

DIREZIONE GENERALE - 1015 REG.DEC.

**OGGETTO: Presa d'atto del monitoraggio al 30 settembre 2020 degli obiettivi di budget. Integrazione e modifica del decreto n. 821 dd. 30/9/2020 avente ad oggetto "Formalizzazione dell'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2020".**

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
GIULIANO ISONTINA**

**DECRETO  
DEL DIRETTORE GENERALE**

L'anno **duemilaenti**  
il giorno quattro del mese di DICEMBRE

**IL DIRETTORE GENERALE**

**dott. Antonio Poggiana**

**nominato con Delibera della Giunta Regionale n° 2266 dd. 27 dicembre 2019**

OGGETTO: Presa d'atto del monitoraggio al 30 settembre 2020 degli obiettivi di budget. Integrazione e modifica del decreto n. 821 dd. 30/9/2020 avente ad oggetto “Formalizzazione dell'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2020”.

RICHIAMATO integralmente il decreto n. 821 dd. 30/9/2020 avente ad oggetto “Formalizzazione dell'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2020” mediante il quale si è provveduto ad adottare il documento “Budget 2020” costituente il quadro degli obiettivi di incentivanti e delle risorse assegnati ai Centri di Responsabilità aziendali nonché parte del Piano delle performance aziendali;

APPURATO che

- la SC Controllo di Gestione, per tramite dell'Ufficio Amministrazione Trasparente, ha disposto tempestivamente la pubblicazione in forma integrale del sopra richiamato decreto 821/2020 sul sito internet istituzionale, così come previsto dalla vigente normativa
- l'Ufficio Gestione Programmazione con nota del 2/10/2020, ha proceduto a richiedere alle diverse articolazioni aziendali, il monitoraggio degli obiettivi con riferimento alla data del 30/09/2020, da inviarsi entro la data del 18/10/2020, e ne ha raccolto le relative schede (agli atti dell'Ufficio Gestione Programmazione);

VALUTATO che diverse Strutture hanno rappresentato delle criticità oggettive nel raggiungimento di qualche obiettivo e che, pertanto, la Direzione aziendale ha ritenuto opportuno accogliere alcune integrazioni e/o rettifiche richieste e riadottare, così, gli obiettivi di budget 2020 che costituiscono il documento “Progetto Complessivo Aziendale” allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante;

CONSIDERATO che, per il personale assegnato ai Corsi di Laurea, sono stati predisposti ed assegnati gli obiettivi per il 2020 come da nota prot. n. 6443/SCGP/DD dd 13/5/2020 a firma del Rettore dell'Università di Trieste”;

RAVVISATA pertanto la necessità di provvedere ad integrare il decreto 821 dd. 30/9/2020, anche con gli obiettivi riferiti al personale assegnato ai Corsi di Laurea (Responsabili Attività Formative Professionalizzanti e Tutor didattici) di cui alla all'allegato 2 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RILEVATO che il provvedimento è proposto dal Responsabile dell'Ufficio Gestione Programmazione, afferente alla Direzione Generale, che attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità dell'atto e i cui uffici ne hanno curato l'istruzione e la redazione;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Socio Sanitario;

## **I L DIRETTORE GENERALE**

### **DECRETA**

- di prendere atto degli esiti del monitoraggio al 30/9/2020 in relazione agli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità aziendali per l'Anno 2020;
- di riadottare gli obiettivi di budget 2020 che costituiscono il documento "Progetto Complessivo Aziendale" integrato e/o rettificato sulla base degli esiti del monitoraggio intermedio al 30/09/2020, nel testo allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante (allegato 1);
- di dare mandato all'Ufficio Amministrazione Trasparente di provvedere alla pubblicazione in forma integrale del presente decreto così come previsto dalla vigente normativa;
- di integrare il decreto n. 821 dd. 30/9/2020, con gli obiettivi riferiti al personale assegnati ai Corsi di Laurea (RAFP e Tutor didattici) di cui all'allegato 2 che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

- di trasmettere il presente Decreto all'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance ed alle Organizzazioni Sindacali delle tre aree contrattuali.

Nessuna spesa consegue all'adozione del presente provvedimento che diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92, dalla data di pubblicazione all'Albo aziendale telematico.

IL DIRETTORE GENERALE  
dott. Antonio Poggiana

Parere favorevole del  
Direttore Sanitario  
dott. Andrea Longanesi

Parere favorevole del  
Direttore Amministrativo  
dott. Eugenio Possamai

Parere favorevole del  
Direttore dei Servizi Sociosanitari  
dott.ssa Maria Chiara Corti

# 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: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 04/12/2020 13:08:30

IMPRONTA: 023C406F7CB57FE364B89A7CF59B0AF01D3F346573E4964CF2BBE6BF49D0954D  
1D3F346573E4964CF2BBE6BF49D0954D7B979541AB436D9E8AB69A74F119D49E  
7B979541AB436D9E8AB69A74F119D49EE959FAC3245E4315B2CEC218707929AA  
E959FAC3245E4315B2CEC218707929AAE72931B3C96016749AAA32F399C336F9

NOME: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 04/12/2020 13:40:00

IMPRONTA: 95F138B423B00CBAB833597661331287B01A8D0B7879ABC8C93A08BD81CC026C  
B01A8D0B7879ABC8C93A08BD81CC026C3C4627B37C5930536D63FB68FDFFAE5F  
3C4627B37C5930536D63FB68FDFFAE5FA846866FC390EA835C0462A9F0D247DB  
A846866FC390EA835C0462A9F0D247DBFBB04B2C51C654C28E0EF9348E109BDA

NOME: ANDREA LONGANESI

CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T

DATA FIRMA: 04/12/2020 13:54:26

IMPRONTA: 3820D610C41CFB5623CE5476782173B74287FE295E0644C881CC2269C68A603D  
4287FE295E0644C881CC2269C68A603DC5BDB26933FB89AF3366783818F50591  
C5BDB26933FB89AF3366783818F5059125FF8B325631458E4B61C3DE66B89FB1  
25FF8B325631458E4B61C3DE66B89FB1F86C70BDD08ABC83FE575083D868CD10

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 04/12/2020 14:08:33

IMPRONTA: 33F04D7B5693D1759338DBA9D84A35FDC8CD74C1C74B8ED10C5FD4CA2D86ACE7  
C8CD74C1C74B8ED10C5FD4CA2D86ACE725F8346D58686507ABBF36874201EE88  
25F8346D58686507ABBF36874201EE889569B4F000768C43A1D1406AD52AF286  
9569B4F000768C43A1D1406AD52AF286CDD359E7D9E54C95EC63FE9EC33A20A



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



# BUDGET

## 2020

# Piano Complessivo Aziendale

## INDICE

<b>DIREZIONE GENERALE.....</b>	<b>7</b>
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 .....	10
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff e Aggiornamento e Formazione.....	12
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico .....	15
SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro - SS SPPGA Area Isontina .....	16
Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa (CREUS) .....	19
<b>DIREZIONE SANITARIA.....</b>	<b>20</b>
Direzione Sanitaria - Staff .....	20
SC Epidemiologia Qualità e Accreditamento Risk Management (ERMQC).....	21
SS Formazione (ex AAS2) .....	22
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica (ex ASUITS) .....	23
SC Servizio Infermieristico (ex AAS2) .....	26
Servizio Riabilitativo Aziendale .....	27
SC Assistenza Farmaceutica (ex ASUITS).....	29
SC Farmacia Unica Aziendale (ex AAS 2) .....	36
SS Area delle classificazioni.....	41
SO DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE .....	43
<b>DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE (ex ASUITS).....</b>	<b>56</b>
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT) .....	56
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie.....	58
SO DISTRETTO 1 .....	60
SO DISTRETTO 2 .....	71
SO DISTRETTO 3 .....	81
SO DISTRETTO 4 .....	91
SO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE .....	102
SO DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE .....	106

<b>DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PRIMARIA (ex AAS2)</b> .....	<b>110</b>
SC DISTRETTO ALTO ISONTINO .....	110
SC DISTRETTO BASSO ISONTINO .....	118
SSD Cure Palliative .....	124
SC Età Evolutiva, Famiglia e Disabilità.....	127
SC Neuropsichiatria Infantile .....	130
<b>DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA</b> .....	<b>133</b>
Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO) .....	133
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CATTINARA E MAGGIORE.....	134
Direzione Medica di Presidio .....	134
SC (UCO) Medicina Legale.....	136
DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE .....	137
SC Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza .....	138
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali .....	141
Complesso Operatorio HC.....	142
Complesso Operatorio HM - Day Surgery.....	143
SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria .....	145
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica .....	147
DAI CARDIO TORACO VASCOLARE .....	150
SC Cardiologia .....	152
SC Cardiochirurgia.....	156
SC (UCO) Chirurgia Vascolare.....	159
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport.....	162
SC Chirurgia Toracica .....	166
SC Pneumologia .....	169
DAI MEDICINA .....	171
SC Medicina Interna.....	173
SC Nefrologia e Dialisi .....	176
SC (UCO) Medicina Clinica .....	178
SC (UCO) Clinica Medica .....	180



SC Geriatria .....	183
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare .....	186
DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA.....	187
SC Ematologia .....	189
SC Oncologia .....	191
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile .....	194
SC Radioterapia .....	196
SC Malattie Infettive .....	198
SC (UCO) Clinica Dermatologica.....	200
DAI CHIRURGIA .....	202
SC (UCO) Clinica Chirurgica .....	203
SC Gastroenterologia .....	208
SC (UCO) Clinica Urologica .....	210
SC Clinica e Patologia del Fegato .....	213
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit.....	216
DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA .....	219
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia .....	221
SC (UCO) Chirurgia Plastica .....	223
SC (UCO) Clinica Oculistica .....	227
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica.....	231
DAI NEUROSCIENZE, RIABILITAZIONE, ORTOPEDIA E MEDICINA DEL LAVORO .....	234
SC (UCO) Clinica Neurologica .....	237
SC Neurochirurgia .....	239
SC Riabilitazione .....	241
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica .....	245
SC (UCO) Medicina Del Lavoro.....	248
DAI MEDICINA DEI SERVIZI.....	252
SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica .....	254
SC Microbiologia e Virologia .....	256
SC Igiene e Sanità Pubblica .....	258
SC Laboratorio Unico Asugi.....	259
DAI MEDICINA TRASFUSIONALE .....	261
SC Medicina TrASFusionale .....	261

DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI .....	265
SC Radiologia.....	266
SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica .....	269
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare .....	272
SC Medicina Nucleare .....	273
SC Fisica Sanitaria.....	276
PRESIDIO OSPEDALIERO DI GORIZIA E MONFALCONE.....	278
SC Direzione medica ospedaliera Gorizia – Monfalcone .....	278
SC Direzione Amministrativa Unica di Presidio – Gorizia e Monfalcone.....	281
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI.....	282
SC Radiologia Gorizia - Monfalcone .....	282
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE .....	284
SC Ostetricia e ginecologia Gorizia - Monfalcone .....	285
SC Pediatria Gorizia - Monfalcone .....	288
DIPARTIMENTO CHIRURGICO DI GORIZIA MONFALCONE .....	289
SC Chirurgia Generale .....	292
SC Ortopedia - Traumatologia.....	295
SC Oculistica.....	298
SSD Odontostomatologia.....	300
SC Otorinolaringoiatria .....	302
SC Urologia.....	304
SC Nefrologia e Dialisi .....	308
DIPARTIMENTO MEDICO DI GORIZIA MONFALCONE .....	312
SC Medicina interna GO .....	314
SC Medicina interna Monfalcone.....	319
SC Oncologia GO-MO .....	323
SC Neurologia.....	325
SSD Pneumologia .....	326
SSD Diabetologia.....	328
SC Riabilitazione GO-MO .....	331
DIPARTIMENTO EMERGENZA DI GORIZIA MONFALCONE .....	334
SC PS Medicina d'urgenza Monfalcone.....	334

SC PS Medicina d'urgenza Gorizia .....	337
SC Anestesia Rianimazione Gorizia .....	339
SC Anestesia Rianimazione Monfalcone .....	342
SC Cardiologia Gorizia .....	346
<b>DIREZIONE SOCIO SANITARIA .....</b>	<b>349</b>
Direzione dei Servizi Sociosanitari .....	349
SC Area Welfare .....	352
<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA.....</b>	<b>354</b>
DIPARTIMENTO TECNICO .....	354
SC Informatica e Telecomunicazioni (ex ASUITS) e SSD Sistema Informativo e Informatico (ex AAS 2).....	354
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi (ex ASUITS) e SC Gestione gare e contratti, acquisizione lavori, beni e servizi (ex AAS 2) .....	357
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio (ex ASUITS) e SC Gestione Patrimonio e Tecnologie (ex AAS2).....	359
SC Ingegneria Clinica .....	361
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO .....	363
SC Economico Finanziario .....	363
SC Gestione del Personale .....	366
SC Affari Generali e Legali Assicurativi e Assicurazioni (ex ASUITS) e SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale (ex AAS 2) .....	372
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili.....	374
SSD Libera Professione.....	375

## 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
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il personale	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Decreti e determinazioni ASUGI – ottimizzazione dei percorsi all'interno del rinnovato programma AdWeb 2020.	1. Individuazione capillare di tutti i nominativi presenti all'interno del programma AdWeb della ex AAS 2; 2. predisposizione di circolare/mail informativa con trasmissione dettagliata: a) a tutto il personale dell'ex AAS 2 confluito in ASUGI e abilitato all'AdWeb, di indicazioni sulle modalità applicative <i>relativamente all'iter decreti</i> ; b) di istruzioni attinenti all'iter di gestione a seguito dei cambiamenti intervenuti all'interno del programma, dedicato agli operatori ed ai Responsabili di SC/Dipartimento <i>relativamente alle determinazioni dirigenziali</i> .	Segreteria della Direzione Strategica Maria Teresa Galimi Antonella Greco Giovanna Ragnetti Igor Pischianz Roberta Visintin Giovanna Zappalà	Informativa predisposta e presentata alla Direzione Strategica per il nulla osta entro aprile 2020.  Trasmissione conseguente a tutti gli interessati, legata all'approvazione dei contenuti da parte della Direzione Strategica.
3. Decreti e determinazioni ASUGI: nuovi prospetti di modulistica "Decreto" e "Determinazione" presente in AdWeb.	1. Studio di nuova tipologia di modulistica per le rappresentate esigenze della Direzione Strategica; 2. inserimento dei titoli accademici all'interno del programma AdWeb relativamente ai Responsabili firmatari, ove non presenti; 3. predisposizione di nuovi modelli con attuazione delle connessioni informatiche prospetto/titolo/dirigente/timbri virtuali automatici collegati alla modulistica.	Segreteria della Direzione Strategica Maria Teresa Galimi Antonella Greco Giovanna Ragnetti Igor Pischianz Roberta Visintin	Predisposizione e presentazione del nuovo prospetto di modulistica alla Direzione Strategica entro settembre 2020.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Supporto ai Direttori della Direzione Strategica nel periodo Covid - fasi 1-2-3.	Ausilio, sinergia e collegamenti tra le sedi ASUGI Direzionali di Trieste e Gorizia. Collaborazione fattiva e permanente del personale delle Segreterie coinvolto per garantire il supporto in ogni frangente ai Direttori della Direzione Strategica. Intervento continuativo per consentire una rapida informazione alle strutture aziendali ove richiesta, anche con l'emanazione di circolari di carattere immediato ed urgente.	Segreteria della Direzione Strategica Maria Teresa Galimi Antonella Greco Giovanna Ragnetti Igor Pischianz Roberta Visintin Giovanna Zappalà	Predisposizione di circolari/note e consegna documentazione/materiale presso le due Aree (Giuliano/Isontina).
5. Supporto alla Direzione socio sanitaria per la gestione della progettualità in convenzione con GECT GO, le attività "Rete lingua slovena nella P.A." per l'area giuliana e relative rendicontazioni	Gestione e coordinamento, per la Direzione Socio Sanitaria, delle attività previste dal progetto transfrontaliero "Salute-Zdravstvo" con il GECT GO. Stesura rendicontazioni semestrali e relazioni necessarie alla richiesta rimborsi per il finanziamento della progettualità stessa. Organizzazione delle attività in collaborazione con gli uffici competenti per la realizzazione delle progettualità "Rete della lingua slovena nelle P.A. area Giuliana" e relativa rendicontazione annuale.	Lara Marchi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relazione e rimborso attività progettuali "Salute-Zdravstvo" in convenzione con GECT GO (almeno una).</li> <li>- Relazione e rendicontazione per ottenimento fondi regionali per attività 2019.</li> </ul>

