlate aventi rilevanza penale per il datore di lavoro, con descrizione analitica della casistica al 31.12.2021 sulla base dei registri interni implementati presso l'ambulatorio ex-esposti ad amianto e gli ambulatori dei medici competenti e medici autorizzati per la radioprotezione 2. Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro 3. Monitoraggio trimestrale delle procedure di sorveglianza sanitaria preventiva e periodica. 4. Invio al ReNaM delle schede mesoteliomi entro il 31.12.2021</p>
<p>2. Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione ed il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino – valutazione della copertura vaccinale e/o anticorpale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza negli operatori sanitari. Vaccinazione anti Covid-19</p> <p>(Favorire la copertura vaccinale attraverso sistemi di comunicazione innovativi ed iniziative di miglioramento dell'offerta vaccinale)</p>	<p>Nel corso della sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari di nuova assunzione e in visita periodica: 1. valutare la copertura vaccinale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella, HBV e/o valutare la risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella, HBV 2. valutare la risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale (ove previsto) 3 valutare la copertura vaccinale e/o la risposta sierologica nei confronti di Sars-CoV-2 4. azione di counselling per aumentare la copertura vaccinale anti COVID-19</p>	<p>Dirigenza e Comparto</p> <p>Obiettivo da attuare in collaborazione con: dott.ssa Maria Peresson, medico competente territoriale dott.ssa Antonella Detoni, medico competente area isontina</p>	<p>1. Entro dicembre 2021 analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella, HBV e risposta ai test TBC riguardanti i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno. 2. Entro dicembre 2021 analisi dei risultati dello stato di copertura vaccinale e anticorpale nei confronti di Sars-CoV-2 nei lavoratori di ASUGI: eventuali interventi di counselling finalizzati alla promozione della vaccinazione negli operatori sanitari di ASUGI.</p> <p>Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Attività di pianificazione derivanti dalle attribuzioni della SC(UCO) Medicina del Lavoro in materia di sorveglianza sanitaria e radioprotezione nell'ambito di ASUGI-Area Ospedaliera Giuliana e dell'Università degli Studi di Trieste (ASUITs) (Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi)</p>	<p>1 Attività di pianificazione e organizzazione propedeutiche alle visite di sorveglianza sanitaria previste dai D.Lgss 81/2008 e 101/2020 per i soggetti afferenti ad ASUGI Area Ospedaliera Giuliana, rientranti nella definizione di lavoratore come dai decreti citati. Collaborazione con l'area Isontina e territoriale</p> <p>2 Sorveglianza sanitaria, prevenzione e controllo della esposizione ad agenti biologici, gestione degli infortuni derivanti dall'esposizione ad agenti biologici dei dipendenti ASUGI - AREA GIULIANA. Collaborazione con l'area Isontina e territoriale</p>	<p>Dirigenza e Comparto</p> <p>Obiettivo da attuare in collaborazione con: dott.ssa Maria Peresson, medico competente territoriale, dott.ssa Antonella Detoni, medico competente area isontina</p>	<p>Verifica dell'attuazione delle procedure di sorveglianza sanitaria e radioprotezione al dicembre 2021</p> <p>Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro</p>
<p>4. Sorveglianza sanitaria e screening per SARS-Cov-2 degli studenti dei CdLM di Medicina-Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria, dei CdL triennali delle Professioni Sanitarie e delle Scuole di Specializzazione di Area Medica, afferenti al I anno di corso</p>	<p>Presenza in carico dei programmi e protocolli sanitari già implementati negli anni accademici precedenti.</p>	<p>Comparto</p>	<p>Garantire il 100% dell'esecuzione degli accertamenti sanitari inseriti nei protocolli e preparatori alla visita medica del Medico Competente</p> <p>Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro</p>
<p>5. Mantenimento delle procedure di sorveglianza sanitaria (DLgs 81/2008) per i dipendenti del Comune di Trieste sulla base della Convenzione tra Comune di Trieste e ex-ASUITs di cui al decreto ASUITs n. 997 dd. 12/12/2018</p>	<p>Mantenimento dei programmi e protocolli sanitari per la sorveglianza sanitaria preventiva, periodica, e straordinaria dei dipendenti comunali (circa 2600 unità).</p>	<p>Dirigenza e Comparto</p>	<p>Garantire la regolare periodicità della sorveglianza sanitaria e l'esecuzione degli accertamenti sanitari inseriti nei protocolli e preparatori alla visita medica preventiva o periodica del Medico Competente</p> <p>Base dati: registro UCO Medicina del lavoro</p>
<p>6. Emergenza epidemiologica COVID-19</p>	<p>Ottemperare agli obblighi di invio di Primo Certificato di Infortunio Lavorativo dei dipendenti ASUGI-Area Giuliana risultati COVID-19 positivi.</p>	<p>Dirigenza e Comparto Medici in formazione Specialistica</p>	<p>Invio dei Certificati di infortunio lavorativo nel 100% dei soggetti diagnosticati nell'ambito degli accertamenti previsti in ASUGI – Area Giuliana</p>
<p>7.</p>	<p>1</p>		<p>1</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Percorso Socio-Sanitario Assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad amianto nella Regione FVG di cui al DGR 250/2016.</p> <p>Partecipazione ai momenti informativi predisposti dalla Direzione Centrale Salute ed in collaborazione con UCO Medicina del Lavoro – Trieste</p> <p>(Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi)</p>	<p>Mantenimento del percorso socio sanitario ed assistenziale già adottato a livello intraospedaliero presso l'Ambulatorio per le malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto con codice D01 ed E01 o altri codici di esenzione, comprensive di visita medica, valutazione della funzionalità ventilatoria e diagnostica per immagini su indicazione del medico valutatore.</p> <p>2</p> <p>Partecipazione alla Commissione Regionale Amianto e alle iniziative informative in tema di amianto promosse dalla Regione FVG</p>	<p>Dr.ssa Paola De Michieli Comparto In comune con Prof. Corrado Negro Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI (collaborazione giuliano-isontina per ambulatorio malattie respiratorie in ex-esposti all'amianto). AS Antonella Devetti Paola Gabrielli, Dirigente Chimico</p>	<p>Mantenimento del volume di attività dell'ambulatorio delle malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto, con riferimento all'anno 2020. Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro 2 Mantenimento dei tempi di attesa in 15 giorni (UCO di Medicina del Lavoro), o 30 giorni (CRUA) dalla prenotazione per l'esecuzione delle visite nel 80% dei richiedenti, fatto salvo che non sia lo stesso assistito a chiedere visite oltre tale timing massimo. 3 Statistica epidemiologica del complesso dell'attività di sorveglianza sanitaria per ex-esposti all'amianto svolta da UCO Medicina del Lavoro e CRUA in ambito ASUGI.</p>
<p>8. Collaborazione con la SC(UCO) Clinica Urologica (Prostate Unit) finalizzata all'emersione dei tumori professionali (Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi)</p>	<p>1. Somministrazione del questionario con item dedicati ai fattori di rischio occupazionali per tumore della prostata e della vescica 2. Esecuzione delle visite finalizzate all'accertamento dell'origine professionale della patologia tumorale</p>	<p>Dr.ssa Francesca Rui In comune con Prof. Corrado Negro</p>	<p>1 Archiviazione dei dati personali, occupazionali e ambientali del questionario e analisi statistico-epidemiologica della possibile associazione tra neoplasia di prostata e vescica e fattori di rischio. 2 Garantire il 100% delle visite richieste e finalizzate ad eventuale invio del primo certificato di malattia professionale</p>
<p>9. Politiche e interventi di prevenzione mirati e strategie di work life balance tra differenze di genere, reinserimento lavorativo e invecchiamento della popolazione (PROGRAMMA CCM 2019 AZIONI CENTRALI INAIL)</p>	<p>Contribuire alla diffusione delle conoscenze sulla tematica active ageing/productive ageing, in particolare favorendo l'utilizzo del Work Ability Index (WAI) utilizzato con successo a livello internazionale, anche al fine di analisi prospettiche sull'efficacia degli interventi e</p>	<p>Referente Regione FVG: dott. Federico Ronchese, in collaborazione con i Medici Competenti ASUGI e del Comune di Trieste</p> <p>Referente dell'Azione Centrale- Inail – Dipartimento medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale:</p>	<p>1 Somministrazione di 500 questionari Work Ability Index (WAI) nel personale afferente alle visite di sorveglianza sanitaria 2 Risultati della somministrazione WAI in casistiche di lavoratori del settore sanitario e pubblica amministrazione:</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	nell'ottica dell'impatto sull'attuale sistema prevenzionale.	Dr.ssa Benedetta Persechino	programmazione di un webinar sulla tematica "age management" Base dati: registro UCO Medicina del lavoro
10. Didattica/Tutoraggio degli studenti nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale (Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi e Rilanciare la ricerca, l'innovazione organizzativa e la didattica di alto profilo, in collaborazione con l'Università degli Studi di Trieste)	Mantenimento delle ore di docenza istituzionale dei Professori Universitari (120 ore/anno) e dei Dirigenti Ospedalieri presso i Corsi di Studio Magistrali e Triennali e le Scuole di Specializzazione di Area Medica in UniTs e UniUd, nonché del tutoraggio degli studenti del Corsi di Laurea Magistrali in Medicina-Chirurgia e Odontoiatria, Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie con sede autonoma in UniTs o InterAteneo con UniUd. Attivazione rete formativa degli specialisti in formazione con Gorizia/Monfalcone ed Ex territorio	Direttore (Prof.ssa Francesca Larese Filon) Dirigenza Obiettivo da attuare in comune con: dott.ssa Maria Peresson, Daniela Barbierato, Sara Piccolo medici competenti territoriali ASUGI dott.ssa Antonella Detoni, medico competente area isontina	1 Registri ufficiali delle attività didattiche forniti dai Corsi di Studio. 2 Documentazione della presenza di studenti e medici specializzandi presso l'UCO di Medicina del Lavoro. 3 Rotazione degli specializzandi nella rete formativa Monfalcone/Gorizia/Ex territorio
11. Attività di ricerca scientifica nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale	Produzione di almeno 3 studi/anno pubblicati su peer-reviewed journal	Dirigenza	Verifica della produzione scientifica nei database Scopus e/o WoS (Web of Science).
12. Gestione dell'emergenza COVID (Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi)	Organizzazione ed esecuzione della sorveglianza attiva, compresa l'identificazione dei casi, dei lavoratori della ASUGI-Area Giuliana in relazione all'emergenza COVID-19.	Dirigenza In collaborazione per l'Area Isontina: dott.ssa Antonella Detoni, Medico Competente- area Isontina	Raccolta dei dati epidemiologici relativi all'infezione da COVID-19 negli operatori sanitari al fine di identificare le condizioni di rischio e attuare misure di prevenzione adeguata. Preparazione relazione epidemiologica al 31.12.2021
13. Gestione dell'emergenza COVID	Organizzazione ed esecuzione delle procedure inerenti alla realizzazione dello studio "Risposta anticorpale anti-Sars-CoV-2 negli Operatori Sanitari dell'ASUGI vaccinati"	Comparto Collaborazione: prof. Corrado Negro	Garantire la regolare periodicità degli accertamenti sanitari inseriti nel protocollo e preparatori alla realizzazione dello studio (valutazione risposta anticorpale IgG)
14. Sviluppo di programmi dedicati al benessere degli operatori - coordinamento	1. Percorso formativo per la diffusione dei risultati del progetto sperimentale "Aver cura di chi ci ha curato"	1. dott. Federico Ronchese 2. Prof.ssa Francesca Larese Filon	Entro dicembre 2021, analisi dei dati derivanti dalla somministrazione del questionario Maslach Burnout Inventory (MBI), questionario di 22 item, ognuno con

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
della rete regionale Health Promoting Hospitals & Health Services-HPH (Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi e Promuovere corretti stili di vita)	2. Sviluppo di programmi ed indagini volte a valutare e a dare elementi concreti di conoscenza sulla misurazione dell'impatto dello stress nel personale sanitario in epoca di pandemia	In collaborazione con: dott.ssa Luisa Dudine e dott.ssa Michela Mottica, psicoghe dott.ssa Maria Peresson, dott.ssa Antonella Detoni, Medici Competenti	6 gradi di risposta su scala Likert, atto a valutare il livello di burn-out di un individuo – analisi dei dati con programma statistico e relazione cartacea Base dati: UCO Medicina del Lavoro – Excel
15. Miglioramento dell'efficacia ed efficienza della Sorveglianza Sanitaria in relazione ai rischi specifici, data la peculiare attività prevista dagli operatori del settore pubblico. (Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi)	Protocollo di sorveglianza sanitaria per le pubbliche amministrazioni del Friuli Venezia Giulia convenzionate ASUGI	UCO Medicina del Lavoro SS di Medicina del Lavoro (dr.ssa Daniela Barbierato e Dr. Sara Piccolo)	Protocollo comune da redigere entro il 31.12.2021
16. Realizzare percorsi di formazione e aggiornamento	FSC di 2 operatori per l'addestramento all'esecuzione di spirometrie semplici, globali e diffusioni alveolocapillari e gestione dell'ambulatorio di Fisiopatologia respiratoria professionale. Addestramento all'esecuzione di audiometrie tonali e impedenzometrie nei lavoratori esposti a rumore di tipo professionale. Esecuzione di test epicutanei (Prick Test)	Comparto	Autonomia nell'esecuzione di audiometrie, spirometrie e prick test al 31.12.2021
17. Valorizzazione delle professioni. Aggiornamento del percorso di inserimento dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) neo-assunto/neo-inserito	1. Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'OSS neo-assunto/neo-inserito mediante l'utilizzo dello strumento guida e di monitoraggio, già costruito nel 2020, che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neo-assunto per il raggiungimento dell'autonomia. 2. Identificazione degli item di valutazione specifici per la Struttura	Responsabile Infermieristico di Struttura Obiettivo in comune RID NORMEL	Entro aprile sarà identificato lo strumento per la Struttura con l'individuazione degli item specifici di valutazione Entro dicembre lo strumento sarà applicato per la valutazione dell'OSS neo-assunto/neo-inserito

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
18. Valorizzazione delle professioni Aggiornamento delle Job Description degli infermieri e dei Responsabili Infermieristici nell'ottica del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze	1. Selezionare un gruppo di lavoro per individuare ed aggiornare le competenze base trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari per la singola Struttura. 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative infermieristiche all'interno di ciascuna Struttura. 3. Creare uno strumento aggiornato per la definizione delle posizioni lavorative dei Responsabili Infermieristici	Responsabile Infermieristico di Struttura Obiettivo in comune RID NORMEL; SC Direzione Infermieristica	Creazione delle nuove Job Description per la SC Medicina del Lavoro, entro dicembre 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Revisione e adeguamento continuo dell'offerta diagnostica ai nuovi bisogni e alla richiesta dettata dall'evoluzione pandemica da SARS CoV2 in coerenza con le esigenze clinico assistenziali ed epidemiologiche, aree giuliana e isontina.</p>	<p>Analisi, sperimentazione, introduzione e sviluppo di soluzioni tecnico-professionali innovative.</p> <p>Interazione con Clinici, Direzione strategica ASUGI, Direzione Centrale Salute, Protezione Civile, Industria.</p> <p>Coordinamento e attribuzione attività alle SS.CC/UCO Dipartimentali su diagnosi diretta e indiretta di SARS-CoV-2 (sierologia, RT-PCR, sequenziamento) nell'Aree giuliana e isontina</p>	<p>Direttore Dipartimento</p>	<p>Relazione con evidenza delle innovazioni introdotte.</p>
<p>2. Adeguare la risposta operativa dell'offerta diagnostica, ai bisogni e alla domanda dettata dall'evoluzione pandemica da SARS CoV 2, in coerenza con le esigenze clinico assistenziali ed epidemiologiche, aree giuliana e isontina.</p>	<p>Monitoraggio continuo dei flussi di attività molecolare sulle tre sedi di esecuzione, SC Microbiologia e Virologia Cattinara, SC Igiene e Sanità Pubblica Maggiore, SC Laboratorio Unico Monfalcone.</p> <p>Monitoraggio dei tempi di risposta, monitoraggio e redistribuzione dei campioni tra i Laboratori di ASUGI in relazione ai carichi di lavoro, evitando code con ritardi di refertazione.</p> <p>Rimodulazione continua del sistema dei trasporti, valutazione permanente dei carichi di lavoro degli operatori, revisione costante della turistica con sperimentazione di modelli innovativi e flessibili, gestione dinamica del personale tra le tre sedi di biologia molecolare dell'area giuliano-isontina.</p>	<p>Responsabile Tecnico Sanitario Dipartimentale</p>	<p>90% dei test molecolari refertati nelle 24 ore: TAT calcolato dal check-in del campione in Laboratorio alla pubblicazione del referto.</p>
<p>3.</p>	<p>Creazione di un percorso diagnostico condiviso con la UCO di Clinica Oculistica, SC Oculistica Monfalcone-Gorizia e con la</p>	<p>Dirigenti Medici e SPTA della SC Microbiologia e Virologia UCO Igiene e SanitàPubblica</p>	<p>Produzione di un documento condiviso che delinea chiaramente i percorsi e le</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Ottimizzazione delle procedure diagnostiche di laboratorio per la gestione delle patologie infettive della cornea	SC Igiene e Sanità Pubblica per implementare le procedure di prelievo e di analisi dei campioni	UCO di Clinica Oculistica SC Oculistica Monfalcone-Gorizia	procedure di diagnosi nelle cheratopatie infettive e attivazione degli stessi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Screening regionale del cervico-carcinoma</p> <p>1. Implementazione delle chiamate dello screening regionale del cervico-carcinoma. -Recuperare gli inviti non effettuati nel 2020 a causa della sospensione per emergenza COVID</p> <p>2. Assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV-DNA come test primario alla classe d'età 41-64 anni.</p> <p>3. Configurazione CUPWEB per i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello</p> <p>4. Monitoraggio delle donne vaccinate/non vaccinate HPV Gorizia e Monfalcone coorte 1993, 1994 e 1995</p>	<p>1. A causa dell'emergenza pandemica nel 2020 si è avuto un rallentamento delle chiamate per effettuare l'esame di screening cervicale, per recuperare si attivano delle sedute di prelievo extra agenda in cui verranno effettuati Pap test e Hpv test.</p> <p>2. Dal 1 luglio 2021 verranno chiamate le donne di età compresa 41 -64 ad effettuare il test diretto alla ricerca molecolare del virus HPV ad alto rischio.</p> <p>3. Gli ambulatori di prelievo del II livello dispongono delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello ma devono poter essere utilizzate anche per l'invio al laboratorio unico regionale ASUGI per gli esami del secondo livello.</p> <p>4. Monitoraggio delle donne vaccinate/non vaccinate HPV Gorizia e Monfalcone coorte 1993, 1994 e 1995 relativamente al riscontro di lesioni cervicali al Pap Test in fase liquida e la presenza del virus HPV.</p>	<p>1. Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto in collaborazione con Responsabile e Segreteria Pap test di screening di ASUGI</p> <p>2. Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto</p> <p>3. Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto in collaborazione con INSIEL IRCS Burlo Garafolo ambulatorio di colposcopia SC Ostetricia e Ginecologia Gorizia e Monfalcone</p> <p>4. Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto in collaborazione con SC Ostetricia e Ginecologia Gorizia e Monfalcone Dipartimento di Prevenzione Centro unico Vaccinale ASUGI</p>	<p>1. Si garantisce l'esecuzione e l'evasione del referto per il 100% del recupero degli inviti non effettuati nel 2020 entro giugno 2021 senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista per il 2021.</p> <p>2. Si garantisce l'esecuzione e la refertazione di tutti gli HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari pervenuti presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUGI – Si garantisce l'esecuzione di tutti gli HPV-DNA di triage su ASCUS Si garantisce che >80% dei pap test siano refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo.</p> <p>3. Supporto ad INSIEL per la realizzazione di percorsi differenziati per la gestione degli esami di II livello Evidenza della predisposizione della logistica di supporto (trasporto campioni).</p> <p>4. Report finale delle lesioni riscontrate e del genotipo di virus HPV presente nelle donne vaccinate/non vaccinate.</p>
<p>2. Miglioramento dell'organizzazione ed efficienza gestionale</p>	<p>Revisione delle procedure e protocolli presenti nella SC di Anatomia ed Istologia patologica dall'invio dei campioni istologici/citologici dalle sedi Spoke area isontina alla sede Hub di Cattinara, all'allestimento completo ai fini diagnostici Attivazione di gruppi di lavoro e individuazione project manager</p>	<p>Direttore, Coordinatore tecnico, Dirigenti Medici, Personale Comparto in collaborazione con: Direzione Sanitaria Gorizia e Monfalcone</p>	<p>1. revisione delle procedure/protocolli esistenti entro il 30 giugno 2021</p> <p>2. Stesura delle nuove procedure e protocolli entro il 31 dicembre 2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3. Protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale. Introduzione del marcatore p16/ki67	Revisione della letteratura e delle linee guida per l'introduzione del marcatore p16/ki67 sui preparati citologici dello screening cervicale HPV positivi in stretta collaborazione con i colposcopisti del secondo livello dello screening del carcinoma della cervice uterina	Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto in collaborazione con: IRCS Burlo Garofolo Ambulatorio di Colposcopia del secondo livello dello screening Colposcopia SC Ostetricia e Ginecologia Gorizia e Monfalcone	Refertazione su almeno 50 casi HPV positivi di p16/ki67 Base dati gestionale di reparto Apsys
4. Rinnovo certificazione EUSOMA	Predisposizione documenti e partecipazione alla visita EUSOMA 11 12 febbraio 2021	Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici in comune con strutture afferenti alla Breast Unit	Tempistica: giugno 2021 Rispetto degli indicatori previsti
5. Monitoraggio del laboratorio di istopatologia per la concentrazione della formalina	Il laboratorio di istopatologia è conforme a quanto previsto dalla normativa corrente sulla limitazione dell'esposizione all'uso della formalina. Dal 2020 si sono installati 4 rilevatori di formalina per monitoraggio continuo dei livelli di concentrazione della formalina negli ambienti in cui la stessa viene utilizzata.	Direttore, Coordinatore tecnico, Dirigenti medici, Personale Comparto In collaborazione con il SPP	Discussione dei report mensili con i referenti del SPP. Monitoraggio e giustificazione delle eventuali anomalie. Elaborazione di proposte operative correttive con verifica di efficacia.
6. Implementazione delle tecnologie diagnostiche. Utilizzo dei farmaci a bersaglio molecolare e l'immunoterapia sta rivoluzionando il trattamento di molte patologie oncologiche.	Le richieste diagnostiche che prevedono l'utilizzo di nuovi marcatori (NTRK, RET, MET, MSI ecc.) necessari per i percorsi terapeutici personalizzati sono in rapida espansione. Per introdurre nella routine un nuovo biomarcatore molecolare è necessario ottimizzare le variabili preanalitiche ed analitiche che possono influenzare i test. Inoltre risulta necessario introdurre nuove metodiche di analisi molecolare, come NGS, con l'utilizzo di piattaforme di nuova generazione sia in ambito di amplificazione genica che di sequenziamento	Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto	Introduzione nella routine i dei nuovi marcatori nei casi richiesti dalle oncologie. (>20 tests) Base dati gestionale di reparto Apsys
7. Istituzione percorso diagnostico per tumefazioni laterocervicali "selezionate"	Selezione ORL dei pazienti che necessitano secondo linee guida di eco fnac tumefazioni laterocervicali; prenotazione ed esecuzione dell'esame entro 15 gg dalla richiesta	Dirigenza medica: ORL. Radiologia, Anatomia patologica H Cattinara	Attivazione del percorso diagnostico con offerta, a far data dal 1 aprile, di 8 eco/fnac al mese (due a settimana) prenotabili tramite percorso facilitante mediante apertura di agenda dedicata

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Costituzione nuclei funzionali	Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Direttore, Dirigenti SC Anatomia Patologica In comune con SC Oncologia Trieste SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e SC Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Radioterapia	Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale. Individuare degli indicatori , almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo
9. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali	Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei Armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale. Individuare degli indicatori , almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo	Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Chirurgia Generale Trieste e SC Chirurgia Gorizia e Monfalcone SC Anatomia Patologica Gastroenterologia	Predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie del colon all'interno di ASUGI
10. Reti di patologia /integrazione aziendale Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica	1.Implementazione del lavoro del GOG (Gruppo interdisciplinare ed interaziendale per la patologia oncologica ginecologica) con completamento dell'elaborazione di PDTA per la patologia ginecologica oncologica 2. Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali relative alla presa in carico di pazienti con le seguenti patologie: •sarcomi uterini •tumori ovarici non epiteliali •carcinoma vulvare •patologia del trofoblasto 3. Elaborazione di un percorso (con identificazione di indicatori di processo e	Direttore e Dirigenti medici Anatomia Patologica in collaborazione con: SSD Oncologia Senologica e Apparato Riproduttivo Femminile SC Radioterapia SC Ginecologia GO-Monfalcone SC Oncologia GO Monfalcone IRCSS Burlo Garofalo	Produzione di PDTA condivisi per sarcomi uterini tumori ovarici non epiteliali carcinoma vulvare patologia del trofoblasto Dicembre 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	di esito) con le strutture aziendali ed extraaziendali costituenti il GOG		
11. Condivisione procedure in ambito ASUGI	Condivisione modalità di preparazione, invio ed allestimento delle biopsie endoscopiche gastroenterologiche dalle sedi di prelievo delle strutture di endoscopia gastroenterologica dei Presidi Ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia all'Anatomia patologica di ASUGI	Dirigenti medici e Comparto SC Anatomia Patologica in condivisione con Dirigenti Medici e Comparto delle SC Gastroenterologia di Cattinara SC Chirurgia degli Ospedali di Gorizia e Monfalcone	Predisposizione di un documento condiviso per l'allestimento delle biopsie endoscopiche gastroenterologiche (sia esofago-gastro-duodenali che ileo-coloretali) e del loro invio con utilizzo di supporti per il corretto orientamento dei campioni biotipici multipli Dicembre 2021: almeno il 50% dei campioni inviati secondo i criteri condivisi.
12. Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening (FAST TRACK) Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche	1. Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività 2. Applicazione del protocollo già in atto per le pazienti screening e per il progetto Pronto Seno	1. Dirigenza SSD Breast Unit Obiettivo comune a CSO (SSD Osarf), SC Radiologia OM e Cattinara, Anatomia Patologica 2. Dirigenza SSD Breast Unit Obiettivo comune a CSO (SSD Osarf), SC Radiologia OM e Cattinara, Anatomia Patologica	1. Target: > 80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezione fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast 2. Target > 60% delle pazienti con lesione sospetta alla mammografia e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezione fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
13. Gruppo multidisciplinare per la gestione dei pazienti dermato-oncologici Unificazione del percorso degli utenti con melanoma tra ospedale, strutture convenzionate o private e specialisti del territorio	Programma di formazione attraverso incontri (online, corsi, webinar) sulle indicazioni del trattamento chirurgico, l'invio a terapia medica e il follow del paziente con melanoma in tempi di Covid e post Covid per ottenere: - Miglioramento della appropriatezza per la biopsia del linfonodo sentinella - Riduzione di richieste strumentali inappropriate - Unificazione di rilascio esenzioni 048	Skin Cancer Unit In comune con Direttori e medici dirigenti della SC Dermatologia SC Oncologia SC Chirurgia plastica SC Chirurgia generale SC ORL Anatomia patologica Specialisti territoriale Specialisti delle Strutture convenzionate	Incontri attraverso Webinar e preparazione di un documento guida con particolare riferimento per: Indicazione per chirurgia del linfonodo sentinella Percorso dell'invio dei vetrini e blocchetti inviati per diagnosi altrove in sede Indicazioni per il follow up clinico, strumentali e ematochimico secondo linee guide Proposta per rilascio esenzione 048 secondo stadio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	* a carico di ciascuna specialità di interfacciarsi con le rispettive specialità territoriale e delle strutture convenzionate		
14. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Direttore, Dirigenza Medica, Coordinatore Tecnico, Personale del Comparto (Tutta la Struttura)	Almeno due pubblicazioni su riviste impattate
15. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione “Lung team”	1. Valutare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni. 2. Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	5. Evidenza dell'avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06 6. studio di fattibilità del “lung team” di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale di programmazione del team. 7. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 8. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari
16. Implementazione di un modello operativo multiprofessionale e multidisciplinare per la creazione del Registro Regionale delle Morti Improvvise Cardiache – Regione FVG che coinvolga le strutture ospedaliere e del territorio FVG nell'arruolamento al riscontro diagnostico di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni e successiva validazione e screening famiglie	1. Redazione di un protocollo operativo che declini compiti e responsabilità delle strutture coinvolte nel progetto e che implementi il riscontro diagnostico per soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 2. Redazione flow chart – buona pratica autoptica in caso di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 3. Valutare fattibilità indagine RMN su cuore in toto sottoposto ad indurimento formolico 4. Stilare un protocollo per gli accertamenti di cardiologia molecolare da campione di tessuto/sangue prelevato da cadavere ed eventualmente sulla famiglia	Responsabile ff SC Medicina Legale ASUGI/Direttore SC Cardiologia/Direttore SC Radiologia SC Medicina Legale/Dirigente Medico SC Radiologia Diagnostica e interventistica/Dirigente medico SC Cardiologia e SC Cardiovascolare/Dirigente Medico In comune con SC Anatomia Patologica SSD PSOMGUT SC Cardiologia area isontina	1. Disponibilità del Protocollo operativo approvato entro il 30.06.21 2. Numero di Casi riferiti dai vari centri di osservazione (Medicina Legale e Anatomia Patologica) e numero di casi condivisi in fase di validazione con tracciabilità dell'apporto 3. Elenco anonimizzato casi osservati, casi validati, famiglie screenate 4. Disponibilità Protocollo di fattibilità ed esecuzione almeno 3 esami RM cuore al 31.12.21 5. Disponibilità Protocollo di Cardiologia molecolare su tessuto ed eventualmente sulla famiglia 6. Disponibilità Protocollo di Cardiologia per lo screening clinico su familiari di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	5. Stilare un protocollo operativo per lo screening su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 6. Stilare una istruzione operativa interna per favorire la richiesta di riscontro diagnostico da parte dei MMG nei soggetti candidati allo studio		soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 7. Disponibilità Istruzione Operativa interna entro il 30.07.2021 8. Numero richieste di riscontro diagnostico finalizzate al progetto > 10/ 12 mesi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Medicina di laboratorio - migliorare l'offerta della SC Microbiologia e Virologia in funzione del ruolo di hub dell'area giuliano-isontina: Riorganizzazione delle attività della SC Microbiologia nel passaggio dall'emergenza COVID19 all'introduzione di nuove tecnologie</p>	<p>1. Inserimento in gara di nuova strumentazione per ampliare la diagnostica molecolare 2. Revisione delle attività del laboratorio COVID19 della SC Microbiologia e Virologia e rimodulazione della distribuzione delle attività diagnostiche in funzione dell'andamento epidemiologico 3. Attivazione progressiva delle nuove tecnologie al diminuire dell'attività diagnostica per COVID</p>	<p>Direttore SC</p>	<p>1. Presenza nella gara di nuove tecnologie per la diagnosi molecolare (capitolato di gara inviato ad ARCS entro aprile 2021) 2. Rimodulazione della distribuzione delle attività diagnostiche: relazione attestante i risultati raggiunti (attivazione delle nuove tecnologie al diminuire dell'attività diagnostica per COVID con evidenza del numero di esami COVID e numero di nuovi test molecolari eseguiti)</p>
<p>2. Gestione dell'emergenza COVID – Riorganizzazione delle attività della SC Microbiologia e virologia per garantire i tempi di refertazione del test molecolare SARS CoV2 anche in periodi di maggior numero di richieste</p>	<p>1. Ridistribuzione e gestione interna dei campioni SARS CoV2 in funzione della numerosità 2. Monitoraggio del TAT analitico dei test SARS CoV2</p>	<p>Dirigenti Medici e Biologi Coordinatore e TSLB</p>	<p>TAT analitico (dall'arrivo in Laboratorio alla refertazione) dei test SARS CoV2: - per interni 90% TAT < 10 ore, - per medicina del lavoro 90% TAT <24 ore, - per esterni 90% TAT <36 ore</p>
<p>3. Miglioramento della qualità: ampliamento dell'attività</p>	<p>Riorganizzazione del servizio per miglioramento della qualità: ridistribuzione degli esami, rotazione del personale (tra COVID e Microbiologia), ampliamento delle attività con apertura del servizio domenica e festivi per accettazione campioni e gestione delle emocolture (dalla semina alla refertazione) e degli esami urgenti</p>	<p>Dirigenti Medici e Biologi Coordinatore e TSLB</p>	<p>Apertura del servizio domenica e festivi; indicatore: relazione con l'evidenza dei risultati raggiunti (nuovo orario di apertura; numero di esami eseguiti nelle giornate festive)</p>
<p>4. Miglioramento della qualità: Diagnostica delle sepsi</p>	<p>Miglioramento della diagnostica delle sepsi e riduzione dei tempi di risposta: introduzione di nuove metodiche molecolari dirette su campione</p>	<p>Dirigenti Medici e Biologi Coordinatore e TSLB</p>	<p>Acquisizione di un sistema di diagnostica molecolare diretta su campione di sangue, valutazione preliminare ed introduzione in diagnostica (indicatori: nuovo sistema presente e test effettuati)</p>
<p>5.</p>	<p>Armonizzazione e standardizzazione di percorsi e procedure con le strutture di ex AAS2:</p>	<p>Dr.ssa Marina Busetti Dr.ssa Anna Knezevich Dr.ssa Manuela Di Santolo</p>	<p>1. Protocollo condiviso sull'elaborazione dei dati sulle antibiotico-resistenze degli</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Integrazione operativa area Giuliano-Isontina e Antimicrobial stewardship (sorveglianza delle antibiotico resistenze)	condivisione delle modalità di monitoraggio e diffusione della reportistica sulle antibiotico resistenze negli ospedali e territorio dell'area giuliano-isontina		Ospedali e del Territorio dell'Area Giuliano-Isontina 2. Report disponibile e diffuso per via informatica a CIOT e prescrittori (mail e/o Intranet)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attivazione attività di sequenziamento NGS	1. 1.1 Acquisizione tecnologie e Installazione e collaudo della strumentazione acquisita. 1.2. Ristrutturazione e arredo delle aree destinate al sequenziamento. Primo semestre 2021	Responsabile SC UCO Dirigenti Dirigenza Responsabile e Dirigenza	Documento per la definizione della prestazione e delle modalità di richiesta, accettazione e refertazione. Corsi di formazione e addestramento del personale effettuati. 30/06/2021 Redazione protocollo di sequenziamento per virus SARS CoV2
	2. Definizione dei percorsi informatici/amministrativi per la richiesta accettazione e refertazione delle indagini di sequenziamento		
	3. Formazione e addestramento del personale		
	4. Messa a punto di protocollo di sequenziamento per virus SARS CoV2		
	5. Avvio delle attività di sequenziamento su campioni di ASUGI e della Regione FVG	Dirigenza e Comparto	Tutti i campioni idonei sono sequenziati secondo protocollo. Relazione sull'attività di sequenziamento con evidenza del numero delle sequenze effettuate

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Cambio strumentale area siero dei cinque Laboratori dell'area giuliano-isontina (nell'hub e negli spoke).</p>	<p>1. Definizione degli obiettivi tecnico/organizzativi previsti per il rinnovo della tecnologia del Core-Lab del Laboratorio hub del Maggiore, del Laboratorio d'Urgenza di Cattinara e dei Laboratori spoke dell'IRCCS Burlo, Gorizia e Monfalcone relativamente ai settori di chimica-immunometria-sierologia.</p> <p>2. Analisi dei progetti tecnologici e organizzativi proposti dai fornitori</p> <p>3. Informazione e condivisione delle soluzioni proposte a tutto il personale dei 5 laboratori di ASUGI.</p> <p>4. Pianificazione della fase attuativa del rinnovo strumentale, individuazione del PM, del team di progetto e i gruppi di lavoro di settori hub e dei Laboratori spoke destinati alla declinazione della fase attuativa.</p>	<p>Direttore Struttura</p>	<p>Relazione con evidenza della realizzazione delle azioni previste.</p>
<p>2. Cambio strumentale area siero dei cinque Laboratori dell'area giuliano-isontina (nell'hub e negli spoke).</p>	<p>Verrà sostituita tutta la tecnologia dedicata alle linee di produzione di Chimica Clinica, Immunometria e Sierologia, con introduzione di sistemi di automazione mecatronica ad altissima prestazione e di interfaccia digitali per una migliore gestione delle fasi pre e post analitiche, interventi impiantistici, informatici e strutturali. L'impatto organizzativo previsto sarà rilevante e coinvolgerà tutto il personale del Laboratorio Unico sia nella sede hub che</p>	<p>Dirigenza e Comparto</p>	<p>Relazione con evidenza dell'esecuzione e della piena operatività di tutti e cinque i laboratori della Struttura.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>nelle sedi spoke (l'upgrade in descritto riguarda l'80% dell'attività core della Struttura).</p> <p>Agli operatori sarà richiesto un impegno straordinario, non solo nel dover modulare e modificare in continuo le attività e l'organizzazione, per poterli adattare agli interventi in corso, ma anche dover sviluppare in brevissimo tempo nuove capacità ed acquisire le nuove competenze tecnico/professionali necessarie.</p>		
<p>3. Consolidamento di due linee analitiche in unica piattaforma per proteine ed Hb glicata</p>	<p>1. Progetto di consolidamento in unica piattaforma analitica della tecnologia per lo studio quali/quantitativo delle proteine ematiche e dell'Emoglobina glicata (HbA1c).</p> <p>2. Pianificazione delle azioni tecniche, informatiche e impiantistiche necessarie.</p> <p>3. Realizzazione del nuovo assetto tecnologico.</p> <p>4. Formazione del Personale.</p>	<p>Dirigenza e comparto</p>	<p>Relazione con evidenza dell'esecuzione della modifica tecnologica e della piena operatività della stessa.</p>
<p>4. Attuazione dello studio di riorganizzazione della struttura professionale tecnica già predisposta dal RTD e attiva dal 2019, con l'individuazione e l'attribuzione di specifiche responsabilità e competenze con l'introduzione del middle management.</p>	<p>Consolidamento della struttura di middle management già collaudata, con il reclutamento e l'avvio operativo del personale incaricato, il quale su delega per competenza del Direttore e del RTD, assumeranno le funzioni e gli obiettivi a loro assegnati.</p> <p>Le tematiche individuate oggetto di incarico sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amministratore dei sistemi gestionali informatici - Referente gestione qualità - Controllo di gestione e statistica 	<p>Direttore, RTD, Coordinatrici, TSLB incaricati.</p>	<p>Relazioni delle attività svolte e documentazione prodotta in funzione degli obiettivi assegnati</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> - Gestore rete PoCT - Referente Tossicologia Clinica <p>Le deleghe saranno trasferite ai candidati sulla base delle competenze richieste e dei curricula. Gli obiettivi assegnati che saranno declinati agli incaricati, costituiranno i contenuti delle deleghe.</p>		
<p>5. Rimodulazione delle attribuzioni analitiche tra le Strutture dipartimentali, per una migliore risposta diagnostica, in coerenza con le esigenze clinico assistenziali ed epidemiologiche e orientata alla multidisciplinarietà delle competenze.</p>	<p>1. Trasferimento di tutta la linea analitica della matrice fecale dalla SC Microbiologia e Virologia Cattinara, alla SC Laboratorio Unico Monfalcone; passaggio strumentazione, riconfigurazione informatica e preanalitica, formazione del personale.</p> <p>2. Trasferimento della linea analitica Quantiferon dalla SC Microbiologia e Virologia Cattinara, alla SC Laboratorio Unico Maggiore; passaggio strumentazione, riconfigurazione informatica e preanalitica, formazione del personale.</p>	Dirigenza e comparto	Relazione delle attività svolte come da azione

SC Medicina Trasfusionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Mantenimento degli accreditamenti e certificazioni in essere: accreditamento regionale Dlgs 2528/2011, Plasma Master File CSL Behring, accreditamento JACIE , accreditamento EFI e certificazione ISO 9001:2015	1. Revisione della documentazione del sistema di gestione della qualità 2. Attuazione del programma delle verifiche ispettive interne e dei riesami della direzione 3. Superamento dell'audit per il rinnovo dell'accREDITamento EFI. 4 Superamento dell'audit per rinnovo certificazione da parte dell'ente di certificazione Bureau Veritas 5 Partecipazione agli incontri di programmazione con l'IRCCS Burlo	Tutto il personale del DIMT: dirigenti medici, dirigenti biologi, infermieri, tecnici, personale di supporto	1. Due riesami della direzione effettuati nel 2021 con relativi verbali 2. Vengono effettuate almeno il 70% delle verifiche ispettive interne programmate 3. Report Audit EFI 4. Trasmissione alla DCS della documentazione richiesta 5. Certificato ISO 9001:2015
2. Supporto al percorso della donazione di sangue	Chiamata telefonica donatori di sangue non iscritti alle Associazioni di Volontariato	Personale infermieristico	Evidenza della valutazione del numero di donazioni da donatore non iscritto rispetto al 2020
3. Adeguamento dell'organizzazione dell'attività di raccolta nelle sedi Giuliane e Isontine durante l'emergenza SARS-CoV-2	1. Presa visione e diffusione delle norme legislative e delle raccomandazioni del Centro Nazionale Sangue (CNS) 2. Aggiornamento continuo dei nuovi criteri di sospensione dei donatori 3. Riunioni del Coordinamento Sangue FVG 4. Comunicazioni con le associazioni di volontariato 5. Pubblicazione sul sito di ASUGI di raccomandazioni ai donatori di sangue	Coordinatrice infermieristica, RTD, Direttore, personale infermieristico, dirigenti medici E TECNICI	1. Applicazione di tutte delle raccomandazioni del Centro Nazionale Sangue (CNS) e disposizioni del Ministero Della Salute e inserimento delle norme e raccomandazioni tra i documenti del sistema qualità (origine esterna) 2. Evidenza delle comunicazioni con le associazioni di volontariato 3. Report raccolta dati con evidenze come da azioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	6. Mantenimento del il rispetto del distanziamento sociale 7. Consolidamento della prenotazione obbligatoria		
4. Automatizzazione della lavorazione midollo osseo (in vista del percorso trapianto allogenico)	1 Applicazione della procedura delle qualificazioni e convalide al processo di lavorazione automatizzata del midollo osseo 2 Aggiornamento del personale	Dirigenti medici tecnici	Applicazione della procedura: report di convalida e qualificazione
5. Convalide delle nuove strumentazioni	1 Applicazione della procedura delle qualificazioni e convalide alle nuove apparecchiature per l'afèresi produttiva 2. Applicazione della procedura delle qualificazioni e convalide alle nuove apparecchiature per l'afèresi terapeutica 3 Aggiornamento del personale	Dirigenti medici Personale infermieristico	Applicazione delle procedure: report di convalida e qualificazione
6. Introduzione nuova metodica in chemiluminescenza valutazione vW	1 Applicazione della procedura delle qualificazioni e convalide alla nuova strumentazione 2 Aggiornamento del personale	Dirigenti biologi tecnici	Applicazione delle procedure: report di convalida e qualificazione
7. Sicurezza. Implementazione EMOWARD	Supporto alla formazione sull'utilizzo di EMOWARD ai reparti dell'area isontina. Realizzare incontri con i reparti per l'implementazione prescrizione informatizzata (EMOWARD) area isontina	Dirigenti medici	Evidenza dell'attività di supporto in almeno il 50 % delle strutture dell'area isontina
8. Appropriatezza	Analisi dei dati di consumo e di appropriatezza della trasfusione di emocomponenti ed emoderivati	Dirigenti medici	Produzione di report trimestrali ed invio ai singoli reparti ed attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale Presentazione dei report annuali ai COBUS

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Miglioramento comunicazione con i cittadini	Revisione documentazione presente sul sito, miglioramento dei percorsi	Dirigenti medici e biologi RTD coordinatori	Aggiornamento pagina web
10. Collaborazione altre strutture	Supporto trasfusionale/infusionale per pazienti ambulatoriale afferenti alla Medicina di Gorizia attualmente reparto COVID fino quando necessario	Dirigenti medici ed infermieri	Risposta del 90% alle richieste provenienti dagli ambulatori Medicina Gorizia
11 Aggiornamento PDTA per la “ gestione dell'emorragia del post partum”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologo, anestesista, ostetrica, medico trasfusionista) 2. Incontri per l'elaborazione del PDTA 3. Presentazione del PDTA e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte 	Dirigenti medici ed infermieri In collaborazione SC Ostetrica e Ginecologia ASUGI SC Anestesia e Rianimazione ASUGI	Evidenza del protocollo aziendale

DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riorganizzazione dell'attività radiologica d'urgenza nella fascia oraria diurna nelle giornate festive e di sabato nelle due SC Radiologia OC e OM	<ol style="list-style-type: none">1. Analisi dei volumi quali-quantitativi dell'attività radiologica d'urgenza nella fascia oraria diurna nelle giornate festive e di sabato nelle due SC Radiologia OC e OM nel 2019 e nel 20202. Produzione di documento con successive eventuali azioni volte ad un utilizzo più razionale del personale sanitario3. Messa in atto delle eventuali azioni migliorative	Direttore DAI In comune con Direttore SC Radiologia OM e con RTD	<ol style="list-style-type: none">1. Invio del documento alla Direzione Sanitaria entro il 30.6.212. Messa in atto delle eventuali azioni migliorative a partire dal 1.9.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione attività RM alla luce dell'aggiornamento dell'apparecchiatura RM 1.5T della SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Redistribuzione di attività e personale tra la SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e la Sc Radiologia	Direttore SC Radiologia OM In comune con Direttore SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica OC e con RTD	Nel periodo di fermo dell'apparecchiatura RM 1.5T per aggiornamento: mantenimento degli esami RM urgenti per pazienti ricoverati, degli esami RM per pazienti ricoverati prenotabili in agenda e degli esami RM per pazienti ambulatoriali con codice B
2. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S.e S.S.R. anno 2021 Punto 12.2.1 Ampliamento utilizzo e prestazioni erogate dalle apparecchiature diagnostiche	Potenziamento dell'attività radiologica per erogazione di prestazione oggetto di monitoraggio	Dirigenti medici e comparto della SC Radiologia OM	Effettuazione dal 15.04.2021 al 31.12.2021 di almeno un pari numero di ecografie addome completo, addome superiore e addome inferiore per pazienti ambulatoriali rispetto al medesimo periodo del 2019.
3. Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesione sospette dopo Mx di screening (FAST TRACK)	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività	Dirigenti e TSRM SC Radiologia OM In comune con SC Radiologia Diagnostica e Interventistica, SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	Target: > 80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
4. Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche	Applicazione del protocollo già in atto per le pazienti screening e per il progetto Pronto Seno	Dirigenti e TSRM SC Radiologia In comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SC Radiologia Diagnostica e Interventistica, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	Target: > 60% delle pazienti con lesione sospetta alla mammografia e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
5. Miglioramento del servizio offerto alle pazienti con patologia senologica	Rimodulazione dell'attività senologica per garantire tempistica adeguata tra esito positivo di MX di primo livello e approfondimento di secondo livello.	Dirigenti e TSRM SC Radiologia OM In comune con SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	% dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello <= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello >= 80%
6. Miglioramento del servizio offerto alle pazienti con patologia senologica	Rispetto degli standard nell'ambito dello screening senologico.	Dirigenti e TSRM SC Radiologia OM In comune con SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente >=95%
7.	Rispetto degli standard nell'ambito dello screening senologico.	Dirigenti e TSRM SC Radiologia OM	Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Miglioramento del servizio offerto alle pazienti con patologia senologica		In comune con SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%
8. Miglioramento del servizio offerto ai pazienti oncologici attraverso la realizzazione di percorsi interni dedicati che possano portare a velocizzare la diagnosi istologica di neoplasia e l'inizio del percorso terapeutico	Considerato che il riscontro casuale di lesioni solide addominali o superficiali è relativamente frequente, per velocizzare e semplificare il percorso dell'utente la Radiologia propone attivazione fast track per le biopsie TAC/eco guidate di lesioni sospette per arrivare a diagnosi istologica. La SC Oncologia offre la disponibilità ad identificazione posti dedicati per prime visite oncologiche richieste dalla Radiologia OM	Dirigenti e Comparto SC Radiologia OM In comune con Dirigenti e Comparto SC Oncologia	Produzione di una relazione che contenga a. Numeri d biopsie diagnostiche effettuate b. Tempo di attesa tra TAC basale ed esecuzione biopsia c. Tempo a prima visita oncologica dopo risultato della biopsia Relazione finale di attività al 31.12.2021
9. Costituzione nuclei funzionali	Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Radiologia OM In comune con Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Diagnostica e Interventistica Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	1. Condivisione della metodologia di stesura del PDTA 2. Attivare gruppi di lavoro omogenei per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale. 3. Individuare degli indicatori, almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo
10. Azione finalizzata alla ottimizzazione dell'impiego PET/TC	Rotazione di medici delle SC Radiologia OC OM presso la SC Medicina Nucleare ai fini di una valutazione integrata della casistica, soprattutto nei casi che richiedono la somministrazione di MDC	Dirigenti SC Radiologia OM In comune con la SC Radiologia Diagnostica e Interventistica e con la SC Medicina Nucleare	N. esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e radiologo (> 95%)
11. Recepimento delle indicazioni dell'allegato XXVIII del nuovo D.Lgs. 101/20 entrato in vigore il 27 agosto 2020, sui "Manuali di qualità"	Stesura di manuali di qualità ai sensi del d.Lgs. 101 per i reparti che impiegano radiazioni ionizzanti	Dirigenti e TSRM SC Radiologia OM In comune con S.C. Fisica Sanitaria, SC Radiologia Diagnostica e Interventistica, S.C. Radiologia Gorizia e Monfalcone, S.C. Medicina Nucleare, S.C. Radioterapia	Disponibilità dei manuali di qualità entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12. Procedura di accesso al sito e di esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica per pazienti portatori di dispositivi (DL 10 agosto 2018)	Produzione di un documento nel quale siano chiarite le competenze e siano codificate le procedure per pazienti portatori di dispositivi impiantabili attivi (esclusi i pacemaker), altri dispositivi medici, anche impiantabili, e qualsiasi dispositivo od oggetto inamovibile dal corpo	Dirigenti SC Radiologia OM In comune con S.C. Fisica Sanitaria, S.C. Radiologia Maggiore, S.C. Radiologia Gorizia e Monfalcone	Inserimento della procedura nel Regolamento di Sicurezza entro il 31/12/2021
13. Registrazione digitale della dose per apparecchiature complesso operatorio	Utilizzo nuovo database per la registrazione degli indicatori dosimetrici (tempo di fluoroscopia e DAP) per tutte le procedure eseguite nelle Sale Operatorie che prevedano la presenza del TSRM	Coordinatore e TSRM SC Radiologia OM	Registrazione delle informazioni richieste per almeno l'85% delle procedure eseguite con l'utilizzo di radiazioni ionizzanti a partire da aprile 2021.
14. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni
15. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione "Lung team"	1. Valutare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni. 2. Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	1. Evidenza dell'avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06 2. studio di fattibilità del "lung team" di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale di programmazione del team. 3. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 4. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari
16. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione attività RM alla luce dell'aggiornamento dell'apparecchiatura RM 1.5T della SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Redistribuzione di attività e personale tra la SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e la Sc Radiologia	Direttore SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con Direttore SC Radiologia OM e con RTD	Nel periodo di fermo dell'apparecchiatura RM 1.5T per aggiornamento: mantenimento degli esami RM urgenti per pazienti ricoverati, degli esami RM per pazienti ricoverati prenotabili in agenda e degli esami RM per pazienti ambulatoriali con codice B
2. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S.e S.S.R. anno 2021 Punto 12.2.1 Ampliamento utilizzo e prestazioni erogate dalle apparecchiature diagnostiche	Potenziamento dell'attività radiologica per erogazione di prestazione oggetto di monitoraggio	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Effettuazione dal 15.04.2021 al 31.12.2021 di almeno un pari numero di ecografie addome completo, addome superiore e addome inferiore per pazienti ambulatoriali rispetto al medesimo periodo del 2019
3. Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening (FAST TRACK)	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività	Dirigenti e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SC Radiologia, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	Target: > 80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
4. Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche	Applicazione del protocollo già in atto per le pazienti screening e per il progetto Pronto Seno	Dirigenti e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), le SC Radiologia, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	Target: > 60% delle pazienti con lesione sospetta alla mammografia e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
5. Miglioramento del servizio offerto alle pazienti con patologia senologica	Rimodulazione attività per garantire tempistica adeguata tra esito positivo Mx di primo livello e approfondimento di secondo livello	Dirigenti e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con SC Radiologia OM	% dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello <= 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello >= 80%
6. Miglioramento del servizio offerto alle pazienti con patologia senologica	Rispetto degli standard nell'ambito dello screening senologico	Dirigenti e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con SC Radiologia OM	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente >=95%
7.	Rispetto degli standard nell'ambito dello screening senologico	Dirigenti e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Miglioramento del servizio offerto alle pazienti con patologia senologica		In comune con SC Radiologia OM	chiusi dall'unità senologica) inferiore al 10%
8. Istituzione percorso diagnostico per tumefazioni laterocervicali "selezionate"	Selezione ORL dei pazienti che necessitano secondo linee guida di eco fnac tumefazioni laterocervicali; prenotazione ed esecuzione dell'esame entro 15 gg dalla richiesta	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con SC ORL e con SC Anatomia Patologica	Attivazione del percorso diagnostico con offerta, a far data dal 1 aprile, di 8 eco/fnac al mese (due a settimana) prenotabili tramite percorso facilitante mediante apertura di agenda dedicata
9. Istituzione percorso diagnostico per pazienti con rene policistico	Selezione dei pazienti con rene policistico candidabili a trattamento con Tolvaptan in base alla misurazione del volume e delle dimensioni del rene mediante RM, come da indicazioni dell'AIFA	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con SC Nefrologia	A far data dal 1 marzo almeno 5 pazienti con rene policistico valutati con RM
10. Azione finalizzata alla ottimizzazione dell'impiego PET/TC	Rotazione di medici delle SC Radiologia OC OM presso la SC Medicina Nucleare ai fini di una valutazione integrata della casistica, soprattutto nei casi che richiedono la somministrazione di MDC	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con la SC Radiologia e con la SC Medicina Nucleare	N. esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e radiologo (> 95%)
11. Costituzione nuclei funzionali	Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone, SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone, SC Chirurgia Toracica, SC Radiologia Maggiore e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone, SC Medicina Nucleare, SC Anatomia Patologica, SC Radioterapia	Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale. Individuare degli indicatori, almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo
12. Implementazione percorso per i pazienti con decadimento cognitivo post covid	1.Valutazione da parte dell'ambulatorio per Patologia Neurologica Post Covid di pazienti con pregressa infezione da Covid 2.Valutazione dei pazienti con RM encefalo mediante apparecchiatura 3T	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con SC Clinica Neurologica	Esecuzione di RM encefalo con apparecchiatura 3T in almeno 15 pazienti inviati dall'ambulatorio per Patologia Neurologica Post Covid
13. Procedure di trombectomia cerebrale per il trattamento dell'ictus ischemico acuto	Effettuazione di CT perfusion e di trombectomia nei pazienti con ictus ischemico acuto eleggibili	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Effettuazione di CT perfusion e di trombectomia nel 100% dei pazienti eleggibili

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		In comune con SSD Radiologia Diagnostica Endovascolare e con SC Clinica Neurologica	
14. Recepimento delle indicazioni dell'allegato XXVIII del nuovo D.Lgs. 101/20 entrato in vigore il 27 agosto 2020, sui "Manuali di qualità"	Stesura di manuali di qualità ai sensi del d.Lgs. 101 per i reparti che impiegano radiazioni ionizzanti	Dirigenti e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con S.C. Fisica Sanitaria, S.C. Radiologia Maggiore, S.C. Radiologia Gorizia e Monfalcone, S.C. Medicina Nucleare, S.C. Radioterapia	Disponibilità dei manuali di qualità entro il 31.12.2021
15. Procedura di accesso al sito e di esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica per pazienti portatori di dispositivi (DL 10 agosto 2018)	Produzione di un documento nel quale siano chiarite le competenze e siano codificate le procedure per pazienti portatori di dispositivi impiantabili attivi (esclusi i pacemaker), altri dispositivi medici, anche impiantabili, e qualsiasi dispositivo od oggetto inamovibile dal corpo	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica In comune con S.C. Fisica Sanitaria, S.C. Radiologia Maggiore, S.C. Radiologia Gorizia e Monfalcone	Inserimento della procedura nel Regolamento di Sicurezza entro il 31/12/2021
16. Registrazione digitale della dose per apparecchiature complesso operatorio	Ampliamento database rispetto a quello già in uso per la sala interventistica vascolare per la registrazione degli indicatori dosimetrici (tempo di fluoroscopia e DAP) per tutte le procedure eseguite nelle Sale Operatorie che prevedano la presenza del TSRM	Coordinatori e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Registrazione delle informazioni richieste per almeno l'85% delle procedure eseguite con l'utilizzo di radiazioni ionizzanti nel 2021
17. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Almeno due pubblicazioni
18. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. 1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>
<p>19. Implementazione di un modello operativo multiprofessionale e multidisciplinare per la creazione del Registro Regionale delle Morti Improvvise Cardiache – Regione FVG che coinvolga le strutture ospedaliere e del territorio FVG nell'arruolamento al riscontro diagnostico di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni e successiva validazione e screening famiglie</p>	<p>1. Redazione di un protocollo operativo che declini compiti e responsabilità delle strutture coinvolte nel progetto e che implementi il riscontro diagnostico per soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni</p> <p>2. Redazione flow chart – buona pratica autoptica in caso di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni</p> <p>3. Valutare fattibilità indagine RMN su cuore in toto sottoposto ad indurimento formolico</p> <p>4. Stilare un protocollo per gli accertamenti di cardiologia molecolare da campione di tessuto/sangue prelevato da cadavere ed eventualmente sulla famiglia</p> <p>5. Stilare un protocollo operativo per lo screening su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia</p> <p>6. Stilare una istruzione operativa interna per favorire la richiesta di riscontro</p>	<p>Responsabile ff SC Medicina Legale ASUGI/Direttore SC Cardiologia/Direttore SC Radiologia</p> <p>SC Medicina Legale/Dirigente Medico SC Radiologia Diagnostica e interventistica/Dirigente medico SC Cardiologia e SC Cardiovascolare/Dirigente Medico</p> <p>In comune con SC Anatomia Patologica SSD PSOMGUT SC Cardiologia area isontina</p>	<p>1. Disponibilità del Protocollo operativo approvato entro il 30.06.21</p> <p>2. Numero di Casi riferiti dai vari centri di osservazione (Medicina Legale e Anatomia Patologica) e numero di casi condivisi in fase di validazione con tracciabilità dell'apporto</p> <p>3. Elenco anonimizzato casi osservati, casi validati, famiglie screenate</p> <p>4. Disponibilità Protocollo di fattibilità ed esecuzione almeno 3 esami RM cuore al 31.12.21</p> <p>5. Disponibilità Protocollo di Cardiologia molecolare su tessuto ed eventualmente sulla famiglia</p> <p>6. Disponibilità Protocollo di Cardiologia per lo screening clinico su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia</p> <p>7. Disponibilità Istruzione Operativa interna entro il 30.07.2021</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	diagnostico da parte dei MMG nei soggetti candidati allo studio		8. Numero richieste di riscontro diagnostico finalizzate al progetto > 10/ 12 mesi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Garantire le procedure angiografiche/rx interventistica urgenti/emergenti nella fascia oraria 14:00-20:00 nei periodi di criticità	Attualmente 4 radiologi interventisti a turno garantiscono le procedure urgenti/emergenti facendo turni pomeridiani in TAC, PS, etc. Nei periodi di ferie non è facile garantire tali prestazioni. Ci si impegna a garantire la copertura dei pomeriggi critici	Ai 4 radiologi interventisti	Evidenza attività pomeridiana: N. procedure rx interventistica urgenti/emergenti eseguite nella fascia oraria 14:00-20:00
2. Attivazione della gestione del magazzino del materiale di radiologia interventistica mediante software dedicato	Attualmente non è disponibile la gestione del magazzino del materiale di radiologia interventistica con carico/scarico dei materiali utilizzati. Recentemente è stato acquisito il software di gestione del magazzino (Estensa). Si intende attivarlo mediante la formazione del personale medico, tecnico e infermieristico che lavora in sala angiografica per quanto riguarda il carico/scarico del materiale e la formazione del personale medico per quanto riguarda l'invio degli ordini	Personale medico, TSRM e IP impegnato nella sala di Radiologia Interventistica	Gestione mediante magazzino di oltre il 90% del materiale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza	Mantenimento o miglioramento dei valori inerenti gli indicatori di performance (rapporti tra attività erogata e risorse utilizzate).	Direttore S.C.	Mantenimento/incremento dei volumi complessivi di attività e evidenza delle azioni messe in atto per la razionalizzazione dei consumi.
2. Miglioramento dei percorsi di cura: tempi di erogazione esame PET/TC in pazienti Interni.	Ottimizzare la gestione della richiesta di PET/TC per pazienti Interni ai fini di ridurre i tempi di degenza media e recuperare il valore risorsa posto-letto nei presidi ospedalieri di Trieste e Gorizia/Monfalcone.	Dirigente Medico Dott. Carmelo Crisafulli	Valutazione dei Lead Time con utilizzo della procedura di tipo "breve" in pazienti "degenti". Report a cura della SC: monitoraggio periodo aprile-novembre 2021
3. Appropriatezza prescrittiva esami di densitometria ossea computerizzata (Dexa)	Applicazione dei criteri di appropriatezza per l'indagine MOC in particolare in Utenti ultraottantenni. Presentazione dei criteri appropriati nell'ambito di un corso aziendale accreditato ECM rivolto a medici specialisti e MMG.	Dirigenti e comparto in comune con S.C. Medicina Interna ASUGI S.C. Radiologia Gorizia - Monfalcone	Realizzazione di un Evento formativo residenziale entro 31/12/2021 Produzione percorso operativo dei servizi erogatori di prestazioni MOC ASUGI entro il 31.12.2021.
4. Azione finalizzata all'ottimizzazione impiego PET/TC	Utilizzo tecnologia PET/TC per la pianificazione e definizione in radioterapia del volume bersaglio da irradiare e la dose terapeutica ad esso prescritta: attività gating e adaptive nei tumori testa/collo e polmonari	Dirigenti e Comparto in comune con SC Radioterapia SC Fisica Sanitaria	N° esami PET-TAC eseguiti per pianificazione radioterapeutica (almeno 20 esami PET/TC) esiti 30/12/2021
5. Azione finalizzata all'ottimizzazione dell'impiego PET/TC	Rotazione di medici delle SC Radiologia OC OM presso la SC Medicina Nucleare ai fini di una valutazione integrata della casistica, soprattutto nei casi che richiedono la somministrazione di MDC	Dirigenti SC Medicina Nucleare In comune con le SC Radiologia Diagnostica e Interventistica OC e SC Radiologia OM	N. esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e medico radiologo (almeno il 95%)
6. Costituzione nuclei funzionali	Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica	Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	Individuare degli indicatori, almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo
7. Miglioramento dei percorsi di presa in carico del paziente con carcinoma della prostata.	Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi indotta da Terapia con blocco androgenico: percorso facilitato dell'iter diagnostico clinico e strumentale (MOC-DEXA).	Dirigenti in comune con Medicina Interna Clinica Urologica	Evidenza del nuovo percorso: dati desumibili da G2 Clinico e Registro Prostate Unit.
8. Rischio clinico: Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali: "Norme di buona Preparazione dei Radiofarmaci per Medicina Nucleare" (DM 30/05/2005).	Revisione protocolli e procedure operative utilizzate in scintigrafia convenzionale e PET riguardanti: • preparazione dei radiofarmaci • controlli di qualità corrispondenti	Coordinatore TSRM -Comparto	Gestione Radiofarmaco in conformità a quanto richiesto dai parametri per la sicurezza. Relazione con evidenza delle azioni adottate entro 31/12/2021.
9. Ottimizzazione dell'iter diagnostico – terapeutico del soggetto con sospetta patologia neurodegenerativa	Implementazione di Neuroimaging Funzionale PET/TC con utilizzo di nuovi traccianti per amiloide nell'ambito delle Demenze degenerative	Dirigenti e Comparto in comune con Clinica Neurologica	N° esami PET-TAC Cerebrali eseguiti con traccianti per amiloide (almeno 15 esami PET/TC)
10. Offerta Ospedaliera: Ottimizzazione del percorso di cura in post dimissione per pazienti con frattura da fragilità	1.Creazione di un percorso facilitato per l'accesso all'esame DEXA per i pazienti trattati per frattura da fragilità presso il reparto Clinica Ortopedica Traumatologica- ASUGI. 2.Creazione di un documento con indicazione dei criteri di inclusione ed esclusione secondo buona pratica clinica	Direttori Dirigenza medica Strutture coinvolte: SC Medicina Nucleare UCO di Ortopedia e Traumatologia	Entro 31 luglio stesura del documento Ad agosto attivazione del percorso facilitato per accesso esame MOC-DEXA
11. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione "Lung team"	1. Valutare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni. 2.	Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone	1. Evidenza dell'avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06 2. studio di fattibilità del "lung team" di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	un documento finale di programmazione del team. 3. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 4. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attività di Fisica Sanitaria da svolgere presso ASUGI	Uniformare le procedure per i controlli di qualità e di radioprotezione delle apparecchiature e per le procedure per gestione della sicurezza in risonanza magnetica in tutta ASUGI	Direttore Progetto Interdipartimentale	Evidenza dell'avvio delle procedure di omogeneizzazione. Procedure per i controlli di qualità e per la sicurezza omogenee al 100%
2. Recepimento delle indicazioni dell'allegato XXVIII del nuovo D.Lgs. 101/20 entrato in vigore il 27 agosto 2020, sui "Manuali di qualità"	Stesura di manuali di qualità ai sensi del d.Lgs. 101 per i reparti che impiegano radiazioni ionizzanti	Dirigenti Fisici In comune con: U.C.O. Radiologia Diagnostica e Interventistica di Cattinara, S.C. Radiologia Maggiore S.C. Radiologia Gorizia e Monfalcone, S.C. Medicina Nucleare, S.C. Radioterapia	Disponibilità dei manuali di qualità
3. Creazione archivio informatico secondo D.Lgs. 101/2020	Conservazione documentazione: - ex art.164 (D.Lgs 101/2020) - sorveglianza fisica di radioprotezione in conformità ai requisiti AGID (agenzia per l'Italia digitale)	Dirigenti e comparto In comune con S.C. Informatica e Telecomunicazioni	Creazione dell'archivio digitale sul protocollo aziendale
4. Ottimizzazione impiego PET/TC	Utilizzo tecnologia PET/TC per la pianificazione e definizione in radioterapia del volume bersaglio da irradiare e la dose terapeutica ad esso prescritta: attività gating e adaptive nei tumori testa/collo e polmonari	Dirigenti e Comparto In comune con S.C. Medicina Nucleare e S.C. Radioterapia	N° esami PET-TAC eseguiti per pianificazione radioterapeutica (almeno 20 esami PET/TC). esiti 30/12/2021
5. Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	Applicazione del protocollo elaborato nel corso del 2017	SSD Breast Unit In comune con SC Fisica Sanitaria e SC Radioterapia	Realizzazione IORT in unica seduta nei casi eligibili come da protocollo elaborato (almeno 15 casi, normalizzati sui mesi di funzionamento dell'apparecchiatura) Base dati: G2 e Data Breast
6. Programma di follow-up per identificare eventuali danni cutanei radioindotti in	Definizione di criteri e modalità per identificare i pazienti a rischio di danno deterministico e organizzazione del programma di follow-up	Dirigenti In comune con S.S.D. Radiologia interventistica endovascolare	Procedura aziendale per follow-up in radiologia interventistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
pazienti sottoposti a procedure di radiologia interventistica			
7. Procedura di accesso al sito e di esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica per pazienti portatori di dispositivi (DL 10 agosto 2018)	Produzione di un documento nel quale siano chiarite le competenze e siano codificate le procedure per pazienti portatori di dispositivi impiantabili attivi (esclusi i pacemaker), altri dispositivi medici, anche impiantabili, e qualsiasi dispositivo od oggetto inamovibile dal corpo	Dirigenti U.C.O. Radiologia Diagnostica e Interventistica di Cattinara, S.C. Radiologia Maggiore S.C. Radiologia Gorizia e Monfalcone	Inserimento della procedura nel Regolamento di Sicurezza entro il 31/12/2021
8. Miglioramento della gestione del personale dosimetrato e del materiale radioattivo	Installazione e implementazione dei nuovi software per gestione del personale radioesposto (schede dosimetriche) e del materiale radioattivo (denunce, registro, ecc)	Comparto	Evidenza del collaudo del software e evidenza del suo utilizzo per gli adempimenti previsti dalla normativa entro settembre
9. Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico	Report annuale su almeno due tutoraggi con valutazione finale specifica.	Direttore e coordinatore	Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico
10. Valutazione attività di ricerca	Monitoraggio attività di ricerca	Direttore e coordinatore	Almeno due pubblicazioni
11. Protocollo FISSAN	Utilizzo del protocollo informatico per ottemperare a quanto previsto dal d.lgs. 101/2020 dd 27/11/2020 in materia di Conservazione della documentazione del Manuale di Qualità e della documentazione per la sorveglianza fisica di radioprotezione in conformità ai requisiti AGID	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Sistema avviato ed in uso