## Gestione Programmazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Marco Braidà Marco Spanò Paola De Poli	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Medicina di iniziativa Art 3 AIR DGR 1381/2019.	Raccolta delle schede inviate dai MMG e verifica della completezza. Analisi dei risultati e trasmissione ai distretti	Paola de Poli Marco Spanò	Valutazioni per ogni distretto e aft
3.monitoraggio attività ASUGi	Fornire indicazioni e valutazioni sulle performance aziendali della nuova realtà giuliano isontina con elementi di benchmark tra le varie attività/strutture/reti anche in relazione ai target regionali e nazionali	Marco Braidà Marco Spanò	Produzione di almeno due documenti "dati di interesse ASUGI"
4. Processo di budget 2020. Integrazione Area Giuliana e isontina	Effettuare incontri con le strutture dell'area isontina Armonizzare il processo di redazione delle schede degli obiettivi di budget 2020. Favorire l'integrazione dei processi tra strutture omologhe dell'area giuliano isontina Garantire il primo processo di budget complessivo ASUGI in maniera armonica tra le due aree Raccordo con la direzione strategica ASUGI	Marco Braidà In collaborazione con SC Controllo di Gestione	Redazione e diffusione delle indicazioni metodologiche per la definizione degli obiettivi di budget ASUGI 2020 Redazione del Progetto Complessivo Aziendale come da azione
5. Corretta gestione degli aspetti amministrativi della programmazione tramite gli applicativi preposti: Gestione Protocollo MAGREP AD WEB WINRAP	Utilizzo corretto e quotidiano dei sistemi informativi per la corretta gestione amministrativa e comunicazione tempestiva al responsabile tramite mail.	Paola De Poli	Aggiornamento continuo Predisposizione archivio informatico Invio periodico al responsabile.

## SC Controllo di Gestione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e Comparto	Presentazione alla Direzione Strategica entro 31/08/2020 di un crono programma per uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali e di una proposta per adozione di soluzioni organizzative nell'ottica della fusione delle Strutture
2. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Sviluppo di un sistema strutturato di redazione dei tariffari aziendali	Dirigenza e Comparto In collaborazione con le Strutture richiedenti i tariffari	Entro il 31/08/2020 produzione di almeno un tariffario e ed entro il 31/12 di almeno un altro tariffario e loro comunicazione alle Strutture richiedenti
3. Emergenza COVID 19	Adempimenti dinamici connessi alla gestione dell'emergenza	Dirigenza e comparto	Entro 31/08/2020 - compatibilmente con il periodo di durata dell'emergenza. Relazione del Responsabile della Struttura alla Direzione Strategica sull'attività svolta
4. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Sviluppo di un sistema strutturato di reportistica di attività ospedaliera	Dirigenza e comparto	Presentazione ad almeno due Strutture sanitarie dei report aziendali prodotti dal sistema Oracolo entro 31/08/2020
5. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Aggiornamento del documento dei rischi a seguito della fusione delle due Strutture ex ASUITS ed ex AAS 2 come da Atto Aziendale ASUGI	Direttore SC e referente per la corruzione	Entro 31/12/2020 invio all'RPCT del documento di valutazione dei rischi rivalutato relativamente alla Struttura unificata
6. Applicazione normativa sulla privacy	Vengono definiti e descritti nel dettaglio almeno 2 trattamenti critici e peculiari di dati effettuati nel reparto indicando per ciascuno le criticità e le azioni messe in atto per ridurre al minimo il rischio secondo il GDPR secondo le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy	Dirigenza	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
7. Applicazione normativa sulla privacy	Ove ci sia un RUP, questo deve garantire la nomina a responsabile trattamento dati secondo il modulo standard e la procedura standard (scambio di pec e codifica di protocollo RESPOTD) e le istruzioni	Dirigenza e RUP	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	comunicate dal Responsabile della Privacy di tutti i soggetti aggiudicatari di servizi e forniture di ogni genere per il contratti attivati o rinnovati nel secondo semestre		
8. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Dipartimento/Distretto/Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



**SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff e Aggiornamento e Formazione**

<b>Obiettivo generale</b>	<b>azione</b>	<b>s.s o c./personale</b>	<b>Indicatore / risultato atteso/tempo</b>
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Dipartimento/Distretto/Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Applicazione normativa sulla privacy	Ove ci sia un RUP, questo deve garantire la nomina a responsabile trattamento dati secondo il modulo standard e la procedura standard (scambio di pec e codifica di protocollo RESPOTD) e le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy di tutti i soggetti aggiudicatari di servizi e forniture di ogni genere per il contratti attivati o rinnovati nel secondo semestre	Dirigenza e RUP	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
3. Applicazione normativa sulla privacy	Vengono definiti e descritti nel dettaglio almeno 2 trattamenti critici e peculiari di dati effettuati nel reparto indicando per ciascuno le criticità e le azioni messe in atto per ridurre al minimo il rischio secondo il GDPR secondo le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy	Dirigenza	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
4. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI sulla libera professione intramuraria	Dirigenza. Obiettivo in comune con SSD Libera Professione (AAS 2) e Gestione Prestazioni Sanitarie?	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020
5. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI sulla partecipazione ad eventi sponsorizzati	Dirigenza. Obiettivo in comune con Direzioni Mediche di Presidio (ASUITS e AAS2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020
6. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI sulla segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti	RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020
7.	Proposta di un regolamento ASUGI sulla Rotazione straordinaria	RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22			
8. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Avvio della mappatura dei processi/procedimenti e valutazione dei rischi del Dipartimento di Prevenzione, sulla base delle priorità definite dal Direttore di Dipartimento	RPCT, obiettivo in comune con il Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Analisi delle attività da ricomprendere nella successiva valutazione di rischi. Relazione prodotta dal RPC entro il 31/12/2020.
9. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di Codice di Comportamento di ASUGI	RPCT - Ufficio Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, obiettivo in comune con SC Gestione del Personale (ASUITS) e SC Risorse Umane (AAS 2)	Proposta del Codice inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020
10. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di regolamento ASUGI sull'accesso in Azienda degli Informatori Scientifici e specialist	Dirigenza, obiettivo in comune con SC Direzioni Mediche di Presidio, SC Assistenza Farmaceutica (ASUITS) e SC Farmacia (AAS 2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020
11. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di regolamento ASUGI sull'accesso alla documentazione detenuta da ASUGI (accesso agli atti e accesso civico)	Dirigenza e Comparto in comune con SC Affari Generale, Legali e delle Assicurazioni (ASUITS) e SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale (AAS 2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020
12. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI sullo svolgimento di incarichi extraistituzionali	Dirigenza e comparto in comune con SC Gestione del Personale (ASUITS) e SC Risorse Umane (AAS 2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020
13. Riordino SSR	Conferma della certificazione di qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 del provider ECM ASUGI	PO Responsabile Aggiornamento e formazione, Referente Qualità e personale afferente alla funzione	Rapporto di Audit con esito positivo entro 30/6/2020
14. Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività quale provider ECM unico ASUGI FASE 1) Analisi e definizione cronoprogramma FASE 2) Unificazione	Personale coinvolto Fase 1) Bologna, Staffetta, Giannini, Vesnaver (con la collaborazione del personale formazione ex aas2) Fase 2) Tutto il personale della funzione Aggiornamento e formazione (con la collaborazione del personale formazione ex AAS2)	Fase 1) Relazione del Responsabile della PO al Direttore della SC (descrizione analisi, individuazione procedure da unificare e cronoprogramma) entro 30/6 Fase 2) Relazione del Responsabile della PO al Direttore di SC entro 31/12 attestante le procedure unificate in linea con il cronoprogramma
15. Emergenza COVID 19	Revisione e rimodulazione del Piano Formativo 2020, rispetto al fabbisogno originario rilevato a fine 2019/inizio 2020	Personale coinvolto : Bologna, Bucci, Franchini, Pelos (con la collaborazione dei Responsabili delle	Revisione del Piano disponibile e inviata alla Direzione Aziendale dal Direttore di SC entro il 31/08/2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		articolazioni organizzative aziendali e Referenti della formazione)	
16. Emergenza COVID 19	Riprogettazione dei corsi dell'area dell'emergenza	Personale coinvolto: Bogatec, Fabian, Quadranti	Ipotesi riorganizzativa disponibile e inviata alla Responsabile PO Aggiornamento e Formazione entro 31/08/2020 per successiva validazione della Direzione Aziendale
17. Emergenza COVID 19	Riprogettazione dei corsi dell'area della sicurezza	Personale coinvolto: Guanin, Minasi	Ipotesi riorganizzativa disponibile e inviata alla Responsabile PO Aggiornamento e Formazione entro 31/08/2020 per successiva validazione della Direzione Aziendale
18. Riorganizzazione logistica a seguito del trasferimento nella nuova sede	FASE 1) Inventario beni entro 30/6 FASE 2) Ulteriori attività completate entro 31/12	Personale coinvolto: Ferluga, Furian, Zerial	Fase 1) Relazione del Responsabile attività di segreteria del provider ECM alla PO e al Direttore della SC (chiusura inventario, disponibilità del file in cartella condivisa e croprogramma ulteriori attività) entro 30/6 Fase 2) Relazione del Responsabile attività di segreteria del provider ECM alla PO e al Direttore della SC (attestante il completamento delle ulteriori attività individuate nel cronoprogramma) entro 31/12

## SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Dipartimento/Distretto/Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e Comparto	Presentazione entro il 31/10/2020 alla Direzione Strategica di un crono programma per uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali e di una proposta per adozione di soluzioni organizzative per la nuova azienda ASUGI
3.	Proposta di regolamento ASUGI sulle procedure di effettuazione delle sperimentazioni cliniche su soggetti umani, incluse le sperimentazioni multicentriche, che comportano l'impiego di farmaci e dispositivi nell'ambito delle strutture dipendenti	Dirigenza e Comparto  in comune con SC Assistenza Farmaceutica (ASUITS) e SC Farmacia (AAS2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
4. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di regolamento ASUGI per l'accesso ai bandi di finanziamento dei progetti di ricerca ed unificazione delle attività di progettazione, sottomissione delle proposte, autorizzazioni e rendicontazioni dei progetti in corso	Dirigenza e Comparto  in collaborazione con il Coordinatore scientifico ASUGI	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
5. Attività della rete provinciale di Ricerca e Sviluppo (tavolo di lavoro previsto dal DCR 1006/2019 di Convenzione quadro tra ASUGI e AREA Science Park, UNI Ts ed IRCCS Burlo)	Proposta di costituzione/organizzazione del "Laboratorio Health" del cluster giuliano isontino della ricerca	Dirigenza e Comparto	Proposta di organizzazione e regolamento inviata alla Direzione Strategica
6. Applicazione normativa sulla privacy	Vengono definiti e descritti nel dettaglio almeno 2 trattamenti critici e peculiari di dati effettuati nel reparto indicando per ciascuno le criticità e le azioni messe in atto per ridurre al minimo il rischio secondo il GDPR secondo le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy	Dirigenza	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione

## SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro - SS SPPGA Area Isontina

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Dipartimento/Distretto/Struttura SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina Gestione ambientale	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e Comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina	Presentazione alla Direzione Strategica di un modello organizzativo che contempli l'unificazione delle attività inerenti la gestione della sicurezza e la gestione ambientale tra l'area giuliana e quella isontina. ( entro il 31/08/2020) Presentazione alla Direzione Strategica di un crono programma ( GANT) per uniformare: - la metodologia della valutazione di rischi al fine dell'implementazione del documento di Valutazione dei Rischi, -le procedure e i regolamenti inerenti la gestione della sicurezza.( entro il 31/08/2010)
3. Riordino SSR	Uniformare il modello di documento dei valutazione dei rischi	Dirigenza e Comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina	Armonizzazione di un'unica metodologia di valutazione dei rischi. Costruzione della procedura che descriva tutto il processo. (entro il 31/12/2020)
4. Riordino SSR	Uniformare il regolamento inerente il rischio alcol correlato.	Dirigenza e Comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina	Implementazione , tramite condivisione con le strutture interessate ( DDD, DIP, SC GESTIONE DEL PERSONALE,MC) del regolamento rischio alcool correlato. Formalizzazione tramite decreto entro il 30/9/2020
5. Riordino SSR	Uniformare il regolamento inerente il divieto di fumo.	Dirigenza e Personale del comparto dell'Unità Gestionale Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio	Implementazione , tramite condivisione con le strutture interessate ( DDD, DIP, SC GESTIONE DEL PERSONALE,MC) del regolamento per il divieto di fumo.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Formalizzazione tramite decreto entro il 30/9/2020
6. Gestione Antincendio	D.M: 19 marzo 2015 Obiettivi 2020	Dirigenza e Personale del comparto dell'Unità Gestionale Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio /Ufficio Tecnico	Predisposizione e aggiornamento del piano di adeguamento antincendio ai sensi del DM 19 marzo 2015. Obiettivi 2020.
7. Emergenza COVID 19	Adempimenti dinamici connessi alla gestione dell'emergenza	Dirigenza e comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina	Relazione conclusiva delle attività svolte dalla Struttura per l'emergenza Covid. ( gestione dpi, informazione/addestramento del personale, revisione del DVR, documento COVID) (entro il 31/12/2020)
8. Formazione antincendio - aggiornamento dati a disposizione dei Dirigenti e Preposti delle Strutture aziendali	Raccolta dati pregressi tramite registri d'aula, attestati ed evidenza GFOR, loro codifica e inserimento in Ascot (ANAGI)	Personale del comparto dell'Unità Gestionale Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina	Dati aggiornati e verificati disponibili per i Dirigenti e Preposti entro 31/8/ 2020
9. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Aggiornamento del documento dei rischi a seguito della fusione delle due Strutture ex ASUITS ed ex AAS 2 come da Atto Aziendale ASUGI	Direttore SSD e referente per la corruzione	Entro 31/12/2020 invio all'RPCT del documento di valutazione dei rischi rivalutato relativamente alla Struttura unificata
10. Riordino SSR	riorganizzazione del personale del Servizio gestione Ambientale anche in attuazione del Sistema di Gestione Ambientale ASUGI	Dirigenza e comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina Gestione ambientale	Trasmissione di una relazione con quadro sinottico di attività e responsabilità per ciascun operatore del servizio in applicazione al Sistema di Gestione Ambientale entro il 31/12/2020
11. Riordino SRR	Uniformare il modello di documentazione per audit interni ambientali e sistema di gestione e registrazione delle non conformità	Dirigenza e comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina Gestione ambientale	implementazione di un modello di audit interni ambientali e sistema di gestione e registrazione delle non conformità entro il 31/12/2020
12. Riordino SRR	Unificazione delle procedure ASUGI in ambito ambientale -Rifiuti, scarichi, emissioni in atmosfera legionella -	Dirigenza e comparto SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina Gestione ambientale	creazione / aggiornamento di procedure ambientali - Rifiuti, scarichi, emissioni in atmosfera, legionella - nell'ottica della nuova riorganizzazione interna del servizio , entro il 31/12/2020
13. Gestione Ambientale	Costruzione di un piano di gestione per la verifica delle autorizzazioni ambientali con	Dirigenza e comparto	creazione di un Piano di controllo dei documenti autorizzativi ambientali da