PRESIDIO OSPEDALIERO DI GORIZIA E MONFALCONE

SC Direzione medica ospedaliera Gorizia – Monfalcone

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Implementazione Centrale Operativa Trasporti Sanitari secondari (C.O.T.S.S.) programmati ed urgenti differibili, per garantire il pieno rispetto della D.R. N° 1598 del 25 agosto 2017, attraverso modifiche organizzative e attivazione del servizio anche per i distretti Alto e Basso Isontino a garanzia di livelli uniformi ed omogenei su tutto il territorio di competenza (area isontina)</p> <p>1. Efficientare le risorse interne ed esterne disponibili</p>	<p>1. Attuazione di percorsi guidati delle richieste anche attraverso applicativo informatico.</p> <p>2. Gestione, monitoraggio e controllo del flusso delle richieste coordinando l'attività degli Enti accreditati</p> <p>3. Copertura del servizio per 12 ore</p> <p>4. Attività estesa per i presidi ospedalieri di Gorizia e Monfalcone e i Distretti Alto e Basso Isontino.</p>	<p>DMO tutta la struttura</p> <p>Strutture coinvolte: Distretti Alto e Basso Isontino, Pronti Soccorsi Ospedalieri</p>	<p>1. Entro marzo 2021 attivazione del servizio sulle 12 ore</p> <p>2. Presenza di protocollo di gestione e glossario (entro marzo 2021) riguardante le strutture ospedaliere</p> <p>3. Presenza di protocollo di gestione e glossario (entro giugno 2021) riguardante i Distretti DAO e DBI</p> <p>4. Utilizzo applicativo SIES 118</p> <p>5. Monitoraggio e controllo del flusso delle richieste</p>
<p>2. Implementazione “Progetto Delfino”. L’obiettivo primario del progetto partito ufficialmente il 17 giugno 2019 è stato quello di ottenere un percorso clinico diagnostico terapeutico assistenziale dedicato alle persone disabili gravi con ritardo mentale e deficit comunicativi. Il Percorso Delfino risponde all’esigenza di affrontare le difficoltà che una persona disabile grave e i suoi familiari incontrano nel seguire il normale iter ospedaliero. La pandemia ha inciso fortemente sull’offerta.</p>	<p>1. Ottenere un accesso al servizio “dedicato” compatibilmente con le priorità in atto;</p> <p>2. Definizione di percorsi programmati per visite specialistiche, esami radiologici e esami di laboratorio</p> <p>3. Contatti con il Distretto DAI, le associazioni e le strutture che si occupano di disabilità, MMG per una corretta informazione sul percorso e il suo utilizzo.</p> <p>4. Valutare per l’anno 2022 una estensione nel distretto DBI</p>	<p>DMO tutta la struttura</p> <p>Strutture coinvolte prima fase: Distretto Alto Isontino.</p>	<p>1. Apertura sportello al pubblico 2 volte a settimana</p> <p>2. Almeno 3 Incontri informativi</p> <p>3. Individuazione, stesura e condivisione di almeno 2 percorsi programmati.</p> <p>4. Mantenimento accessi come da dati aprile 2019/febbraio 2020 (indicatore da rivedere in base all’andamento epidemico 2021)</p>
<p>3. Rischio clinico – Sicurezza trasfusionale</p>	<p>Introduzione della richiesta trasfusionale informatizzata nei reparti di degenza dell’area isontina</p>	<p>Reparti di degenza dell’area isontina</p> <p>DMO Gorizia-Monfalcone</p>	<p>Implementazione della richiesta trasfusionale informatizzata (previa realizzazione delle attività propedeutiche</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			da parte di Insiel e della SC Informatica e telecomunicazioni)
4. Rischio clinico – Infezioni correlate all’assistenza	Effettuazione dello studio di prevalenza delle infezioni correlate all’assistenza negli ospedali per acuti (PPS)	DMO Gorizia-Monfalcone DMP Cattinara-Maggiore SAPS (Gorizia-Monfalcone)	Lo studio di prevalenza è stato effettuato, i dati sono stati inviati in DCS
5. Rischio clinico	Revisione e unificazione di almeno 5 procedure aziendali trasversali relative alla sicurezza delle cure	DMO Gorizia-Monfalcone DMP Cattinara-Maggiore SAPS (Gorizia-Monfalcone)	Le procedure sono state revisionate e sono pubblicate su intranet
6. Rispetto della scadenza temporale dell’esecuzione dei tamponi naso-faringei e dei test sierologici covid-19 al personale ospedaliero, come da protocollo aziendale.	Si forniscono le etichette e gli appuntamenti sulla base delle liste nominali fornite dalle SOC in linea con la programmazione della sorveglianza sanitaria. Si eseguono in collaborazione con le SOC ospedaliere i tamponi ed i prelievi per sierologici nell’ambulatorio dedicato della DMO.	DMO Gorizia-Monfalcone Servizio del Medico Competente	Viene fornito un report sulla percentuale di personale sottoposto a sorveglianza sanitaria nei tempi previsti dal protocollo aziendale. Il 95% è in linea con le tempistiche previste.
7. Linea 6. 1 Attività ospedaliera Liste operatorie	1. Analizzare le liste operatorie presentate dalle Strutture, verificare la "pulizia delle liste", verificare il rispetto delle priorità (eventualmente anche promuovendo incontri fra clinici per definire criteri uniformi di messa in lista per classi di priorità), considerare le motivazioni delle eventuali eccezioni, validare le liste e confermarle ai responsabili dell’organizzazione del complesso operatorio 2. Programmare, assieme al responsabile dell’attività del complesso operatorio, il numero di sedure assegnate ad ogni Struttura sulla base delle liste di attesa (specialmente oncologiche e di classe A) ed in relazione agli altri indicatori che devono essere conseguiti (es fratture di femore).	DMO Gorizia Monfalcone Dirigenza e comparto In collaborazione con tutte le SC di Chirurgia e con i Responsabili Complessi Operatori	Evidenza dell’attività come da azioni.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Validare la pianificazione annuale e la programmazione mensile/settimanale delle sedute operatorie		
8. Promuovere corretti stili di vita	Mantenimento del percorso integrato di cardiologia riabilitativa	Servizio di Dietetica – area isontina Personale dietista SC Cardiologia Medici, infermieri Direzione Medica Gorizia e Monfalcone psicologa	Evidenza di incontri informativi di gruppo tenuti da dietista e psicologa Almeno 6 gruppi trattati Tempo: entro 31 dicembre 2021
9. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attuazione decreto del DG n 1003/20 di istituzione della Direzione Amministrativa di Presidio	Definizione protocolli area di attività (risorse umane/acquisizione di beni di servizi	Direttore di Struttura	Presentazione dei protocolli alla DA entro il 30/09/2021
2. Lavorare secondo il concetto del “problem solving” nell’area tecnico amministrativa in un’ottica “per processi” superando la barriera delle competenze divise per struttura e/o ufficio e costruendo anche meccanismi condivisi di collaborazione bidirezionale con l’area sanitaria e socio-sanitaria (n. 14)	Predisposizione di un sistema di comunicazione condiviso tra gli Operatori Tecnici - Personale Autista, al fine di coordinare l’attività quotidiana, nonché risolvere le complicazioni che si appalesano per far fronte alle esigenze legate all’emergenza Covid ed alla vetustà degli automezzi Rispondere in tempo reale alle esigenze della farmacia in relazione ai trasporti interni dei medicinali.	1. Direttore di Struttura 2. Dirigenza e comparto	1. Utilizzo di uno strumento di messaggistica istantaneo condiviso e volontario. 2. Evidenza di almeno una presa in carico di trasporto interno farmaci
3. Professionali, Tecniche e Amministrative nella logica di Azienda unitaria Giuliano-Isontina, incentivando il ruolo e le funzioni di middle management al fine di riconoscere responsabilità gestionali e competenze (n. 13)	Stesura di indicazioni operative inerenti l’attività di centralino e le modalità di risposta in relazione all’emergenza Covid.	Dirigenza e comparto	Relazione / istruzione al personale.
4. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall’All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall’All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all’All. 2 del PTPCT
5. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi		
6. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

SC Radiologia Gorizia - Monfalcone

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Appropriatezza prescrittiva esami di densitometria ossea computerizzata (Dexa)	Applicazione dei criteri di appropriatezza per l'indagine MOC in particolare in Utenti ultrasessantenni. Presentazione dei criteri appropriati nell'ambito di un corso aziendale accreditato ECM rivolto a medici specialisti e MMG.	Dirigenti e comparto in comune con S.C. Medicina Interna ASUGI S.C. Radiologia Gorizia - Monfalcone S.C. Medicina Nucleare - Cattinara	Evento formativo residenziale Produzione protocollo operativo dei servizi erogatori di prestazioni MOC ASUGI entro il 31.12.2021.
2. Nuovo diario di sala operatoria	Tenuta dei dati esposimetrici durante l'attività chirurgica secondo modello in uso nell'area giuliana	TSRM di Gorizia e Monfalcone Fisica Sanitaria	Tutti le attività con utilizzo di scopia in sala operatoria vengono registrate secondo il nuovo modello, a regime entro il 31.12.2021
3. Formazione del personale amministrativo della segreteria	Addestramento all'utilizzo del G3 sportello e del G2 clinico e di tutte le piattaforme informatico-gestionali della Radiologia	Nuovo personale amministrativo che va a sostituire il personale cessato	Evidenza della conoscenza dei sistemi informatici con test di valutazione
4. Revisione dell'organizzazione del lavoro in relazione ai lavori di ristrutturazione della sede di Monfalcone	Riorganizzazione della attività TAC in relazione al fermo macchina dovuto ai lavori: spostamento della attività ambulatoriale presso la sede di Gorizia che lavorerà in doppio turno; spostamento della attività per P.S. ed interni su apparecchiatura dislocata vicino al P.S.	Turnazioni pomeridiane del personale medico presso la sede di Gorizia; turnazione del personale TSRM ed infermieristico in relazione alla tipologia della macchina di supporto per il P.S. ed i ricoverati; tutte le attività sono comunque condizionate dalla situazione della pandemia COVID-19	Garanzia della continuità della attività
5. Equiparazione e standardizzazione della attività infermieristica in RNM	Revisione e redazione di protocolli già esistenti e/o nuove procedure per il personale infermieristico	Tutto il personale infermieristico;	Evidenza formazione del personale infermieristico della sede di Monfalcone alle attività inerenti la nuova RNM ad alto campo con superamento di test di valutazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Costituzione nuclei funzionali	Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	Documento di condivisione della metodologia di stesura del PDTA e della attivazione gruppi di lavoro omogenei per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI: creazione di un documento, finale. Individuazione degli indicatori, almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo
7. Costituzione nuclei funzionali	Avviare una procedura condivisa per la gestione dei pazienti ambulatoriali che devono essere sottoposti a RNM in sedazione	Dirigenti SC Radiologia Gorizia Monfalcone; In comune con: SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia DH Dipartimento medico e Chirurgico	stesura del PDTA con condivisione della metodologia di gestione
8. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione "Lung team"	1. Valutare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni. 2. Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	1. Evidenza dell'avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06 2. studio di fattibilità del "lung team" di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale di programmazione del team. 3. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 4. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari
9. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa,	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3.</p> <p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Revisione dei percorsi e del protocollo del “Taglio Cesareo Emergente: attivazione equipe”	1. Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologo, anestesista, ostetrica, pediatra, nurse di anestesia, medico di DMO) 2. Incontri per l’elaborazione del protocollo 3. Presentazione e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte	SC Ostetricia e Ginecologia SC Anestesia e Rianimazione SC Pediatria DMO del Presidio Osp.Monfalcone	Evidenza del protocollo aziendale.
2. Recepimento del documento regionale del comitato percorso nascita sul “PERCORSO PER IL PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO A GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA”	1. Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologi, ostetriche, pediatri) 2. Incontri finalizzati all’analisi del documento regionale e attivazione di modalità organizzative interne 3. Definizione di una procedura secondo fasi prestabilite: - Accesso al percorso - Valutazione del benessere materno-fetale in travaglio e parto - Valutazione del benessere materno nel post-partum - Assistenza al neonato, allattamento, profilassi e screening neonatali - La continuità assistenziale con i servizi territoriali 4. Presentazione e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte	SC Ostetricia e Ginecologia SC Pediatria SC Età Evolutiva Famiglia e Disabilità	Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro e evidenza del protocollo attivato dal 1/10/2021
3. EMERGENZA COVID-19	Rimodulazione del percorso specifico per pazienti COVID-19 positivi o sospetti nell’area materno-infantile 1. prosecuzione della condivisione dei casi Covid positivi con il centro Hub 2. aggiornamento con eventuali modifiche dei PDTA 3. Presentazione e condivisione con i	Sc Ostetricia e Ginecologia SC Pediatria In collaborazione con IRCCS Burlo	- Report e monitoraggio dei casi presi in carico - Aggiornamento PDTA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	professionisti delle strutture coinvolte		
4. Riorganizzazione della gestione del basso rischio ostetrico all'interno del Dipartimento Materno Infantile per l'attuazione di percorsi organizzativi gestionali secondo quanto previsto dal documento regionale del Comitato Percorso nascita	Coordinamento del gruppo di lavoro: - rimodulazione organizzativa e gestionale per favorire l'implementazione del percorso BRO in continuità assistenziale con i Consulenti famigliari	Responsabile ostetrica dr.ssa Roberta Giornelli	Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro e evidenza del protocollo attivato dal 1/10/2021
5. Revisione dei percorsi organizzativi gestionali per l'assistenza al neonato secondo quanto previsto dal documento regionale del Comitato Percorso nascita	Coordinamento del gruppo di lavoro infermieristico nell'ambito della rimodulazione organizzativa e gestionale del percorso BRO	RID dr.ssa Calligaris Maria Chiara	Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro e evidenza del protocollo attivato dal 1/10/2021
6. Riorganizzazione della gestione del basso rischio ostetrico all'interno del Dipartimento Materno Infantile per l'attuazione di percorsi organizzativi gestionali secondo quanto previsto dal documento regionale del Comitato Percorso nascita	Supervisione sull'attività del gruppo di lavoro individuato dalle coordinatrici favorendo condivisione ed integrazione delle conoscenze e stimolando l'applicazione del know-how attraverso comportamenti gestionali coerenti e tesi alla crescita di tutti i collaboratori	Direttore Dipartimento Materno-Infantile dott. Pierino Boschian-Bailo	- Evidenza di report periodici - Evidenza del protocollo attivato entro il 01/10/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Reti di patologia /integrazione aziendale Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica</p>	<p>1.Implementazione dl lavoro del GOG (Gruppo interdisciplinare ed interaziendale per la patologia oncologica ginecologica) con completamento dell’elaborazione di PDTA per la patologia ginecologica oncologica 2 Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali relative alla presa in carico di pazienti con le seguenti patologie: - sarcomi uterini - tumori ovarici non epiteliali - carcinoma vulvare - patologia del trofoblasto 3) Elaborazione di un percorso (con identificazione di indicatori di processo e di esito) con le strutture aziendali ed extraaziendali costituenti il GOG</p>	<p>SC Ostetrica e Ginecologia Gorizia-Monfalcone, in collaborazione con: SSD Oncologia Senologica e Apparato Riproduttivo Femminile SC Radioterapia SC Anatomia Patologica SC Oncologia GO Monfalcone In collaborazione con IRCSS Burlo Garofalo</p>	<p>Produzione di PDTA condivisi per - sarcomi uterini - tumori ovarici non epiteliali - carcinoma vulvare - patologia del trofoblasto</p>
<p>2. Revisione dei percorsi e del protocollo del “Taglio Cesareo Emergente: attivazione equipe”</p>	<p>1. Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologo, anestesista, ostetrica, pediatra, nurse di anestesia, medico di DMO) 2. Incontri per l’elaborazione del protocollo con evidenza ruoli funzioni e responsabilità 3. Presentazione e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte</p>	<p>SC Ostetrica e Ginecologia SC Anestesia e Rianimazione SC Pediatria DMO del Presidio Ospedaliero di Monfalcone</p>	<p>Evidenza del protocollo aziendale.</p>
<p>3. Aggiornamento PDTA per la “ gestione dell’emorragia del post partum”</p>	<p>1. Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologo, anestesista, ostetrica, medico trasfusionista) 2. Incontri per l’elaborazione del PDTA 3. Presentazione del PDTA e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte</p>	<p>SC Ostetrica e Ginecologia SC Anestesia e Rianimazione SC Medicina Trasfusionale</p>	<p>Evidenza dell’aggiornamento protocollo aziendale</p>
<p>4. Attivazione del percorso multidisciplinare</p>	<p>1. Costituzione del nuovo gruppo di lavoro multidisciplinare (urologo, ginecologo,</p>	<p>SC Ostetrica e Ginecologia SC Urologia</p>	<p>Evidenza del percorso individuato</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
per la diagnosi e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico	chirurgo-proctologo, fisiatra, fisioterapista, ostetrica.) 2. Incontri finalizzati all'analisi dell'offerta esistente nelle varie strutture. 3. Condivisione sulla presa in carico dei diversi quadri clinici differenziati secondo pertinenza specialistica 4. Elaborazione di almeno un percorso individuato dal gruppo di lavoro	SC Riabilitazione SC Chirurgia Generale	
5. Recepimento del documento regionale del comitato percorso nascita sul "PERCORSO PER IL PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO A GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA"	1. Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologi, ostetriche, pediatri) 2. Incontri finalizzati all'analisi del documento regionale e attivazione di modalità organizzative interne 3. Definizione di una procedura secondo fasi prestabilite: - Accesso al percorso - Valutazione del benessere materno-fetale in travaglio e parto - Valutazione del benessere materno nel post-partum - Assistenza al neonato, allattamento, profilassi e screening neonatali - La continuità assistenziale con i servizi territoriali 4. Presentazione e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte	SC Ostetrica e Ginecologia SC Pediatria SC Età Evolutiva Famiglia e Disabilità	Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro, evidenza del protocollo e report dei casi seguiti secondo i criteri del protocollo attivato.
6. Percorso nascita integrato	Avvio della sperimentazione regionale sull'utilizzo dell'agenda della gravidanza e della scheda informatizzata per la gestione ostetrica della gravidanza nel percorso nascita	SC Ostetrica e Ginecologia SC Età Evolutiva Famiglia e Disabilità	Evidenza dell'avvio e Report della sperimentazione pilota

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Attivazione del PDTA sulla" gestione farmacologica dell'interruzione volontaria di gravidanza e dell'aborto spontaneo per l'appropriatezza assistenziale e la riduzione degli accessi in sala operatoria	1. Elaborazione del PDTA secondo le recenti evidenze scientifiche e indicazioni Ministeriali 2. Condivisione del percorso con i professionisti delle Strutture coinvolte 3. Studio di fattibilità operativa con le strutture coinvolte	SC Ostetrica e Ginecologia SC Anestesia e Rianimazione DMO del Presidio Ospedaliero di Monfalcone SC Farmaceutica Blocco operatorio e Day Surgery In collaborazione con IRCSS Burlo Garofalo	Evidenza del PDTA con report sui casi trattati
8. EMERGENZA COVID-19	Rimodulazione del percorso specifico per le pazienti sospette e positive COVID-19. 1. prosecuzione della condivisione dei casi Covid positivi con il centro Hub 2. aggiornamento con eventuali modifiche del PDTA "PROCEDURA COVID-19 in Ostetricia e Ginecologia"	Sc Ostetrica e Ginecologia In collaborazione con IRCCS Burlo	Report e monitoraggio dei casi presi in carico Aggiornamento PDTA
9. Percorso nascita Integrazione ospedale territorio continuità assistenziale finalizzata al supporto e sostegno emotivo peri-post natale	Coinvolgimento dell'equipe dell'ostetrico ginecologica alla conoscenza dell'approccio psicoterapico "EMDR- Evidence Base" in collaborazione con gli psicologi-terapeuti EMDR dell SC EEFD, per la costruzione di percorsi di continuità condivisi per la rielaborazione delle esperienze traumatiche/peritraumatiche: 1. Partecipazione ad almeno due incontri organizzati e condotti dagli psicologi-terapeuti EMDR dell SC EEFD finalizzati alla conoscenza della tecnica "EMDR" 2. Individuazione delle aree primarie di intervento psicologico e psicoterapeutico rielaborazione delle esperienze traumatiche/peritraumatiche 3. Strutturazione di un percorso per il riconoscimento delle situazioni critiche che richiedono il coinvolgimento degli psicologi-terapeuti EMDR Psicologi della SC	SC Ostetrica e Ginecologia SC Età Evolutiva Famiglia e Disabilità	Evidenza degli incontri effettuati propedeutici alla progettualità e presenza del protocollo condiviso.
10. Percorso nascita Continuità ospedale territorio	Avvio della sperimentazione del monitoraggio territoriale della bilirubinemia neonatale da parte delle ostetriche dei	CCFF ASUGI SC Pediatria ASUGI SC Ostetrica e Ginecologia ASUGI	Documento PDTA Predisposto 80% delle ostetriche formate

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Consultori in continuità con il Punto Nascita e la sc di Pediatria e collaborazione con i TIN-IRCCS Burlo Garofalo:</p> <p>a. Predisposizione di PDTA gestione dell'Ittero Neonatale in continuità tra Punti Nascita e Consultori Familiari</p> <p>b. Formazione specifica e addestramento all'uso del device Bilistick</p>	In collaborazione con TIN IRCCS Burlo Garofalo	
<p>11. Riorganizzazione del piano di lavoro della SC Ostetricia e Ginecologia in funzione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esigenze conseguenti all'emergenza Covid (distanziamento sociale, sicurezza dei lavoratori e dell'utenza, nuove modalità di gestione clinica) - recente importante incremento della richiesta - migliore presa in carico e gestione dei casi 	<p>1. rimodulazione dell'attività ambulatoriale attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dilazionamento dei tempi tra i vari appuntamenti - migliore presa in carico della paziente grazie a differenziazione delle sedute secondo aree di alta specializzazione (es Gravidanza alto rischio, gravidanza presso il termine, primo trimestre, diagnosi prenatale) - migliore e più completo inquadramento clinico in sedute ambulatoriali articolate con associazione di valutazione clinica e diagnostica (es visita + eco + counseling) evitando multipli accessi per la paziente e permettendo migliore visione d'insieme del caso <p>2. Incremento delle sedute ambulatoriali</p>	Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia Dott. Pierino Boschian-Bailo	<p>1. Evidenza del nuovo piano di lavoro dettagliato presentato alla Direzione Sanitaria e alla Direzione di Presidio entro 01/7/2021</p> <p>2. Evidenza delle nuove agende informatiche per la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali</p>
<p>12. Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato</p>	<p>I pazienti in lista di attesa - classe A - per il trattamento chirurgico di tumore utero vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione</p>	Direttore di SC Tutta la SC SC Ostetricia e Ginecologia Gorizia Monfalcone	<p>% dimissioni con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; Fonte dati: SDO Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021</p>
<p>13. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato</p>	<p>Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio</p>	Direttore di SC Tutta la SC SC Ostetricia e Ginecologia Gorizia Monfalcone	<p>Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021</p>
<p>14. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021</p>	<p>1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante</p>	Direttore Dirigenti Comparto	<p>1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80%</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale</p> <p>2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Screening neonatali metabolici	Aderenza ai programmi di screening neonatali regionali Individuazione di un responsabile medico/infermieristico	SC Pediatria Dirigenza/comparto	Flusso informativo al 100% Nominati 1 responsabile medico e 1 nominativo infermieristico
2. Allattamento	Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo regionale Mantenere il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione dal nido	SC Pediatria Coordinatore	85% operatori formati dedicati nel dipartimento 100% schede inserite nel sistema entro un mese dalla dimissione
3. Trasporto neonatale	-Audit annuale con centro di riferimento	SC Pediatria In collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofalo Dirigenza pediatria/comparto	n. 1 Audit effettuato con evidenza delle criticità riscontrate e del piano di miglioramento
4. Disturbi del comportamento alimentare (DCA minori)	Partecipazione alla Rete assistenziale per i DCA minori	SC Pediatria /Comparto e dirigenza DCA minori area giuliano-isontina (dirigenza, comparto) In collaborazione con IRCCS Burlo - Neuropsichiatria	Partecipazione al tavolo interaziendale per i DCA minori con evidenza della analisi delle criticità
5. Integrazione ospedale/territorio assistenza minori con fragilità	Elaborazione di una bozza di progetto di integrazione con il SID per l'assistenza a minori con bisogni complessi	In collaborazione con il DAI/DBI SC Pediatria	Mappatura minori 0-16 con bisogni complessi Analisi delle criticità rispetto alla presa in carico dei minori 0-16 anni con bisogni complessi (elaborazione di un report)
6. Percorso Nascita. Continuità Ospedale-Territorio	Avvio monitoraggio territoriale bilirubinemia (a domicilio e/o in CF) tramite Bilistick 1. Elaborazione del PDTA secondo le recenti evidenze scientifiche e indicazioni Ministeriali 2. Condivisione del percorso con i professionisti delle Strutture coinvolte 3. Studio di fattibilità operativa con le	ASUGI –Consultori In collaborazione con TIN IRCCS Burlo Garofolo SC Pediatria comparto e dirigenza Consultorio DAI DBI	Evidenza del PDTA con report sui casi trattati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	strutture coinvolte		
7. Emergenza Covid-19	Rimodulazione del percorso per minori sospetti o Covid positivi in sinergia con l'IRCCS Burlo Garofolo	direttore	Aggiornamento del PDTA 2020 Monitoraggio dei casi trasferiti e report
8. Revisione dei percorsi e del protocollo del "Taglio Cesareo Emergente: attivazione equipe"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologo, anestesista, ostetrica, pediatra, nurse di anestesia, medico di DMO) 2. Incontri per l'elaborazione del protocollo con evidenza ruoli funzioni e responsabilità 3. Presentazione e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte 	SC Ostetrica e Ginecologia SC Anestesia e Rianimazione SC Pediatria DMO del Presidio Ospedaliero di Monfalcone	Evidenza del protocollo aziendale.
9. Recepimento del documento regionale del comitato percorso nascita sul "PERCORSO PER IL PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO A GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA"	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologi, ostetriche, pediatri) 2. Incontri finalizzati all'analisi del documento regionale e attivazione di modalità organizzative interne 3. Definizione di una procedura secondo fasi prestabilite: <ul style="list-style-type: none"> - Accesso al percorso - Valutazione del benessere materno-fetale in travaglio e parto - Valutazione del benessere materno nel post-partum - Assistenza al neonato, allattamento, profilassi e screening neonatali - La continuità assistenziale con i servizi territoriali 4. Presentazione e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte 	SC Ostetrica e Ginecologia SC Pediatria SC Età Evolutiva Famiglia e Disabilità	Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro, evidenza del protocollo e report dei casi seguiti secondo i criteri del protocollo attivato.

DIPARTIMENTO CHIRURGICO DI GORIZIA MONFALCONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Sperimentazione della cartella peri-operatoria e check -list . La cartella peri-operatoria e la Check-List sono state revisionate già nel 2020 ma a seguito dell'emergenza Covid che ha causato una riduzione drastica dell'attività operatoria sui due B.O. di Gorizia – Monfalcone non si è potuto procedere con la sperimentazione programmata. La sperimentazione sarà avviata con la ripresa dell'attività chirurgica.	Utilizzo sperimentale della cartella e check -list peri-operatoria all' interno del Dipartimento Chirurgico Gorizia-Monfalcone	Comparto Dipartimento Chirurgico Gorizia-Monfalcone.	Scheda peri-operatoria Presenza della check -list in tutte le cartelle cliniche dei pazienti operati (Monitoraggio da Giugno a Dicembre)
2. Inserimento neo assunto in Degenza	Creazione di un modello valutativo per il neo assunto prestante servizio nel B.O. Gorizia-Monfalcone	Coordinatrici Degenza Gorizia-Monfalcone.	Creazione scheda valutativa entro il 30 Settembre 2021 e sperimentazione della valutazione a partire dal 1 Ottobre 2021
3. Dimissioni protette: pianificazione pazienti fragili	Intercettazione precoce dei pazienti con problematiche sanitarie e/o sociali, eleggibili per la dimissione protetta a domicilio	Coordinatrici, Infermieri ,ICA/PUA. Gorizia Monfalcone	Creazione Scheda segnalazione 80% dimissioni a domicilio (Monitoraggio da Giugno a Dicembre)
4. Emergenza Covid	Identificazione percorsi per la gestione dei pazienti a seguito emergenza Covid	Coordinatrici Degenza Gorizia	Definizione dei percorsi e condivisione con il personale
5. Riorganizzazione dell'attività assistenziale e partecipazione attiva alla campagna vaccinale in periodo COVID+	Sospensione dell'attività chirurgica a Gorizia e spostamento di tutta l'attività a Monfalcone. Organizzazione e partecipazione attiva alla campagna vaccinale con la stesura dei turni dei medici addetti al triage in corso di seduta vaccinale con la partecipazione di infermieri del Dipartimento Chirurgico	Direttore Dipartimento Chirurgico RID Dipartimento Chirurgico	Evidenza dello spostamento dell'attività mediante relazione Evidenza sui tabulati della partecipazione dei dirigenti e infermieri con timbrature cod 190
6. Incremento del numero di sale operatorie assegnate al Dipartimento Chirurgico di GOMO e conseguente aumento complessivo dell'attività	Stesura di un programma di riorganizzazione dell'attività chirurgica per attivare la quinta sala operatoria di Gorizia e una seduta prolungata fino alle 20 ogni settimana a Monfalcone	Direttore Dipartimento Chirurgico RID Dipartimento Chirurgico Responsabile Blocco, Operatorio In comune con: Direttori SOC Anestesia	Attivazione delle suddette sedute operatorie entro il 31 Ottobre 2021 Covid permettendo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Assegnazione del personale della dirigenza e del comparto necessario	Coordinatori Blocchi operatori	
7. Riduzione tempi d'intervento dei blocchi operatori Gorizia- Monfalcone	Monitoraggio tempi su apposito registro predisposizione report mensile riunioni trimestrali gruppo di lavoro per predisposizione	Comparto (degenza-Infermieri B.O. GoMo) Responsabile Blocco Operatorio Monfalcone Direttore Dipartimento Chirurgico in comune con anestesia GoMo	Evidenza report mensili con analisi dei dati a partire dall'1 Giugno 2021 e sintesi delle Criticità Elaborazione di un Programma di miglioramento
8. Inserimento del neo assunto nel B.O.	Creazione di un modello valutativo per il neo assunto prestante servizio nel B.O. Gorizia-Monfalcone	Coordinatrici infermieristiche B.O. Gorizia-Monfalcone.	Creazione scheda valutativa entro il 30 Settembre 2021 e sperimentazione della valutazione a partire dal 1 Ottobre 2021
9. Massima coerenza con i bundle regionali sulle infezioni intraoperatorie	Sorveglianza adesione comportamenti corretti in sala operatoria Raccolta e registrazione dati su apposita scheda.	Coordinatrici infermieristiche B.O. Gorizia-Monfalcone.	-Percentuale di comportamenti corretti Target>=80% (Rilevazione dati scheda)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore di SC Tutta la SC SC Chirurgia Gorizia Monfalcone	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021
2. Attivazione di un percorso di integrazione Dipartimento Medico/Dipartimento Chirurgico per la presa in carico del paziente fragile e complesso (gestione pre-operatoria, degenza, dimissione, post-dimissione)	Ricerca un modello organizzativo di interazione. Ipotizzare le modalità di presenza del Medico Internista all'interno del Dipartimento Chirurgico	Direttore Dipartimento Medico Direttore Dipartimento Chirurgico Direttore SOC Medicina Gorizia	Sperimentazione della valutazione a partire dal 1 Ottobre 2021
3. Chirurgia flebologica in anestesia locale e sedazione cosciente (in assenza di anestesista)	Predisposizione scheda monitoraggio parametri vitali in assenza di anestesista monitoraggio eventi avversi predisposizione scheda rilevazione soddisfazione pazienti	Comparto (nurse), Dirigenti medici chirurgia GoMo	1. Presenza della scheda monitoraggio almeno nel 60% dell'intera attività flebologica e evidenza della registrazione degli eventi avversi 2. Presenza della scheda di rilevazione della soddisfazione pazienti Dall'1 giugno 2021 al 31 dicembre 2021
4. Linee guida gestione dei pazienti con versamento pleurico	Messa a punto e successiva applicazione del PDTA redatto nell'obiettivo 2020.	SOC di Chirurgia di Gorizia e Monfalcone In comune con. SOC di Medicina di Gorizia e Monfalcone SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia SC Anestesia e Rianimazione di Monfalcone SOC Pneumologia Trieste SOC di Chirurgia Toracica di Trieste	Revisione del protocollo 2020 (30 settembre 2021) Applicazione nella pratica clinica (1 ottobre-31 dicembre 2021)
5. Istituzione di gruppo multidisciplinare per la diagnosi e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico	Prosecuzione del progetto con almeno 3 incontri del gruppo multidisciplinare istituito. Apertura dell'attività clinica.	Dirigenti Medici, fisioterapisti ed infermieri.	Evidenza degli incontri Apertura ambulatorio multidisciplinare (entro 31 dicembre)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Specialisti di Urologia e/o Proctologia e/o Ginecologia e/o Fisiatria Fisioterapisti Dedicati. Infermieri dedicati	
6. Percorsi sinergici tra Gastroenterologia Trieste ed Endoscopia GOMO	Rivedere i protocolli e le procedure ed uniformarli GoMo e TS	Comparto Dirigenza Obiettivo in comune con le corrispettive strutture GOMO e TS	Pubblicazione protocolli e procedure entro il 31 dicembre 2021
7. Standardizzazione attività dirigenti Gastroenterologia TS/Endoscopia GOMO	Interscambio nelle sedi GOMO e TS dei Dirigenti Medici endoscopisti/gastroenterologi	Dirigenti Medici endoscopisti/gastroenterologi	Presenza del personale Dirigente a TS almeno due volte al mese, raggiungimento obiettivo almeno 60%
8. Equiparazione e standardizzazione dell'attività infermieristica GOMO/ TS	FSC nella sede di TS del personale infermieristico di endoscopia	Comparto Coordinatore In collaborazione con SC Gastro	Avvio della formazione per almeno il 50% del personale infermieristico della sede GOMO presso Trieste
9. Trattamento endoscopico obesità di grado lieve POSE	Plicatura gastrica endoscopica per l'obesità lieve. Organizzazione dell'attività in collaborazione con la chirurgia bariatrica	Dott. Torricelli, Dirigenti e comparto	Trattamento almeno 10 pazienti entro 31\12\2021
10. Anatomia patologica Condivisione procedure in ambito Asugi	Condivisione modalità invio delle biopsie endoscopiche gastroenterologiche dalle sedi di prelievo all'anatomia patologica	Dirigenti medici e Comparto e Sc Chirurgia GOMO In collaborazione con SC Anatomia Patologica	Invio con procedura condivisa delle biopsie endoscopiche gastroenterologiche con utilizzo di supporti per orientamento dei campioni biotipici multipli Dicembre 2021 almeno il 50% dei campioni inviati secondo i criteri condivisi
11. Attività congiunta ASUGI	Organizzazione PDTA coloretale e epatobiliopancreatico	SC Chirurgia Generale GOMONF In comune UCO Clinica Chirurgica	Evidenza del PDTA
12. Governare Clinico e Reti di Patologia	Progetto per il trattamento interdisciplinare del paziente con obesità grave o complicata	Servizio di Dietistica Area Isontina – Dietista Disturbi del Comportamento Alimentare – Psicologa SC Chirurgia – Dirigenti Medici Dipartimento Medicina – Dirigente Medico DMO - Psicologa	Evidenza del progetto ed avvio dell'attività entro il 31/12/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
13. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali	Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei Armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale. Individuare degli indicatori, almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo	Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Chirurgia Generale Trieste e SC Chirurgia Gorizia e Monfalcone SC Anatomia Patologica Gastroenterologia	Predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie del colon all'interno di ASUGI
14. Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	I pazienti in lista di attesa - classe A - per il trattamento chirurgico di: - tumore mammella - tumore colon - melanoma , vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione	Direttore di SC Tutta la SC SC Chirurgia Gorizia Monfalcone	Indicatore e target: % ricovero con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; l'indicatore viene calcolato per ogni patologia, con uguale peso. La % di raggiungimento dell'obiettivo è dato dalla somma delle % di raggiungimento. Fonte dati: SDO Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
15. Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	I pazienti in lista di attesa - classe A - per interventi di: - colecistectomia laparoscopica - emorroidectomia , - riparazione ernia inguinale , vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione	Direttore di SC Tutta la SC SC Chirurgia Gorizia Monfalcone	Indicatore e target: % dimissioni con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; l'indicatore viene calcolato per ogni patologia, con uguale peso. La % di raggiungimento dell'obiettivo è dato dalla somma delle % di raggiungimento. Fonte dati: SDO Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
16. Introduzione della chirurgia laparoscopica Robot assistita	Nel caso di acquisizione del robot, introduzione della nuova modalità chirurgica e graduale spostamento in questo ambito degli interventi bariatrici	Direttore SC Dirigenti medici Infermieri blocco operatorio GO	Evidenza dello spostamento di parte dell'attività chirurgica VLS in VLS robot assistita
17. Realizzazione di corsi per l'apprendimento della chirurgia robotica per i Dirigenti Medici della SC Chirurgia Go Mo	Utilizzo di simulatori e realizzazione di prove pratiche sul robot	Direttore di SC Dirigenti medici Infermieri Blocco Operatorio	Svolgimento di almeno un corso con prova di valutazione finale
18. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	<p>2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3.</p> <p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>
19. Screening colo-rettale	Rispetto dei tempi di esecuzione dell'endoscopia di screening entro i 30 giorni	Dirigente medico (Cerato)	Rispetto dei tempo nel 90% dei casi nel secondo semestre 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore di SC Tutta la SC	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021
2. Assistenza ospedaliera (linee gestione FVG)	Indicatori attività ospedaliera: Frattura di femore	Direttore di SC Tutta la SC	Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero
3. Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	I pazienti in lista di attesa - classe A - per l'intervento di protesi d'anca vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione	Direttore di SC Tutta la SC SC Ortopedia e Traumatologia Gorizia e Monfalcone	% dimissioni con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; Fonte dati: SDO Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
4. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		
5. Attività e produzione scientifica	Pubblicazione di 2 lavori scientifici a stampa o 2 abstract a congressi nazionali	Direttore Dirigenti	Evidenza delle pubblicazioni, delle bozze di stampa o dell'accettazione
6. Assistenza ospedaliera	Uniformare i ricoveri tra le 2 sedi della SOC di Ortopedia utilizzando la lista d'attesa in ADT	Direttore Dirigenti Comparto	Evidenza dell'avvenuto cambiamento

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Definizione dei criteri di inserimento dei pazienti nella lista di attesa chirurgica e delle relative procedure.	1. Definizione dei criteri di priorità per inserimento dei pazienti nelle liste di attesa per ogni singola classe A, B, C e tipologia di intervento 2. Revisione criteri priorità intervento di cataratta	1. Direttore SC 2. dirigenti medici In collaborazione con Oculistica TS	Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre Con corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2021 ed. Evidenza della formalizzazione dei nuovi criteri
3. Ampliamento dell'offerta ambulatoriale	1. Apertura ambulatorio cornea	Interlandi Bova Perrotta	Aperura agenda entro giugno 2021 Ambulatorio aperto , attività monitorabile su accessi ambulatoriali
	2. Apertura ambulatorio elettrofisiologia	Bova Bertoli	Aperura agenda entro giugno 2021 Ambulatorio aperto , attività monitorabile su accessi ambulatoriali
	3. Apertura amb fascia P nell'ambito dei due distretti BI e AI (INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)	Tutti i dirigenti medici Infermieri	Ambulatorio aperto , attività monitorabile su accessi ambulatoriali
	4. Ampliamento numero prestazioni fascia B e D	Tutti i dirigenti medici Infermieri	Aumento prestazioni rispetto 2020 Ambulatorio aperto , attività monitorabile su accessi ambulatoriali
4. Riduzione liste d'attesa	1. Apertura ambulatorio pomeridiano tomografia	1.Dirigenti medici Infermieri	1. Almeno un numero complessivo di 210 2. Le liste ed il numero di prestazioni sono visibili e monitorabili in accessi ambulatoriali G2 Periodo giugno-dic.2021
	2. Monitoraggio delle liste dedicate all'attività clinica pomeridiana		
	3. Terapia intravitale in maculopatie senili Le liste ed il numero di prestazioni sono visibili e monitorabili in accessi ambulatoriali G2	2.Dirigenti medici Infermieri (Miani, Fantini, Trani, Solmonese, Dell'Olivo)	2. Attesa a 20 giorni Le liste ed il numero di prestazioni sono visibili e monitorabili in accessi ambulatoriali G2 Periodo giugno-dic.2021
	4.	3.	3.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Mantenimento tempi attesa interventi di cataratta Secondo indicazioni regionali	VITA Interlandi Antonuccio Bova Bertoli Infermieri (Nese, Mattiuzzo, ferristi s.o.)	Secondo indicazioni regionali Le liste ed il numero di prestazioni sono visibili e monitorabili in accessi ambulatoriali G2 Periodo giugno-dic.2021
5. Partecipazione attività ricerca ASUGI	Pubblicazione articoli scientifici su riviste nazionali o internazionali	Dirigenti medici e professioni sanitarie	Evidenza di invio, accettazione o pubblicazione di almeno 1 articolo all'anno su riviste scientifiche
6. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale: non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
7. Ottimizzazione delle procedure diagnostiche di laboratorio per la gestione delle patologie infettive della cornea	Creazione di un percorso diagnostico condiviso con la UCO di Clinica Oculistica, SC Oculistica Monfalcone-Gorizia e con il DAI di Medicina dei Servizi	Dirigenti Medici e SPTA del Laboratorio Unico di ASUGI, della SC Microbiologia e Virologia, UCO Igiene e Sanità Pubblica UCO di Clinica Oculistica SC Oculistica Monfalcone-Gorizia	Produzione di un documento condiviso che delinea chiaramente i percorsi e le procedure di diagnosi nelle cheratopatie infettive e attivazione degli stessi
8. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate $\geq 80\%$ 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Mantenimento attività	Impegno almeno ad approssimarsi ai volumi del terzo quadrimestre dell'anno 2019 tenuto conto del personale a disposizione e dell'emergenza Coronavirus	Medico comparto	Almeno il 90% dei volumi del 2019 nel terzo quadrimestre
2. Costante e tempestivo aggiornamento dei dati pubblicati sul sito internet aziendale relativi alla struttura (descrizione struttura, contatti, orari, sedi, nominativi dirigenti medici e figure di riferimento, CV del direttore della SC, CV del/i responsabile/i di SS e della/e PO)	Aggiornamento dei dati e trasmissione agli Uffici competenti per la pubblicazione sul sito	direttore	Evidenza dell'aggiornamento sul sito aziendale di: descrizione struttura, contatti, orari, sedi, nominativi dirigenti medici e figure di riferimento, CV del direttore della SC, CV del/i responsabile/i di SS e della/e PO
3. Esecuzione visite domiciliari di anziani non deambulanti per ridurre le spese di spostamento di ambulanze e personale addetto	Rinnovare l'informazione sulla procedura ai medici di base della provincia di Gorizia attraverso i canali istituzionali affinché l'informazione giunga all'utenza e recepire ed organizzare le visite a domicilio	Medico	Evidenza dell'attività a domicilio: report analitico
4. Ripresa dei contatti con le strutture e organizzazione delle visite ai disabili presso i centri di accoglienza, come concertato nel 2020.	Individuazione della necessità di cure odontostomatologiche di disabili afferenti agli istituti accoglienti goriziani ed attivazione dei percorsi organizzativi stabiliti nel 2020 sino al compimento delle cure.	Direttore/Medico	Organizzazione delle prestazioni ai disabili attraverso un percorso definito
5. Ripresa interventi in AG e riduzione della lista di attesa del 25%, compatibilmente con l'emergenza covid	Esecuzione di una media di 2-3 interventi a seduta	Medico/Direttore	Entro il 2021 effettuazione di almeno 40 interventi in s.o.,
6. Aggiornamento del personale sui processi interni della Struttura e sui protocolli operativi	Aggiornamento su temi specifici quali corretta gestione del percorso sterile o di assistenza durante interventi di chirurgia ambulatoriale nonché sull'organizzazione dei percorsi/paziente	Direttore	Compimento entro il 2021 di tale formazione interna, relazione finale e attestato ai partecipanti.
7.	Creazione del percorso in collaborazione con il Dir. Della Radiologia di GOMO	Direttore	Entro il 2021 definizione, attuazione e verifica del percorso stabilendo slot orari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Percorso prestabilito per l'esecuzione delle indagini radiologiche di pertinenza odontostomatologica nell'Isontino		Radiologia GoMonf	giornalieri disponibili in Radiologia per l'Odontostomatologia di GOMO
8. Miglioramento della performance chirurgica di sala e ambulatoriale riducendo le complicanze	Esecuzione di interventi complessi con l'ausilio del sistema piezoelettrico	Direttore/Medico	Se acquisizione del dispositivo esecuzione di interventi di chirurgia orale anche complessa in modo routinario nel 2021. Evidenza dell'attività
9. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi della farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale: non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
10. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto 	Direttore Dirigenti Comparto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate \geq 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore e Coordinatore di riferimento	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021
2. Rispetto ai tempi d'attesa	Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Dirigenza e comparto	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa>=volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO) –
3. Istituzione percorso diagnostico-terapeutico pazienti oncologici che necessitano di ricostruzione microvascolare	Condivisione tra ORL dei criteri per la selezione dei pazienti da operare per K testa e collo che necessitano di ricostruzione complessa microvascolare	Dirigenza medica ORL Trieste/Monfalcone	Evidenza di attivazione del percorso diagnostico-terapeutico
4. Presenza in carico precoce di pazienti con neoplasia capo-collo	Individuazione dei pazienti ORL con bisogno di cure palliative precoci e supporto nutrizionale Valutazione nutrizionale e palliativa precoci	SSD Cure Palliative medico e comparto/SOC ORL Monfalcone medico e comparto	Segnalazione del 100% dei pazienti eleggibili per trattamento palliativo Registrazione dei pazienti Durata della presa in carico
5. Offerta ORL ambulatoriale territorio giuliano-isontino Premessa: in ambito Isontino nell'ultimo decennio sono state eliminate più di 50 ore/sett di specialistica ORL distrettuale (Sumaisti); nell'anno 2021 termina l'attività residuale su GO e Cormons. A tale riduzione ha sopperito l'attività della SOC ORL nelle sedi ospedaliere Riconduzione dell'attività specialistica ambulatoriale aziendale del territorio Isontino e dell'Ambito 1.1 alla SOC ORL, con il fine di riportare in prossimità parte dell'offerta, fornendo laddove necessario ausilio alla domiciliarità, ed anche a limitare la fuga verso ASUFC (sedi di	1. Valutazione della domanda Possibilità logistica dell'offerta nelle varie sedi distrettuali (Grado, Gradisca, Cormons, Aurisina o Carso nord/ovest) 2. organizzazione della turnistica di attività in relazione alle risorse (dirigente e comparto, risorse strumentali ambulatoriali) 3. inizio attività	Direttore/Dirigenza	1. evidenza di studio di fattibilità organizzativa (domanda, logistica, risorse, ecc.) – giugno 2021 2. avvio sperimentazione – ottobre 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Cervignano, Palmanova, Manzano, Udine). Riorganizzazione dell'offerta sul territorio			
6. Miglioramento indicazione alla Chirurgia della patologia tiroidea e paratiroidea	Coordinamento attività clinica/assistenziale e formativa dei casi clinici tra ORL, Endocrinologia, Radiologia, Anat. Patologica (con ev. coinvolgimento Clinica Chir. Generale TS)	Dirigenza in comune Endocrinologia, Radiologia, Anat. Patologica in collaborazione con Clinica Chir. Generale TS	N° pazienti chirurgici condivisi discussi in incontri pluridisciplinari: >90% /totale casi chirurgia tiroidea e paratiroidea
7. Recupero della lista d'attesa degli interventi otologici	Sedute di Sala Oper. dedicate, svincolate da programmazione per classe di priorità in quanto int. in fascia C con attesa sino a 3-4 anni	Direttore	N° int. chirurgici otologici/int. totali > 10%
8. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale: non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
9. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza covid 19	Chiusura delle sale operatorie dell'Ospedale di Gorizia per consentire l'apertura della Terapia subintensiva Covid con spostamento del personale, attrezzature e attività chirurgica a Monfalcone Ricoveri dei Pazienti operati a Monfalcone e contestuale mantenimento del Reparto di ricovero a Gorizia per ricoveri che non necessitano di terapia chirurgica. Attività di consulenza in entrambi gli ospedali per il PS e i Reparti Mantenimento dell'attività ambulatoriale a Gorizia Attività di consulenza ambulatoriale infermieristica per le stomie urologiche presso l'ospedale di Monfalcone Reperibilità distinte per l'Ospedale di Gorizia e Monfalcone	Dir di sc Dirigenti Medici comparto	Evidenza dello spostamento dell'attività chirurgica urologica a Monfalcone a volumi inalterati considerando l'emergenza
2. Implementazione della chirurgia oncologica laparoscopica	1 Prediligere la VLS alla chirurgia a cielo aperto nelle patologie oncologiche di rene e prostata. 2 riduzione dei gg di degenza rispetto alla chirurgia a cielo aperto	Direttore di SC Drssa Marcotti ff ss di laparoscopia urologica Dirigenti Medici Strumentiste	b. Almeno 85% delle prostatectomie radicali VLS c. Almeno 40% degli interventi complessivi (radicali e parziali) per neoplasia renale
3. Rispetto dei tempi di attesa per ricovero programmato	I pazienti in lista di attesa - classe A - per il trattamento chirurgico di tumore alla prostata vengono ricoverati entro 30 giorni dalla data di prenotazione	Direttore di SC Tutta la SC	% dimissioni con tempo attesa entro i 30 gg >= 90%; Fonte dati: SDO Tempo: dall'1.6.2021 al 31.12.2021
4. Corretta gestione delle liste di attesa per ricovero programmato	Con frequenza trimestrale, aggiornamento del registro prenotazione ricoveri in ADT e comunicazione di avvenuta validazione alla Direzione Medica di Presidio	Direttore di SC Tutta la SC	Presenza di almeno 2 validazioni delle liste attese in ADT Tempo: dall'1.4.2021 al 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Introduzione della chirurgia laparoscopica Robot assistita	Dalla acquisizione del robot, introduzione della nuova modalità chirurgica e graduale spostamento in questo ambito degli interventi di prostatectomia radicale e tumorectomia renale già eseguiti laparoscopicamente.	Direttore SC Drssa Marcotti ff ss di laparoscopia urologica Dirigenti Medici Personale di sala	Evidenza dello spostamento di almeno il 40% dell'attività chirurgica VLS in VLS robot assistita confrontando periodi temporali omogenei.
6. Realizzazione di corsi per l'apprendimento della chirurgia robotica per i Dirigenti Medici delle SC utilizzatrici e specializzandi	Utilizzo di simulatori e realizzazione di prove pratiche sul robot	Direttore di SC Dirigenti Medici	Svolgimento di almeno un corso con superamento di verifica teorico pratica
7. Realizzazione di simulazioni di conversione da chirurgia laparoscopica robot assistita a cielo aperto per emergenza emorragica	Identificazione della cronologia delle azioni che ciascun componente dell'equipe deve eseguire e tracciamento dei percorsi dei singoli membri all'interno della sala operatoria per non intralciarsi e garantire al massimo la sicurezza del Paziente in situazione critica. Riuscire a simulare la conversione nel minor tempo possibile Simulazioni da ripetere periodicamente per mantenere i tempi di reazione nell'intervallo ideale	Dirigenti Medici Urologi e Anestesiisti Strumentisti, Infermieri di Anestesia e di sala, OSS	Presentazione del protocollo Evidenza del rispetto dei tempi stabiliti dal protocollo
8. Implementazione delle biopsie prostatiche con metodica Fusion	Implementazione della modalità "FUSION" Per la biopsia delle lesioni sospette alla RM Mantenimento delle biopsie transrettali a 12 e 24 prelievi	Dirigenti Medici Infermieri dell'ambulatorio di urologia	Evidenza del graduale aumento della % della modalità FUSION delle biopsie prostatiche
9. Protocolli con SC Radiologia	Discussione multidisciplinare delle risonanze della prostata in relazione alla successiva ecografia prostatica con metodica fusion imaging per biopsia mirata	Dirigenti medici delle SC di Urologia e Radiologia	almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla fine della emergenza ospedaliera per il covid con evidenza delle analisi trattate
10. Incremento della attività endourologica per le neoplasie dell'alta via escretrice	Aumento delle procedure endourologiche per le neoplasie uroteliali delle alte vie urinarie	Dirigente medico Dr Moro con incarico di alta specializzazione in endourologia Dirigenti medici Personale di sala operatoria	Evidenza dei trattamenti eseguiti ed incremento della loro % sul totale dell'attività endourologica.
11. Incremento di diagnosi e cura della incontinenza urinaria	Esami Urodinamici complessi Visite ambulatoriali dedicate	Dirigenti Medici Dott. G. Leucci Infermieri ambulatorio di urologia	Aumento del 5% degli esami rispetto al 2020 e graduale applicazione delle tecniche di cura

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12. Introduzione del trattamento Sclerotizzante anterograde per il Varicocele sintomatico	Predisposizione di un protocollo per il trattamento in anestesia locale con monitoraggio degli eventi avversi e della soddisfazione dei pazienti	Dirigenti Medici Infermieri di sala operatoria	Evidenza dell'attività e presenza di scheda di rilevazione degli eventi avversi e della soddisfazione pazienti
13. Attivazione del percorso multidisciplinare per la diagnosi e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico	1. Costituzione del nuovo gruppo di lavoro multidisciplinare (urologo, ginecologo, chirurgo-proctologo, fisiatra, fisioterapista, ostetrica.) 2. Incontri finalizzati all'analisi dell'offerta esistente nelle varie strutture. 3. Condivisione sulla presa in carico dei diversi quadri clinici differenziati secondo pertinenza specialistica 4. Elaborazione di almeno un percorso individuato dal gruppo di lavoro	SC Ostetrica e Ginecologia SC Urologia SC Riabilitazione SC Chirurgia Generale	Evidenza del percorso individuato
14. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale: - non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
15. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Integrazione fra Nefrologia e Dialisi di Go e Monfalcone, Medicina di Gorizia e Nefrologia e Dialisi di Trieste su pazienti nefropatici complessi che giungono nella HUB Triestina per complessità di cura	Garantire un flusso di informazioni e azioni su pazienti complessi provenienti dalla Nefrologia Spoke alla Nefrologia Hub e rientro (ospedale, territorio isontino)	Dirigenti Medici Nefrologia di Gorizia, Monfalcone e Trieste Dirigenti Medicina di Gorizia	Evidenza delle attività e report sui pazienti come da azione
2. Trapianto	Individuazione di un case manager che organizzi le azioni programmate e da programmare (raccolta esami cardiologici, gastroenterologici, urologici eseguiti, appuntamenti e solleciti, visite, approfondimenti diagnostici) tra i pazienti divisi ora in alto e basso isontino.	Dirigenti Medici e Comparto	Mantenere in immissione in lista di almeno 10 pazienti
3. Nefrologico Regionale FVG Favorire il trapianto e la dialisi domiciliare peritoneale	Mettere in atto tutte le azioni per arrivare e mantenere la percentuale indicata Sostegno alla scelta della dialisi peritoneale per i pazienti in casa di riposo o a domicilio con ridotte possibilità di movimento. – Training presso la casa di riposo o a domicilio. – Visite domiciliari per pazienti allettati	Tutta la struttura	Mantenimento del numero degli emodializzati rispetto al totale dei pazienti in terapia sostitutiva (emodialisi+dialisi peritoneale+ trapiantati) < 52%
4. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale: non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
5. Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari % le prescrizioni di farmaci biologici effettuate in ambito ospedaliero o di distribuzione primo ciclo/diretta, tramite sistema PSM-iter elettronico, sono formulate per principio attivo. Sono fatte	Dirigenti Medici	≥ 80% (secondo semestre; fatte salve le eccezioni documentabili-intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cure già in atto) di: eritropoietina

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	salve le eccezioni dovute a intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cure già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)		
6. Collaborazione tra SOC	Organizzare i trattamenti e la gestione dei pazienti nefropatici affetti da complicanze diabetiche e/o al fine di assicurare il trattamento sostitutivo presso la sede di Monfalcone anche ai pazienti provenienti da altri centri dialisi. Aggiornare il PDTA tra le strutture di Nefrologia e Dialisi di Gorizia e Monfalcone e il Centro Antidiabetico per la gestione del comune paziente. In caso di esame programmato avere garanzie sulla disponibilità del posto letto.	Centro Antidiabetico, Nefrologia e Dialisi di Gorizia e Monfalcone, personale medico e comparto	Assicurare il trattamento emodialitico e peritoneale, se necessario, ad almeno due pazienti (2 pazienti alla settimana) provenienti da altra sede e ricoverati a carico del Centro antidiabetico per diagnosi e terapia del piede diabetico
7. Adozione di attività e procedure atte al contenimento della diffusione del contagio tra gli assistiti e alla protezione degli operatori	Organizzazione delle giornate vaccinali Identificazione dei soggetti vaccinatori Partecipazione corso FAD del ISS Aggiornamento del BLS ai vaccinatori	SC Nefrologia e Dialisi Personale medico e comparto	Vaccinazione estensiva ai pazienti emodializzati 100% dei pazienti eleggibili
8. Introduzione delle tecniche di depurazione extracorporea per i pazienti ricoverati presso la Terapia Intensiva di Monfalcone affetti da insufficienza renale acuta.	1. Condivisione delle indicazioni cliniche e delle tecniche che possono essere applicate 2. Incontri di formazione per il personale 3. Trattamento del paziente in urgenza in attesa di trasferimento per trattamento definitivo	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone SC Nefrologia e Dialisi	Evidenza della possibilità di trattamento in urgenza con tecnica di depurazione extracorporea del paziente con insufficienza renale acuta
9. Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG Uniformare percorsi e procedure dialitiche tra ex ASUI-Ts e ex AAS2	Produzione di una procedura condivisa per la gestione catetere di Tesio	Coordinatori di Nefrologia e di Dialisi di Trieste e Gorizia Comparto delle Strutture di Nefrologia e Dialisi di ASUGI	Produzione di un documento condiviso per la procedura gestione del catetere di Tesio
10. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate \geq 80% 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3.</p> <p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Promozione e coordinamento nuove collaborazioni tra le SOC del Dipartimento	Tra le azioni da perseguire nel corso del 2021 è stato dato risalto alla necessità di promuovere le collaborazioni multidisciplinari per dare migliore risposta ai fabbisogni dell'utenza. Disponendo di svariate ed importanti professionalità nelle diverse SOC il Dipartimento promuove e coordina le nuove collaborazioni.	Direttore Dipartimento RID	Rendicontazioni della attività svolta per promuovere queste nuove collaborazioni e rendicontazione della attività svolta entro il 31 dicembre 2021 con evidenza dell'attivazione di almeno due nuove collaborazioni
2. Coordinamento delle misure adottate all'interno del Dipartimento nel corso dell'anno corrente per la gestione dell'emergenza Covid 19	Dall'inizio dell'anno si sono susseguite la parte conclusiva della seconda ondata epidemica e dopo un breve calo dell'attività si è presentata in tutta la sua gravità la terza ondata, particolarmente pesante in questo territorio, che ha richiesto l'adozione di una serie di impegnative misure per assicurare una gestione adeguata dei soggetti colpiti. Il Dipartimento coordina le attività delle diverse SOC.	Direttore Dipartimento. RID	Rendicontazione delle attività svolte entro il 31.12.2021 con evidenza delle azioni di riorganizzazione effettuate

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento dei livelli della qualità dell'assistenza e integrazione dei DAI di Medicina delle aree Giuliana e Isontina	1. Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull'impatto dell'emergenza sanitaria per Coronavirus sulla qualità dell'assistenza. 2. Realizzazione di un'indagine attraverso un questionario distribuito ad OSS e infermieri del Dai di Medicina dell'Area Isontina e dell'Area Giuliana sul tema delle cure compromesse. 3. Stesura di un piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi.	Comparto Coordinatori Infermieristici del DAI di Medicina dell'ASUGI RID Medicina ASUGI	1. Entro aprile costituzione del gruppo di lavoro, definizione dello strumento di indagine e pianificazione dell'attività, entro dicembre sarà attuata l'indagine attraverso la distribuzione del questionario ad OSS e infermieri e saranno elaborati i dati. 2. Entro dicembre saranno individuate le aree di maggiore compromissione dell'assistenza e sarà steso un piano di miglioramento. Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati e piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi su almeno una delle criticità emerse
2. Migliorare il processo di presa in carico attraverso l'adozione del modello del primary nurse/infermiere di processo nelle degenze mediche (Medicina A, B C e NEURO)	1. costituzione gruppo di lavoro 2. individuazione skills caratterizzanti 3. individuazione delle competenze caratterizzanti 4. individuazione principali criticità	Direttore di SOC RID Coordinatori Infermiere di processo Personale comparto	evidenza costituzione gruppo di lavoro entro 04/2021, identificazione degli infermieri di processo entro 05/2021, report incontri su principali percorsi clinico/assistenziali e sperimentazione di almeno due percorsi e relativa analisi
3. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale: non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
4. Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari. Le prescrizioni di farmaci biologici effettuate in ambito ospedaliero o di distribuzione primo ciclo/diretta, tramite sistema PSM-iter elettronico, sono formulate per principio attivo. Sono fatte salve le eccezioni dovute a intolleranza,	Dirigenti Medici	≥ 80% (secondo semestre; fatte salve le eccezioni documentabili-intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cure già in atto) di: insulina glargine, insulina lispro da dna ricombinante, filgrastim, etanercept, infliximab, enoxaparina sodica, rituximab, eritropoietina, pegfilgrastim