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	creazione di monitoraggio delle scadenze descritte all'interno dei documenti autorizzativi ambientali	SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro SS SPPGA Area Isontina Gestione ambientale	inserire nel Sistema di Gestione Ambientale ASUGI entro il 31/12/2020
14. Gestione ambientale	Valutazione delle emissioni in atmosfera di ASUGI negli ultimi due anni prodotte dalla attività di trasporto e riscaldamento	obiettivo personale PO Ambientale	redazione di un documento recante tutti i dati delle emissioni in atmosfera di ASUGI negli ultimi due anni prodotte dalla attività di trasporto e riscaldamento con relativa analisi di impatto ambientale entro il 31/12/2020
15. Applicazione normativa sulla privacy	Ove ci sia un RUP, questo deve garantire la nomina a responsabile trattamento dati secondo il modulo standard e la procedura standard (scambio di PEC e codifica di protocollo RESPOTD) e le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy di tutti i soggetti aggiudicatari di servizi e forniture di ogni genere per il contratti attivati o rinnovati nel secondo semestre	Dirigenza e RUP	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione

## Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa (CREUS)

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Gestione del Piano di Comunicazione emergenza Covid-19 in collaborazione con la Regione – DCS	1. predisposizione comunicati stampa 2. predisposizione repliche alle fake news 3. realizzazione di articoli da pubblicare sui quotidiani locali/stampa e tv nazionali in collaborazione con i giornalisti della testata.	PO Sara Sanson	Predisposizione di report finale (formato PPT) dell'emergenza Covid-19 con la raccolta delle azioni implementate.
2. Implementazione del sito Aziendale di Asugi a seguito dell'accorpamento dal 01/01/2020 di ex Ass2	Raccolta delle pagine esistenti con tutte le modifiche e aggiornamenti utili a seguito della Riforma Sanitaria	Tutto il personale Creaus	Pubblicazione sul sito di Asugi di tutti i contenuti presenti in ex Ass2 con le dovute modifiche entro il 31/12/2020
3. Implementazione dell'Intranet Aziendale Asugi a seguito dell'accorpamento dal 01/01/2020 di ex Ass2	Raccolta di tutte le informazioni utili per implementazione di tutte le informazioni utili per una efficace comunicazione interna non esistente per la parte ex ASS2.	Tutto il personale Creaus	Pubblicazione in intranet della rubrica e di tutti i dati utili entro 31/12/2020
4. Aggiornamento e revisione della Carta dei servizi ASUGI	1. Incontri con CREAUS per confrontare e uniformare le due Carte dei servizi preesistenti 2. Realizzazione della nuova Carta dei servizi ASUGI 3. Pubblicazione sul sito e costante aggiornamento	Tutto il personale Creaus  <b>In comune con ERMQC</b>	La nuova Carta dei Servizi ASUGI è realizzata, pubblicata sul sito aziendale e costantemente aggiornata
5. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
6. Garantire la funzionalità della gestione delle funzioni dell'ufficio Creaus nella fase di riorganizzazione di ASUGI	Condividere e proporre alla direzione una proposta organizzativa transitoria per uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali di competenza	PO Sara Sanson <i>in collaborazione con ERMQC</i>	Proposta per la riorganizzazione transitoria delle attività dell'Ufficio Creaus
7. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



## DIREZIONE SANITARIA

### Direzione Sanitaria - Staff

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il personale	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2 Proporre dei miglioramenti da applicare all'offerta di servizi erogati dalla Associazioni di volontariato in relazione ai bisogni dell'utenza.	1. Procedere ad una ricognizione delle associazioni di volontariato afferenti alle strutture di ASUGI; 2. costruire una griglia che riporti per ogni associazione di volontariato la tipologia di utenza e le attività del progetto presentato ad ASUGI; 3. rilevare le criticità legate ai bisogni dell'utenza con relative proposte di miglioramento.	dott. Giuseppe Romano  Obiettivo in comune con dott.ssa Fabiola Caputo (Direzione socio sanitaria)	Entro il 31.12.2020: trasmettere con nota@ alla dott.ssa Corti il Report finale sull'"Proposte per il miglioramento dell'offerta di servizi erogati dalle Associazioni di volontariato".
3. Mantenimento della conformità di ASUGI ai requisiti dell'accreditamento UNICEF	Predisporre il Piano d'azione BFCI 2020	dott. Giuseppe Romano	Entro il 31.08.2020: trasmettere con nota@ alla Responsabile BFCI dell'ASUGI dott.ssa Vittoria Sola il <i>Piano d'azione BFCI 2020</i> .

## SC Epidemiologia Qualità e Accreditamento Risk Management (ERMQC)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Garantire la funzionalità della gestione delle funzioni nell'area di staff nella fase di riorganizzazione di ASUGI	Condividere e proporre alla direzione una proposta organizzativa transitoria per: - Uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali di competenza - Riassorbire in azienda l'attività che veniva svolta dal personale della SC ERMQC transitato in ASUFC - Proporre soluzioni organizzative idonee a superare le determinazioni assunte nella fase transitoria	Padovan Maria Teresa Bellogi Renzo Dalla Montà Antonella Giurich Renata Lepore Tonino	Proposta per la riorganizzazione transitoria delle attività di: Risk management Qualità e Accreditamento Comunicazione / URP
3. Contatto telefonico dopo dimissione da un reparto chirurgico dopo intervento	Registrazione dati attività delle strutture di degenza Elaborazione report finale	Padovan Maria Teresa Dalla Montà Antonella Giurich Renata	Evidenza del report finale come da azione
4. Aggiornamento e revisione della Carta dei servizi ASUGI	Incontri con CREAUS per confrontare e uniformare le due Carte dei servizi preesistenti Realizzazione della nuova Carta dei servizi ASUGI Pubblicazione sul sito e costante aggiornamento	Bellogi Renzo Dalla Montà Antonella Giurich Renata Lepore Tonino <b>In comune con CREUS</b>	La nuova Carta dei Servizi ASUGI è realizzata, pubblicata sul sito aziendale e costantemente aggiornata
5. Aggiornamento e revisione delle Guide ai servizi Area Isontina	Revisione di tutte le guide ai servizi Area Isontina Aggiornamento a seguito della fusione con ASUITS Pubblicazione sul sito e aggiornamento costante delle nuove Guide ai servizi	Bellogi Renzo Dalla Montà Antonella Giurich Renata Lepore Tonino	Le Guide ai Servizi delle strutture dell'area Isontina sono state revisionate dopo la istituzione della nuova azienda ASUGI, sono pubblicate in formato accessibile sul sito ASUGI e vengono costantemente aggiornate

## SS Formazione (ex AAS2)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riordino SSR	Completare le attività di scorporo ex AAS2- parte Bassa Friulana ed implementare l'unificazione con Asugi	Dirigente SS Formazione	Chiusura degli eventi di formazione sul campo relativi a tutto il 2019, ex AAS2 Bassa Friulana, chiuse le relazioni al 100% degli eventi realizzati , entro il 30/06/2020.
2. Riordino SSR	Uniformare le procedure e i regolamentii delle due ex Aziende ed unificare le attività in ASUGI	Personale coinvolto Gabriella Gabrielli, Simone Puntin, Massimiliano Chiusoli, Chiara Grinover, Mirella Tonut, Barbara Franzot	Relazionarsi con la SC Formazione Asugi al fine di individuare procedure per unificare ed implementare le attività tra i servizi delle due ex aziende entro il 30/6
3. Emergenza COVID 19	Revisione e rimodulazione del Piano Formativo 2020, rispetto al fabbisogno originario rilevato a fine 2019/inizio 2020	Personale coinvolto Gabriella Gabrielli, Simone Puntin, Massimiliano Chiusoli, Chiara Grinover, Mirella Tonut, Barbara Franzot	Revisione del Piano disponibile e invio alla SC formazione Asugi entro il 30/6
4. Riorganizzazione	Inventario beni entro 30/6	Personale coinvolto Gabriella Gabrielli, Simone Puntin, Massimiliano Chiusoli, Chiara Grinover, Mirella Tonut, Barbara Franzot	Relazione di inventario, disponibilità del file in cartella condivisa entro 30/6
5. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

SC Direzione Infermieristica e Ostetrica (ex ASUITS)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. PAL linea lavoro 3.3.1.b Presa in carico e continuità assistenziale</p> <p>Rafforzare i percorsi di mantenimento a domicilio e dimissione protetta da Pronto Soccorso -</p>	<p>1. Potenziare le modalità di gestione dei casi con accesso evitabile al pronto soccorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione domiciliare precoce</li> <li>- rientro a domicilio in sicurezza</li> </ul> <p>2. individuare uno strumento con budget dedicato</p> <p>3. redigere una procedura</p> <p>4. attivare lo strumento secondo procedura</p> <p>5. monitorare i percorsi attivati</p> <p>6. applicare la procedura anche nelle fasi organizzative 2 e 3 post covid (residenze per anziani non attivabili)</p>	<p>Dirigente Infermieristico dr. Consuelo Consales</p> <p><i>(in collaborazione con i dirigenti infermieristici dei distretti 1,2, 3 e 4)</i></p>	<p>Strumento con budget dedicato individuato e applicato entro il 31 gennaio</p> <p>Procedura presente entro il 15 febbraio</p> <p>n. casi: almeno 10 entro dicembre 2020</p> <p>Produzione di un documento riassuntivo delle attività e dei monitoraggi</p>
<p>2. Migliorare gli standard dell'assistenza infermieristica e l'offerta formativa agli studenti del CdL in Infermieristica attraverso la realizzazione di un "reparto scuola" di medicina internistica.</p>	<p>Progettare un "Reparto Scuola" di Medicina Internistica presso il DAI di Medicina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuare le linee organizzative, di gestione e teorico didattiche delle attività sulla base delle evidenze disponibili;</li> <li>- definire uno strumento di pesatura della complessità assistenziale;</li> <li>- identificare gli indicatori di esito;</li> <li>- definire le strategie didattiche e di tutoraggio;</li> <li>- definire gli strumenti da adottare e lo studio di fattibilità.</li> </ul>	<p>Direzione Infermieristica e Ostetrica e CdL in Infermieristica</p> <p><i>in collaborazione con Università degli Studi di Trieste e RID DAI Medicina</i></p>	<p>Presentazione del progetto entro il 31/12/2020</p>
<p>3. Emergenza COVID: piano Aziendale</p>	<p>Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI (in progress)</p>	<p>SC Direzione Infermieristica e Ostetrica Dirigente e Infermiere</p>	<p>Entro un mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della struttura.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. 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"> <li>- Geriatria</li> <li>- Medicina Interna 10 piano</li> <li>- Medicina Interna 9 piano</li> <li>- Clinica Medica</li> <li>- Medicina Clinica</li> <li>- Clinica Ortopedica</li> <li>- Clinica Neurologica</li> <li>- Medicina d’Urgenza</li> <li>- Unità Terapia Intensiva Coronarica</li> <li>- Pneumologia</li> <li>- CCH TIPO</li> <li>- ARTA</li> <li>- RSA San Giusto – Dist 2</li> <li>- Riabilitazione</li> <li>- Neurochirurgia</li> <li>- Nefrologia</li> <li>- S.c. anestesia e rianimazione</li> <li>- Clinica dermatologica</li> <li>- Malattie infettive</li> <li>- Ematologia</li> <li>- Oncologia</li> </ul>	<p>1. Monitorare il corretto inserimento dei dati nelle schede attraverso il sistema informativo G2</p> <p>2. Predisporre un’evidenza dei dati resi disponibili dal sistema informativo</p>	<p>Personale della SC Direzione Infermieristica e Ostetrica</p> <p><i>In collaborazione con: SC Controllo di Gestione Fornisce 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 strutture.</i></p>	<p>1. Report trimestrale sui dati dell’incidenza LdP al 31 dicembre 2020</p>
<p>5. Integrazione assistenza socio –sanitaria e Integrazione Ospedale - Territorio</p>	<p>Dimissione delle persone ricoverate con la lettera di dimissione infermieristica, documentata in cartella clinica e presente in allegato alla lettera di dimissione medica.</p>	<p>Direzione Infermieristica e Ostetrica</p> <p><i>In collaborazione con Responsabili Infermieristici Dipartimentali e Distrettuali</i></p>	<p>Validazione del format e condivisione in tutte le SSCC – entro luglio 2020</p> <p>Presenza della lettera di dimissione infermieristica nella cartella clinica e in allegato alla lettera di dimissione medica nell’80% dei pazienti dimessi a partire dal mese di ottobre 2020.</p>
<p>6. Revisione della procedura per il “Percorso di inserimento del personale neoassunto OSS” in tutte le strutture dipartimentali.</p>	<p>1. Definizione del “Percorso di inserimento dell’OSS neoassunto o neo inserito” con la declinazione delle competenze trasversali e specifiche, sviluppate in relazione alle aree di cura.</p>	<p>Direzione Infermieristica e Ostetrica</p> <p><i>In collaborazione con Responsabili Infermieristici DAI</i></p>	<p>1. Attivazione del gruppo di lavoro e avvio delle attività per la definizione del percorso di inserimento OSS – entro luglio 2020.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Consolidamento del percorso di inserimento dell'infermiere neoassunto/neo inserito avviato nel 2019	2. Estensione del nuovo percorso di inserimento dell'infermiere neoassunto in tutte le SSCC assistenziali ospedaliere in conformità al progetto pilota avviato nel 2019.		1.1 Definizione del percorso di inserimento con la declinazione delle competenze specifiche in almeno una struttura del DAI di afferenza – entro dicembre 2020 2. Applicazione del nuovo percorso di inserimento in tutte le SSCC assistenziali ospedaliere entro dicembre 2020

## SC Servizio Infermieristico (ex AAS2)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Assicurare la valutazione multidimensionale a tutte le persone prese in carico: garantire continuità territorio ospedale territorio	Riorganizzazione attività di dimissione protetta PUA ICA	Tutta la Struttura In collaborazione con <i>Responsabile del Distretto Referente Infermieristico Distretto Coordinatori Infermieristici PUA Referente Dirigente infermieristico ex AAS2 P.U.A. I.C.A.</i>	Creazione di un team unico ( <i>a prescindere dalla appartenenza amministrativa dei dipendenti</i> ) con evidenza di procedure di valutazione e presa in carico distrettuali omogenee entro novembre 2020.
3. Gestione dei cambiamenti organizzativi attraverso la diffusione delle informazioni e delle evidenze scientifiche in Emergenza Covid19 e fasi successive.	Recepimento delle indicazioni attraverso l'unità di crisi ASUGI e diffusione interna	Dirigente Spessot Tiziana	Realizzazione di un documento riassuntivo delle indicazioni ministeriali, regionali e aziendali nonché delle azioni intraprese nell'Area Isontina sia Ospedaliera che Territoriale.
4. Monitoraggio appropriatezza della distribuzione risorse infermieristiche nel setting ospedaliero e territoriale	Tracciabilità delle azioni per il processo di acquisizione e corretta allocazione delle risorse.	Incarichi di funzione: Compassi Susanna Giacomini Luisa Ponzalli Patrizia	Evidenza del report di acquisizione del personale e relativa collocazione nel rispetto dell'attivazioni di altri istituti (es. mobilità, riorganizzazioni, emergenze, ecc)
5. Partecipazione al programma di monitoraggio degli indicatori regionali	Trasmissione alla DCS degli indicatori regionali sul rischio clinico entro le scadenze richieste.	Incarichi di funzione: Compassi Susanna Giacomini Luisa Ponzalli Patrizia In comune con DMO GO MO	Evidenza del report di trasmissione alla DCS degli indicatori regionali sul rischio clinico entro le scadenze richieste.

## Servizio Riabilitativo Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore	1. Sperimentazione della nuova scheda di valutazione multidimensionale (revisionata nel 2019) 2. Monitoraggio sperimentazione ed eventuali modifiche della scheda 3. Presentazione della scheda a tutto il personale coinvolto 4. Utilizzo della nuova scheda	1,2,3,4 Referente area riabilitativa e Coordinatore area riabilitativa, Marin Louise Verrone Cristina  <b>Obiettivo in comune con</b> SC Medicina Riabilitativa, SC Cl. Neurologica, SC Cl. Ortopedica e Traumatologica, RID dipartimento, SS Riabilitazione Distrettuale	1. Avvio sperimentazione nei reparti ospedalieri dal 05.10.2020  2.3.4. Utilizzo della nuova scheda nel 100% dei pazienti con frattura di femore ed ictus presi in carico dai fisioterapisti a partire dal <b>05.10.2020</b> in Cl. Ortopedica e Traumatologica e Cl. Neurologica Fonte: database SC Riabilitazione/cartella clinica
3. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia – Malattie Rare Agevolare la diagnosi e la presa in carico riabilitativa di pazienti con linfedema primario	Elaborazione di un percorso di presa in carico	1 e 2 Referente Area Riabilitativa Coordinatore area riabilitativa Marin Louise Verrone Cristina  <b>Obiettivo in comune con</b> SC Medicina Riabilitativa di TS, Medicina Clinica, SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone, Cl. Pediatrica Burlo, SS Riabilitazione Distretto	Procedura disponibile entro 31.10.2020
4. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia Agevolare la diagnosi, la presa in carico riabilitativa e la continuità ospedale /territorio di pazienti neurologici con problematiche di linguaggio	Elaborazione di un percorso di presa in carico individuando le responsabilità nei diversi setting e le modalità di continuità riabilitativa.	1 e 2 Referente area riabilitativa MARIN LOUISE <b>Obiettivo in comune con</b> SC Medicina Riabilitativa, logopedisti ospedalieri, SC Cl. Neurologica, SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone, SS Riabilitazione Distrettuale	Procedura disponibile entro 15.10.2020.



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Costruzione di progetti e definizione di percorsi innovativi di inclusione per persone con disabilità (DGR775/20), caratterizzati da personalizzazione della risposta appropriata ai bisogni e sviluppo integrale della persona, in integrazione con i partner locali.	1. Ricognizione dell'offerta di servizi e dei percorsi esistenti 2. raccolta di progetti innovativi in particolare per: - transizione adolescente-giovane adulto - giovani adulti con disabilità in uscita dal nucleo familiare 3. Co-progettazione di nuovi percorsi innovativi con i partner locali	Louise Marin  In comune con Personale in staff alla DSS Cristiano Stea Francioso  In collaborazione con personale dell' area riabilitativa dei distretti e personale dell' Area Welfare	1. Ricognizione e raccolta di progetti innovativi esistenti in linea con DGR 775 2. Proposta di almeno un progetto/percorso innovativo per il target di disabilità individuato.

## SC Assistenza Farmaceutica (ex ASUITS)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Migliorare le procedure di richiesta ed evasione dei farmaci da utilizzarsi presso le case di riposo 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. Rendere fruibile la consultazione telematica al personale operante nelle case di riposo dei farmaci messi a disposizione</p>	<p>Risoluzione delle criticità identificate con apposita esperienza lavorativa nel IV trimestre 2019, dopo riorganizzazione dei processi di fornitura passati sotto il controllo dell'equipe di Cattinara e la chiusura della sede farmaceutica di Val Rosandra. Definizione di un aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale relativamente ai farmaci da utilizzarsi nelle case riposo afferenti all' area giuliana nelle more di una successiva integrazione con quelle di area isontina</p>	<p>Dr.ssa Ludovica CARNIEL Dr.ssa Ketty PARENZAN Dr. Paolo SCHINCARIOL</p>	<p><b>Indicatore</b> Elaborazione della revisione di aggiornamento del PTA relativamente ai farmaci per l'assistenza farmaceutica nelle case di riposo, con identificazione dei farmaci necessari a coprire tutte le esigenze dei trattamenti <b>Risultato atteso</b> L' aggiornamento del PTA viene pubblicato sui siti intranet ed internet aziendali nelle apposite sezioni entro il 31.03.2020 <b>Fonte dati:</b> siti di consultazione telematiche aziendali</p>
<p>2. Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa riguardo la fornitura, la valutazione della congruenza delle richieste e la loro evasione per i farmaci da ritirarsi presso i distretti.</p>	<p>Costituzione di un Prontuario Terapeutico Aziendale con la lista dei farmaci richiedibili dai Distretti di area giuliana per l'utilizzo domiciliare, nelle more di una integrazione con i distretti di area isontina.</p>	<p>Dr.ssa Ludovica CARNIEL Dott.ssa Sara SOTTOSANTI Dott. Paolo SCHINCARIOL</p>	<p><b>Indicatore</b> Elaborazione della revisione di aggiornamento del PTA relativamente ai farmaci per l'assistenza farmaceutica fornita dai Distretti con identificazione dei farmaci necessari a coprire tutte le esigenze di trattamento <b>Risultato atteso</b> L' aggiornamento del PTA viene pubblicato sui siti intranet ed internet aziendali nelle apposite sezioni <b>Tempistica:</b> entro il 31.03.2020 <b>Fonte dati:</b> siti di consultazione telematiche aziendali</p>
<p>3. Rendere fruibile, al personale operante nei Distretti, la consultazione telematica dei farmaci erogabili senza istruttoria ulteriore poiché presenti in PTA</p>	<p>Organizzare incontri con i 4 distretti in cui rimarcare il corretto uso di PSM (sulla base dell'istruzione operativa), condividere le corrette modalità di richiesta dei farmaci off label e degli extra-LEA per le malattie rare.</p>	<p>Dr.ssa Sara SOTTOSANTI Dr.ssa Chiara RONI</p>	<p><b>Indicatore</b> Esecuzione e verbalizzazione degli incontri con i distretti <b>Fonte dati</b> Verbali incontri</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Riorganizzazione del lavoro ed integrazione delle funzioni ospedale/territorio.</p>	<p>a. Riorganizzazione del lavoro ed integrazione delle funzioni ospedale/territorio. Gli operatori ospedalieri affiancano i colleghi territoriali in modo tale da conoscere farmaci e percorsi logistici al fine di divenire indipendenti. Lo stesso fanno gli operatori territoriali con il lavoro ospedaliero. Il fine ultimo di tale attività è che tutti gli operatori della S.C. siano intercambiabili all'interno della propria sede di lavoro, dislocata nei due presidi.</p> <p>b. Gli amministrativi si integrano e affiancano nei diversi ruoli in modo tale da conoscere le attività dei colleghi (buffer/ ordini in transito con ASCOT).</p>	<p>Personale a. comparto (sede di Cattinara) b. amministrativi delle due sedi farmaceutiche ospedaliere</p>	<p><b>a. Indicatore</b> Tabella con turni di affiancamento operatori ospedaliero con territoriale (lavoro territoriale) e viceversa. Risultato atteso Entro dicembre 2020, per ogni operatore, previsti 5 turni lavorativi in affiancamento (vedi tabella dell'indicatore).</p> <p><b>b. Indicatore</b> Tabella con turni di affiancamento amministrativi ordini ASCOT transiti / Buffer e viceversa. <b>Risultato atteso</b> Entro dicembre 2020, per ogni operatore, previsti 3 turni lavorativi in affiancamento (vedi tabella dell'indicatore). <b>Fonte dati</b> Modulistica (procedure) interna</p>
<p>5. Appropriatezza prescrittiva farmaci ad elevato impatto di budget</p>	<p>Predisposizione di un modello di richiesta per la distribuzione dei farmaci per la SM in pz di nuova diagnosi</p>	<p>Paolo SCHINCARIOL</p>	<p><b>Indicatore</b> Pubblicazione e diffusione del modello di richiesta <b>Risultato atteso</b> Descrivere le motivazioni cliniche all'arruolamento di nuovi farmaci secondo la nota 65 attraverso la rendicontazione percentuale di ogni indicazione Predisposizione file excel con registrazione delle motivazioni cliniche di arruolamento per tutti i nuovi pazienti. <b>Tempistica</b> 31 dicembre 2020 <b>Fonte dati</b> Modulistica aziendale in utilizzo</p>
<p>6. Revisione ed implementazione, secondo le indicazioni di AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) della gestione dei farmaci impiegati in sperimentazione clinica</p>	<p>1. Analisi del verbale, inoltrato da AIFA ad ASUGI, in data 04/03/2020, in seguito all'ispezione di AIFA stessa presso ASUGI in data 05/12/2019;</p>	<p>Dott.ssa Clara PALMIERI</p>	<p><b>Indicatore:</b> Elaborazione di una nuova procedura dettagliata per la gestione dei farmaci in sperimentazione clinica per la S.C. Assistenza Farmaceutica ASUGI. <b>Risultato atteso:</b></p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
all'interno dei presidi ospedalieri di Cattinara e del Maggiore (ASUGI);	2. Approfondimento delle “deviazioni maggiori e minori” riscontrate dagli ispettori; 3. Redazione di una nuova procedura della Farmacia per la gestione dei farmaci in sperimentazione clinica; Audit e condivisione con tutto lo staff della farmacia;		Esplicita evidenza di chi ha redatto, verificato e approvato il documento con ben identificate le responsabilità. Maggior tracciabilità nella gestione dei farmaci sperimentali <b>Tempistica</b> Entro il 30/09/2020 <b>Fonte dati:</b> Documento su supporto durevole e digitale in cartella condivisa “S.C. Assistenza Farmaceutica”
7. Carico informatizzato, da parte del personale di comparto, di tutti i farmaci che necessitano di una preparazione galenica personalizzata (con lotti e scadenze) nel software di gestione UFA;	1. Formazione del personale di comparto, da parte dei Farmacisti, sul compito da svolgere; 2. Verifica dei farmaci in arrivo da ARCS e/o dall'IRCCS Burlo (corrispondenza qualitativa con il documento di trasporto e riconoscimento tipologia farmaco – antiblastico/non antiblastico – e temperatura di conservazione); 3. Identificazione dei farmaci esteri, pediatrici, LASA (look alike, sound alike) e dei farmaci ad uso compassionevole; 4. Stampa, da parte dei farmacisti, di apposite etichette necessarie ai farmaci esteri, pediatrici e/o personalizzati (es: Fondo AIFA 5% o compassionevoli) 5. Carico elettronico dei farmaci da parte del personale di comparto; 6. Stoccaggio dei farmaci, secondo le corrette condizioni di conservazione e in aree dedicate con particolare attenzione per l'uso compassionevole, gestito in aree separate	Farmacisti Dott.ssa Clara PALMIERI, Dott.ssa Irina CEBULEC, Dott. Riccardo PROVASI,  Comparto Barbara FURLAN, Mauro COLOMBO, Paolo BASSANESE	<b>Indicatore:</b> Estrazione informatizzata, a campione, del personale che ha eseguito le operazioni di carico. <b>Risultato atteso:</b> Maggior efficienza del sistema (nel 2019 tali operazioni erano tutte a carico dei farmacisti e/o dello staff UFA, con sovraccarico di attività e maggior numero di errori) Entro il 31/12/2020 <b>Fonte dati:</b> Software di gestione UFA, foglio Excel
8. Appropriatelyzza prescrittiva emoderivati.	Revisione della letteratura e dei risultati per condivisione con i centri maggiormente fruitori di albumina:	Dott.ssa Ludovica CARNIEL: Ketty PARENZAN	<b>Indicatore</b> Pubblicazione del nuovo modello per la richiesta motivata di albumina. <b>Risultato atteso</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Rendere aderente l' utilizzo dell' albumina rispetto le nuove evidenze di letteratura sull' uso appropriato	Centro Immunotrasfusionale; Clinica Patologia del fegato; Cardiochirurgia; Arta		Diffusione della modulistica aggiornata alle Strutture richiedenti 31 marzo 2020 <b>Fonte dati</b> Modulistica aziendale in utilizzo
9. Analisi per l'ipotetica adozione di un sistema d' automazione per l'allestimento dei farmaci antineoplastici in UFA (Unità Farmaci Antiblastici).	1. Analisi della letteratura scientifica sull'argomento; 2. Distinzione tra automatismi e semi-automatismi; 3. Valutazione delle tecnologie offerte dal mercato; 4. Analisi dei vantaggi e degli svantaggi per ogni tecnologia individuata; 5. Analisi della performance produttiva e del potenziale impatto economico per ASUGI; 6. Redazione di un documento sinottico finale;	Dott. Riccardo PROVASI	<b>Indicatore:</b> Elaborazione di un documento contenente: vantaggi, svantaggi e possibilità legate all'adozione di un sistema robotizzato per l'allestimento dei farmaci antineoplastici. <b>Risultato atteso:</b> Disporre di uno strumento sintetico ed aggiornato per poter discutere collegialmente, con i vertici Aziendali, l'argomento dell'obiettivo. Entro il 30/09/2020 <b>Fonte dati:</b> Documento su supporto durevole e digitale in cartella condivisa "S.C. Assistenza Farmaceutica"
10. Revisione dei dati trasmessi nei flussi ministeriali informativi della farmaceutica e implementazione delle modifiche necessarie alla congruenza con i consumi economici aziendali	1. Richiesta al Controllo di Gestione della creazione di un file contenente i centri di costo attivi per i consumi farmaceutici e le attuali associazioni alle gerarchie ministeriali 2. Revisione delle associazioni tra centri di costo e gerarchie ministeriali 3. Trasmissione al Controllo di Gestione delle nuove associazioni da aggiornare	Dr.ssa Ludovica CARNIEL Dr.ssa Chiara RONI	<b>Indicatore:</b> Elaborazione di un documento contenente le nuove associazioni tra centri di corso e gerarchie ministeriali. Trasmissione del documento al Controllo di Gestione per rendere operative le nuove associazioni. <b>Risultato atteso:</b> Allineare i dati di spesa e consumo di farmaci derivanti dall'universo BO dei consumi economici con quelli trasmessi nei flussi ministeriali della farmaceutica. <b>Tempistica:</b> Entro il 30/06/2020 <b>Fonte dati:</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Documento su supporto durevole e digitale in cartella condivisa "S.C. Assistenza Farmaceutica" e protocollo aziendale per trasmissione documento al Controllo di gestione.
11 Abbattimento del Rischio Clinico correlato all'allestimento di Blinatumomab (Blinicyto® in ambito pediatrico;	1. Analisi della scheda tecnica del farmaco; 2. Approfondimento con la Direzione Medica dell'Azienda titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio; 3. Condivisione, con i clinici e i farmacisti dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei rischi e dei problemi correlati alla prescrizione, all'allestimento e alla somministrazione di Blinatumomab; 4. Realizzazione di un protocollo informatizzato nel software di UFA per gestire i rischi in sicurezza; 5. Elaborazione di una procedura finale condivisa; 6. Simulazione di un processo prescrittivo e di allestimento completo per il farmaco Blinatumomab ad indirizzo pediatrico.	Dott.ssa Irina CEBULEC	<b>Indicatore:</b> Elaborazione di una procedura inter-aziendale condivisa tra S.C. Assistenza Farmaceutica ASUGI e SSD Farmacia IRCCS Burlo Garofolo. <b>Risultato atteso:</b> Prescrizione, Allestimento e somministrazione del principio attivo Blinatumomab, ad utilizzo pediatrico, in totale sicurezza (senza necessità di interpretazioni posologiche tramite scheda tecnica da parte di medici, farmacisti, tecnici e infermieri). Entro il 30/09/2020 Fonte dati: <b>Fonte dati</b> Documento su supporto durevole e digitale in cartella condivisa "S.C. Assistenza Farmaceutica"
12. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
13. Razionalizzazione, appropriatezza e controllo dell'uso dei farmaci	Monitoraggio e verifica periodica degli obiettivi relativi alla farmaceutica assegnati alle Strutture dell'area triestina	Tutta la Struttura	Evidenza dei monitoraggi periodici
14 Implementazione dell'uso sicuro e appropriato dei medicinali nel rispetto normativo e delle più recenti evidenze pubblicate	Horizon scanning di tutte le fonti di informazioni istituzionali quali Gazzetta ufficiale, sito EMA, sito AIFA, Regione FVG e principali riviste scientifiche finalizzato al recupero di informazioni utili allo svolgimento di una efficiente Assistenza Farmaceutica in ASUGI	Stefano PALCIC Paolo SCHINCARIOL	<b>Indicatore</b> Messa a punto della reportistica informativa <b>Risultato atteso</b> Diffusione delle note a tutte le Strutture aziendali, a quelle accreditate ed ai MMG