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	mancata risposta, prosecuzione cure già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)		
5. Linea HPH Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori in collaborazione con Dott.ssa Francesca Polmonari , Psicologa Psicoterapeuta SC Neuropsichiatria Infantile	Incontri di gruppo con le psicologhe del EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) al fine di riconoscere e gestire lo stress e il benessere psicosociale durante il periodo emergenziale COVID	RID Coordinatori Personale comparto del Dipartimento Medico	Almeno 3 gruppi di lavoro entro 31/12/2021 con evidenza delle attività svolte e rilevazione del livello di stress prima e dopo gli incontri di gruppo 31/12/2021
6. Estendere l'attività specialistica NCH in tutti i presidi ospedalieri ASUGI	Protocollo di collaborazione con NCH, Neurologia, Ortopedia, Medicina e Riabilitazione di GOMONF apertura ambulatorio presso gli ospedali di Gorizia Monfalcone per visite a pazienti selezionati o degenti da valutare (anche da post ricovero in NCH)	Medici in collaborazione con NCH e Neurologia, Ortopedia, Riabilitazione di GOMONF	Gli ambulatori sono attivi dal 1 settembre secondo protocollo
7. Migliorare l'Interazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multi professionale del paziente fragile e complesso	1. Costruzione dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza 2. Avvio di Audit clinici 3. Revisione del protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale	Direttori Medicina Direttori Distretti Medici Medicina e Distretti Referenti ICA/PUA Responsabili infermieristici di Distretto Infermieri di processo Referenti Servizi Riabilitativi Domiciliari Obiettivo in comune con: Medicine ASUGI Distretti ASUGI In collaborazione con: MMG Referenti Servizi Sociali dei Comuni	4. Almeno 3 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento 5. Revisione del Protocollo continuità assistenziale paziente fragile 6. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali
8. Ipotizzare percorsi di condivisione di casi clinici tra la SC di Medicina ed i MMG	Creare un gruppo di lavoro finalizzato ad identificare la modalità di condivisione dei casi clinici (verosimilmente attraverso piattaforma lifesize)	Direttore di SOC Direttore di Distretto Obiettivo in comune con DAI e DBI	Avvio della piattaforma di condivisione entro 202

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia ematologica consolidando l'interazione Hub/Spoke	Riavvio Audit clinici di interazione Hub/Spoke attraverso la piattaforma lifesize	Direttori strutture coinvolte Medici referenti (Gorizia: dott.ssa Chiozzotto, dott. De Luca) Obiettivo in comune con: Medicina Ospedale di Gorizia Medicina Ospedale di Monfalcone Ematologia Trieste	1. almeno 1 Audit/mese nel secondo trimestre dell'anno (qualora la situazione epidemiologica consenta la riapertura dell'Ambulatorio Ematologico di Gorizia) 2. Discussione di almeno 3 casi clinici per ogni audit
10. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia endocrinologica consolidando l'interazione Hub/Spoke Il progetto attraverso la consulenza collegiale permette di dare risposte cliniche su problematiche complesse limitando gli spostamenti del paziente	Avvio Audit clinici di interazione Hub/Spoke attraverso la piattaforma lifesize	Direttori strutture coinvolte Medici referenti dell'Ambulatorio Endocrinologico "Hub" (dott.ssa Veronica Calabrò; dott.ssa Giulia Zuolo) Medici referenti degli Ambulatori Endocrinologici "Spoke" di Gorizia e Monfalcone (dott.ssa Sabato e dott. Belgrado) Obiettivo in comune con: Medicina Ospedale di Gorizia Medicina Ospedale di Monfalcone Medicina Clinica Ospedale di Trieste	1. Effettuazione di almeno 1 Audit/mese nel quarto trimestre dell'anno (qualora la situazione epidemiologica consenta la riapertura dell'Ambulatorio Endocrinologico) 2. Registrazione della visita collegiale in G2 (qualora reso possibile dal Sistema Informativo)
11. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia epatologica consolidando l'interazione Hub/Spoke	Riavvio Audit clinici di interazione Hub/Spoke attraverso la piattaforma lifesize	Direttori strutture coinvolte Medici referenti dell'Ambulatorio Epatologico di Gorizia (dott.ssa Gravic) Obiettivo in comune con: Medicina Ospedale di Gorizia Centro Studi fegato Ospedale di Trieste	Almeno 1 Audit/mese nel quarto trimestre dell'anno (qualora la situazione epidemiologica consenta la riapertura dell'Ambulatorio Epatologico)
12. Migliorare l'interazione tra la SC di Medicina e la SC di Cardiologia in ordine all'accesso alla prescrizione di terapie diabetologiche (richiedenti PT) con impatto sugli outcome cardiovascolari	Avvio di un Ambulatorio Diabetologico specifico	Direttori strutture coinvolte Medici referenti dell'Ambulatorio Diabetologico (dott. Perciaccante) Obiettivo in comune con: Medicina di Gorizia Cardiologia di Gorizia-Monfalcone	Avvio dell'Ambulatorio con refertazione di almeno 10 visite
13. Creazione di un Ambulatorio condiviso, Dermatologico/Reumatologico, in risposta a specifiche indicazioni cliniche	Creazione dell'Ambulatorio Dermatologico/Reumatologico	Direttore SC Medicina Gorizia Responsabile Reumatologo (dott.ssa Regis) Responsabile Dermatologo (dott.ssa Drabeni) Obiettivo in comune con: SS Dermatologia Gorizia	Avvio di refertazione condivisa in G2 entro fine 2021 (qualora la situazione epidemiologica lo consenta)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Clinica Dermatologica Trieste	
14. Avvio di un percorso organizzativo per l'attivazione di un Day-Hospital a Gorizia per la terapia fotodinamica dei tumori cutanei e loro precursori	Organizzazione di 4 incontri formativi per la creazione del percorso assistenziale infermieristico integrato e condiviso tra il comparto di Trieste e Gorizia nel trattamento fotodinamico	Coordinatori di Gorizia e Trieste Comparto di Gorizia e Trieste Obiettivo in comune con: SS Dermatologia Gorizia Clinica Dermatologica Trieste	Redazione di un documento unico per la gestione dell'utente sottoposto a terapia fotodinamica Realizzazione di un opuscolo unico per Trieste e Gorizia
15. Apertura di un Servizio Day-Hospital per la terapia fotodinamica dei tumori cutanei e loro precursori	Accesso per 3 Utenti al giorno	Direttore SC Medicina Direttore SC Clinica Dermatologica Comparto Obiettivo in comune con: SS Dermatologia Gorizia Clinica Dermatologica Trieste	Avvio del Servizio entro il 2021 (qualora la situazione epidemiologica lo consenta)
16. Avviare il percorso per una revisione degli spazi di degenza nella Medicina di Gorizia per introdurre un modello di organizzazione per intensità di cure	Revisione dei percorsi clinico/assistenziali ed organizzativi	Direttore di SOC RID Coordinatori infermieristici	Messa in atto del progetto esecutivo entro 11/2021 (qualora la situazione epidemiologica consenta la riorganizzazione in tal senso degli spazi di degenza)
17. Pubblicazioni	Produzione di pubblicazione nell'arco del 2021 in relazione alla situazione pandemica	Tutta la Struttura	Almeno 2 pubblicazioni nell'arco del 2021
18. Ipotizzare un percorso di integrazione Dipartimento medico/Dipartimento chirurgico per la presa in carico del paziente fragile e complesso (gestione pre-operatoria, degenza, dimissione, post-dimissione)	1. Ricercare un modello organizzativo di interazione 2. Ipotizzare modalità di presenza del Medico Internista all'interno del Dipartimento medico	Direttore SOC Medicina Direttore Dipartimento medico Obiettivo in comune con: Dipartimento chirurgico GO-MO	Produzione del progetto organizzativo innovativo
19. Integrazione fra Nefrologia e Dialisi di Go e Monfalcone, Medicina di Gorizia, Nefrologia e Dialisi di Trieste su pazienti nefropatici complessi che giungono nella e dalla HUB Triestina per complessità di cura	Garantire un flusso di informazioni e azioni su pazienti complessi dalla Nefrologia Spoke alla Nefrologia Hub e rientro (Ospedale, territorio isontino)	Dirigenti Medicina di Gorizia Obiettivo in comune con: Nefrologia Gorizia Nefrologia Trieste Medicina Gorizia	Evidenza dell'avvio dell'attività
20. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3.</p> <p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento dei livelli della qualità dell'assistenza e integrazione dei DAI di Medicina delle aree Giuliana e Isontina	1. Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull'impatto dell'emergenza sanitaria per Coronavirus sulla qualità dell'assistenza. 2. Realizzazione di un'indagine attraverso un questionario distribuito ad OSS e infermieri del Dai di Medicina dell'Area Isontina e dell'Area Giuliana sul tema delle cure compromesse. 3. Stesura di un piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi.	Comparto Coordinatori Infermieristici del DAI di Medicina dell'ASUGI RID Medicina ASUGI	Entro Aprile costituzione del gruppo di lavoro, definizione dello strumento di indagine e pianificazione dell'attività, entro dicembre sarà attuata l'indagine attraverso la distribuzione del questionario ad OSS e infermieri e saranno elaborati i dati. Entro dicembre saranno individuate le aree di maggiore compromissione dell'assistenza e sarà steso un piano di miglioramento. Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati e piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi su almeno una delle criticità emerse
2. Migliorare il processo di presa in carico attraverso l'adozione del modello del primary nurse/infermiere di processo nelle degenze mediche.	1. Costituzione gruppo di lavoro 2. individuazione skills caratterizzanti 3. individuazione delle competenze caratterizzanti 4. Individuazione principali criticità	Direttore di SOC RID Coordinatori Infermiere di processo Personale comparto	evidenza costituzione gruppo di lavoro entro 04/2021, - identificazione degli infermieri di processo entro 05/2021, report incontri su principali percorsi clinico/assistenziali e sperimentazione di almeno due percorsi e relativa analisi
3. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale : non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
4. Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari % le prescrizioni di farmaci biologici effettuate in ambito ospedaliero o di distribuzione primo ciclo/diretta, tramite sistema PSM-iter elettronico,	Dirigenti Medici	≥ 80% (secondo semestre; fatte salve le eccezioni documentabili-intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cure già in atto) di: insulina glargine, insulina lispro da dna ricombinante, filgrastim, enoxaparina, sodica eritropoietina, pegfilgrastim

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	sono formulate per principio attivo. Sono fatte salve le eccezioni dovute a intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cure già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)		
5. Linea HPH Le aziende sviluppano programmi dedicati al benessere degli operatori in collaborazione con la <i>Dott.ssa Corinna Michelin, Psicologa, CDA, gruppi di supporto psicologico dipendenti e gestione dello stress</i>	Costituzione del gruppo di lavoro declinazione principali skills (resilienza, adattamento...) condivisione delle criticità (riconoscere e gestire lo stress e il benessere psicosociale durante il periodo emergenziale COVID)	RID Coordinatori Personale comparto del Dipartimento Medico	almeno 3 gruppi di lavoro entro 31/12/2021 con evidenza delle attività svolte e rilevazione del livello di stress prima e dopo gli incontri di gruppo 31/12/2021
6. Estendere l'attività specialistica NCH in tutti i presidi ospedalieri ASUGI	Protocollo di collaborazione con NCH, Neurologia, Ortopedia, Medicina e Riabilitazione di GOMONF apertura ambulatorio presso gli ospedali di Gorizia Monfalcone per visite a pazienti selezionati o degenti da valutare (anche da post ricovero in NCH)	Medici in collaborazione con NCH e Neurologia, Ortopedia, Riabilitazione di GOMONF	Gli ambulatori sono attivi dal 1 settembre secondo protocollo
7. Migliorare l'Interazione Ospedale-Territorio per facilitare la gestione complessiva multidisciplinare e multi professionale del paziente fragile e complesso	1. Costruzione dei gruppi di lavoro, identificati sulla base dei Distretti di appartenenza 2. Avvio di Audit clinici 3. Revisione del protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile 4. Condivisione delle criticità e dei percorsi a livello aziendale	Direttori Medicine Direttori Distretti Medici Medicine e Distretti Referenti ICA/PUA Responsabili infermieristici di Distretto Infermieri di processo Referenti Servizi Riabilitativi Domiciliari Obiettivo in comune con: Medicine ASUGI Distretti ASUGI In collaborazione con: MMG Referenti Servizi Sociali dei Comuni	1. Almeno 2 Audit per ogni Medicina/Distretto, con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento 2. Revisione del Protocollo continuità assistenziale paziente fragile 3. Almeno 1 audit aziendale (Medicine/Distretti) per condivisione delle criticità ed uniformare i percorsi clinico/assistenziali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia ematologica consolidando l'interazione Hub/Spoke	Riavvio Audit clinici di interazione Hub/Spoke attraverso la piattaforma lifesize	Direttori strutture coinvolte Medici referenti (Gorizia: dott.ssa Chiozzotto, dott. De Luca) Obiettivo in comune con: Medicina Ospedale di Gorizia Medicina Ospedale di Monfalcone Ematologia Trieste	Almeno 1 Audit/mese nel secondo semestre dell'anno (<i>qualora la situazione epidemiologica consenta la riapertura dell'Ambulatorio Ematologico di Gorizia</i>)
9. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia endocrinologica consolidando l'interazione Hub/Spoke Il progetto attraverso la consulenza collegiale permette di dare risposte cliniche su problematiche complesse limitando gli spostamenti del paziente	Avvio Audit clinici di interazione Hub/Spoke attraverso la piattaforma lifesize	Direttori strutture coinvolte Medici referenti dell'Ambulatorio Endocrinologico "Hub" (dott.ssa Veronica Calabrò; dott.ssa Giulia Zuolo) Medici referenti degli Ambulatori Endocrinologici "Spoke" di Gorizia e Monfalcone (dott.ssa Sabato e dott. Belgrado) Obiettivo in comune con: Medicina Ospedale di Gorizia Medicina Ospedale di Monfalcone Medicina Clinica Ospedale di Trieste	Effettuazione di almeno 1 Audit/mese nel quarto trimestre dell'anno (qualora la situazione epidemiologica consenta la riapertura dell'Ambulatorio Endocrinologico) Registrazione della visita collegiale in G2 (qualora reso possibile dal Sistema Informativo)
10. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia epatologica consolidando l'interazione Hub/Spoke	Riavvio Audit clinici di interazione Hub/Spoke attraverso la piattaforma lifesize	Direttori strutture coinvolte Medici referenti dell'Ambulatorio Epatologico di Gorizia (dott.ssa Gravic) Obiettivo in comune con: Medicina Ospedale di Gorizia Centro Studi fegato Ospedale di Trieste	Almeno 1 Audit/mese nel quarto trimestre dell'anno (qualora la situazione epidemiologica consenta la riapertura dell'Ambulatorio Epatologico)
11. Collaborazione tra le SOC di Medicina Interna di Monfalcone e Gorizia per potenziare l'offerta di visite ambulatoriali endocrinologiche nelle due sedi	1. Aumento degli appuntamenti per visite endocrinologiche presso la sede di Monfalcone 2. Attività ambulatoriale di un medico della SOC di Monfalcone a Gorizia un giorno alla settimana	Direttori SOC Dott. Dario Belgrado RID Personale infermieristico degli ambulatori nelle due sedi	1. Aumento delle visite endocrinologiche eseguite nel corso dell'anno a Monfalcone rispetto al 2020 2. Inizio dell'attività ambulatoriale endocrinologica a Gorizia entro il 30 aprile
12. Attivazione della collaborazione tra la SOC Medicina interna Monfalcone la SOC Chirurgia generale di Gorizia e Monfalcone per la gestione internistica dei pazienti da	1. Saranno riservati almeno due appuntamenti ambulatoriali alla settimana alle visite internistiche per questi pazienti a partire da maggio 2021	Direttore e Medici In comune con Chirurgia Generale GoMo	1. Evidenza dell'apertura dei due posti dedicati presso l'ambulatorio della SOC medicina interna Monfalcone entro maggio 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
candidare o già sottoposti a Chirurgia bariatrica	2. Un medico della Medicina interna parteciperà ad almeno il 60% delle riunioni settimanali del gruppo di Chirurgia bariatrica per la discussione dei casi.		2. Evidenza della partecipazione di un medico della SOC Medicina interna alla definizione del percorso per i pazienti candidati al trattamento nel corso delle riunioni del gruppo in almeno 60% dei casi a partire da maggio 2021
13. Costante adeguamento del modello organizzativo di gestione dei ricoverati in funzione della evoluzione della pandemia da SARS COV2 e delle conseguenti priorità SOC nonostante la carenza di personale del comparto.	In un reparto di Medicina non covid le oscillazioni della diffusione di virus sul territorio, la necessità di farsi carico di pazienti internistici provenienti dall'Alto isontino per liberare letti per l'area covid di Gorizia e la tardiva positivizzazione di pazienti degenti negativi in Pronto Soccorso insieme alla persistente carenza di personale richiede l'adozione ed il costante e tempestivo aggiornamento delle regole di gestione dei degenti nella Struttura	Direttore della SOC RID Coordinatrici infermieristiche	Evidenza della riorganizzazione al fine mantenere ininterrotta ed in sicurezza la disponibilità di posti letto per i ricoveri urgenti dal Pronto Soccorso nel corso dell'anno
14. Individuazione di un gruppo di dirigenti medici disponibili a svolgere attività di tutoraggio per gli studenti di Medicina degli ultimi tre anni di corso dell'università di Trieste che svolgono il tirocinio clinico o la preparazione della tesi di laurea presso la nostra SOC ed inizio dell'attività ed inizio dell'attività.	Con la nascita della ASUGI anche la Medicina interna di Monfalcone è diventata in virtù della convenzione con l'Università di Trieste sede di tirocinio clinico anche per gli studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Ciò comporta ovviamente un aggravio dell'impegno lavorativo per i dirigenti medici che svolgono la funzione di tutor.	Direttore della SOC Dirigenti medici	1. Rendicontazione dei tirocini clinici eseguiti 2. Relazione sull'attività di tutoraggio per la preparazione delle tesi di laurea
15. Apertura ambulatorio internistico emostasi e trombosi	Nell'ultimo decennio grandi trials clinici hanno confermato l'importanza della terapia anticoagulante nella prevenzione sia dell'ictus cerebrale embolico nel paziente con FA sia della embolia polmonare. Inoltre l'introduzione dei farmaci NAO ha semplificato e resa più sicura questa terapia. Vi è pertanto una crescente domanda di visite specialistiche legate alla prescrizione ed	Direttore SOC Dirigenti medici Coordinatrici infermieristiche	Apertura entro maggio della agenda dedicata prenotabile attraverso CUP con dicitura "visita internistica emostasi e trombosi". Esecuzione nel periodo maggio - dicembre 2021 di almeno 40 visite e 40 controlli.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	alla gestione di questa terapia e presso la nostra SOC è attivo il dott. Turchetto che ha conseguito un master in questa disciplina e si dedica da anni ad essa.		
16. Pubblicazioni	Produzione di pubblicazione nell'arco del 2021 in relazione alla situazione pandemica	Direttore di SOC Medici della Medicina RU Tutto il personale infermieristico	Almeno 1 pubblicazione nell'arco del 2021
17. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	<p>1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale</p> <p>2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>	Direttore Dirigenti Comparto	<p>1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate $\geq 80\%$</p> <p>2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento dei percorsi assistenziali, della qualità e integrazione tra aree dell'oncologia e della Medicina Interna	1. Ricognizione documentazione presa in carico assistenziale esistente 2. Ricerca bibliografica 3. Stesura documento e strumento per definire le principali dimensioni Persona afferente al servizio	Comparto Coordinatori Infermieristici RID	Evidenza: documento di elaborazione della ricerca e sintesi dei risultati e produzione documento di sintesi (cartella infermieristica ovvero check) dell'analisi delle dimensioni dell'assistenza
2. Migliorare comunicazione e operatività	Incontro multidisciplinare ogni 15 giorni sulle tematiche – clinico/assistenziali – gestione procedure sicurezza dei percorsi – sicurezza pz e operatori su temi COVID – sicurezza del farmaco – PDTA gestione pz HUB e SPOKE	Direttore RID Comparto	Verbali riunioni quindicinale con evidenza delle azioni programmate
3. Garanzia continuità cure oncologiche nelle due sedi(Gorizia-Monfalcone)	Costruzione della turnistica mensile con rotazione volontaria sulle due sedi dei dirigenti medici	Dirigenti medici	Turnistica a disposizione presso le DMO Gorizia Monfalcone con evidenza della rotazione dei medici nelle due sedi
4. Continuità delle visite radioterapiche dei pazienti presso il Centro HUB ASUGI (Trieste)	Elaborazione nuova procedura per gestione appuntamenti	Personale infermieristico delle 2 sedi	Evidenza della nuova procedura con report pazienti inviati
5. Integrazione cure oncologiche e palliative nelle due sedi	Ambulatorio condiviso settimanalmente prenotazione	Dirigenti medici Personale infermieristico delle 2 sedi	Evidenza dell'attività dell'ambulatorio
6. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale: non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
7. Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari % le prescrizioni di farmaci biologici effettuate in ambito ospedaliero o di	Dirigenti Medici	≥ 80% (secondo semestre; fatte salve le eccezioni documentabili-intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cure già in atto)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	distribuzione primo ciclo/diretta, tramite sistema PSM-iter elettronico, sono formulate per principio attivo. Sono fatte salve le eccezioni dovute a intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cure già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)		di: filgrastim, eritropoietina, trastuzumab biosimilare, pegfilgrastim, bevacizumab
8. Costituzione nuclei funzionali	Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale. Individuare degli indicatori , almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo
9. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali	Condivisione della metodologia di stesura del PDTA Attivare gruppi di lavoro omogenei Armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale. Individuare degli indicatori , almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo	Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Chirurgia Generale Trieste e SC Chirurgia Gorizia e Monfalcone SC Anatomia Patologica Gastroenterologia	Predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie del colon all'interno di ASUGI
10. Reti di patologia /integrazione aziendale Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica	1.Implementazione di lavoro del GOG (Gruppo interdisciplinare ed interaziendale per la patologia oncologica ginecologica) con completamento dell'elaborazione di PDTA per la patologia ginecologica oncologica 2 Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e	SSD Oncologia Senologica e Apparato Riproduttivo Femminile SC Radioterapia SC Anatomia Patologica SC Ginecologia GO-Monfalcone SC Oncologia GO Monfalcone IRCSS Burlo Garofalo	Produzione di PDTA condivisi per sarcomi uterini tumori ovarici non epiteliali carcinoma vulvare patologia del trofoblasto

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	internazionali relative alla presa in carico di pazienti con le seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> – sarcomi uterini – tumori ovarici non epiteliali – carcinoma vulvare – patologia del trofoblasto 3) Elaborazione di un percorso (con identificazione di indicatori di processo e di esito) con le strutture aziendali ed extraaziendali costituenti il GOG		
11. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione “Lung team”	1. Valutare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni. 2. Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all’interno di ASUGI	Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	1. Evidenza dell’avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06 2. studio di fattibilità del “lung team” di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale di programmazione del team. 3. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 4. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari
12. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l’impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell’attività	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attivazioni di collaborazioni e sinergie ASUGI	1.1. Percorso endoarterectomia in pazienti con stenosi carotidea sintomatica afferenti alla SC Neurologia di Gorizia	SC Neurologia GO/MO, SC Chirurgia Vascolare TS	Applicazione del percorso aziendale concordato nel 2020 nel 100% dei casi eleggibili Report della attività con valutazione delle eventuali criticità entro il 31/12/2021
	1.2. Protocollo monitoraggio neurofisiologico in pazienti in stato di coma ipossico/ischemico nelle terapie intensive di Gorizia e Monfalcone	SC Neurologia GO/MO, SC Rianimazione GO, SC Rianimazione MO	1. applicazione del protocollo aziendale concordato nel 2020 nel 100% dei casi eleggibili 2. Reportistica attività con valutazione del percorso ed evidenza di eventuali criticità
	2.1 Protocollo di collaborazione con Neurologia, Ortopedia, Medicine e Riabilitazione di GOMONF 2.2 apertura ambulatorio di NCH presso gli ospedali di Gorizia Monfalcone per visite a pazienti selezionati o degenti da valutare (anche da post ricovero in NCH)	Medici Neurologia in collaborazione con NCH Ortopedia, Medicine e Riabilitazione di GOMONF	
2. Attività propria della Struttura: mantenimento volumi	1. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa nel PO di Gorizia	SC Neurologia GO/MO, SC Rianimazione GO SC PS GO	Attività mantenuta o aumentata se logisticamente possibile (confronto tra periodi analoghi 19/21)
	2. Consolidamento della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica (ai sensi della DGR 817/2017)	SC Neurologia GO/MO, SSD Pneumologia GO/MO, SC Riabilitazione GO/MO	Evidenza di ambulatorio attivo (1 seduta al mese) Evidenza di un incontro multidisciplinare al mese in occasione delle sedute del GIN
	3. Implementazione attività di testistica neuropsicologica dell'ambulatorio del CDCD (centro per i disturbi cognitivi e demenze)	SC Neurologia GO/MO	Esecuzione della testistica neuropsicologica per tutti i pazienti afferenti in prima visita all'ambulatorio del CDCD
	4. Implementazione della diagnostica di polisonnografia e poligrafia dinamica	SC Neurologia GO/MO, SSD Pneumologia GO/MO	Esecuzione di almeno 2 prestazioni al mese a partire dal mese di giugno dedicate alle strutture di Neurologia e Pneumologia.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ambulatoriale presso il PO di Gorizia		
	5. Riconoscimento FA in pazienti con ictus criptogenetico	Neurologia GO, medici e infermieri Cardiologia Go-Mo, medici e infermieri	impianti loop recorder/ictus criptogenetico > 60% (secondo protocollo). Monitoraggio ritmo e Tp anticoagulante in caso di FA
3. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale : non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
4. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali	Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	1. Condivisione della metodologia di stesura del PDTA 2. Attivare gruppi di lavoro omogenei per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale. 3. Individuare degli indicatori , almeno 1 per specialistica coinvolta, che saranno oggetto di verifica nell'anno successivo
2. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali	Consolidamento della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica (ai sensi della DGR 817/2017)	SC Neurologia GO/MO, SSD Pneumologia GO/MO, SC Riabilitazione GO/MO	1. Evidenza di ambulatorio attivo (1 seduta al mese) 2. Evidenza di un incontro multidisciplinare al mese in occasione delle sedute del GIN con riscontro mediante breve relazione riassuntiva dell'incontro dei temi di aggiornamento trattati e/o dei casi clinici discussi
3. Punto 1 Gestione dell'emergenza COVID Consolidamento percorso ambulatoriale per valutazione, presa in carico e follow up di pazienti con esiti sintomatici di COVID – 19	Mantenimento presso il PO di Monfalcone dell'ambulatorio multidisciplinare per la valutazione, presa in carico e follow up di pazienti con esiti sintomatici di COVID – 19 attualmente dedicato ad operatori sanitari e pazienti segnalati da Dipartimento di Prevenzione di Trieste e sua estensione ad utenti inviati dai MMG del Basso Isontino	SSD Pneumologia Dipartimento di Prevenzione/SC Igiene e Sanità Pubblica	Evidenza di attività ambulatoriale (almeno 2 sedute al mese)
4. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è	1 Istituzione di incontri multidisciplinari ogni 2 mesi di discussione casi clinici e condivisione PDTA (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) 2. Preparazione di un protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido e di gestione ospedale-territorio delle	1 SSD Pneumologia di Gorizia-Monfalcone e SC Pneumologia Cattinara 2 SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport e SC Cardiologia Cattinara 3 SOS Diabetologia Trieste	1. Evidenza di partecipazione ad almeno 4 incontri multidisciplinari (1 ogni 2 mesi) in presenza o virtuali. 2. Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione multidisciplinare del paziente cronico complesso multimorbido anche con l'utilizzo della piattaforma