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			di aggiornamento sui principali eventi del mondo pharma, <b>Tempistica</b> Bimensile <b>Fonte dati:</b> protocollo
15. Attività di monitoraggio e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica territoriale	Analisi, monitoraggio dei consumi e predisposizione di iniziative per migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Identificazione delle aree terapeutiche a maggior inappropriatazza e predisposizione di analisi ad ad hoc.	Dott. Stefano PALCIC Dott. Paolo SCHINCARIOL	<b>Indicatore</b> Predisposizione ed invio di almeno 6 note/alert ai prescrittori di MMG,) al fine di garantire il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci entro il 31.12.2020. <b>Risultato atteso</b> Fornire I MMG di strumenti di valutazione critica per una prescrizione appropriata di farmaci <b>Tempistica</b> 31.12.2020 <b>Fonte dati</b> protocollo
16. Implementazione e controllo delle differenze contabili	Controllo delle rettifiche contabili segnalate dal concessionario CEDOCA per farmacie e rivenditori commerciali	Dirigente dott. Lorenzo COLAUTTI Comparto: Morena Zucca Gaia AZZANO	<b>Indicatore</b> Trasmissione ai rivenditori commerciali della documentazione relativa agli addebiti/accrediti segnalate dal concessionario regionale CEDOCA relative all' anno 2019 entro il 31/12/2020. <b>Risultato atteso</b> Il 100% degli addebiti/accrediti è stato trasmesso <b>Tempistica</b> 31/12/2020 <b>Fonte dati:</b> protocollo
17. Stesura di una relazione per il Centro Regionale della Farmaco Vigilanza (CRFG) sulle misure per la prevenzione di potenziali errori da farmaci LASA (Look Alike- Sound Alike)	stesura di una relazione dettagliata per il Centro Regionale di Farmacovigilanza, controllo di tutti gli Incident Reporting (IR) sui farmaci segnalati dagli operatori dell'azienda negli anni 2019 e 2020 con particolare attenzione ai farmaci LASA	Dr.ssa Ketty PARENZAN Anna MANSI	<b>Indicatore</b> Invio al Centro regionale della Farmaco Vigilanza di relazione dettagliata su quanto messo in atto in questi anni per la prevenzione degli errori da farmaci LASA in ASUGI Giuliana

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	relazione sulla collaborazione a due RCA con SS Rischio clinico su IR LASA indicazione dei corsi svolti fin'ora sull'argomento LASA		<p><b>Risultato atteso</b> Collaborazione con la Regione (rete farmacovigilanza) per l'invio in AIFA di una relazione su quanto fatto dalla regione FVG sull'argomento LASA</p> <p><b>Tempistica</b> Entro 15 maggio 2020</p> <p><b>Fonte dati</b> Documento su supporto durevole e digitale in cartella condivisa "S.C. Assistenza Farmaceutica" e protocollo aziendale per trasmissione documento ai Responsabili del Centro Regionale della Farmaco Vigilanza (CRFG) del FVG .</p>
18. Riorganizzazione; analisi e riconciliazione terapeutica sulla Nutrizione Enterale (NE) domiciliare a seguito della chiusura della sede territoriale di Strada della Rosandra	<p>revisione delle anagrafiche NE ASCOT mag 30</p> <p>stesura di un format che correla i prodotti di NE tra ASCOT/MAGREP/CODICE lettura penne ottiche</p> <p>analisi dettagliata delle erogazioni domiciliari (adulte e pediatriche) in relazione ai lotti di gara, costi</p> <p>riconciliazione tra i prodotti acquistati storicamente in autonomia fuori gara regionale e prodotti aggiudicatari (adulti e pediatrici)</p> <p>controllo tra i nominativi dei pazienti in trattamento con nutrizione somministrata via pompa enterale con il file storico richiesta ai distretti di verifica sui nominativi dei pazienti affidatari delle pompe enterali ma potenzialmente non più in trattamento</p> <p>creazione di un vademecum per la gestione delle pompe NE (responsabilità, pulizia e reso)</p>	Dr.ssa Ketty PARENZAN	<p><b>Indicatore</b> Stesura di un REPORT dettagliato dei prodotti utilizzati, della riconciliazione effettuata sui prodotti fuori gara. Richiesta di controllo pazienti affidatari di pompe enterali e invio di un vademecum per la gestione domiciliare ai distretti. Redazione di un format per interfacciare le diverse figure coinvolte nella gestione della NE.</p> <p><b>Risultato atteso</b> Efficientamento e revisione globale dell'intero sistema di gestione della NE</p> <p><b>Tempistica</b> Entro 31 dicembre 2020</p> <p><b>Fonte dati</b> Documenti su supporto durevole e digitale in cartella condivisa "S.C. Assistenza Farmaceutica" e protocollo aziendale per trasmissione delle richieste di controllo pompe enterali ai 4 distretti</p>



## SC Farmacia Unica Aziendale (ex AAS 2)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale.	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI.	Tutta la Struttura.	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura.
2. Razionalizzazione, appropriatezza e controllo dell'uso dei farmaci.	Monitoraggio e verifica periodica degli obiettivi relativi alla farmaceutica assegnati alle Strutture dell'Area Isontina.	Dirigenza-Marco Cristiani, Stefano Visintin.	Evidenza dei monitoraggi periodici.
3. Garantire il regolare funzionamento della attività farmaceutiche territoriali di ASUGI relative alle farmacie convenzionate, alla luce della riforma sanitaria prevista dalla legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018.	La SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, in collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana, organizza le attività e predispone il Decreto istitutivo delle seguenti commissioni, uniche e obbligatorie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• commissione per il servizio farmaceutico ai sensi dell'art. 39 della legge regionale n. 43 dd. 13.07.1981 e s.m.i.;</li> <li>• commissione di controllo delle farmacie ai sensi dell'art. 40 della legge regionale n. 43 del 13.07.1981 e s.m.i.;</li> </ul> così da arrivare ad una gestione unificata delle principali attività farmaceutiche territoriali relative alle farmacie convenzionate.	Dirigenza-Stefano Visintin.	<p><b>Indicatore</b> La SC Farmacia Unica Aziendale propone l'adozione dei Decreti istitutivi di entrambe le commissioni alla Direzione Generale.</p> <p><b>Risultato atteso</b> La Direzione Generale è nelle condizioni di adottare i decreti e dare il via 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><b>Tempistica</b> Entro il 31.03.2020</p> <p><b>Fonte dati</b> siti di consultazione telematica aziendali.</p>
4. Garantire la regolare liquidazione delle farmacie territoriali convenzionate di ASUGI, alla luce della riforma sanitaria prevista dalla legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018.	La SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, in collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana, predispone il percorso liquidatorio coordinandosi con i Servizi di Ragioneria, con il Servizio Farmaceutico Regionale e con Insiel.	Dirigenza-Erika Blanco; Stefano Visintin Comparto-Rossella Pianta; Eros Cosatto; Federico Nanut; Giorgio Degiovanni.	<p><b>Indicatore</b> La SC Farmacia Unica Aziendale predispone i mandati di pagamento per i Servizi di Ragioneria così da garantire la regolarità dei pagamenti.</p> <p><b>Risultato atteso</b> La regolarità dei pagamenti è garantita sin dalla liquidazione del mese contabile del dicembre 2019 (prima liquidazione 2020).</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<b>Tempistica</b> Entro il 31.03.2020 <b>Fonte dati</b> siti di consultazione telematica aziendali.
5. Garantire l'avvio della nuova modalità di erogazione dei prodotti privi di glutine a soggetti affetti da morbo celiaco secondo gli standard previsti dalla DGR n. 2193 del 20 dicembre 2019.	La SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, in collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana, predispone 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".	Dirigenza- Stefano Visintin Comparto-Rossella Pianta; Federico Nanut; Giorgio Degiovanni.	<b>Indicatore</b> Tutte le richieste di adesione al progetto "CELIACHI@FVG" sono gestite così da arrivare alla proposta dell'atto autorizzativo in tempi tali da non inficiare i livelli di assistenza alla popolazione. <b>Risultato atteso</b> La Direzione Generale è nelle condizioni di emettere il provvedimento di convenzione e attivazione della struttura commerciale richiedente. <b>Tempistica</b> Entro il 31.12.2020 <b>Fonte dati</b> siti di consultazione telematica aziendali.
6. 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.	SS Area Farmaceutica territoriale: svolgimento, in collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana, delle operazioni necessarie a garantire l'assegnazione delle sedi farmaceutiche di ASUGI attribuite con il concorso regionale straordinario e predisposizione dell'atto autorizzativo finale.	Dirigenza - Erika Blanco	<b>Indicatore</b> Tutte le richieste di apertura sono gestite fino alla proposta dell'atto autorizzativo. <b>Risultato atteso</b> La Direzione Generale è nelle condizioni di emettere il provvedimento di autorizzazione all'apertura delle sedi farmaceutiche assegnate dalla Regione, con termine ultimo di apertura nell'anno 2020. <b>Tempistica</b> Entro il 31.12.2020 <b>Fonte dati</b> siti di consultazione telematica aziendali.
7. Avvio della pianificazione nel territorio di ASUGI delle nuove sedi farmaceutiche.	La SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, in collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana, predispone il percorso amministrativo per l'avvio dell'atto ricognitivo per la	Dirigenza-Erika Blanco; Stefano Visintin Comparto-Rossella Pianta; Federico Nanut; Eros Cosatto.	<b>Indicatore</b> Proposta di decreto per l'atto ricognitivo. <b>Risultato atteso</b> La Direzione Generale è nelle condizioni di emettere il provvedimento di avvio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	pianificazione territoriale delle farmacie afferenti all'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina anno 2020.		dell'atto ricognitivo per la pianificazione territoriale delle farmacie. <b>Tempistica</b> Entro il 30.06.2020 <b>Fonte dati</b> siti di consultazione telematica aziendali.
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 subentra a quella di Palmanova e Latisana nell'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; Silvia Palmieri; Alessandro Ferelli; Karen Krainer; Lucia Drioli.	<b>Indicatore</b> Nessuna discontinuità nella fornitura imputabile alla SC Farmacia Unica Aziendale. <b>Risultato atteso</b> I pazienti diabetici ricevono i regolarmente dispositivi loro prescritti. <b>Tempistica</b> Entro il 31.08.2020 <b>Fonte dati</b> Eventuali criticità segnalate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.
9. Migliorare e rendere più efficiente il percorso della distribuzione diretta dei farmaci non erogati dalle farmacie aperte al pubblico nell'Area Isontina di ASUGI, alla luce del progressivo disimpegno della farmacia di Palmanova e Latisana.	Trasferimento della centrale operativa di gestione delle richieste dei farmaci non erogati dalle farmacie aperte al pubblico dalla SS Area farmaceutica Territoriale alla sede di Gorizia della Farmacia Ospedaliera di Gorizia e Monfalcone e ampliamento dell'orario di apertura.	Comparto – tutto il personale in carico alla SC Farmacia Unica Aziendale.	<b>Indicatore</b> Ampliamento dell'orario di apertura della distribuzione diretta nell'Area Isontina. <b>Risultato atteso</b> I pazienti isontini hanno almeno una sede di farmacia aperta alla quale fare riferimento dal lunedì al venerdì. <b>Tempistica</b> Entro il 31.08.2020 <b>Fonte dati</b> Eventuali criticità segnalate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.
10. Potenziamento delle capacità operative ospedaliere della farmacia di Gorizia e Monfalcone.	La gestione delle richieste dei reparti, la gestione di MAGREP e il controllo dei buffer isontini passa dalla farmacia di Palmanova e Latisana alla farmacia di Gorizia e Monfalcone.	Dirigenza – Michela Medeot; Marco Cristiani; Stefano Visintin; Comparto – Karen Krainer; Dennis Vit; Silvia Palmieri; Alessandro Ferelli; Lucia Drioli.	<b>Indicatore</b> I reparti isontini hanno come riferimento la farmacia di Gorizia e Monfalcone. <b>Risultato atteso</b> Le approvazioni di MAGREP e la gestione dei buffer ARCS sono fatte esclusivamente da farmacisti dipendenti da ASUGI. <b>Tempistica</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Entro il 30.09.2020 <b>Fonte dati</b> siti di consultazione telematica aziendali.
11. Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali: armonizzazione dei regolamenti in materia adottati delle ex aziende ASUITS e AAS2.	Collaborazione alla stesura del regolamento aziendale su specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari, in collaborazione col RPCT.	Dirigenza-Erika Blanco; Stefano Visintin Comparto-Rossella Pianta.	<b>Indicatore</b> La SC Farmacia Unica Aziendale fornisce il proprio supporto alla stesura del nuovo regolamento aziendale. <b>Risultato atteso</b> Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di ASUGI è nelle condizioni di redigere un documento tenendo conto delle proposte della parte farmaceutica isontina. <b>Tempistica</b> Entro il 30.09.2020 <b>Fonte dati</b> siti di consultazione telematica aziendali.
12. Garantire il regolare funzionamento della attività legate ai registri AIFA, alla farmacovigilanza, alla dispositiovigilanza e ai flussi della farmaceutica in ASUGI, alla luce della riforma sanitaria prevista dalla legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018 e alle richieste della DCS in materia.	La SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, in collaborazione con la SC Assistenza Farmaceutica Area Giuliana, predispone gli atti necessari all'individuazione dei nuovi referenti aziendali ASUGI per i registri AIFA, per la farmacovigilanza, per la dispositiovigilanza e per i flussi della farmaceutica ospedaliera e diretta.	Dirigenza-Erika Blanco; Marco Cristiani; Stefano Visintin Comparto-Rossella Pianta; Eros Cosatto.	<b>Indicatore</b> Le note sono proposte alla firma del Direttore Sanitario <b>Risultato atteso</b> Il Direttore Sanitario è nelle condizioni di siglare le note con le quali ASUGI comunica alla DCS i nominativi dei referenti per registri AIFA, la farmacovigilanza, la dispositiovigilanza e per i flussi della farmaceutica ospedaliera e diretta. <b>Tempistica</b> Entro il 30.04.2020 <b>Fonte dati</b> siti di consultazione telematica aziendali.
13. Sicurezza dei pazienti utilizzatori di dispositivi medici in ASUGI	Redazione della procedura aziendale per la gestione della dispositiovigilanza, in collaborazione con le Direzioni Mediche Ospedaliere	Dirigenza- Marco Cristiani; Stefano Visintin Comparto-Rossella Pianta; Eros Cosatto.	<b>Indicatore</b> Redazione di una procedura aziendale sulla sicurezza dei dispositivi medici da proporre alla Direzione Generale. <b>Risultato atteso</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<p>La Direzione Generale è nelle condizioni di diffondere la procedura di sicurezza, relativa ai dispositivi medici, a tutti gli operatori sanitari e a tutte le Strutture aziendali.</p> <p><b>Tempistica</b> Entro il 31.12.2020</p> <p><b>Fonte dati</b> siti di consultazione telematica aziendali.</p>
<p>14. Scorporo della attività farmaceutiche territoriali della parte Bassa Friulana dal ASUGI, alla luce della riforma sanitaria prevista dalla legge regionale n. 27 del 17 dicembre 2018 e alle richieste della DCS in materia.</p>	<p>Fornire ad ASUFC tutti gli archivi cartacei e informatici relativi a processi farmaceutici territoriali (sedi farmaceutiche, ricette, cartolai distribuzione diretta, ecc.).</p>	<p>Comparto – tutto il personale in carico alla SC Farmacia Unica Aziendale.</p>	<p><b>Indicatore</b> Tutto il materiale di competenza di ASUF è prontamente trasferito su indicazione dei responsabili di struttura di Area Isontina (Erika Blanco e Stefano Visintin).</p> <p><b>Risultato atteso</b> ASUFC è in grado di svolgere le attività farmaceutiche territoriali nella Bassa Friulana, disponendo della documentazione necessaria.</p> <p><b>Tempistica</b> Entro il 31.12.2020</p> <p><b>Fonte dati</b> Attestazione Direttore SC Farmacia Unica Aziendale.</p>

## SS Area delle classificazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Lucilla Frattura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Supporto alla DCS FVG - Attività internazionali e nazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali: traduzione in italiano della versione aggiornata della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della Salute (ICF)	Redazione di una bozza di traduzione in italiano della versione aggiornata della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della Salute (ICF)	Lucilla Frattura	Evidenza della Bozza della traduzione entro 31.12.2020
3. Supporto alla DCS - Attività internazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali: coordinamento del processo internazionale di aggiornamento e manutenzione della Classificazione internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF)	Definizione della lista di aggiornamenti alla classificazione approvati nel WHO-FIC Annual Meeting 2019 e coordinamento degli aggiornamenti da votare e approvare nel WHO-FIC Annual meeting 2020	Lucilla Frattura	Evidenza del documento con gli aggiornamenti di ICF con anno di implementazione 2020 entro il 31.10.2020
4. Supporto alla DCS FVG - Attività internazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali: realizzazione del piano di lavoro annuale del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali	Redazione del report annuale e invio alla DCS FVG	Lucilla Frattura	Evidenza invio alla DCS FVG entro il 31.12.2020
5. Supporto alla DCS FVG - Attività nazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni	Attuazione della convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione della nuova fase del Progetto It.DRG	Lucilla Frattura Carlo Zavaroni Giovanni Bassi Caterina Morassutto (fino al 15.06.2020)	Evidenza della versione incrementale della modifica italiana di ICD-10 al 31.12.2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
internazionali: progetto It.DRG Fase a sistema	riguardante la modifica clinica italiana di ICD-10 e il suo perfezionamento		
6. Supporto alla DCS FVG - Attività nazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali: Progetto Messa a punto di un sistema web di supporto all'uso della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute nell'accertamento della condizione di disabilità prevista dal D.lgs 66/2017 e concorso alla predisposizione della nuova traduzione in italiano di ICF, codice CUP F27D18000660001	Messa a punto di un applicativo web per la redazione del profilo di funzionamento ai fini dell'inclusione scolastica, basato sulla Classificazione internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute	Lucilla Frattura Giovanni Bassi Caterina Morassutto (fino al 15.06.2020)	Evidenza dell'applicativo entro il 31.08.2020
7. Supporto alla DCS FVG - Attività nazionali del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali: Classificazione della COVID-19 con una lista aggiuntiva di codici coerenti con ICD-9-CM e linee guida di codifica della SDO	Messa a punto dei documenti richiesti dal Ministero della Salute relativi alla classificazione della Covid-19 con una lista di aggiuntiva di codici coerenti con ICD-9-CM e alle linee guida di codifica della SDO	Lucilla Frattura Carlo Zavaroni	Evidenza dei documenti entro il 31.07.2020

## SO Dipartimento di Prevenzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Dipartimento	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

### Direzione – SC Igiene e Sanità Pubblica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
2. Partecipazione alle Commissioni Tecniche dei Comuni dell'ambito Giuliano Isontino nella valutazione delle misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di Sars_Cov-2 nei Centri Estivi	Esame ed approvazione dei progetti organizzativi pervenuti dal Comune di Trieste per la realizzazione di attività ludico ricreative ed educative per minori, ai sensi delle Linee Guida Regionali approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n.804 dd.29.05.2020	Dirigenti Medici Personale del comparto delle SC e della Direzione	Firma di almeno il 90% dei verbali ricevuti.
3. Prevenzione contro i diffondersi del Sars Cov-2 nelle residenze per anziani e nelle strutture di accoglimento diurno	Valutazione dei piani presentati, colloqui con gestori, responsabili per la sicurezza e progettisti per le eventuali azioni correttive e migliorative e sopralluoghi di verifica	Personale del comparto delle SC e della Direzione	Approvazione e invio del parere per almeno il 90% di quelli ricevuti. Eseguire i sopralluoghi in almeno il 10% delle strutture
4. 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 dell'area giuliana, al fine dell'adozione degli interventi di competenza.	Tecnici della prevenzione Assistenti ed Operatori tecnici Personale amministrativo	Segnalazione di tutte le situazioni critiche rilevate ai Comuni territorialmente competenti.

### SC Igiene degli Alimenti di Origine Animale



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Sicurezza alimentare della filiera produttiva dei MBV	Predisposizione di una procedura unitaria ASUGI di monitoraggio ex art. 59 del regolamento UE 627/2019	Direttore f.f. Dirigenti veterinari Tecnici della Prevenzione	Evidenza della procedura entro il 31.12.2020
6. Sicurezza alimentare della filiera produttiva dei MBV	Attivazione, in sostituzione di ARPA FVG, del monitoraggio ex art. 59 del regolamento UE 627/2019 con campionamento da parte di personale ASUGI nelle zone classificate GO dalla DGR 923/2019.	Tecnici della Prevenzione	Inizio del monitoraggio al 30 luglio 2020
7. Sicurezza alimentare e tutela degli interessi del cittadino consumatore	Predisposizione di una check list ASUGI di verifica del grado di preparazione e formazione dell'operatore del settore alimentare, ai sensi della Comunicazione della Commissione europea C 278/2016	Direttore f.f. Dirigenti veterinari Tecnici della Prevenzione	Evidenza della check list entro il 31.12.2020
8. Incremento della qualità del controllo ufficiale ai sensi del regolamento UE 625/2017 e del regolamento UE 627/2019	Predisposizione di una procedura ASUGI di audit delle imprese alimentari di alimenti di origine animale ai sensi degli artt. 3 e segg. del regolamento UE 627/2019	Direttore f.f.	Evidenza della procedura entro il 31.12.2020
9. Incremento della qualità del controllo ufficiale ai sensi del regolamento UE 625/2017. Gestione legittima ed uniforme delle non conformità ex artt.137 e 138 del regolamento UE 625/2017	Predisposizione di una linea guida e di un modello di relazione delle non conformità ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 625/2017 e dell'art. 6 del d.lgs 193/2007	Direttore f.f. Dirigenti veterinari Tecnici della prevenzione	Evidenza della linea guida entro il 31.12.2020
10. Incremento della qualità del controllo ufficiale ai sensi del regolamento UE 625/2017. Qualità ed affidabilità della certificazione.	Predisposizione di una linea guida ASUGI per l'emissione di certificati ed attestati ai sensi del regolamento UE 625/2017. Designazione dei veterinari certificatori.	Direttore f.f.	Evidenza della linea guida e delle designazioni entro il 31.12.2020
11. Sicurezza alimentare. Piano regionale dei controlli	Effettuazione dei controlli ufficiali previsti nel piano regionale	Dirigenti veterinari Tecnici della Prevenzione	Risultato atteso al 31.12.2020 in fase di revisione a livello regionale

#### SC Centro Regionale Unico Amianto - CRUA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12.	Mantenimento del percorso socio sanitario ed assistenziale già adottato	Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI	Mantenimento dell'attività dell'ambulatorio nelle due sedi di

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>Dott.ssa Paola Gabrielli Dirigente Chimico AS Maura Nappa AS Antonella Devetti Collaborazione con personale UCO Medicina del Lavoro di Trieste per ambulatorio malattie respiratorio in ex-esposti all'amianto Prof. Corrado Negro Dott.ssa Paola De Micheli</p>	<p>Monfalcone e Palmanova con esecuzione visite nel 70% in 30gg dalla prenotazione fatto salvo le richieste pervenute nel periodo marzo-aprile – maggio 2020 (emergenza COVID)</p>
<p>13. Partecipazione al programma di informazione e sorveglianza sanitaria ex esposti amianto ai sensi dell'accordo stato – regioni del febbraio 2018 in collaborazione con la Direzione Centrale Salute e l'UCO Medicina del Lavoro</p>	<p>Partecipazione alla alle iniziative informative promosse dalla Regione FVG a partire dalle iniziative connesse al decreto del febbraio 2018</p>	<p>Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI Dott.ssa Paola Gabrielli Dirigente Chimico AS Maura Nappa AS Antonella Devetti Collaborazione con personale UCO Medicina del Lavoro di Trieste per ambulatorio malattie respiratorio in ex-esposti all'amianto Prof. Corrado Negro Dott.ssa Paola De Micheli</p>	<p>Partecipazione al programma di informazione e sorveglianza sanitaria concordato con la Direzione Centrale UCO come da indicazione della Direzione Centrale Salute</p>
<p>14. Rivisitazione di tutti i casi di mesotelioma da esposizione domestico – familiare per le segnalazione ai fini della revisione dell'indennità così come previsto dal Decreto "milleproroghe" D.L. 162/2020</p>	<p>Recupero di tutti i casi noti di mesotelioma da esposizione amianto – familiare e aiuto nella stesura della documentazione richiesta per l'integrazione dell'indennizzo</p>	<p>Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI Dott.ssa Paola Gabrielli Dirigente Chimico AS Maura Nappa AS Antonella Devetti Collaborazione con personale UCO Medicina del Lavoro di Trieste per ambulatorio malattie respiratorio in ex-esposti all'amianto Prof. Corrado Negro Dott.ssa Paola De Micheli</p>	<p>Informazione a tutti i casi di mesotelioma domestico – familiare anni 2015-2019 per rivisitazione indennizzi con stesura di relazione finale. PROPOSTA COME RAR PER PERSONALE AS</p>
<p>15. Iscrizione al registro regionale ex esposti L.R. 22/2011 che ne facciano richiesta</p>	<p>Procedere ad iscrizione al registro</p>	<p>Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI Dott.ssa Paola Gabrielli Dirigente Chimico AS Maura Nappa AS Antonella Devetti Collaborazione con personale UCO Medicina del Lavoro di Trieste per</p>	<p>Procedere all'iscrizione al registro regionale ex esposti amianto di tutte le richieste pervenute rispettando nell'70% in 30gg dalla prenotazione fatto salvo quanto specificato al punto</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		ambulatorio malattie respiratorio in ex- esposti all'amianto Prof. Corrado Negro Dott.ssa Paola De Micheli	
16. Collaborazione con ARPA – Direzione Centrale ambiente	Partecipare agli incontri con con ARPA – Direzione Centrale ambiente	Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI Dott.ssa Paola Gabrielli Dirigente Chimico AS Maura Nappa AS Antonella Devetti Collaborazione con personale UCO Medicina del Lavoro di Trieste per ambulatorio malattie respiratorio in ex- esposti all'amianto Prof. Corrado Negro Dott.ssa Paola De Micheli	Stesura di una breve relazione sul tema delle bonifiche amianto e smaltimento rifiuti anni 2018 – 2019

#### SC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
17. Stesura di linee guida /protocolli uniformi tra le due strutture site nell'ex aree Giuliana ed Isontina.	A) Procedura di validazione della tabella dietetica per una specifica utenza da individuare (es: nidi d'infanzia o strutture assistenziali) B) Gestione delle allerte alimentari C) Gestione dei campionamenti	A) Dietiste B) e C) Tecnici della Prevenzione, dirigente medico, personale amministrativo	A) presenza del documento entro il 31.12.2020 B) e C) presenza di bozza dei singoli documenti
18. Tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano  (Obiettivo modificato)	Eeguire i campionamenti tenuto conto dei periodi indicati nel PAL e dell'emergenza Covid con relativo lockdown	Tecnici della Prevenzione	Esecuzione al 31.12.2020 di 18 campionamenti a livello aziendale, così ripartiti: 16 nell'area isontina e 2 nell'area giuliana
19. Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari  (Obiettivo modificato)	Realizzare la mappatura dei pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853) e le imprese alimentari	Tecnici della Prevenzione e dirigente medico	Evidenza della realizzazione della mappatura al 31.12.2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
20. Garantire esami per micologi	Svolgimenti esami per micologi come richiesto dalle associazioni di Muggia, Trieste, Ronchi dei Legionari, Gorizia, Cormons	Ispettori Micologi di cui al 615 REG. DEC – DIPARTIMENTO DIPREVENZIONE	Presenza delle delibere aziendali in materia Evidenza verbale di esame al 31.12.2020 che indichi numero di iscritti, partecipanti e relativi esiti
21. Sistema informativo SICER	Conoscenza del sistema informativo per gli operatori del Servizio SIAN per le relative necessità	Tutto il personale SIAN del comparto che utilizza il sistema informativo SICER (Tecnici della Prevenzione e personale amministrativo)	Formazione/aggiornamento del 70% del personale del comparto che utilizza il sistema informativo SICER (tdp e personale amministrativo)
22. 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” Primo anno	1. Comunicazione del progetto a livello aziendale ed extra - aziendale 2. Condivisione del progetto per l'individuazione del gruppo di lavoro 3. Definizione cronoprogramma 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	Titolare di P.O.	Presenza dei documenti relativi al progetto sul sito aziendale
23. Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2020 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Offrire consulenza nelle gare di appalto in corso nel 2020	Titolare di P.O., dietista, assistente sanitario	Contributo del 10% delle gare di appalto di PA e Enti in corso nel 2020 in ogni Azienda
24. Uniformare la mappatura e il monitoraggio del contributo della Struttura alle gare di appalto di PA e Enti in corso nel 2020 sul territorio aziendale, in relazione al punto 3.2.12. ASUGI – PAL 2020	1. Condivisione del progetto 2. Raccolta dei dati e predisposizione di uno strumento	Titolare di P.O.	Produzione dallo strumento di monitoraggio unico
25. Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza	1. Assicurata l'attività prevista per il programma di sorveglianza nazionale “Okkio alla salute”	Dietista ed assistenti sanitarie afferenti alla SCIAN	Al 31/12/2020 il 100% delle scuole campionate che hanno partecipato alla