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di qualità e sicurezza delle cure.	riacutizzazioni (accessi PS e dimissioni protette). anche con l'utilizzo della piattaforma digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.		digitale di teleconsulto e telemedicina in acquisizione dalla regione FVG.
5. 6.5 Governo clinico e Reti di patologia Creazione percorso di valutazione clinico-strumentale di tutti i pazienti con cardiopatia ischemica cronica ed abitudine tabagica	1. Esecuzione esame spirometrico, da eseguire negli ambulatori della SC Cardiovascolare o presso la SS Pneumologia, nei pazienti fumatori con cardiopatia ischemica cronica che non hanno eseguito la valutazione negli ultimi 5 anni	1. Silvana Brigido 2. Andrea Di Lenarda, Roberto Trevisan 3. Tutto il personale medico ed infermieristico della SC Cardiovascolare e SSD Pneumologia	1. Training esecuzione spirometria per il personale infermieristico della SC Cardiovascolare entro 31 maggio 2021 2. Incremento relativo >10% della valutazione spirometrica nei pazienti fumatori in carico alla SC Cardiovascolare al 31/12/2021 3. Valutazione pneumologica >90% dei pazienti con esame patologico
6. Punto 6.5 Costituzione nuclei funzionali Riproposizione "Lung team"	1. Valutare le possibili sinergie e collaborazioni sul tema introducendo uno stile di condivisione collegiale allargata ed individuando obiettivi, percorsi clinico/assistenziali, strategie e metodologie comuni. 2. Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Coordinatori infermieristici/tecnici Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC Pneumologia Trieste e SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore e Cattinara e SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC Anatomia Patologica SC Radioterapia	1. Evidenza dell'avvio del gruppo di lavoro entro il 31.06 2. studio di fattibilità del "lung team" di ASUGI: evidenza delle linee condivise per armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale di programmazione del team. 3. Evidenza relativa al II° semestre dei casi discussi e dei programmi generati con identificazione di indicatori di riferimento 4. Condivisione delle linee guida del PDTA per il trattamento delle neoplasie polmonari
7. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata.</p> <p>3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica)</p> <p>3.</p> <p>Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. 6.5 Governo clinico e reti patologia Implementazione della rete organizzativa per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico che necessitano di rivascolarizzazione.</p>	<p>1. Creazione di un gruppo multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con piede diabetico vascolare 2. Stesura di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare 3. Migliorare la rete fra le varie strutture attraverso la condivisione del documento e discussione dei casi clinici</p>	<p>- Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, S.S. Centro Diabetologico Distretto 4 di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste - Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4 - Coordinatori infermieristici - Infermiere di reparto - Comparto della diabetologia di Monfalcone e S.S. Centro Diabetologico Distretto 4 di Trieste</p>	<p>Creazione del gruppo multidisciplinare entro il 30/06/2021, Redazione di un documento per la gestione dei pazienti da rivascolarizzare entro il 30/09/2021 E Realizzazione di 2 incontri multidisciplinari per la discussione dei casi clinici. Entro il 31/12/2021</p>
<p>2. 6.5 Governo clinico e reti patologia Creazione di una scheda per la raccolta dei dati dei pazienti da rivascolarizzare in modo da stabilirne la priorità</p>	<p>1. Individuare il sistema di classificazione idoneo e condiviso scientificamente 2. Condividere la scheda con il gruppo di lavoro 3. Condivisione della scheda con gli operatori delle varie strutture coinvolte</p>	<p>- Responsabili delle S.S.D. di Diabetologia di Monfalcone, S.S. Centro Diabetologico Distretto 4 di Trieste e Chirurgia Vascolare di Trieste - Medico diabetologo del Centro Diabetologico Distretto 4 - Coordinatori infermieristici - Infermiere di reparto - Comparto della diabetologia di Monfalcone e S.S. Centro Diabetologico Distretto 4 di Trieste</p>	<p>Stesura della scheda entro il 30/09/2021 e Condivisione ed utilizzo della scheda per almeno 80% dei pazienti. Entro 31/12/2021</p>
<p>3. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini</p>	<p>Preparazione di un protocollo di gestione del paziente diabetico in telemedicina</p>	<p>SSD Diabetologia Monfalcone-Gorizia medico comparto dietista</p>	<p>Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione del paziente</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>di qualità e sicurezza delle cure.</p> <p>4. 8.4 Telemedicina. Nel corso dell'anno 2021 sarà resa operativa la soluzione di Telemedicina acquisita come componente integrata al SISR in sostituzione di una delle soluzioni attualmente operative e non integrate al sistema regionale; obiettivo regionale è quello di condividere e valutare le integrazioni attualmente presenti nelle aziende sanitarie che possono essere regionalizzate e di verificare il contributo che la telemedicina può fornire in termini di qualità e sicurezza delle cure.</p>	<p>Preparazione di un protocollo di gestione del diabete gravidico in telemedicina</p>	<p>SSD Diabetologia Monfalcone-Gorizia medico comparto dietista</p>	<p>Produzione al 31/12/2021 del protocollo di gestione in telemedicina per il diabete gravidico e Presa in carico di almeno 20 pazienti in telemedicina</p>
<p>5. 6.5 Governo clinico e reti patologia Miglioramento dei livelli della qualità dell'assistenza e integrazione dei DAI di Medicina delle aree Giuliana e Isontina.</p>	<p>1. Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull'impatto dell'emergenza sanitaria per Coronavirus sulla qualità dell'assistenza. 2. Realizzazione di un'indagine attraverso un questionario distribuito ad OSS e infermieri del Dai di Medicina dell'Area Isontina e dell'Area Giuliana sul tema delle cure compromesse. 3. Stesura di un piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi.</p>	<p>Comparto Coordinatori Infermieristici del DAI di Medicina dell'ASUGI RID</p>	<p>1. Entro Aprile costituzione del gruppo di lavoro, definizione dello strumento di indagine e pianificazione dell'attività. 2. Entro dicembre sarà attuata l'indagine attraverso la distribuzione del questionario ad OSS e infermieri e saranno elaborati i dati. 3. Entro dicembre saranno individuate le aree di maggiore compromissione dell'assistenza e sarà steso un piano di miglioramento. Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati e piano di miglioramento degli standard assistenziali quali/quantitativi su almeno una delle criticità emerse</p>
<p>6. 6.5 Governo clinico e reti patologia Collaborazione tra SOC per ottimizzare la gestione del paziente ricoverato</p>	<p>Organizzare i trattamenti e la gestione dei pazienti nefropatici affetti complicanze diabetiche e/o al fine di assicurare il trattamento sostitutivo presso la sede di Monfalcone anche ai pazienti provenienti da altri centri dialisi.</p>	<p>Centro Diabetologico, Nefrologia e Dialisi di Gorizia e Monfalcone, Nefrologia e Dialisi di Trieste personale medico e comparto</p>	<p>Assicurare il trattamento emodialitico e peritoneale, se necessario, ad almeno due pazienti (2 pazienti alla settimana) provenienti da altra sede e ricoverati a carico del Centro antidiabetico per diagnosi e terapia del piede diabetico</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Aggiornare il PDTA tra le strutture di Nefrologia e Dialisi di Gorizia e Monfalcone e il Centro Antidiabetico per la gestione del comune paziente. In caso di esame programmato avere garanzie sulla disponibilità del posto letto.		
7. Migliorare comunicazione e operatività	Incontro multidisciplinare a cadenza bimensile sulle tematiche: clinico/assistenziali gestione procedure sicurezza percorsi sicurezza pz e operatori su temi COVID sicurezza del farmaco	Dirigenti medici, Dietiste, Comparto; RID	Realizzazione di almeno 4 incontri Verbali riunioni con evidenza delle criticità e delle azioni di miglioramento programmate
8. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale : 4. non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
9. Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari % le prescrizioni di farmaci biologici effettuate in ambito ospedaliero o di distribuzione primo ciclo/diretta, tramite sistema PSM-iter elettronico, sono formulate per principio attivo. Sono fatte salve le eccezioni dovute a intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cure già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)	Dirigenti Medici	≥ 80% (secondo semestre; fatte salve le eccezioni documentabili-intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cure già in atto) di: insulina glargine, insulina lispro da dna ricombinante
10. 6.5 Governo clinico e reti patologia Integrazione attività dietista ambulatorio diabetologico di Gorizia	Integrazione attività dietista presso ambulatorio diabetologico Gorizia	Servizio Dietetica, SSD diabetologia	Apertura agenda dietista Gorizia entro 31/12/2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione)</p> <p>1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI)</p> <p>Migliorare la compliance nel trattamento riabilitativo delle persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario</p>	<p>1. Analisi degli opuscoli informativi sulle norme igienico comportamentali e gli esercizi per persone sottoposte ad intervento chirurgico per ca mammario in uso presso le SC Riabilitazione ospedaliere e le SSD di Riabilitazione Territoriali dell'Area Giuliano-Isontina</p> <p>2. Stesura di un unico opuscolo informativo da utilizzare in tutta l'area Giuliano-Isontina e da inserire nel PDTA esistente</p>	<p>Direttore Coordinatori area riabilitativa Dirigenti Medici Comparto (Fisioterapisti)</p> <p>Obiettivo in comune con SSD Riabilitazione Distrettuali, Servizio Riabilitativo Aziendale, S.C. Riabilitazione Trieste</p>	<p>Elaborazione dell'opuscolo e pubblicazione sul sito internet entro il 01.12.2021</p>
<p>2. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione)</p> <p>1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI)</p> <p>Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore</p>	<p>1. Condivisione della scheda di continuità riabilitativa ospedale/territorio (SMD) con le strutture di riabilitazione dell'Isontino</p> <p>2. Addestramento del personale dell'Isontino coinvolto nell'utilizzo della scheda di continuità riabilitativa</p> <p>3. Sperimentazione della scheda di continuità nell'Isontino</p>	<p>Coordinatori area riabilitativa</p> <p>Obiettivo in comune con Servizio Riabilitativo Aziendale e Referente area Riabilitativa di Gorizia/Monfalcone, SC Riabilitazione Trieste, RID NORML</p>	<p>Condivisione della scheda entro 30.06.2021</p> <p>Addestramento all'utilizzo SMD entro 15.10.21</p> <p>Sperimentazione SMD a partire dal 15.10.21</p>
<p>3. 6.5 Governo clinico e reti di patologia (linee di gestione)</p> <p>1. Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi su problematiche selezionate (punto di programmazione ASUGI)</p> <p>Creazione di un protocollo operativo ASUGI per la presa in carico riabilitativa di persone con M. Parkinson</p>	<p>1. Individuazione di un gruppo di lavoro ASUGI</p> <p>2. Stesura protocollo operativo</p>	<p>Direttore Coordinatori area riabilitativa Dirigenti Medici Comparto (Fisioterapisti)</p> <p>Obiettivo in comune con SSD Riabilitazione Distrettuali, Servizio Riabilitativo Aziendale, Referente area Riabilitativa di Gorizia/Monfalcone, SC Riabilitazione Trieste e S.C. Clinica Neurologica</p>	<p>Individuazione del gruppo entro il 31.05.21 e stesura protocollo entro 31.12.2021</p>
<p>4. 6.5 Governo clinico e reti di patologia</p>	<p>1. Acquisizione in Segreteria della SC Riab. GO da G2 clinico delle richieste</p>	<p>Direttore Coordinatore</p>	<p>A partire dall'01/01/21 presa in carico riabilitativa dell'80% dei pz in reparto</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
(linee di gestione) Attivare la presa in carico fisioterapica precoce nel paziente degente presso il Reparto Covid del P.O. di Gorizia	fisiatrici/fisioterapiche provenienti del reparto Covid del P.O. di Gorizia 2. Analisi della richiesta, presa in carico del pz ed esecuzione della Scheda Riabilitativa informatizzata in G2 clinico da parte dei fisioterapisti in servizio presso il Reparto Covid. 3. Discussione dei casi in team riabilitativo (dirigenti medici, fisioterapisti, ecc.)	Dirigenti Medici Comparto (Fisioterapisti) Personale di Segreteria	Covid di GO entro massimo 5 giorni dalla richiesta fisiatrica/fisioterapica acquisita dalla Segreteria della SC Riabilitazione GOMO di Gorizia Fonte: database interno SC Riabilitazione GOMO
5. 6.5 Governo clinico e reti di patologia. Attivazione del percorso multidisciplinare per la diagnosi e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico	1. Costituzione del nuovo gruppo di lavoro multidisciplinare (urologo, ginecologo, chirurgo-proctologo, fisiatra, fisioterapista, ostetrica.) 2. Incontri finalizzati all'analisi dell'offerta esistente nelle varie strutture. 3. Condivisione sulla presa in carico dei diversi quadri clinici differenziati secondo pertinenza specialistica 4. Elaborazione di almeno un percorso individuato dal gruppo di lavoro	Direttore Coordinatore Dirigenti Medici Comparto (Fisioterapisti) Obiettivo in comune con: SC Ostetrica e Ginecologia SC Urologia SC Chirurgia Generale	Individuazione dei componenti del gruppo per ciascuna area rappresentata, evidenza degli incontri e evidenza del percorso individuato
6. 6.5 Governo clinico e reti di patologia Consolidamento della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica (ai sensi della DGR 817/2017)	1. Mantenimento presso il PO di Monfalcone dell'Ambulatorio multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con malattia neuromuscolare e SLA dell'ambito territoriale di competenza 2. Programmazione di incontri multidisciplinari di discussione collegiali dei casi clinici ed aggiornamento professionale	Direttore Coordinatore Dirigenti Medici Comparto (Fisioterapisti) Personale di Segreteria Obiettivo in comune con: SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone SOC di Neurologia di Gorizia e Monfalcone	1. Evidenza di ambulatorio attivo (1 seduta al mese) 2. Evidenza di un incontro multidisciplinare al mese in occasione delle sedute del GIN
7. 6.5 Governo clinico e reti di patologia. (linee di gestione) Implementare il processo di digitalizzazione della registrazione dell'attività fisioterapica nei reparti di Ortopedia e Neurologia	1. Registrazione in G2 delle prestazioni fisioterapiche erogate nei reparti di Ortopedia e Neurologia corredata da diagnosi clinica 2. Estrapolazione da G3 delle prestazioni fisioterapiche divise per reparto ed associate alla diagnosi	Coordinatore Comparto (Fisioterapisti) Personale di Segreteria Obiettivo in comune con: Referente Area Riabilitativa di Gorizia/Monfalcone	1. Costruzione del data base di Sc Riabilitazione GOMO per la registrazione dell'attività fisioterapica nei reparti di Ortopedia e Neurologia a partire dal 01/06/2021 2. Sperimentazione del database con inserimento dati a partire dall'01/09/2021 3. Analisi dei dati delle variabili individuate (tipologia di trattamento, diagnosi).

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Estrapolazione delle prestazioni fisioterapiche da G3, per analisi selettiva dei dati	3. Costruzione database per l'SC Riabilitazione GOMO per la registrazione dell'attività 4. Condivisione degli strumenti di rilevazione e registrazione tra le Segreterie di Gorizia e Monfalcone		Fonte: database interno SC Riabilitazione GOMO
8. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate $\geq 80\%$ 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Gestione Multidisciplinare Dipartimentale nella riorganizzazione del Pronto Soccorso: readiness e preparedness per immediata conversione dei locali di PS per il trattamento in caso di riaccensione pandemica con un'attenzione di condivisione per le consulenze specialistiche di Terapia Intensiva e Cardiologica, consolidando le procedure di accoglimento degli utenti SOSPETTI ed ACCERTATI che vi accedono</p>	<p>1. Definizione dei percorsi di accoglimento degli utenti in P.S. con separazione tra casi sospetti ed accertati 2. Condivisione dei percorsi separati (sporco/pulito) come buona prassi, nella gestione dei flussi in arrivo degli utenti in PS 3. Fornire indicazioni e supporto agli specialisti che si avvicinano ad una consulenza degli utenti sospetti e/o accertati COVID 4. Controllo e verifica della condivisione delle aree preposte alla sola vestizione e parimenti identificazione di aree preposte alla sola svestizione per le consulenze specialistiche 5. Coordinamento per le attività di parere specialistico nella attività di Terapia Intensiva e UTIC</p>	<p>Direttore e R.I.D del Dipartimento di Emergenza GO - MO</p>	<p>1. Mantenimento costante e coordinata dei percorsi separati degli utenti sospetti ed accertati 2. Verifica sistematica nelle disponibilità dei D.P.I. necessari all'accoglimento degli utenti sospetti ed accertati 3. Controllo e verifica in stretta collaborazione con gli specialisti per la chiara indicazione dei percorsi e delle aree identificate per la vestizione e per la svestizione 4. Monitoraggio costante e definizione delle regole/criteri di ingaggio per la consulenza specialistica (Terapia Intensiva e UTIC) richiesti in P.S. 5. Supporto alle attività delle U.O. di Terapia Intensiva e UTIC 01 gennaio - 31 Dicembre 2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Trasporto dei pazienti infettivi con niv in sicurezza con ambulanza a pressione negativa	Protocollo ad hoc x attivazione ambulanza ts	Medici ed infermieri pronto soccorso gorizia/monfalcone + s.s.d. sistema 118 azienda sanitaria universitaria giuliano isontina	Almeno il 70% di pazienti trasportati in sicurezza secondo protocollo
2. Implementazione fast track	Protocollo invio fast track con presa in carico e chiusura verbale infermieristica	Infermieri + medici	Percorsi fast track attivi per pediatria, ORL, oculistica, ginecologia ostetricia.
3. Protocollo maxi-emergenza condiviso go/monf/ts	Preparazione di un protocollo peimaf	PS Monf PS Gorizia Medici e comparto DMP DMO PS Trieste PSOMGUT	Definizione protocollo entro 30 dicembre almeno 1 simulazione
4. Processi PS	RAU: ripresa funzione e verifica protocollo in essere, a fine pandemia covid	PS Cattinara PS Monfalcone	In ogni sede, 2° semestre 2021: processo di >30% dei codici verdi Totali in area RAU
5. Gestione del trauma	1. Analisi dell'attività svolta in applicazione del protocollo sul trauma cranico	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone NCH	1. Evidenza di almeno due audit con analisi dei casi, identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo
	2. Definizione protocollo gestionale interospedaliero HUB SPOKE relativamente al trauma toracico;	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone Chirurgia Toracica	2. Definizione entro 30 giugno protocollo gestionale interospedaliero HUB SPOKE;. Almeno 1 Audit entro 30 dicembre con analisi dei casi, identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo
6. Indicatori Emergenza-urgenza	1. Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Medici Comparto	1. Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80%
	2. Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto	Medici Comparto	2. Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	soccorso meno di 4 ore		Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke)
7. governo clinico e reti patologia	Definizione di un percorso per trattamento chirurgico in pazienti con aneurisma in fase di rottura o dissezione acuta dell'aorta toracica	SC di Pronto Soccorso di Trieste, Gorizia e Monfalcone. SC di Chirurgia Vascolare	Stesura ed applicazione del percorso aziendale entro il 31/12/2021
8. Attività Formativa FAD o presenza	Obiettivo del Direttore	Medici e Infermieri Gorizia Monfalcone	4 incontri all'anno. (relazione sugli incontri)
9. La comunicazione del paziente con i parenti	Utilizzo della videochiamata	Medicina d'Urgenza (comparto, dirigenza medica) GO_MO	Attivazione sistema: Report delle chiamate
10. Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza	Formazione del personale	medici, infermieri, OSS, ausiliari, volontari, personale convenzionato	>50% del personale formato (salvo blocco formazione per emergenza covid, malattie, carenza personale)
11. Obiettivo 3 Linee Aziendali: Riduzione ricoveri impropri	Invio diretto da PS a RSA Accoglimento dei casi fragili non gestibili a domicilio	Medici In comune con DBI	Il 100% dei pazienti fragili non gestibili a domicilio hanno un progetto condiviso con DBI)
12. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale : non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Trasporto dei pazienti infettivi con niv in sicurezza con ambulanza a pressione negativa	Protocollo ad hoc x attivazione ambulanza ts	Medici ed infermieri pronto soccorso gorizia/monfalcone + s.s.d. sistema 118 azienda sanitaria universitaria giuliano isontina	Almeno il 70% di pazienti trasportati in sicurezza secondo protocollo
2. Implementazione fast track	Protocollo invio fast track con presa in carico e chiusura verbale infermieristica	Infermieri + medici	Percorsi fast track attivi per pediatria, ORL, oculistica, ginecologia ostetricia.
3. Protocollo maxi-emergenza condiviso go/monf/ts	Preparazione di un protocollo peimaf	PS Monf PS Gorizia Medici e comparto DMP DMO PS Trieste PSOMGUT	Definizione protocollo entro 30 dicembre almeno 1 simulazione
4. Gestione del trauma	1. Analisi dell'attività svolta in applicazione del protocollo sul trauma cranico	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone NCH	1. Evidenza di almeno due audit con analisi dei casi, identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo
	2. Definizione protocollo gestionale interospedaliero HUB SPOKE relativamente al trauma toracico;	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone Chirurgia Toracica	2. Definizione entro 30 giugno protocollo gestionale interospedaliero HUB SPOKE;. Almeno 1 Audit entro 30 dicembre con analisi dei casi, identificazione delle eventuali criticità e aggiornamento del protocollo
5. Indicatori Emergenza-urgenza	Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Medici Comparto	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80%
	Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Medici Comparto	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke)
6.	Definizione di un percorso per trattamento	SC di Pronto Soccorso di Trieste, Gorizia e	Stesura ed applicazione del percorso

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
governo clinico e reti patologia	chirurgico in pazienti con aneurisma in fase di rottura o dissezione acuta dell'aorta toracica	Monfalcone. SC di Chirurgia Vascolare	aziendale entro il 31/12/2021
7. Attività Formativa FAD o presenza	Obiettivo del Direttore	Medici e Infermieri Gorizia Monfalcone	4 incontri all'anno. (relazione sugli incontri)
8. La comunicazione del paziente con i parenti	Utilizzo della videochiamata	Medicina d'Urgenza (comparto, dirigenza medica) GO_MO	Attivazione sistema: Report delle chiamate
9. Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza	Formazione del personale	medici, infermieri, OSS, ausiliari, volontari, personale convenzionato	>50% del personale formato (salvo blocco formazione per emergenza covid, malattie, carenza personale)
10. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale : non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID19	Rivedere l'offerta della SC in chiave di risposta a nuovi bisogni rimodulabili di cure intensive in risposta programmata e urgente per scenari epidemiologici pandemici (costruzione di un protocollo interno alla struttura T.I. Gorizia) 1. Ampliamento Terapia Intensiva sino a 15 posti con monitoraggio e ventilatori 2. Costituzione ed ampliamento di Team infermieristico anche da dipartimenti non affini. 3. Consulenza giornaliera e coordinamento con Medicina-covid	SC Anestesia e Rianimazione GO Comparto SC Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Sala Operatoria PO GO.	Formalizzazione di un piano di attività per l'emergenza con attenzione anche alla costruzione di turni medici isorisorse a copertura dell'ampliamento di posti letto e evidenza della copertura delle urgenze interne NO-covid
2. Condivisione di un progetto gestionale Hub/Spoke del paziente con insufficienza respiratoria da SarsCov2	Condivisione del percorso gestionale tra tutte le Strutture coinvolte	SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia DMO PS di Gorizia, Monfalcone e Trieste Medicina di Gorizia e Monfalcone Pneumologia Pneumo TS ARTA TS	Disponibilità del percorso entro 06/2021
3. Condivisione di un progetto gestionale intra-Ospedaliero (Ospedale di Gorizia-Monfalcone) del paziente con insufficienza respiratoria da SarsCov2	Condivisione del percorso gestionale tra tutte le Strutture coinvolte	SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia SC Anestesia e Rianimazione di Monfalcone DMO PS di Gorizia, Monfalcone Medicina di Gorizia e Monfalcone Pneumologia	Disponibilità del percorso entro 05/2021
4. Collaborazione tra le SOC di Medicina Interna e di Terapia Intensiva di Gorizia per la creazione di un percorso per il trattamento con anticorpi monoclonali di pazienti Covid positivi	Organizzazione di un protocollo operativo per la somministrazione della terapia mono-clonale Organizzazione dei percorsi in-tra-ospedalieri del paziente arruolato alla somministrazione della terapia	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia Infettivologo (dott.ssa Negri) Comparto della TI	Creazione del protocollo organizzativo (entro aprile 2021) Attivazione del protocollo infusione (entro maggio 2021)
5. Realizzazione di simulazioni di conversione	Identificazione della cronologia delle azioni che ciascun componente dell'equipe deve	Dirigenti Medici Urologi e Anestesisti Strumentisti, Infermieri di Anestesia e di	Presentazione del protocollo Evidenza del rispetto dei tempi stabiliti dal

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
da chirurgia laparoscopica robot assistita a cielo aperto per emergenza emorragica	eseguire e tracciamento dei percorsi dei singoli membri all'interno della sala operatoria per non intralciarsi e garantire al massimo la sicurezza del Paziente in situazione critica. Riuscire a simulare la conversione nel minor tempo possibile Simulazioni da ripetere periodicamente per mantenere i tempi di reazione nell'intervallo ideale	sala, OSS	protocollo
6. linee guida gestione dei pazienti con versamento pleurico	Messa a punto e successiva applicazione del PDTA redatto nell'obiettivo 2020.	SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia In comune con SOC di Chirurgia di Gorizia e Monfalcone SOC di Medicina di Gorizia e Monfalcone SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone SC Anestesia e Rianimazione di Monfalcone SOC Pneumologia Trieste SOC di Chirurgia Toracica di Trieste	Revisione del protocollo 2020 (30 settembre 2021) e applicazione nella pratica clinica (1 ottobre-31 dicembre 2021)
7. Riduzione dei tempi di degenza e delle complicanze farmaco-dipendenti dei pazienti sottoposti a chirurgia Bariatrica	Percorso "opioid free" per i pazienti sottoposti a Chirurgia Bariatrica PO Gorizia	Dott.ssa Contin : SC Anestesia e Rianimazione PO Gorizia	Presenza del protocollo entro 30/09/2021
8. Monitoraggio delle infezioni in Terapia Intensiva	Attivazione registro informatizzato Registrazione dati clinici Registrazione dati microbiologici	Dott. Milanese Marco, Dirigenti medici SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	Produzione di monitoraggi comprendenti: Confronto storico (statistiche 2020 e 2021 presenti) Report infezioni 2021 Report germi MDR 2021 Presenza del Registro excel
9. Protocollo monitoraggio neurofisiologico in pazienti in stato di coma ipossico/ischemico nelle terapie intensive di Gorizia e Monfalcone	Elettroencefalografia (EEG) ed utilizzo potenziali evocati (SSEP) con tempistica internazionalmente approvata dei pazienti ricoverati dopo ACC in T.I.	SC Anestesia Rianimazione GO SC Neurologia GO/MO, SC Anestesia Rianimazione MO	1. applicazione del protocollo aziendale concordato nel 2020 2. Reportistica attività con valutazione del percorso ed evidenza di eventuali criticità

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Riduzione tempi d'intervento dei blocchi operatori Gorizia- Monfalcone	Monitoraggio tempi su apposito registro Predisposizione report mensile Riunioni trimestrali gruppo di lavoro	SC Anestesia Rianimazione GoMo Comparto (degenza-Infermieri B.O.GoMo) Responsabile Blocco Operatorio Monfalcone Direttore Dipartimento Chirurgico	Evidenza report mensili con analisi dei dati a partire dall'1 giugno 2021 e sintesi delle Criticità Elaborazione di un Programma di miglioramento
11. Costituzione nuclei funzionali Radiologia-Anestesia PO Gorizia	Avviare una procedura condivisa per la gestione dei pazienti ambulatoriali che devono essere sottoposti a RNM in sedazione	SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia Dirigenti SC Radiologia Gorizia Monfalcone; DH Dipartimento medico e Chirurgico	stesura del PDTA con condivisione della metodologia di gestione
12. Rete cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa - Reperibilità algologica - Appropriatezza prescrittiva - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale	Tutta la Struttura	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019
13. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale: non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
14. Rischio clinico – Sicurezza del percorso chirurgico	Revisione e unificazione di almeno 4 procedure aziendali relative alla sicurezza del percorso chirurgico	Direzione Complesso operatorio SC Anestesia e Rianimazione (di tutti gli ospedali)	Le procedure sono state revisionate e sono pubblicate su intranet
15. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Monitoraggio delle infezioni in Terapia Intensiva	Registrazione dati clinici Registrazione dati microbiologici Elaborazione dei dati raccolti	Dirigenti medici e comparto	Report infezioni anno 2021 Report germi MDR anno 2021
2. Condivisione di un progetto gestionale intra-Ospedaliero (Ospedale di Gorizia-Monfalcone) del paziente con insufficienza respiratoria da SarsCov2	Condivisione del percorso gestionale tra tutte le Strutture coinvolte	SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia SC Anestesia e Rianimazione di Monfalcone DMO PS di Gorizia, Monfalcone Medicina di Gorizia e Monfalcone Pneumologia	Disponibilità del percorso entro 06/2021
3. Standardizzazione delle procedure di diluizione farmaci per infusione endovenosa (sicurezza del farmaco)	Costituzione gruppo di lavoro (medici e infermieri Terapia Intensiva) Stesura del protocollo	Dirigenti medici e comparto	Applicazione del protocollo entro il 30.09.2021
4. Introduzione delle tecniche di depurazione extracorporea per i pazienti ricoverati presso la Terapia Intensiva di Monfalcone affetti da insufficienza renale acuta.	1. Condivisione delle indicazioni cliniche e delle tecniche che possono essere applicate 2. Incontri di formazione per il personale 3. Trattamento del paziente in urgenza in attesa di trasferimento per trattamento definitivo	Dirigenti medici e comparto In comune con: SC Nefrologia e Dialisi	Evidenza della possibilità di trattamento in urgenza con tecnica di depurazione extracorporea del paziente con insufficienza renale acuta.
5. Aggiornamento PDTA per la “ gestione dell'emorragia del post partum”	1. Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologo, anestesista, ostetrica, medico trasfusionista) 2. Incontri per l'elaborazione del PDTA 3. Presentazione del PDTA e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte	SC Ostetrica e Ginecologia SC Anestesia e Rianimazione SC Medicina Trasmfusionale	Evidenza dell'aggiornamento protocollo aziendale
6. Revisione dei percorsi e del protocollo del “Taglio Cesareo Emergente: attivazione equipe”	1. Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare (ginecologo, anestesista, ostetrica, pediatra, nurse di anestesia, medico di DMO)	SC Ostetrica e Ginecologia SC Anestesia e Rianimazione SC Pediatria	Evidenza del protocollo aziendale.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Incontri per l'elaborazione del protocollo con evidenza ruoli funzioni e responsabilità 3. Presentazione e condivisione con i professionisti delle strutture coinvolte	DMO del Presidio Ospedaliero di Monfalcone	
7. Protocollo monitoraggio neurofisiologico in pazienti in stato di coma ipossico/ischemico nelle terapie intensive di Gorizia e Monfalcone	Applicazione del protocollo aziendale concordato nel 2020	Dirigenti medici In comune con: SC Neurologia GO/MO SC Anestesia e Rianimazione GO	Reportistica attività con valutazione del percorso ed evidenza di eventuali criticità
8. Linee guida gestione dei pazienti con versamento pleurico	- Prosecuzione obiettivo 2020 - Messa a punto e successiva applicazione del PDTA redatto nell'obiettivo 2020.	Dirigenti medici In comune con: SC di Chirurgia di Gorizia e Monfalcone SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia SC Pneumologia Trieste SC Chirurgia Toracica di Trieste	Revisione del protocollo 2020 (30 settembre 2021) Applicazione nella pratica clinica (1 ottobre-31 dicembre 2021)
9. Riduzione tempi d'intervento dei blocchi operatori Gorizia- Monfalcone	Monitoraggio tempi su apposito registro predisposizione report mensile riunioni trimestrali gruppo di lavoro per predisposizione	Direttore SC e SS In comune con Comparto (degenza-Infermieri B.O.GoMo) Responsabile Blocco Operatorio Monfalcone Direttore Dipartimento Chirurgico	Evidenza report mensili con analisi dei dati a partire dall'1 Giugno 2021 e sintesi delle Criticità Elaborazione di un Programma di miglioramento
10. Rete cure palliative e terapia del dolore	Condividere criteri di appropriatezza per la visita algologica. Terapia del dolore - Tempi di attesa - Reperibilità algologica - Appropriata prescrittiva - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza - Integrazione con la medicina generale	Tutta la Struttura	1, Definizione dei criteri di appropriatezza della visita algologica 2. Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 19
11. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale: non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>12. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</p>	<p>1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica 4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio) 5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>	<p>Direttore Dirigenti Comparto</p>	<p>1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate $\geq 80\%$ 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Diffusione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco	Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco tra i professionisti dei setting clinico - assistenziali coinvolti Si ripropone una riunione per la condivisione e l'attuazione del PTDA con le SC Medicina e Pronto Soccorso, anche in modalità a distanza se le condizioni non rendessero sicura la modalità in presenza.	Direttore SC Cardiologia Go-Mo	Presenza in carico > 50% dei pazienti con SCC segnalati dai reparti medici, Pronto Soccorso
2. Promuovere corretti stili di vita per la prevenzione secondaria e primaria	Mantenimento del percorso integrato di cardiologia riabilitativa	Servizio di Dietetica – area Isontina Personale dietista SC Cardiologia Medici, infermieri Psicologa dr. Di Camillo - Direzione Medica Gorizia-Monfalcone	Evidenza di incontri informativi di gruppo tenuti da dietista e psicologa. Counseling infermieristico Cardiologia Go-Mo Almeno 6 gruppi trattati anno
3. Riconoscimento FA in pazienti con ictus criptogenetico	Impianto loop recorder	Neurologia GO, medici e infermieri Cardiologia Go-Mo, medici e infermieri	impianti loop recorder/ictus criptogenetico > 60% (secondo protocollo) monitoraggio ritmo valutazione per tp anticoagulante in caso di FA
4. Migliorare l'interazione tra la SC di Medicina e la SC di Cardiologia in ordine all'accesso alla prescrizione di terapie diabetologiche (richiedenti PT) con impatto sugli outcome cardiovascolari	Avvio di un Ambulatorio Diabetologico specifico	Direttrici strutture coinvolte Medici referenti dell'Ambulatorio Diabetologico (dott. Perciaccante)	Avvio dell'Ambulatorio con refertazione di almeno 10 visite
5. Trattamento carenza marziale nei pazienti con Scompenso cardiaco sintomatico	Creazione di un protocollo condiviso con la SC Cardiologia dell'Ospedale di Cattinara e con il Centro Cardiovascolare di Trieste	Cardiologia Go-Mo, Medici e Infermieri Prof. Marco Merlo Cardiologia Trieste Dr. Andrea Di Lenarda, dr. Giulia Russo Centro Cardiovascolare Trieste	Presenza in carico del 70% dei pazienti con carenza marziale con necessità di infusione endovenosa di ferro secondo protocollo
6. Proseguire nel Follow up dei pz con SCC, per garantire continuità assistenziale (reparto-ambulatorio-territorio)	-Follow up pz con diagnosi di dimissione di SCC (prima diagnosi) tramite raccolta consenso. -presenza in carico dell'ambulatorio: chiamata giorno dopo dimissione e poi 1 volta alla settimana fino alla visita di controllo, per	Infermieri SC Cardiologia GoMO Distretto AI BI	Evidenza da registro dell'ambulatorio di proposta di continuità assistenziale al 100% dei pazienti eleggibili.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	raccolta dati secondo schema -presa in carico del territorio se dichiarato idoneo alla visita di controllo		
7. Gestione dei pz in regime di DH Cardiologico con il Personale della Terapia Intensiva Cardiologica	Assistenza infermieristica con le competenze specifiche ai pz sottoposti a CVE , sostituzione dei dispositivi cardiaci impiantabili, posizionamento dei Loop recorder.	Comparto GO	100% pz gestiti in Terapia intensiva cardiologica (dati da registro interno)
8. Percorso Covid Free	Programmazione e gestione percorso COVID free per l'organizzazione ricoveri programmati e in DH con lista procedure	Coordinatore infermieristico GO- MONF	Evidenza nuove procedure
9. Emergenze Cardiologiche – STEMI:	Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Dirigenza Medica Degenza ed UTIC e Fisioterapisti	Evidenza di inserimento in agende dedicate di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di STEMI di messi da avviare a riabilitazione entro 2 settimane
10. Emergenze Cardiologiche – NSTEMI	Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	Dirigenza Medica SCIT	100% dei pazienti con NSTEMI potranno essere segnalati per coronarografia mediante l'agenda dedicata
11. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	Il reparto al fine di dare il miglior servizio al paziente, nella massima integrazione logistica e amministrativa con i sistemi ARCS, applica la procedura aziendale "Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari"	Tutta la Struttura	Segnalazioni di "non conformità" rispetto ai contenuti della procedura aziendale : non più di 10 segnalazioni nel corso del 2021
12. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S. e S.S.R. anno 2021 Punto 6.1 Governo delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	1. Analisi della situazione in essere delle agende informatizzate prenotabili mediante i dati forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale 2. Incremento del numero di prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, prenotabili mediante agenda informatizzata. 3. Creazione di agende informatizzate per l'impiego di specialisti diversi dalla sede di	Direttore Dirigenti Comparto	1. Evidenza del rapporto tra prestazioni prenotate ed erogate >/= 80% 2. Evidenza della creazione delle agende di prenotazione per lo svolgimento di attività in sede diversa di quella di appartenenza (ove richiesto dalla Direzione Strategica) 3. Evidenza di Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>appartenenza, (area giuliana vs area isontina) per il potenziamento dell'attività nelle sedi ospedaliere e territoriali, ove richiesto dalla Direzione Strategica</p> <p>4. Apertura delle agende sui 12 mesi per le prestazioni /visite di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa prenotabili a CUP e mantenimento apertura (fatto salvo comprovate esigenze di servizio)</p> <p>5. Controllo dei report forniti dalla Gestione Offerta Ambulatoriale, sia per numero di prestazioni prenotate rispetto alle erogate sia per eventuali chiusure mensili, al fine di attuare azioni correttive</p>		<p>specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio</p>
<p>13. Implementazione di un modello operativo multiprofessionale e multidisciplinare per la creazione del Registro Regionale delle Morti Improvvise Cardiache – Regione FVG che coinvolga le strutture ospedaliere e del territorio FVG nell'arruolamento al riscontro diagnostico di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni e successiva validazione e screening famiglie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione di un protocollo operativo che declini compiti e responsabilità delle strutture coinvolte nel progetto e che implementi il riscontro diagnostico per soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 2. Redazione flow chart – buona pratica autoptica in caso di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni 3. Valutare fattibilità indagine RMN su cuore in toto sottoposto ad indurimento formolico 4. Stilare un protocollo per gli accertamenti di cardiologia molecolare da campione di tessuto/sangue prelevato da cadavere ed eventualmente sulla famiglia 5. Stilare un protocollo operativo per lo screening su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 6. Stilare una istruzione operativa interna per favorire la richiesta di riscontro 	<p>Responsabile ff SC Medicina Legale ASUGI/Direttore SC Cardiologia/Direttore SC Radiologia</p> <p>SC Medicina Legale/Dirigente Medico SC Radiologia Diagnostica e interventistica/Dirigente medico SC Cardiologia e SC Cardiovascolare/Dirigente Medico</p> <p>In comune con SC Anatomia Patologica SSD PSOMGUT SC Cardiologia area isontina</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilità del Protocollo operativo approvato entro il 30.06.21 2. Numero di Casi riferiti dai vari centri di osservazione (Medicina Legale e Anatomia Patologica) e numero di casi condivisi in fase di validazione con tracciabilità dell'apporto 3. Elenco anonimizzato casi osservati, casi validati, famiglie screenate 4. Disponibilità Protocollo di fattibilità ed esecuzione almeno 3 esami RM cuore al 31.12.21 5. Disponibilità Protocollo di Cardiologia molecolare su tessuto ed eventualmente sulla famiglia 6. Disponibilità Protocollo di Cardiologia per lo screening clinico su familiari di soggetti deceduti improvvisamente in età < 50 anni per cardiomiopatia/aortopatia 7. Disponibilità Istruzione Operativa interna entro il 30.07.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	diagnostico da parte dei MMG nei soggetti candidati allo studio		8. Numero richieste di riscontro diagnostico finalizzate al progetto > 10/ 12 mesi