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. restituzione dei risultati, ottenuti nella campagna "Okkio alla salute 2019", alle scuole campionate che hanno partecipato alla sorveglianza		sorveglianza di cui al programma Okkio ha ricevuto i risultati
26. Trasparenza e aggiornamento delle informazioni all'utenza in merito ai procedimenti nutrizionali a carico della SIAN	1 Revisione del procedimento amministrativo completo di istruzioni e riferimenti 2 Revisione della modulistica associata ai procedimenti 3 Pubblicazione sul sito istituzionale di ASUGI, nella sezione dedicata della SCIAN	Dietiste	Aggiornamento del 100% della modulistica associata ai procedimenti e pubblicazione sul sito di ASUGI del 100% dei materiali predisposti
27. La ristorazione scolastica come strumento di promozione dell'educazione alimentare  (Obiettivo aggiunto)	Organizzazione di un incontro di formazione degli insegnanti delle scuole dell'infanzia sulla ristorazione scolastica	Assistente sanitario	Realizzazione della formazione e produzione di report
28. Migliorare i programmi di prevenzione e promozione della salute attraverso la divulgazione fra operatori ASUGI, MMG e popolazione, della prevalenza dei fattori comportamentali di rischio (alimentazione, fumo, alcol, inattività fisica), dell'adesione alle vaccinazioni ricavati attraverso i sistemi di sorveglianza (PDA e PASSI)	Analisi dei dati raccolti attraverso il sistema di sorveglianza passi d'argento, redazione e diffusione all'utenza ed agli operatori, mediante schede tematiche o report, attraverso il portale, i social network aziendali	Dirigente Medico	Informazione degli operatori ASUGI, dei MMG e dell'utenza attraverso il portale e i social network aziendali
29. Prevenzione incidenti domestici Promozione della cultura della sicurezza abitativa nella popolazione fragile	Aggiornamento portale aziendale e diffusione all'utenza ed agli operatori del materiale informativo realizzato dal gruppo di lavoro regionale	Dirigente Medico Assistente sanitaria	Informazione degli operatori ASUGI, dei MMG e dell'utenza attraverso il portale e i social network aziendali
30. Stesura di linee guida /protocolli uniformi per il rilascio di certificati tra le due strutture site nell'ex aree Giuliana ed Isontina	1. Aggiornamento e unificazione delle procedure riferite al rilascio dei certificati ufficiali sanitari per l'esportazione dei prodotti alimentari 2. Aggiornamento delle procedure e della modulistica sul sito internet aziendale, sulla base delle nuove indicazioni e dei modelli ministeriali	Personale amministrativo	1. Creazione entro il 31.12.2020 di un database aggiornato riportante l'elenco dei certificati emessi con tutte le indicazioni necessarie e il monitoraggio dei tempi procedurali 2. Aggiornamento sito internet aziendale entro il 31.12.2020

## SC Sanità Animale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
31. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente alla <b>SC Sanità Animale</b> delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Responsabile di Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
32. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente alla <b>S.S. Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche</b> delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Responsabile di Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
33. Verifica del benessere psico-fisico degli animali sequestrati (cani e gatti) presso il domicilio della famiglia adottante	1. Verifica del mantenimento delle condizioni di benessere psico-fisico degli animali dati in adozione presso famiglie richiedenti. 2. Compilazione e verifica della check-list per la valutazione dell'adeguatezza dell'affidatario.	Medici Veterinari Personale del Comparto	Verifica dell'adeguatezza della check list utilizzata nel 2019 ed eventuale aggiornamento della stessa. Entro il 31/03/2020. Effettuazione di 10 sopralluoghi, con compilazione della check-list (entro il 30/11/2020). Valutazione delle check-list entro 30 giorni dalla compilazione delle stesse e comunicazione dell'esito alla famiglia adottante.
34. Predisposizione ed adozione di un programma di monitoraggio avanzato della pericolosità dei cani che hanno morso, mediante predisposizione di una scheda di valutazione ed applicazione del nuovo metodo di valutazione ai casi di morsi sottoposti a controllo veterinario in applicazione alle disposizioni dell'O.M. 10/08/2020.	Predisporre una scheda di monitoraggio avanzato per determinare la pericolosità potenziale dei cani morsi che vengono sottoposti a controllo sanitario presso le strutture pubbliche. Adottare la scheda di monitoraggio per una più compiuta valutazione della pericolosità dei cani morsi, anche al fine dell'eventuale iscrizione nel registro dei cani potenzialmente pericolosi con aggressività non controllata.	Medici Veterinari Personale del Comparto	Entro il 30 settembre 2020: predisporre la scheda di monitoraggio avanzato. Entro il 31 dicembre 2020: applicare il nuovo sistema di monitoraggio avanzato mediante intervista ai proprietari dei cani morsi e compilazione della nuova scheda di rilevamento. Il nuovo sistema di monitoraggio dovrà essere applicato ad almeno l'80% dei cani sottoposti a controllo in quanto morsi, come risulterà dal registro dei cani morsi.

## SC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
35. Garantire disponibilità del personale alla riorganizzazione e riassegnazione in base alle richieste dell'Azienda per affrontare l'emergenza CoViD	pronta risposta alle richieste di assegnazione/riorganizzazione di personale provenienti dall'Azienda	Direttore del Servizio	Manifestazioni di disponibilità / persone riassegnate ad altri reparti/servizi  Entro 31 dicembre 2020
36. Garantire uniformità delle prassi operative dalle due sedi (Giuliana e 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, almeno con cadenza bimestrale
37. Garantire correttezza formale, qualità e uniformità degli atti di Polizia Giudiziaria di natura tecnica emessi dalla sede Isontina	Esame di tutti gli atti tecnici sia di polizia giudiziaria che relativi alle altre attività istituzionali al fine di garantirne la correttezza formale e sostanziale e l'uniformità con quelli emessi nella sede giuliana	Dirigente ingegnere ing. Giacomo Bartelloni	Controllo e firma di tutti gli atti di Polizia Giudiziaria di natura tecnica emessi dal servizio (sede Isontina) e almeno tre riunioni di coordinamento con i funzionari delle sede giuliana
38. Collaborazione con gli Enti preposti nell'attività di controllo dell'adozione delle misure per il contenimento e il contrasto della diffusione del virus Covid-19 nei luoghi di lavoro	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 Coordinamento dell'attività di monitoraggio con il Comando Provinciale Carabinieri di Trieste – NAS, Ispettorato Nazionale del Lavoro Trieste-Gorizia e al Comando Vigili del Fuoco di Trieste	Dirigente ingegnere ing. Giuseppina Di Guida	Evidenza degli esiti del monitoraggio
39. Attivazione sportello informativo	Istituzione di uno sportello di assistenza COVID-19, quale supporto ai datori di lavoro, agli RSPP, agli RLS ed ai lavoratori, allo scopo di fornire informazioni aggiornate disposte dalle autorità sanitarie	Personale Comparto	Evidenza dell'attività dello sportello
40. Implementazione campagna straordinaria di monitoraggio negli ambienti di lavoro orientata verificare ed assicurare adeguati livelli di tutela della salute dei lavoratori	Sopralluogo, condotto in modalità collaborativa con l'azienda secondo lo spirito dell'assistenza, al fine di verificare, mediante check list, l'attuazione di misure di contenimento della diffusione del virus	Dirigenti Personale Comparto	Evidenza delle rilevazioni e delle misure correttive eventualmente prescritte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
rispetto all'infezione SARS-CoV-2	COVID-19 negli ambienti di lavoro		
41. Implementazione dell'attività di assistenza e supporto alle residenze per anziani mirata a garantire l'efficace applicazione di misure di prevenzione per la tutela della salute dei lavoratori rispetto all'infezione SARS-CoV-2	Definizione di uno strumento operativo per la verifica dell'adozione da parte delle residenze di misure di prevenzione adeguate per la tutela della salute dei lavoratori rispetto all'infezione SARS-CoV-2, tenendo conto dei diversi aggiornamenti normativi e delle indicazioni degli Organismi scientifici Verifica dei protocolli di attuazione delle misure di prevenzione, protezione e contenimento del contagio da SAR-COV-2	Personale di Comparto Dirigenti Ingegneri Dirigenti Medici	Codifica check list per il monitoraggio dell'adozione delle disposizioni normative nazionali riguardo alle misure per il contenimento della diffusione del virus covid-19 nelle residenze per anziani Verifica dei protocolli di attuazione delle misure di prevenzione, protezione e contenimento del contagio da SAR-COV-2 nelle residenze per anziani del territorio Giuliano Isontino
42. Ridurre l'arretrato delle indagini relative alle malattie neoplastiche di origine professionale	Garantire un adeguato numero di indagini relative alle malattie neoplastiche di origine professionali, al fine di non incrementare l'arretrato attualmente esistente	Dirigenti medici	Svolgimento di almeno 80 indagini relative alle malattie neoplastiche di origine professionale, registrate entro il 31/12/2019.
43. Ridurre l'arretrato delle indagini relative alle malattie professionali non neoplastiche (multifattoriali)	Eliminare parte dell'arretrato delle malattie professionali non neoplastiche (multifattoriali)	Dirigenti Medici A.S. Borsoi Gabriella A.S. Oliveto Giovanna	Elenco di tutte le malattie professionali non neoplastiche (multifattoriali), registrate entro il 31/12/2019, chiuse nell'anno 2020
44. Garantire l'attività del laboratorio di analisi su campioni a sospetto contenuto di amianto a servizio dell'attività di vigilanza della SCPSAL di ASUGI e a tutela della popolazione.	1. Accettazione dei campioni consegnati al laboratorio da tecnici SCPSAL a seguito di attività di vigilanza o da privati cittadini. 2. Analisi qualitativa con metodica MOCF e dispersione cromatica su campioni in massa. 3. Analisi quantitativa con metodica MOCF su filtri provenienti da campionamenti ambientali. 4. Registrazione dell'attività analitica su MeLa.	Dirigente Ingegnere Responsabile S.S. Igiene Tecnica del Lavoro, ing. Renzo Simoni  Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, dott.ssa Sara Leone	100 % delle analisi eseguite sui campioni pervenuti al laboratorio entro il 10/12/2020.
45. Migliorare la salute e la sicurezza negli ambienti a maggior rischio (PAL 3.2.7)	1. Mantenere adeguata vigilanza nelle aziende tenuto conto dei LEA (vigilate il 3,7% delle aziende del territorio) 2. Vigilanza di almeno il 8 % dei cantieri notificati nell'anno precedente	Dirigenti Personale del comparto	1. Vigilanza di almeno 516 aziende  2. Vigilanza di almeno 182 cantieri edili 3.



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3.Vigilanza di almeno 21 aziende del comparto agricolo		Vigilanza di almeno 21 aziende del comparto agricolo

#### SSD Medicina del Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
46. Proseguire l'ottimizzazione della gestione di beni e strumentazione in carico alla struttura	Aggiornamento del registro informatizzato volto a verificare la corretta manutenzione della strumentazione con verifica della documentazione acclusa Verifica periodica dell'efficienza/taratura della strumentazione con eventuale invio al centro di assistenza competente	Responsabile di Struttura	Controlli regolari del registro ed implementazione dello stesso
G47. Gestione delle informazioni relative alle malattie trasmesse dalla zecca con interventi di prevenzione mirata	Registrazione degli infortuni da morso di zecca, riportando anche l'area geografica in cui è occorso l'infortunio Monitoraggio anticorpale e dello stato clinico degli infortunati Eventuale invio all'ambulatorio regionale della M. di Lyme	Personale del comparto	Segnalazione all'INAIL di tutti gli infortuni occorsi (segnalazione cautelativa) con l'indicazione dell'area geografica in cui è occorso l'infortunio Monitoraggio anticorpale (ricerca di anticorpi anti Borrelia) nel 100% degli infortunati
48. 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	Personale del comparto	Aggiornamento e registrazione su Q 81 dell'80% dei risultati della sorveglianza sanitaria Registrazione del 100% dei risultati della sorveglianza sanitaria sul programma ASUGI
49. Promozione della salute e prevenzione del rischio cardio vascolare in lavoratori ultracinquantenni	Calcolo del rischio cardio vascolare in corso di visita medica Formazione breve in caso di rischio cardio vascolare Eventuale invio presso centro specialistico per accertamenti di secondo livello	Dirigente medico	30 lavoratori ultracinquantenni valutati e formati

## SSD Sicurezza impiantistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
50. Partecipazione come membro titolare della Commissione di vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato ex art. 4 L.R. 9 Marzo 2001, n. 8 e D.G.R. N. 3586 DD. 30.12.2004	Individuazione ed effettuazione delle verifiche ispettive in qualità di componente titolare esperto in materia sicurezza impiantistica (sicurezza elettrica, impianti termici, ascensori etc.)	Responsabile di Struttura	Esecuzione/conclusione di almeno sei verifiche sui servizi semiresidenziali e sulle residenze per anziani non autosufficienti definiti dall'art. 40 – comma 2 – del D.P. Reg. n. 144 dd.13.07.2015
51. 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 dalla neocostituita Azienda ASUGI	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 120 verifiche e posizioni tra quelle con richiesta di verifica protocollata dando priorità a quelle in ritardo.
52. 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	Tecnici della prevenzione	Esecuzione/conclusione di almeno sette verifiche su impianti complessi (Fincantieri, Isontina Ambiente, Iris Acqua, Baca d'Italia, Sincrotrone, Mipot e/o altre da determinare)
53. Aggiornamento del sito web della Struttura Semplice Dipartimentale Sicurezza Impiantistica della neocostituita Azienda ASUGI conformemente all'attuale assetto organizzativo e operativo della medesima.	Rivisitazione, aggiornamento e modifiche della pagina web secondo intervenute necessità con aggiornamento della modulistica	Tutto il personale del Comparto	Aggiornamento generale delle informazioni pubblicate sul sito e ridefinizione della modulistica (cinque documenti)

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

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
54. Organizzazione 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 di almeno 20 sedute mensili
55. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
56. Redazione nuovo protocollo per visite di monitoraggio dei conducenti sottoposti a revisione per art. 186 Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza) – aggiornamento delle procedure	Riesame per semplificare le procedure e ridurre i tempi complessivi degli accertamenti presso la CML tramite protocolli di intervento condivisi con il Centro di Alcoologia	Tutti i Dirigenti Medici della ex SCACLFP	Presentazione entro il 31.12.2020 di un documento con protocolli di valutazione in CML aggiornati al mutare delle classificazioni tecnico-scientifiche
57. Riduzione dell'attività valutativa domiciliare per l'accertamento dell'invalidità civile	Aumentare il numero di visite e, se necessario, il numero di sedute.	Personale di comparto	Valutare per seduta in ambulatorio almeno il 20% degli accertamenti richiesti a domicilio nel mese di dicembre 2020
58. Mantenimento dello sportello per la consegna della documentazione cartacea per gli accertamenti della CML	Condivisione di nuove procedure organizzative relative a spazi e calendario	Personale di comparto	Adozione delle procedure e del calendario entro il 31/10/2020