DIREZIONE SOCIO SANITARIA

Direzione dei Servizi Sociosanitari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Avvio dell'implementazione dei posti letto di cure intermedie	Ricognizione offerta pubblica e privata	Direzione dei Servizi Sociosanitari Direttore SOC Area Welfare di Comunità	Graduale incremento di almeno il 10% previsto dallo standard dei posti letto di cure intermedie con l'obiettivo di tendere a medio termine agli standard definiti
2. Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	1. Ricognizione dei progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione, delle convenzioni stipulate e dei budget di salute attivati al 30.04.2021 2. monitoraggio delle convenzioni stipulate e attuazione dei nuovi progetti autorizzati dalla Regione nel 2021	1. Maria Antonietta Vanto 2. Bianca Lenardoni Obiettivo in comune	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti attivati per gli aventi diritto
3. Garantire la formazione sulla sicurezza attraverso modalità a distanza	Studio di fattibilità e successiva attivazione, in via sperimentale, dell'erogazione dei corsi relativi alla sicurezza in modalità FAD (modalità didattica sia sincrona che asincrona). Si è stati costretti a bloccare i corsi in presenza con l'inizio della pandemia COVID-19 quindi, visto il perdurare dell'emergenza, diviene necessario, anche nel campo della formazione portare degli adeguamenti progettuali e organizzativi che porteranno alla rimodulazione del planning annuale dei corsi relativi alla sicurezza. I corsi in FAD dovranno tenere sempre conto delle disposizioni normative volte alla prevenzione dei rischi da contagio e	Direzione Sociosanitaria: Donatella Ferluga In comune con SISOF - funzione aggiornamento e formazione: <u>Area Giuliana</u> Minasi Francesco Giannini Anna Ferluga Clara <u>Area Isontina</u> Puntin Simone Gabrielli Gabriella SS Prevenzione e Protezione: Ambienti di Lavoro Monica Minniti Stella Lorenzi Andrea Bortolato	Edizioni attivate almeno: n. 3 persone formate almeno n. 100

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>alla miglior fruizione ed accesso ai percorsi, tale modalità formativa prenderà in considerazione anche il personale relativo all'area Isontina portando quindi ad una maggiore integrazione.</p>	<p>Magda Gasparini Roberto Pozzetto Barbara Cacciatori Stefano Lapel Natalina Lauzana <u>SS SPPGA (Area Isontina)</u> Gianluca Procino Sabina Mahmutovich Martina Michelotti:</p>	
<p>4. Proporre dei miglioramenti da applicare all'offerta di servizi erogati dalle Associazioni di volontariato in relazione ai bisogni dell'utenza</p>	<p>1. Acquisire i Progetti delle ODV approvati da ASUGI per l'anno 2021 2. Redigere il format della Guida delle ODV e delle loro attività offerte</p>	<p>dott.ssa Fabiola Caputo in comune con dott. Giuseppe Romano</p>	<p>Entro il 31.12.2021: trasmissione con nota@ alla DSS la bozza della Guida annuale delle attività offerte dalle ODV, suddivise per categoria e insistenza territoriale</p>
<p>5. Partecipazione attiva alla campagna vaccinale</p>	<p>Copertura di turni settimanali per sedute vaccinali</p>	<p>Fabiola Caputo</p>	<p>Almeno 30 sedute vaccinali Evidenza dei turni coperti al 31.12.2021</p>
<p>6. Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato</p>	<p>Supporto al Progetto Regionale di cui al decreto n. 1830 del 25.09.2020 del Direttore Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità Nella sperimentazione sono coinvolte almeno due strutture; Tutti gli operatori impiegati nella struttura inclusa nella sperimentazione sono inseriti nei percorsi formativi; Realizzazione del Report finale di valutazione della sperimentazione a cura del referente aziendale; Incident reporting: assenza di eventi o quasi eventi.</p>	<p>Giuliana Pitacco</p>	<p>Trasmissione alla DCS del report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture. Evidenza del completamento delle azioni previste.</p>
<p>7. Applicazione delle "Modalità tecnico operative per l'attivazione di tirocini inclusivi a favore di persone prese in carico dai servizi sociali e sanitari - art. 38 del Regolamento emanato con DPR n. 57/2018" - approvate con Decreto</p>	<p>1. Elaborazione e condivisione della procedura operativa dipartimentale e la documentazione di supporto (scheda PFI) al fine di condividere e uniformare le modalità operative per l'attuazione e lo svolgimento dei tirocini inclusivi (ex borse</p>	<p>Personale Direzione dei Servizi Sociosanitari Donatella Ferluga Sari Massiotta in comune con il DSM</p>	<p>1. Evidenza della procedura operativa e relativa documentazione (scheda PFI) entro 30/04/2021 2. Report sui percorsi avviati con aggiornamento procedura e documentazione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>regionale n.89 del 16/01/2019 - ai percorsi di inclusione socio-lavorativa delle persone in carico al DSM</p> <p>Linee programmazione 2021, punto 10. Proseguire nello sviluppo di percorsi protetti e multidisciplinari di autonomia, integrazione lavorativa, scolastica e abitativa per soggetti fragili delle aree della salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria, ed altre patologie associate a disabilità.</p> <p>In attuazione delle azioni di miglioramento previste dal PTPCT 2020-2022</p>	<p>di formazione lavoro) nelle articolazioni organizzative del DSM</p> <p>2. Avvio della fase sperimentale di applicazione apportando eventuali aggiornamenti e correttivi alla procedura e relativa documentazione</p> <p>3. Messa a norma dell'attività dei soggetti ospitanti i tirocini inclusivi, mediante l'adozione degli atti convenzionali previsti dall'art. 35 del DPR 57/2018</p>	<p>Personale di ruolo tecnico e amministrativo del DSM</p>	<p>entro 31/12/2021</p> <p>3. Ricognizione e programmazione delle convenzioni per l'area giuliana e isontina da adottare e evidenza delle convenzioni adottate</p> <p>almeno il 50% dei soggetti ospitanti risultano convenzionati entro il 31/12/2021</p>
<p>8. Promuovere l'utilizzo sinergico ed omogeneo di strumenti di integrazione socio-lavorativa per soggetti fragili tra i diversi servizi aziendali e tra le aree giuliana e isontina</p> <p>Linee programmazione 2021: -integrazione aree giuliana e isontina, punto 10. Proseguire nello sviluppo di percorsi protetti e multidisciplinari di autonomia, integrazione lavorativa, scolastica e abitativa per soggetti fragili delle aree della salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria, ed altre patologie associate a disabilità.</p>	<p>1. condivisione, verifica e adeguamento procedura per la realizzazione di iniziative di Lavori di Pubblica Utilità (LPU)</p> <p>2. elaborazione e presentazione della richiesta di finanziamento di almeno un'iniziativa di Lavori di Pubblica Utilità destinata all'impiego di persone con disabilità ai sensi del DPR n. 1 del 12/01/2021 "Regolamento per la realizzazione delle iniziative di lavoro di pubblica utilità destinate ai lavoratori con disabilità in attuazione dell'art. 8, comma 74, della L.R. 28 dicembre 2017, n. 45 (Legge di stabilità 2018)", sia nell'area giuliana che nell'area isontina</p> <p>3. Qualora l'iniziativa risulti finanziata, supporto all'attuazione dell'iniziativa per gli adempimenti di competenza DSS (comunicazioni con la Struttura regionale e il Soggetto attuatore; raccolta, verifica e trasmissione documentale per la gestione dei flussi finanziari)</p>	<p>Sari Massiotta - Direzione dei Servizi Sociosanitari</p>	<p>1. Almeno un incontro con referenti di area isontina realizzato entro 30/06/2021</p> <p>2. Proposta progettuale elaborata e presentata alla Regione entro 30/08/2021</p> <p>3. Report del processo di attuazione progettuale entro 31/12/2021</p>
<p>9. Sviluppo e rafforzamento dei percorsi</p>	<p>1. Assicurare la formalizzazione del Progetto Personalizzato Assistenziale</p>	<p>Sari Massiotta – referente amministrativa Direzione dei Servizi sociosanitari</p>	<p>1. Il 100% degli utenti del DDD individuati come destinatari del progetto "STREET"</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
integrati per la presa in carico socio sanitaria di persone straniere, attraverso l'attuazione del progetto "STREET LINK. Salute e benessere per tutti" finanziato dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico 2.Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo nazionale ON 3 - Capacity building - Governance dei servizi - Qualificazione del sistema di tutela sociosanitaria (Capofila: Comune di Trieste)	Integrato (PAPI) agli utenti del DDD reclutati nel progetto "STREET LINK. Salute e benessere per tutti" 2. Assicurare le attività di rendicontazione previste nel progetto "STREET LINK. Salute e benessere per tutti" - DDD: Inoltro alla referente amministrativa DSS della documentazione di rendicontazione a cadenza mensile - Referente DSS: verifica della documentazione in base al vademecum di attuazione ed ai criteri progettuali, monitoraggio del budget e del rispetto dei tempi previsti dal cronoprogramma, trasmissione periodica della documentazione al Comune di Trieste	Giuliana Pitacco Tutto il personale del ruolo tecnico e amministrativo del DDD In comune con il DDD	LINK. Salute e benessere per tutti" presentano la formalizzazione della scheda PAPI Entro il 31/12/2021 2. Predisposizione di un file di riepilogo con l'evidenza della documentazione di rendicontazione prevista dal progetto "STREET LINK. Salute e benessere" trasmessa Entro il 31/12/2021
10. Sostegno alla genitorialità (Linee Annuali per la gestione del SSR 2021 ob 3.9)	Attivazione di incontri formativi on line per genitori sull'utilizzo responsabile delle nuove tecnologie e prevenzione dei pericoli della rete, in collaborazione con gli istituti comprensivi aderenti al Progetto Buone Pratiche contro la Pedofilia finanziamento regione FVG art 21 LR 20/2004	Valentina Iurman (in rete con il personale degli enti partner del Progetto Buone Pratiche contro la Pedofilia, capofila Comune di Trieste)	Incontri formativi realizzati on line per genitori sull'utilizzo responsabile delle nuove tecnologie e prevenzione dei pericoli della rete. Relazione sulle attività realizzate, numero incontri, n partecipanti) Entro il 31 dicembre 2021
11. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Migliorare l'attività di vigilanza e controllo sul personale delle residenze per anziani convenzionate	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnamento alle residenze per anziani convenzionate nell'avvio dell'utilizzo del nuovo sistema di rilevazione delle presenze (attività successiva al rilascio del sistema da parte della Regione) - almeno 1 verifica di controllo sul corretto utilizzo del sistema - segnalazione eventuali inadempienze 	SOC	Le Aziende verificano che tutte le Residenze per anziani convenzionate implementino i dati di presenza del personale entro 3 mesi dal rilascio del nuovo sistema da parte della Regione.
2. Garantire la riassegnazione dei posti letto già convenzionati divenuti disponibili a seguito di chiusura o riduzione del numero di posti letto autorizzati in strutture residenziali per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - raccordo con Distretti per la segnalazione di eventuali posti letto convenzionati da riassegnare - predisposizione della graduatoria per la riassegnazione degli eventuali posti letto convenzionati - comunicazione della graduatoria ai Distretti ai fini della riassegnazione 	SOC	Gli eventuali posti letto convenzionabili disponibili sono stati riassegnati.
3. Migliorare il processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali della regione	<ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio di un percorso di presa in carico integrata tra ASUGI e SSC con inserimento in comunità e utilizzo del budget di salute di un minore con problematiche di tipo sociosanitario - 	SOC	- 1 report di monitoraggio del percorso di presa in carico integrata
4. Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico	<ul style="list-style-type: none"> - raccordo con EEGG finalizzato alla predisposizione elenco persone da valutare con strumento Q-VAD con indicazione del servizio fruito - monitoraggio stato di avanzamento valutazioni Q-VAD – parte sanitaria da parte dei distretti 	Cecotti Erica	<ul style="list-style-type: none"> - Elenco persone da valutare con strumento Q-VAD/entro 30 giugno - 3 report di monitoraggio aziendale e distrettuali periodici sulla copertura delle valutazioni Q-VAD/entro 30 giugno/30 settembre /1 dicembre
5. Piano esecutivo di gestione	<ul style="list-style-type: none"> - in accordo con la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità viene redatto il piano esecutivo di struttura che riporta gli obiettivi di gestione e individua le azioni e le risorse utilizzate per la realizzazione degli stessi 	Direttore SOC	- piano esecutivo approvato

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

DIPARTIMENTO TECNICO

SC Informatica e Telecomunicazioni (ex ASUITS) e SSD Sistema Informativo e Informatico (ex AAS 2)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. LGR 1 Gestione emergenza COVID	Acquisizione sistema web che implementi funzionalità di geolocalizzazione a supporto della gestione del trattamento, del tracciamento e della strategia di prevenzione, contenimento e contrasto alla diffusione del Covid-19	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Sistema avviato ed in uso
2. LGR 6.9 sangue emocomponenti	Analisi su possibilità utilizzo sistemi barriera. Approfondimento sistemi di mercato disponibili e verifica rispondenza a requisiti sicurezza in base a linee guida e norme.	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Analisi caratteristiche tecniche e di sicurezza IT dei prodotti barriera individuati sul mercato e proposta per l'acquisizione inviata alla direzione
3. LGR 8.2 Sistema distretti	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota individuata nell'anno 2020. Favorire la collaborazione nell'assistenza territoriale fra Aziende sanitarie, Ambiti del sociale e Enti del terzo settore per rendere possibile il coordinamento degli interventi di assistenza anche tramite la condivisione e/o l'integrazione dei sistemi informativi. Attivare il sistema in azienda ottimizzando i contenuti del sistema e le	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Attivazione sistema in ASUGI secondo piano dei tempi regionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	esperienze formative e di avviamento della azienda pilota.		
4. LGR 8.3 Sistema econ. finanz.	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema di tutte le aziende, assieme all'azienda pilota individuata nell'anno 2020. Siti pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti Avviamento in tutte le aziende del SSR secondo un cronoprogramma definito dalla ditta aggiudicatrice della gara tenendo conto delle peculiarità delle aziende e con una attenzione alla formazione in aula e sul campo	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti In comune con EF AF FUA AGS GGCA	Attivazione sistema in ASUGI secondo piano dei tempi regionale
5. LGR 8.4 Telemedicina	Censimento delle soluzioni di telemedicina presenti attualmente in azienda con indicazione delle integrazioni già operative con i sistemi aziendali e quelle ritenute importanti da realizzare.	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Nota di censimento inviata in DCS entro il 31.03.2021
6. LGR 8.6 Linee guida integrazione asset	Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	SCIT predisporrà documento entro 31/10/2021 se disponibili le linee guida regionali
7. LGR 8.9 Censimento apparecchiature	Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazione di nuove esigenze Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	SCIT produrrà il censimento entro il 31/05/2021 SCIT produrrà il censimento entro il 31/12/2021
8. LGR 8.11 PACS	Referto multimediale SCIT collaborerà alle attività regionali secondo le tempistiche indicate da DCS/ARCS per l'avvio della soluzione nelle radiologie e per la definizione di un piano per ecocardiografia ed endoscopia.	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Attivazione sistema in ASUGI secondo piano dei tempi regionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. LGR 8.11 PACS	Refertatore vocale SCIT collaborerà alle attività regionali secondo le tempistiche indicate da DCS/ARCS per la sostituzione dell'attuale refertatore con la soluzione individuata da Insiel; si procederà anche all'acquisto di nuovi microfoni come da indicazioni, salvo finanziamento.	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Attivazione sistema in ASUGI secondo piano dei tempi regionale
10. Attivazione numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti 116117	Redazione proposta per attivazione numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti 116117	Solo dirigenti	Proposta inviata alla direzione entro il 30.06.2021
11. Avvio di sistema informatizzato regionale gestione ricoveri per RSA IGEA	Configurazione e supporto all'avvio di sistema informatizzato regionale gestione ricoveri per RSA IGEA	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Sistema avviato al 30 giugno 2021
12. percorsi interni di richiesta prestazioni Anatomia Patologica	Evoluzione percorsi interni di richiesta prestazioni	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Richieste informatizzate avviate su almeno 2 prestazioni erogate dall'anatomia patologica abitualmente richieste a livello aziendale
13. Analisi per sistema telerefertazione Anatomia Patologica	Analisi per sistema telerefertazione	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Relazione analisi inviata alla direzione
14. Gara rinnovo software Dialisi	Predisposizione gara rinnovo sw	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Gara pubblicata
15. Gara gestione delle sorgenti e dei rifiuti radioattivi	Gara gestione delle sorgenti e dei rifiuti radioattivi	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti In comune con SC Fisica Sanitaria	Gara espletata e sistema acquisito
16. Sorveglianza sanitaria e alla sicurezza sul luogo di lavoro	Acquisizione gestione dei dati e delle informazioni relative alla sorveglianza sanitaria e alla sicurezza sul luogo di lavoro	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti In collaborazione con Medicina del lavoro	Gara espletata e sistema acquisito
17. Realizzazione Piano che individua priorità e azioni da intraprendere per il riassetto degli applicativi/sistemi dell'area Giuliana e Isontina (in linea con quanto previsto dal decreto 2019/1015)	Almeno le seguenti azioni completate ed il piano conseguentemente aggiornato. - realizzazione unico applicativo Endox aggiornato per tutta ASUGI - realizzazione unico applicativo Galileo aggiornato per tutta ASUGI	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Sistema unico Endox in uso Sistema unico Galileo in uso VRF unica implementata ed operativa Completamento migrazione dominio distretti area triestina

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> - Unica VRF tra area giuliana ed isontina - Consolidamento migrazione dominio nei distretti area triestina 		
18. Continuazione piano per l'implementazione di attività standard propedeutiche alla compliance ISO 20000 (in linea con quanto previsto dal decreto 2019/1015)	Analisi del portale ed acquisizione competenze specifiche per garantire CMDDB-asset management uniforme a livello aziendale, distribuzione del software, accesso remoto	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Acquisizione competenze specifiche, funzionalità uniformemente distribuite in ASUGI e conseguente pianificazione su evoluzione strumento (sostituzione o meno)
19. Evoluzione sistemi	Realizzazione sistema informatizzato per gestione percorso paziente in chirurgia vascolare tramite configurazione personalizzata di Endox ed integrazione dello stesso con sistema di sala	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti	Sistema avviato ed in uso
20. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo 	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
21. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
22. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
23.	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.		individuata quale project leader entro il 31.21.2021
24. Creazione archivio informatico secondo D.Lgs. 101/2020	Conservazione documentazione: - ex art.164 (D.Lgs 101/2020) - sorveglianza fisica di radioprotezione in conformità ai requisiti AGID (agenzia per l'Italia digitale)	Dirigenti e comparto In comune con S.C. Fisica Sanitaria	Creazione dell'archivio digitale sul protocollo aziendale
25. Emergenze Cardiologiche – NSTEMI	Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	SCIT In comune con SC cardiologia	100% dei pazienti con NSTEMI potranno essere segnalati per coronarografia mediante l'agenda dedicata

SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi (ex ASUITS)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attivazione di un sistema di monitoraggio dei costi aziendali relativi ai contratti di servizi	Attivare un costante controllo e monitoraggio dei costi aziendali relativi ai contratti di servizi, in riferimento allo stato di avanzamento del PAL 2021, tramite l'attivazione di un sistema di monitoraggio.	Dirigenza e comparto	Redazione di un documento Excel riportante gli esiti del monitoraggio dei costi in relazione allo stato di avanzamento del Conto Economico sulla base del PAL
2. Omogeneizzazione delle attività relative alla gestione degli acquisti di beni e servizi per tutta l'ASUGI	1. Ricognizione dei fabbisogni aziendali ed individuazione componenti commissioni di gara 2. Recepimento delle gare della centrale di committenza (ARCS) e relative prosecuzioni in base ai fabbisogni complessivi aziendali	Comparto	Evidenza entro il 2021 di almeno 10 comunicazioni fabbisogni, 10 individuazioni componenti commissioni e 10 recepimenti di atti ARCS
3. Spending Review. Area acquisti.	Attività di contrattazione o di armonizzazione che comporti dei benefici economici ad ASUGI	Dirigenza e comparto	Esito applicazione della spending review
4. Definizione di procedure per acquisizione di servizi in collaborazione con altre Strutture	Attivazione di servizi per fabbisogni nuovi, da definire, e da elaborare "per processi" in collaborazione con altre Strutture, anche di area sanitaria e/o sociosanitaria	Dirigenza e Comparto	Avvenuta pubblicazione di almeno 2 procedure per acquisizione di servizi, predisposti in collaborazione con altre Strutture
5. Servizio di somministrazione lavoro interinale	Gestire il processo di passaggio dal vecchio al nuovo fornitore, in coordinamento con la SC Gare Contratti Acquisizione Beni e Servizi, mediante modalità e strumenti condivisi	Dirigenza e Comparto	Redazione di elenco unificato del personale interinale di tutta ASUGI presso il vecchio fornitore e suo aggiornamento in fase di attivazione del nuovo contratto di somministrazione
6. Applicazione dlgs 50/2016 in materia di RUP e DEC	Individuazione dei RUP e dei DEC per i nuovi contratti di interesse dell'intera ASUGI, in ottica di collaborazione tra le Strutture: attivazione nei nuovi contratti della nomina di RUP unico per ASUGI (Direttore SCAGS o suo designato) e della nomina di Uffici di Direzione del Contratto (DEC ed eventuali Assistenti) in coerenza con l'organizzazione aziendale	Direttore di SC	Attivazione, in almeno 2 nuovi contratti, di nomina del DEC e del suo Ufficio (Assistenti del DEC) mediante percorsi condivisi con altre Strutture e in collaborazione con l'area sanitaria e/o sociosanitaria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Piano investimenti	Investimenti bmt : raccolta e accorpamento dei dati relativi ai piani investimenti per bmt e alle loro articolazioni. Predisposizione unificata delle rendicontazioni.	Dirigenza e comparto	Predisposizione delle rendicontazioni per gli investimenti in beni mobili e tecnologie secondo le rispettive scadenze, ai fini del loro invio alla regione e all'arcs.
8. Piano aziendale biennale per acquisti di beni e servizi	Per il piano di interventi superiori a euro 40.000, nonché per il piano di interventi superiori a euro 1.000.000, coordinamento e raccolta dei dati presso tutte le strutture asugi coinvolte, redazione organica e coerente dei piani da proporre alla direzione strategica	Dirigenza e comparto	Presentazione alla direzione strategica dei provvedimenti di adozione della pianificazione biennale (sopra euro 40000 e sopra euro 1 milione)
9. Logistica	Nuova logistica regionale: collaborazione con arcs per le fasi della gara per il nuovo servizio: programmare e gestire i sopralluoghi degli operatori economici corrispondere prontamente per quanto di competenza alle richieste della stazione appaltante per quesiti e chiarimenti richiesti dagli o.e.	Dirigenza e comparto	Evidenza dei verbali dei sopralluoghi effettuati evidenza delle risposte ai quesiti
10. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
11. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
13. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.12.2021
14. Attuazione decreto del DG n 1003/20 di istituzione della Direzione Amministrativa di Presidio	Definizione protocolli area di attività (risorse umane/acquisizione di beni di servizi	Direttore di Struttura	Presentazione dei protocolli alla DA entro il 30/09/2021

SC Gestione gare e contratti, acquisizione lavori, beni e servizi (ex AAS 2)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attuazione decreto del DG n 1003/20 di istituzione della Direzione Amministrativa di Presidio	Definizione protocolli area di attività (risorse umane/acquisizione di beni di servizi	Direttore di Struttura	Presentazione dei protocolli alla DA entro il 30/09/2021
2. Spending Review. Area acquisti.	Attività di contrattazione o di armonizzazione che comporti dei benefici economici ad ASUGI	Dirigenza e comparto	Esito applicazione della spending review
3. Attivazione di un sistema di monitoraggio condiviso dei costi aziendali relativi ai contratti di servizi	Attivare un costante controllo e monitoraggio dei costi aziendali relativi ai contratti di servizi, in riferimento allo stato di avanzamento del PAL 2021, tramite l'attivazione di un sistema di monitoraggio.	Dirigenza e comparto	Redazione di un documento Excel riportante gli esiti del monitoraggio dei costi in relazione allo stato di avanzamento del Conto Economico sulla base del PAL
4. Omogeneizzazione dell'attività relativa alla gestione delle scorte in conto deposito per tutta l'ASUGI.	Omogeneizzazione dell'attività relativa alla gestione delle scorte in conto deposito per tutta l'ASUGI.	Direttore di Struttura	Nota ai fornitori esterni per l'omogeneizzazione delle procedure con l'Area Giuliana.
5. Collaborazione tra più strutture	Nel caso di attività di competenza della S.C. Approvvigionamenti e Gestione Servizi, per attività inerenti alle acquisizioni di beni e servizi che coinvolgono tutta l'ASUGI, la S.C. Gestione Gare Contratti Acquisizione Beni e Servizi, nell'ottica del concetto di problem solving, può adottare, in via sostitutiva, dei provvedimenti che interessano l'ASUGI nel suo complesso.	Dirigenza e comparto	Adozione di un provvedimento condiviso tra più Strutture.
6. Servizio di somministrazione lavoro interinale	Gestire il processo di passaggio dal vecchio al nuovo fornitore, in coordinamento con la SC Gare Contratti Acquisizione Beni e Servizi, mediante modalità e strumenti condivisi	Dirigenza e Comparto	Redazione di elenco unificato del personale interinale di tutta ASUGI presso il vecchio fornitore e suo aggiornamento in fase di attivazione del nuovo contratto di somministrazione
7. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
8. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
9. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
10. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.12.2021

SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio (ex ASUITS)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Garantire il servizio di reperibilità tecnica sull'intero patrimonio immobiliare ASUGI	Strutturare un sistema di reperibilità di pronto intervento analizzando l'attività svolta, individuando criticità e possibili ambiti di sviluppo ed attuazione	Personale tecnico	Relazione di analisi dell'attività, criticità emerse, proposte di attuazione, sperimentazione delle nuove proposte nel mese di dicembre 2021
2. Migliorare efficienza ed efficacia di intervento tecnico a seguito di esigenze sopravvenute	Dotare la struttura di strumento atto a garantire con tempestività ed efficacia le risposte attese dall'utenza	Personale tecnico ed amministrativo	Avviare con decorrenza ottobre 2021, accordo quadro per la manutenzione straordinaria inerente gli impianti tecnici
3. Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa	Definire procedure atte a codificare e tracciare l'iter amministrativo inerente l'autorizzazione ai subappalti	Personale tecnico ed amministrativo	Redigere procedura operativa e modulistica specifica. Sperimentazione nel mese di dicembre 2021.
4. Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa	Attuare protocolli/documenti/modulistica per l'affidamento di lavori e servizi di ingegneria e architettura	Personale tecnico ed amministrativo	Redigere e modulistica specifica ovvero: lettere invito, disciplinare di gara, modello offerta economica, modello sopralluogo obbligatorio distinte per fasce economiche e/o tipologia di affidamenti. Sperimentazione nel mese di dicembre 2021.
5. Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa	Definire procedure atte a codificare e tracciare l'iter amministrativo inerente le procedure di affidamento lavori e servizi di ingegneria e architettura.	Personale tecnico ed amministrativo	Redigere modulistica specifica per le procedure di affidamento ovvero: lettere invito, disciplinare di gara, modello offerta economica, modello sopralluogo obbligatorio. Sperimentazione nel mese di dicembre 2021.
6. Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione tecnico/amministrativa	Attuare protocolli/documenti/modulistica atti a tracciare le verifiche dell'attività svolte dagli operatori economici dei singoli contratti.	Personale tecnico	Redigere modulistica atta a documentare l'attività svolta. Almeno n. 4 controlli/mese. Sperimentazione modulistica nel mese di dicembre 2021 per SIE 3 e concessione servizi manutentivi
7. Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa	Attuare protocolli/documenti/modulistica per le attività di pianificazione e controllo dell'iter realizzativo delle opere pubbliche.	Personale tecnico ed amministrativo	Redigere un documento (cronoprogramma, schede interventi, o altro) atti a garantire pianificazione e controllo delle opere, dalla definizione del quadro esigenziale al collaudo tecnico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			amministrativo. Sperimentazione modulistica per almeno 1 opera nel mese di dicembre 2021.
8. Spending Review	Attività di contrattazione o di armonizzazione che comporti dei benefici economici ad ASUGi	Dirigenza e comparto	Esito applicazione della spending review
9. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
10. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
11. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
12. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Adeguamento dei P.S. di Gorizia e di Monfalcone alle previsioni del piano di potenziamento della rete ospedaliera in osservanza alla linea generale aziendale n. 03 di ASUGI 2021	Individuazione delle esigenze sanitarie e conseguente redazione di uno studio di fattibilità, condivisa con la direzione sanitaria ospedaliera, relativamente ai due P.S., da trasmettere all'aggiudicatario dell'accordo quadro stipulato da Invitalia per lo sviluppo delle fasi progettuali.	Direttore SC comparto	Entro 31.07.2021: a seguito di verifica della disponibilità economiche necessarie per dare inizio alle attività progettuali, provvedere all'adesione all'accordo quadro e trasmissione degli studi di fattibilità all'O.E. individuato da Invitalia; Entro il 31.12.2021: Pronto Soccorso Gorizia e Monfalcone. Approvazione della progettazione di studio di fattibilità tecnico ed economica.
2. Recupero del patrimonio aziendale Redazione di uno studio di fattibilità.	Redare uno studio di fattibilità tecnico economica inerente il recupero dell'edificio denominato ex pneumologico di Gorizia	Direttore SC	Consegna alla direzione dello studio di fattibilità tecnico economica dell'edificio in parola, entro il 31.12.2021.
3. Programma di dismissione degli immobili in osservanza al principio alle 3 "E", economicità, efficacia, efficienza dell'azione amministrativa.	1. Redazione di una proposta di regolamento utile a disciplinare le procedure finalizzate all'alienazione del patrimonio immobiliare aziendale disponibile in collaborazione con SC Affari legali e Generali e Convenzioni di Gorizia 2. Individuazione puntuale degli immobili da inserire nel programma di dismissione, entro il 31.12.2021.	Comparto In comune con SC Convenzioni, Affari generali e Legali	Redazione della proposta di regolamento entro il 31.12.2021 Elenco degli immobili da dismettere
4. Nuovo appalto per le manutenzioni edili ed impiantistiche delle sedi aziendali. in osservanza al principio alle 3 "E", economicità, efficacia, efficienza dell'azione amministrativa.	Valutare, proporre ed approvare contenuti tecnico economici, adeguati alle esigenze Aziendali, di un P.P.P. per il successivo affidamento ad un operatore economico, tramite gara ad evidenza pubblica, del nuovo servizio in parola.	Direttore SC	Approvare il P.P.P. entro il 31.12.2021. Adozione decreto.
5. Proposta di redistribuzioni auto. in osservanza al principio alle 3 "E", economicità, efficacia, efficienza dell'azione amministrativa.	Presentazione di progetto di redistribuzione delle auto aziendali ai vari servizi, in funzione dei costi/km delle varie tipologie di auto, così da conseguire delle economicità sui relativi costi.	comparto	Entro il 31.08.2021, presentazione della proposta di riallocazione ai vari servizi delle autovetture.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti nei tempi e con le modalità che verranno indicate	comparto	Entro il 31.12.2021 trasmissione di un report complessivo dei costi sostenuti dalla SC per COVID-19
7. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
8. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
9. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
10. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.12.2021
11. Attuazione decreto del DG n 1003/20 di istituzione della Direzione Amministrativa di Presidio	Definizione protocolli area di attività (risorse umane/acquisizione di beni di servizi	Direttore di Struttura	Presentazione dei protocolli alla DA entro il 30/09/2021
12. Spending Review	Attività di contrattazione o di armonizzazione che comporti dei benefici economici ad ASUGI	Dirigenza e comparto	Esito applicazione della spending review

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione: uniformità procedura che regola l'ingresso di nuove apparecchiature biomediche	Analisi dei processi che portano all'ingresso a qualsiasi titolo di nuove apparecchiature in ASUGI mappando sia le figure coinvolte sia le azioni necessarie ad uniformare le procedure di area giuliana ed isontina	Comparto	Nuova procedura definite a livello aziendale entro il 31/12/2021
2. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione di un regolamento/procedura unificata per l'ingresso a qualsiasi titolo di nuove apparecchiature biomediche	Responsabile di struttura	Proposta di decreto di adozione entro il 31/12/2021
3. Supporto al potenziamento della capacità diagnostica ed epidemiologica della medicina di laboratorio	Acquisizione, installazione e collaudo delle apparecchiature necessarie al potenziamento della medicina di laboratorio e del laboratorio di igiene e sanità pubblica	Dirigenza e Comparto	Elenco della strumentazione collaudata e funzionante al 31/12/2021
4. Analisi di fattibilità per l'installazione di una sala ibrida presso il complesso operatorio dell'ospedale di Cattinara	Definizione dei requisiti, verifica funzionale, analisi del mercato e analisi dei costi per la realizzazione di una sala ibrida	Dirigenza e Comparto	Studio di fattibilità o Capitolato di gara entro il 31/12/2021
5. Acquisizione e installazione strumentazione nell'ambito del programma di odontoiatria pubblica	Definizione dei requisiti, supporto tecnico alle ditte fornitrici per l'installazione delle apparecchiature, verifica funzionale, collaudo e messa in funzione	Dirigenza e Comparto	Apparecchiature collaudate e funzionanti entro il 31/12/2021
6. Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale capitolo 9.6 linee di gestione 2021	Collaborazione con ARCS nella definizione dei criteri di classificazione e inventariazione delle tecnologie biomediche e nella gestione della ricognizione straordinaria	Dirigenza In comune con EF	Relazione delle attività entro il 31/12/2021
7. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT)

Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	interna di SC individuati dal responsabile di struttura	2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
8. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
9. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

SC Economico Finanziario

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Implementazione sistema di identificazione contabile ai fini IRES	Analisi delle tipologie di ricavo rilevanti ai fini IRES Individuazione dei conti di ricavo e dei correlati costi Individuazione modalità di rappresentazione contabile, anche ai fini della tenuta della contabilità separata IRES	Ufficio entrate SCEF	Entro il 31/10/2021 relazione sull'analisi e l'identificazione delle voci contabili e le tipologie di ricavo ai fini IRES e istruzioni operative.
2. Adempimenti NSO – ciclo attivo	Applicazione delle norme in materia di NSO in vista della scadenza del 31.12.2021 del periodo transitorio per le prestazioni di servizi in relazione alla fatturazione attiva	Ufficio entrate SCEF	Relazione entro il 31.12.2021 sulle procedure disponibili per l'adempimento in termini di fatturazione attiva
3. Produzione di una evidenza dei debiti/crediti registrati in contabilità verso personale "convenzionato" e comunicazione all'Ufficio preposto alla loro definizione	Individuazione delle partite aperte; confronto con evidenze extracontabili in dotazione all'Ufficio della SCEF; produzione di un prospetto con l'indicazione analitica con evidenza di: data, nominativo, causale, importo dei singoli debiti o crediti pendenti; trasmissione per attivazione di adempimenti successivi	Ufficio contabilità del personale SCEF	Estrazione dalla contabilità della situazione debitoria e creditoria aggiornata al 30/09/2021 e entro il 31/12/21 trasmissione del prospetto riepilogativo analitico all'ufficio competente per gli adempimenti successivi
4. Punto 8.3 Linee di gestione Sistema informativo gestione economica finanziaria e economato	Contribuire alla analisi del processo organizzativo per una adeguata configurazione del sistema Collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Comparto e Dirigenza SCEF	Sistema funzionante in ASUGI, nel rispetto del cronoprogramma definito dagli Enti competenti
7. Punto 9.5 Linee di gestione	Verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile da parte degli enti dei beni acquistati ai fini di una	Dirigenza SCEF In comune con AGS GGCA CDG AF FUA	Predisposizione della sezione di Relazione, nei tempi definiti da ARCS, sulle modalità di contabilizzazione dei beni acquistati in

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini	corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino secondo il principio della competenza economica e eventuale adozione delle misure correttive necessarie a garantire tale corretta e regolare rappresentazione contabile		rapporto agli obblighi di regolare tenuta delle scritture contabili per una corretta e regolare rappresentazione contabile dei costi di esercizio e del valore delle rimanenze di magazzino nel rispetto del principio della competenza economica e trasmissione alla Direzione amministrativa per la collazione con le sezioni di competenza di altre Strutture aziendali. Entro il 30/06
8. Punto 9.6 Linee di gestione Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale	Provvedere entro il medesimo termine fissato dalle linee progettuali del PAL 2021 all'aggiornamento dei dati contabili con le risultanze della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale, come comunicato dalla competente Struttura aziendale	Personale comparto – ciclo passivo In comune con IC	Aggiornamento dello stato patrimoniale entro il 31/10/2021
9. Punto 9.7 Linee di gestione Utilizzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione e verifica della corretta rappresentazione contabile dei loro costi	Verifica di regolarità e correttezza, per misura, modalità e criteri adottati, della rappresentazione contabile degli utilizzi di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, funzionalmente all'adeguata rappresentazione a bilancio dei costi collegati nel rispetto di principi, norme e criteri contabili applicabili per tale rappresentazione	Dirigenza SCEF In comune con AGS GGCA MSP GPET	Predisposizione entro il 30/06/2021, sulla base della ricognizione, da parte delle Strutture competenti, nella propria realtà aziendale dell'eventuale sussistenza dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, di apposita relazione riguardante: Sulla base della ricognizione, della presenza attuale o in corso di valutazione in ASUGI dell'utilizzo di beni e servizi per mezzo di forme di partenariato pubblico privato e di concessione di costruzione e gestione, predisposizione entro il 30/06/2021 di apposita relazione riguardante: - le modalità di rappresentazione contabile di tale fenomeno gestionale in uso; evidenziando, se presenti, eventuali difformità di contabilizzazione rispetto a principi, norme e criteri contabili da

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			applicarsi a tale rappresentazione e indicando altresì, le misure correttive - in termini di azioni e tempistiche programmate – per l’adeguamento di gestione contabile necessario o formulando una proposta per il trattamento contabile, qualora non ancora operative tali forme.
10. Miglioramento della gestione delle fatture con iter 15 “documento non classificato”	Descrizione in campo note delle motivazioni per cui il documento è non classificato; indicazioni azioni periodicamente intraprese	Personale comparto – ciclo passivo	Verifica ed invio, a partire dal 30/06 e successivamente con cadenza almeno bimensile, di report di sollecito alle Strutture interessate, al fine della corretta classificazione della fatture con posizione ancora non definita.
11. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall’All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall’All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all’All. 2 del PTPCT
12. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
13. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficiamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l’identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
14. Riorganizzazione aziendale a seguito dell’unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Linea di gestione 11.1.8 RICOGNIZIONE ASSETTI E DOTAZIONI ORGANICHE ALLA DATA 31.12.2019 (Linea gestione di riferimento 12.2.1.)</p>	<p>Predisposizione delle tabelle excel in formato cifrato dei dati richiesti da ARCS in merito a: a. Personale in termini di unità e di FTE; b. personale adibito prevalentemente ad attività diverse da quelle di inquadramento; c. personale che presenta inidoneità parziali; d. personale che fruisce di premessi L.104; e. personale in distacco sindacale; f. ore di straordinario per singola unità operativa alla data del 31.12.2019, per ex ASUITs, e per l'area Isontina dell'ex AAS2.</p>	<p>Personale ss. Trattamento giuridico / personale presenze – assenze AI/AG</p>	<p>Partecipazione alle riunioni settimanali o quindicinali indette da ARCS e invio nei termini prefissati dei file/dati richiesti Termine 30.4.2021.</p>
<p>2. Nuovo sistema Ascot Personale (per la gestione giuridica ed economica del personale dipendente)</p>	<p>Partecipazione e supporto alla conversione dei dati da Ascot Personale e da Winrap nella nuova piattaforma Sistema del personale (GiPi): 1. Partecipazione agli incontri con GIPI e Insiel propedeutici all'avvio della procedura / analisi delle differenze – (primo quadrimestre 2021) 2. Partecipazione/organizzazione alla formazione sul campo e training on the job individuata da GIPI per ogni gruppo di argomenti; (secondo quadrimestre 2021) 3. Avvio della gestione parallela dei due sistemi ascot /winrap e GIPI con inserimento dei dati, assuntivi, giuridici, stipendiali, di presenze assenze, in entrambe le piattaforme</p>	<p>1. I dirigenti e referenti degli uffici coinvolti (presenze/assenze, giuridico, economico; concorsi); 2. Tutto il personale della Struttura Complessa 3. Tutto il personale della Struttura Complessa</p>	<p>I due sistemi paralleli ascot /winrap e GIPI sono avviati e il nuovo sistema entra a regime entro il 31/12/2021 nel rispetto della tempistica definita dalla regione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3. Nuovo sistema di gestione dei professionisti della medicina convenzionata HR suite	(terzo quadrimestre 2021) 1. All'esito dell'attivazione del nuovo applicativo, definizione delle procedure per l'implementazione delle nuove funzioni inerenti la gestione del personale convenzionato. 2. Implementazione delle nuove funzioni inerenti la gestione della rilevazione delle presenze/assenze nonché il trattamento giuridico ed economico. Implementazione del sistema di acquisizione delle autorizzazioni per la fruizione degli istituti contrattuali ed il superamento della gestione con documenti redatti in cartaceo.	1. Il dirigente preposto all'Ufficio medicina convenzionata 2. Tutto il personale dell'Ufficio medicina convenzionata	1. Trasmissione al Direttore di SC di una relazione a mezzo email entro il 31.10.2021 2. Implementazione entro il 31.12.2021
4. Elaborazione di protocolli operativi unici ASUGI	1 Elaborazione di un protocollo operativo unico per ASUGI in caso di superamento del periodo di 18 mesi di conservazione del posto: Analisi delle modalità operative in essere nell'Area Giuliana e in quella Isontina; verifica degli uffici coinvolti e dei modi e tempi di azione; individuazione di una modalità operativa unica e chiara ripartizione delle competenze. Redazione del protocollo operativo	Dirigente SS trattamento giuridico AG/AI Responsabile presenze/assenze AG/AI	Mail al Direttore della SC e al Direttore Amministrativo entro il 30/09/2021 di un protocollo operativo ASUGI in caso di superamento del periodo di 18 mesi di conservazione del posto, ed eventuale risoluzione del rapporto di lavoro per superamento del comparto;
	2. <u>Previdenza</u> : Elaborazione di un protocollo operativo unico per ASUGI – Progetto liquidazione TFR - Redazione del protocollo operativo	GO : Amelia BUSATTA; Lolita PETRUZ. TS : Gabriella SCROCCARO (BURLO); Maristella BERRI (BURLO); Riccardo SALAMONE; Silvia SENTIERI (6 dipendenti)	2. Inoltro via mail al Direttore della SC entro il 31/10/2021 del protocollo operativo ASUGI per la liquidazione del TFR
	3. <u>Relazioni Sindacali</u> : Elaborazione di regolamento unico per ASUGI recante i criteri per la definizione delle procedure delle progressioni economiche orizzontali del personale del comparto.	Tutto il personale della SS Relazioni Sindacali	3. Mail al Direttore della SC entro il 31/10/2021 di presentazione della proposta di ipotesi di contratto collettivo integrativo aziendale recante i criteri per la definizione delle procedure delle progressioni economiche orizzontali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Redazione della proposta di ipotesi di contratto collettivo integrativo aziendale avente per oggetto i predetti criteri.		
	4. <u>Contributi</u> : Elaborazione di un protocollo operativo unico per ASUGI relativo al monitoraggio e controllo liquidazioni IRPEF	Tutto il personale dell'Ufficio Contributi	4. Inoltro via mail al Direttore della SC entro il 31/10/2021 di un protocollo operativo unico ASUGI relativo al monitoraggio e controllo liquidazioni IRPEF.
	5. <u>Trattamento Economico/Staff SC- Presenze assenze</u> : Elaborazione di un protocollo operativo unico per ASUGI nuova modalità di liquidazione delle quote periodiche delle RAR destinate ai tutor e RAFP dei CDL delle professioni sanitarie ex Accordo regionale. Redazione del protocollo operativo.	Tutto il personale dell'ufficio stipendi di cui 2 unità Burlo, Elisa Pikiz (Staff/PA)	5. Inoltro via mail al Direttore della SC entro il 31/03/2021 di un protocollo operativo ASUGI
	6. <u>Ufficio Concorsi</u> : definire in modo esplicito criteri e modalità per una corretta programmazione delle assunzioni ai sensi della L. 68/99; - serie di incontri con i competenti uffici regionali per addivenire alla formulazione della convenzione - calendarizzazione di inserimenti e di assunzioni sia nominative sia mediante percorsi di tirocinio finalizzato; - collegamento con i Centri Salute Mentale e Dipendenza per mappare le eventuali borse lavoro inserite in Azienda - inserimento lavorativo secondo le modalità di inserimento previste dalla convenzione	Tutto il personale dell'Ufficio Concorsi TS/GO	6. Inoltro via mail al Direttore della SC e al Direttore Amministrativo entro il 30.06.21 del Protocollo operativo e stipula di una convenzione di programma ai sensi dell'art. 11, comma 1 della Legge 68/1999.
7. Punto 11.1.2 "Fondi Contrattuali" – Linee di Gestione 2021 (DGR 189 DD. 12.02.2021). Definizione dei fondi contrattuali 2021 del personale	Analisi della normativa contrattuale di riferimento, dei limiti finanziari previsti dalle disposizioni vigenti in materia, e delle linee annuali per la gestione del SSR 2021. Quantificazione del valore dei fondi 2021 sulla base degli elementi noti alla	Il Dirigente Responsabile della SS Relazioni Sindacali	1. Predisposizione delle tabelle di quantificazione dei valori dei fondi 2021 per ciascuna area negoziale (Comparto, Area Sanità e Area Funzioni Locali - PTA), in applicazione dei CCNL vigenti e degli atti di scorporo.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dipendente dell'ASU GI. Applicazione del CCNL Area Funzioni Locali dd. 17.12.2020	Struttura, tenuto conto degli atti di scorporo AAS2. Predisposizione di bozza di decreto di costituzione dei fondi contrattuali 2021		2. Predisposizione di bozza del decreto di costituzione dei fondi contrattuali 2021, con allegate le relative tabelle di quantificazione. 3. Presentazione della proposta di decreto tramite not@ al Responsabile SC Gestione del Personale, della bozza di decreto di quantificazione dei fondi, per la relativa proposta di adozione alla Direzione, entro il 30.04.2021.
8. Gestione Emergenza Covid e adempimenti correlati – Proroga stato di emergenza	Gestione pratiche autorizzative del lavoro agile per i dipendenti ex art 87 D.L. 18/2020 ed ex art 263 dl 34/2020 – Proseguimento e implementazione dati in base ai contratti sottoscritti nel 2021 in previsione degli eventuali adempimenti previsti dal Ministero del Lavoro	Segreteria (Mandarano Patrizia, Bassim Mervat, Mikeucic Laura)	Presentazione al Direttore di SC di un report riepilogativo dei contratti di lavoro agile sottoscritti nel 2021, entro il 31.12.2021.
9. Linea 11.1.9 Stabilizzazione del personale precario	Adempimenti connessi con l'applicazione del DLVO 75/17 smei: 1. Determina stabilizzazione del personale partecipante all'avviso di Manifestazione di Interesse in possesso del requisito al 31.12.2019 (II° fase decreto n. 458/2020). Emanazione di un avviso rivolto agli esterni per la ricognizione del personale già dipendente dell'ASUGI e delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI stessa, non più in servizio, con requisito al 31.12.2019 (III° fase decreto 458/2020); 2. Determina stabilizzazione d'ufficio del personale in servizio in possesso dei requisiti previsti dalla normativa al 31.12.2020 (I° fase decreto 1142/2020). 3. Determina di stabilizzazione del personale partecipante all'avviso di Manifestazione di Interesse in possesso	Il Dirigente della SC; Staff; Il dirigente preposto all'Ufficio Concorsi.	1. Determina di stabilizzazione del personale partecipante alla Manifestazione di Interesse con requisito al 31.12.2019, entro il 28.02.2021 Emissione dell'avviso rivolto agli esterni aventi il requisito al 31.12.2019, entro il 31.03.2021. 2. Determina di stabilizzazione d'ufficio del Personale avente i requisiti al 31.12.2020, entro il 31.05.2021. 3. Determina di stabilizzazione del personale partecipante alla Manifestazione di Interesse con requisito al 31.12.2020, entro il 30.06.2021. 4. Emanazione dell'avviso rivolto agli esterni aventi il requisito al 31.12.2019, entro il 31.03.2021. 5. Determina di stabilizzazione personale non più dipendente dell'ASUGI e delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI stessa, non

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>del requisito al 31.12.2020 (II° fase decreto 1142/2020).</p> <p>4. Emanazione di un avviso rivolto agli esterni per la ricognizione del personale già dipendente dell'ASUGI e delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI stessa, non più in servizio, con requisito al 31.12.2019 (III° fase decreto 1142/2020).</p> <p>5. Predisposizione del Decreto di avvio delle procedure di stabilizzazione del personale precario ex D.Lgs 75/2017 e smi – requisiti alla data del 31.12.2021.</p>		più in servizio, con requisito 2019 e requisito 2020, entro il 30.06.2021
<p>10. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023</p>	<p>1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza</p> <p>2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo</p>	<p>TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura</p>	<p>1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT)</p> <p>2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT</p>
<p>11. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze</p>	<p>Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi</p>	<p>AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione</p>	<p>Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021</p>
<p>12. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficiamento dei processi e dei procedimenti</p>	<p>Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa</p>	<p>AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione</p>	<p>Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021</p>
<p>13. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure</p>	<p>Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.</p>	<p>AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione</p>	<p>Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.12.2021</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Costruzione meccanismo condiviso con area sanitaria – prestazioni erogate a terzi in regime di convenzione	Predisposizione adeguamento tariffario delle prestazioni a terzi di medico competente	comparto e dirigenza	Predisposizione bozza tariffario invio alla direzione entro 31/12/2021
2. Covid 19	Gestione OSS inviati dalla protezione civile nazionale – predisposizione decreti, liquidazioni e rendiconti	comparto e dirigenza	Relazione su attività del 2021 invio alla direzione entro il 31/12/2021
3. Riorganizzazione della funzione di recupero crediti aziendale	Definizione di un procedura per il recupero crediti da inviare alla DA per approvazione.	Direttore	Proposta riorganizzativa di recupero crediti inviata alla Direzione Amministrativa entro il 31/12/2021
4. Ricognizione parcelle e/o spese di lite inevase e predisposizione atti di diffida conseguenti	Verifica crediti inevasi e predisposizione idonei atti di diffida e messa in mora per le azioni di recupero conseguente	Comparto e dirigenza In comune con SS UFFICIO LEGALE	Predisposizione idonei atti di diffida e messa in mora del 100% degli inevasi.
5. Predisposizione Nuovo Regolamento per la gestione centralizzata per la gestione assicurativa RCT/O	Collaborazione con ARCS e gli Enti del SSR per la predisposizione del nuovo regolamento regionale Partecipazione a tutti gli incontri organizzati da ARCS entro il 31/12/2021.	Comparto e dirigenza In comune con SS UFFICIO LEGALE	Relazione sull'esito dei lavori del tavolo regionale promosso da ARCS e del contributo di ASUGI alla predisposizione del nuovo regolamento entro il 31/12/2021.
6. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
7. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
9. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.21.2021
10. Riorganizzazione strutture PTA /unificazione regolamenti	Predisposizione regolamento albo telematico asugi	comparto	bozza regolamento inviata alla direzione entro il 31.12.2021
11. Protocollo SCAGLA	Avviare fascicolo informatico in SCAGLA	Tutti i dipendenti comparto e dirigenti mettere a SCAGLA	Sistema avviato ed in uso

SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale (ex AAS 2)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Predisposizione Nuovo Regolamento per la gestione centralizzata per la gestione assicurativa RCT/O	Collaborazione con ARCS e gli Enti del SSR per la predisposizione del nuovo regolamento regionale Partecipazione a tutti gli incontri organizzati da ARCS entro il 31.12.2021.	SS UFFICIO LEGALE Dott.ssa Alessandra Biasioli Dott. Giuseppe Sarpietro Sig.ra Maria D'Agostino Sig. Maurizio Donda	Relazione sull'esito dei lavori del tavolo regionale promosso da ARCS e del contributo di ASUGI alla predisposizione del nuovo regolamento entro il 31.12.2021.
2. Riconoscimento parcelle e/o spese di lite inevase e predisposizione atti di diffida conseguenti	Verifica crediti inevasi e predisposizione idonei atti di diffida e messa in mora per le azioni di recupero conseguente	SS UFFICIO LEGALE Dott.ssa Alessandra Biasioli Dott. Giuseppe Sarpietro Sig.ra Maria D'Agostino	Predisposizione idonei atti di diffida e messa in mora del 100% degli inevasi.
3. Revisione dello schema di accordo con le strutture private accreditate a fronte dell'intervenuto Accordo Triennale Regionale	Predisposizione e approvazione dello schema di accordo aziendale con ciascuna struttura privata accreditata afferente al territorio ASUGI a seguito dell'approvazione del nuovo Accordo Triennale Regionale.	SS AFFARI GENERALI Sig.ra Francesca Picillo Dott.ssa Bernardetta Maioli Dott.ssa Fosca Togni	Predisposizione degli accordi con ciascuna struttura privata accreditata entro 60 giorni dall'approvazione dell'Accordo Regionale Triennale
4. Garanzia del livello quali quantitativo dell'attività dell'ufficio protocollo in carenza di organico	Garantire l'attività quotidiana di protocollazione della posta in arrivo e di spedizione della posta in partenza.	SS AFFARI GENERALI Sig.ra Daniela Cattaneo Sig.ra Rita Vetrih	Garanzia dell'attività di protocollazione, nessun disservizio o chiusura dell'ufficio negli orari previsti di apertura al pubblico.
5. Programma di dismissione degli immobili in osservanza al principio alle 3 "E", economicità, efficacia, efficienza dell'azione amministrativa.	1. Redazione di una proposta di regolamento utile a disciplinare le procedure finalizzate all'alienazione del patrimonio immobiliare aziendale disponibile in collaborazione con SC Affari legali e Generali e Convenzioni di Gorizia 2. Individuazione puntuale degli immobili da inserire nel programma di dismissione, entro il 31.12.2021.	Comparto In comune con SC Gestione Patrimonio E Tecnologie	Redazione della proposta di regolamento entro il 31.12.2021 Elenco degli immobili da dismettere
6. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	anticorruzione e gestione del rischio amministrativo		richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
7. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
8. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
9. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Implementare e potenziare l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa nei rapporti convenzionali con le Associazioni sportive dilettantistiche (ASD) e Società sportive dilettantistiche (SSD) con particolare riferimento alla riforma del Terzo Settore, non soggetti alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuiti ad altra articolazione aziendale.</p>	<p>1. Analisi e studio della normativa d'interesse. 2. Predisposizione dell'iter procedurale per la stipula di rapporti convenzionali tra l'A.S.U.G.I. e le Associazioni/Società sportive dilettantistiche. 3. Evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini la stipula.</p>	<p>Paola Blanzan Morena Dalmistro Odoni (Giustina Carta a partire da 8/6) Chiara Carpani</p>	<p>Predisposizione di una bozza convenzionale previo avviso rivolto alle ASD e/o SSD al fine del convenzionamento con l'A.S.U.G.I. per la realizzazione di progetti d'interesse sociosanitario per quanto non soggetto alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuito ad altra articolazione aziendale, con evidenza dei documenti e dichiarazioni necessari ai fini della stipula. Entro il 31.12.2021</p>
<p>2. Implementazione dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa nei rapporti con Strutture accreditate per lo svolgimento di prestazioni dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, ex art. 26 della L. n. 833/1978. (Con particolare riferimento ad attività di riabilitazione funzionale per le disabilità sensoriali).</p>	<p>1. Analisi e studio della normativa di interesse 2. Predisposizione dello schema convenzionale per la disciplina dei rapporti, ex art. 26 della L. n. 833/1978, con Strutture accreditate. (Con particolare riferimento ad attività di riabilitazione funzionale per le disabilità sensoriali).</p>	<p>Paola Blanzan Morena Dalmistro Odoni (Giustina Carta a partire da 8/6) Chiara Carpani</p>	<p>Predisposizione di uno schema tipo convenzionale per la disciplina dei rapporti, ex art. 26 della L. n. 833/1978, con Strutture accreditate. (Con particolare riferimento ad attività di riabilitazione funzionale per le disabilità sensoriali). Entro il 31.12.2021</p>
<p>3. Prosecuzione dell'iter di acquisizione/rinnovo di alloggi per la realizzazione di progetti socio-assistenziali, ai sensi e per gli effetti della Legge Regionale n. 1/2016 e del relativo "Regolamento di esecuzione per la disciplina delle modalità di gestione degli alloggi di edilizia sovvenzionata gestiti dalle A.T.E.R. regionali", approvato con D.P.Reg. FVG dd 26.10.2016 n. 0208.</p>	<p>1. Attivazione delle competenze presenti nella S.S.D. CRTS AVI per le attività amministrative di supporto all'acquisizione degli alloggi. 2. Predisposizione degli atti necessari all'approvazione dei relativi contratti di nuove acquisizioni e/o rinnovi.</p>	<p>dott.ssa Elena Zompicchiatti sig.ra Elena Starace sig. Fabio Carbone</p>	<p>Soddisfazione del 100% delle richieste pervenute alla S.S.D. CRTS AVI entro il 15.10.2021. Entro il 31.12.2021.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. “Sviluppo percorsi protetti di autonomia abitativa per soggetti fragili”: ricognizione delle sedi attive per progetti socio – assistenziali e per programmi habitat - microaree.	Redazione - tramite raccolta e classificazione dei dati agli atti dell’ufficio immobiliare – di “un file riepilogativo” - anno 2021 - contenente: - indirizzo dell’immobile acquisito; - titolo giuridico di utilizzo con relative scadenze contrattuali/convenzionali; - estremi dei provvedimenti di acquisizione con indicazione dei dati identificativi dei relativi contratti/atti/convenzioni/ (ad es. n. repertorio o protocollo e data di sottoscrizione); - Area di afferenza dell’immobile (es: Distretti, DSM, D.D.D.).	dott.ssa Elena Zompicchiatti sig.ra Elena Starace sig. Fabio Carbone	Predisposizione di un file excel contenente “Elenco immobili, sedi, titoli giuridici di utilizzo e scadenze contrattuali, estremi provvedimenti di acquisizione, area di afferenza” – anno 2021” (in vigore al 15.12.2021) Entro il 31.12.2021.
5. Potenziare l’efficienza e l’efficacia della archiviazione dei rapporti convenzionali con le Associazioni di volontariato e/o enti del Terzo Settore per i procedimenti conclusi entro il 31.12.2016..	1. Reperimento e archiviazione di tutti i fascicoli relativi ai rapporti convenzionali conclusi entro il 31.12.2016 2. Catalogazione tramite sistema informatico di tutti i fascicoli e creazione di cartella condivisa in ambito SSD 3. Gestione degli adempimenti operativi per il trasferimento nell’archivio di deposito (ARCHIDOC) di tutti i fascicoli al 31.12.2016 assicurando la necessaria catalogazione per un sicuro reperimento delle pratiche nel tempo	Stefano Rizzetto	Evidenza delle operazioni di archiviazione e catalogazione di tutti i fascicoli per procedimenti relativi ai rapporti convenzionali conclusi entro il 31.12.2016 tramite trasferimento degli stessi nell’archivio di deposito (ARCHIDOC) e catalogazione informatica con creazione di cartella condivisa in ambito di SSD. Entro il 31.12.2021
6. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall’All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall’All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all’All. 2 del PTPCT
7. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
responsabilità gestionali e delle competenze	anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi		
8. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Direzione Amministrativa	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
9. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.21.2021

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Uniformizzazione dei processi di autorizzazione, prenotazione, verifica e modulistica legati alla attività in regime di libera professione intramuraria	Analisi trasversale fra i diversi servizi attualmente coinvolti nei dei processi di autorizzazione, prenotazione, verifica e modulistica legati alla attività in regime di libera professione intramuraria. Proposta di uniformizzazione al fine di rendere univoco le azioni legate alla libera professione intramoenia anche al fine di ottimizzare le risorse dedicate e facilitare il percorso ai professionisti coinvolti	SSD Libera Professione Dott.ssa Bernardetta Maioli Dott.ssa Fosca Togni Sig.ra Daniela Marussig	Proposta organizzativa e nuova modulistica unica aziendale alla Direzione Strategica dicembre 2021
2. Attuazione della Programmazione aziendale (Decreto 241/2021) – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2021-2023	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 1 del PTPCT 2021-2023 in materia di trasparenza 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 2 del PTPCT 2021-2023 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo	TRASVERSALE - Responsabile di Struttura (struttura individuata come competente rispetto agli obblighi dal PTPCT) e dirigenti/po responsabili di articolazione interna di SC individuati dal responsabile di struttura	1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 1 al PTPCT) 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 2 del PTPCT
3. Attuazione della programmazione aziendale (linea 13)/Riconoscimento delle responsabilità gestionali e delle competenze	Elaborazione di uno studio di riorganizzazione della struttura in coerenza con la proposta di nuovo atto aziendale, articolando le diverse funzioni anche al fine di valorizzare le responsabilità e le competenze dei ruoli dirigenziali e direttivi	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
4. Attuazione della programmazione aziendale (linea 14) / Efficientamento dei processi e dei procedimenti	Mappatura dei processi, con l'identificazione delle fasi, strutture coinvolte e process owner sulla base del modello di scheda definito dalla Dir. Amm.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Documentazione inviata al Direttore Amministrativo entro il 31.12.2021
5. Riorganizzazione aziendale a seguito dell'unificazione/ Uniformità regolamenti e procedure	Presentazione dei regolamenti/procedure unificate predisposti nel 2020, sulla base delle priorità, individuazione del project leader, strutture coinvolte e tempistica definiti dalla Direzione.	AREA PTA - Responsabile di struttura, dirigenti e responsabili di incarichi di funzione	Proposta di decreto di adozione dei regolamenti per i quali la struttura è individuata quale project leader entro il 31.12.2021

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: BERNARDETTA MAIOLI

CODICE FISCALE: MLABNR58E67G148U

DATA FIRMA: 30/07/2021 12:08:56

IMPRONTA: 6049DA028A570D394ABD79FC8CC0B3E9B5F4F63BB5CBC1B7EE585F30B4D8CE22
B5F4F63BB5CBC1B7EE585F30B4D8CE22A4FF265EE621B4AA14FA5C5EDC568839
A4FF265EE621B4AA14FA5C5EDC5688394E599A5C8EF0FBCAD322B148BCDBD43B
4E599A5C8EF0FBCAD322B148BCDBD43B25B2E4C05A41CEEDB44A330D040BD605

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 30/07/2021 13:52:05

IMPRONTA: 13115A13FF3D208637382B3CEBE15AB585BC02CE1C282064363B717D3CD104E0
85BC02CE1C282064363B717D3CD104E0CACC5DD7C34693F94C5B295235FBA387
CACC5DD7C34693F94C5B295235FBA3871C7B1CFD46D7A76C9A029A961FF250D1
1C7B1CFD46D7A76C9A029A961FF250D1A1EC21C632D592BDE7CF6675DD452CE3

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/07/2021 14:13:17

IMPRONTA: 046ACFF84F7CF83E3C2B63DA6DE7933EB8EEA3F435C7C4332A3BAA74DAF49CCF
B8EEA3F435C7C4332A3BAA74DAF49CCFC383F52C2A6D994D46CFD89C476491CA
C383F52C2A6D994D46CFD89C476491CA13D0BE643C3B4863DF744857661D11BA
13D0BE643C3B4863DF744857661D11BA9CE91DB18E7749DC05C7A3B44074B161