#### SSD Medicina legale (area isontina)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
59. 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 2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
60. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

#### Deontologia e Responsabilità Professionale (area giuliana e isontina)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
61. Efficientamento delle attività valutative per gli accertamenti relativi alle Richieste di risarcimento da malpractice sanitaria	Omogeneizzazione delle procedure medico legali tra area giuliana e isontina nella stesura del parere	Tutti i dirigenti medico legali del Dipartimento di Prevenzione (ex DIP ASUITS e DIP ASS 2 Bassa Friulana Isontina)	Adozione entro il 31.12.2020 di un format aderente alle buone pratiche in medicina legale approvate da Società Scientifiche di riferimento

## DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE (ex ASUITS)

### Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Dipartimento	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione dell'attività nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria.	Costituzione e coordinamento di un team di intervento interdistrettuale nell'emergenza sanitaria da covid - 19	Direttore DAT Giacomo Benedetti	Team di intervento interdistrettuale costituito e attivo
3. 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.
4. Valutazione della copertura vaccinale e/o anticorpale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza negli operatori sanitari (area territoriale), in accordo con l'obiettivo aziendale ASUGI 3.2.8 (Promozione della salute nei luoghi di lavoro)	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, pertosse 2. valutare la risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella 3. valutare la risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale (ove previsto)	Dr.ssa Maria Peresson (Medico Competente ASUGI area territoriale) e Personale del Comparto del Dipartimento di Prevenzione che collabora alla Sorveglianza Sanitaria (DLgs 81/2008). dei dipendenti dell'area territoriale	Analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse e influenza e risposta ai test TBC riguardanti i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria in area territoriale nel corso dell'anno. 31.12.2020
5. Uniformare il protocollo di Sorveglianza Sanitaria tra l'area Giuliana e l'area Isontina di ASUGI	Aggiornamento del Protocollo	Dr.ssa Maria Peresson (Medico Competente ASUGI area territoriale)  In collaborazione e continuità con l'area ospedaliera e isontina:	Stesura di un Protocollo di Sorveglianza Sanitaria comune a tutta ASUGI. 31.12.2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		UCO Medicina del lavoro Medici Competenti ASUGI area ospedaliera (Dott.ssa Paola De Michieli, Dott.ssa Francesca Rui dott. Federico Ronchese Prof. Corrado Negro) Dott.ssa Antonella Detoni Medico Competente ASUGI area isontina	

## SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Unificazione gestione delle funzioni tecnico-amministrative ex AAS2 e ex ASUGI	1. Assicurare il coordinamento del CUP per l'intero ambito aziendale 2. Assicurare la commessa sanitaria per tutte le strutture private accreditate dell'ambito aziendale 3. Garantire la predisposizione del Piano Tempi Attesa Aziendale entro i tempi previsti dal PAL	Paoletti Flavio Direttore SCGPSPAS	1. Invio di una proposta alla Direzione Aziendale relativa al programma per uniformare le procedure e la gestione unificata del CUP entro il 30.04.2020 2. Inviare alla SC Convenzioni, Affari generale legali ex AAS2 la commessa relativa alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero delle strutture private accreditate entro il 28 febbraio 2020 3. Predisporre ed inviare alla Direzione Aziendale il Piano Tempi Attesa Aziendale unificato per l'intero ambito aziendale entro il 15 febbraio 2020
3. Rispetto dei tempi di attesa: Linee annuali G.S.S.e S.S.R. anno 2020: Ottimizzazione dell'offerta specialistica ambulatoriale da privato accreditato in relazione ai tempi di attesa. Acquisto di prestazioni specialistiche per classi di priorità dalle strutture private accreditate	1. Valutazione delle tempistiche erogative (tempi di attesa) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. 2. Predisposizione delle bozze contrattuali per l'accordo semestrale per i primi sei mesi del 2020 3. Predisposizione di un report contenente la definizione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale dopo la rivalutazione e la riorganizzazione conseguente all'emergenza del covid-19 4. Definizione delle commesse da concordare con gli erogatori privati accreditati per l'accordo annuale tenuto conto delle eventuali disposizioni regionali conseguenti all'emergenza del covid-19	Tiziana Oliverio S.S. GCMGS SCGPSPAS  Gestione Offerta Ambulatoriale	1. Invio delle bozze contrattuali entro il 31 gennaio all'ufficio Affari Legali Aziendale 2. Entro il 30 giugno invio di un report al responsabile di SC sulla definizione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale 3. Entro il 30 settembre predisposizione delle bozze per la definizione delle commesse da concordare con gli erogatori privati accreditati 4. Entro il 31 dicembre, documento di pianificazione degli accordi contrattuali per l'anno 2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	5. Pianificazione degli accordi contrattuali da adottare per l'anno 2020.		
4. 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 l'anno di 2 report: uno relativo all'anno 2019 e l'altro relativo al primo semestre anno 2020.
5. Contributo sociale ai sensi art.42 LR7/2000 (recupero quote non versate a privato accreditato)	Richiesta a ciascuna struttura privata accreditata delle quote non versate Verifica di quanto trasmesso con i dati risultanti a SIASI con eventuale correzione ed inserimento dei dati mancanti e/o inserimento completo della certificazione ISEE sintesi in tabella con indicazione per ciascuna struttura delle quote non versate da recuperare	Dirigente Medico Maddalena Grella e Personale di Comparto VSPP	Invio a SCGLA entro il 30.4.2020 ed il 31.10.2020 via mail della tabella riepilogativa semestrale relativa alle quote non versate per la trasmissione alla Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche sociali e della famiglia al fine del recupero quote
6. Bozza Regolamento LP unificato ASUGI	Analisi dei due regolamenti e condivisione della bozza unificata ASUGI alle strutture coinvolte	SC Gestione Prestazioni sanitarie e progettazione e attività socio sanitaria dr.ssa Cristina Zappetti	Presentazione Bozza Regolamento LP unificato ASUGI alla Direzione Strategica 31.12.2020



## SO Distretto 1

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività della SCTSAA nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria  Area Giuliano-Isontina	Elaborazione del piano distrettuale per la gestione del rischio Covid-19 in linea con le indicazioni aziendali e del SPPA	Direzione Dr.ssa Barbara landerca Dr.ssa Miriam Scremin Dr.ssa Kinou Wolf Dr.ssa Darinka Daneu Dr.ssa Giulia Adamo (in collaborazione con SPPA e la Direzione strategica)	1. Presenza del piano distrettuale approvato dalla direzione generale 2. Documento riassuntivo delle azioni di rimodulazione dell'offerta di cura nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19 e nei vari setting di cura entro il 31.12.2020.
1.a Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatori Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
<b>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale</b>			
2. PAL linea lavoro 3.3.1.b Presenza in carico e continuità assistenziale  Rafforzamento dei percorsi di mantenimento a domicilio e dimissione protetta da Pronto Soccorso	1. potenziamento delle modalità di gestione dei casi con accesso evitabile al pronto soccorso: - gestione domiciliare precoce - rientro a domicilio in sicurezza 6. individuazione di uno strumento con budget dedicato 7. stesura di una procedura 8. attivazione dello strumento (secondo procedura 9. monitoraggio dei percorsi attivati 6. applicazione della procedura anche nelle fasi organizzative 2 e 3 post CoVi19 (residenze per anziani non attivabili)	Obiettivo del dirigente Dr.ssa Barbara landerca  (in collaborazione con i dirigenti infermieristici dei distretti 2,3 e 4 e la direzione infermieristica aziendale)	Strumento con budget dedicato individuato e applicato entro il 31 gennaio. Procedura presente entro il 15 febbraio Almeno 10 casi attivati secondo procedura Report conclusivo con evidenza delle azioni intraprese 1-6 al 31/12/2020
3. Riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali nell'ambito delle Microaree in seguito della pandemia COVID 19	Recepimento delle direttive aziendali Analisi delle risorse utilizzabili, programmazione delle attività col nuovo assetto Ripristino delle attività secondo le disposizioni della fase 2 e 3	Dr.ssa Barbara landerca Referenti e personale delle Microaree del Distretto	Report analitico con: - risorse attive (fase 1 e fase 2); - modalità di gestione delle prese in carico; - modalità di riattivazione dei percorsi (fase 3) Al 31/12/20

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<b>SC Tutela Salute Anziani e Residenze</b>			
4. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività della SCTSAA nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria  Area Giuliano-Isontina	Mantenere e/o rimodulare l'offerta dei L.E.A. (specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare, percorsi sanitari e sociosanitari nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19 1. Identificare le aree prioritarie per le quali condividere e sviluppare percorsi/ linee operative specifiche. 2. Definire le modalità operative di risposta all'utenza coerentemente con le diverse fasi dell'emergenza sanitaria. 3. Condivisione delle linee operative tra le varie SS per la gestione dell'offerta	Tutto il personale dirigente e del comparto della SCTSAA in collaborazione con tutti servizi distrettuali	1. Documento riassuntivo delle azioni di rimodulazione dell'offerta di cura nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19 e nell'area ambulatoriale e domiciliare entro il 31.12.2020. 2-3 Riorganizzazione dell'accoglienza per appuntamento e con modalità di triage e pre-triage al 100% dell'utenza che accede alla SCTSAA dal 8/3/2020 al 31/12/2020 Fonte dati: n° accoglienze dall'8/3/2020 al 31/12/2020.
5. Presa in carico clinica e/o integrata (su segnalazione degli MMG) delle persone con deficit cognitivo in base al PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo c/o CDDD Distrettuale.	1. Valutazione delle persone segnalate dagli MMG al Distretto con richiesta di visita specialistica geriatrica. 2. Con riferimento alle visite di cui al punto 1, favorire l'intervento domiciliare al fine di ridurre l'affluenza delle persone in Distretto.	Obiettivo del dirigente Dott. Vladimir Selmo	1. Esecuzione di visita geriatrica per tutte le persone segnalate dall'MMG Periodo: 01.07.2020-31.12.2020. 2. Eseguire almeno n. 20 valutazioni in ambito domiciliare.
6. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività della SCTSAA nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria  Area Giuliano-Isontina	1. Mantenere e/o rimodulare l'offerta dei LEA (specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19 2. Mantenere e/o rimodulare, in base alle necessità di distanziamento sociale poste in essere dall'emergenza sanitaria COVID 19, gli interventi domiciliari/ambulatoriali e la modalità di continuità assistenziale degli utenti già in carico a servizi e/o segnalati da altri servizi.	Obiettivo del dirigente Dr.ssa Miriam Scremin	Riorganizzazione degli appuntamenti delle agende CUP delle visite ambulatoriali specialistiche in relazione alle indicazioni regionali e aziendali. Riorganizzazione delle agende degli specialisti con le tempistiche modificate. Report al 31/12/20
7. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività della SCTSAA nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria	Riorganizzazione della gestione dei Dispositivi Protettivi Individuali in corso dell'emergenza sanitaria da COVID 19:	Tutto il personale della SCTSAA	Report riepilogativo al 31.12.2020 riferito alle attività effettuate, strumenti utilizzati in riferimento alle azioni.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Area Giuliano- Isontina	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recepimento protocolli aziendali in stretto raccordo con SSD SPPA e relativa diffusione tra gli operatori della struttura</li> <li>-Distribuzione diretta dei DPI alle RSA, residenze per anziani, MMG, PLS</li> <li>-Monitoraggio quotidiano della situazione dei DPI all'interno delle strutture residenziali con implementazione del file condiviso in Dropbox ed eventuali manovre correttive.</li> <li>-Report al 31/12/20</li> </ul>		
8. Cure palliative e terapia del dolore	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. Segnalazione di tutte le persone in carico al SID alla rete delle cure palliative</li> <li>3. Presenza di Piano Assistenziale Personalizzato e dell'intensità degli interventi</li> <li>4. Garantire l'assistenza al fine vita e la morte a domicilio e/o in altra sede territoriale non ospedaliera</li> </ol>	SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presa in carico del 100% dei segnalati</li> <li>2. Il 100% delle persone vengono segnalate alla SS Cure Palliative.</li> <li>3. Presenza nel 100% dei casi del Piano Assistenziale Personalizzato</li> <li>4. Almeno il 75% dei decessi con diagnosi di patologia oncologica o altre situazioni di terminalità avviene a domicilio o in hospice(fonte SIASI)</li> </ol>
9. Proseguire con l'attività di verifica e approfondimento svolta nel 2019, eseguendo visite di audit presso le strutture residenziali afferenti al Distretto 1 al fine di valutare la qualità assistenziale e predisporre piani di miglioramento, alla luce anche delle indicazioni operative ASUGI per l'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2. Redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2021, al Direttore socio-sanitario una relazione delle attività di monitoraggio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eseguire attività di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani (2° semestre 2020).</li> <li>2. Verificare il recepimento delle indicazioni operative per l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani per l'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 (documento ASUGI del 25.06.2020 ed ev. successivi).</li> </ol>	<p>Responsabile SS Anziani e Residenze (Vladimir Selmo)</p> <p>Coordinatore infermieristico per le Residenze (Cimador Fabio).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzare almeno 2 visite di audit approfondite presso le strutture residenziali contrattualizzate con il Distretto 1 (2° semestre 2020) con evidenza documentale dell'audit effettuato.</li> <li>2. Verificare il recepimento delle indicazioni operative per l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani per l'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 (documento ASUGI del 25.06.2020 ed ev. successivi).</li> </ol>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.			3. Redigere e trasmettere, entro il 1° semestre 2021, al Direttore socio-sanitario una relazione delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.
10. Assicurare la Valutazione Multidimensionale con lo strumento Val.Graf. -FVG a tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale per anziani.	1. Eseguire la Valutazione Multidimensionale con lo strumento Val.Graf. -FVG a tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale per anziani.  2. Con riferimento alle persone di cui al punto n. 1, al fine dell'idoneità all'ingresso in CDR, verificare la presenza dei requisiti sanitari contenuti nelle indicazioni operative per l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani per l'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 (documento ASUGI del 25.06.2020 ed ev. successivi). Periodo di riferimento: 01.07.2020-31.12.2020.	Tutto il personale della S.S. Anziani e Residenze  Coordinatori: Fabio Cimador Sabrina Vigliani  Referenti Microaree: Michela Degrassi Pietro Cossetti	1. Tutte le persone per le quali è previsto un accoglimento in un servizio residenziale o semiresidenziale sono valutate con lo strumento Val.Graf. -FVG. 2. Tutte (100%) le persone giudicate idonee (in fase di pre accoglimento) all'accesso a un servizio residenziale o semiresidenziale, sono valutate anche con riferimento alla presenza dei requisiti sanitari per l'emergenza da SARS-CoV-2 (documento ASUGI del 25.06.2020 ed ev. successivi). I requisiti vengono riportati nel verbale UVD. Periodo di riferimento: 01.07.2020-31.12.2020.
11. Presenza in carico clinica e/o integrata (su segnalazione degli MMG) delle persone con deficit cognitivo in base al PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo c/o CDDD Distrettuale.	1. Valutazione neuropsicologica delle persone segnalate dagli MMG per sospetto/accertato decadimento cognitivo (PDTA). 2. Con riferimento alle valutazioni di cui al punto 1, favorire l'intervento domiciliare al fine di ridurre l'affluenza delle persone in Distretto	Obiettivo del dirigente Dott.ssa Luisa Besanzini (Psicologa)	Tutte le persone segnalate dal MMG sono valutate e prese in carico secondo PDTA. Periodo: 01.07.2020-31.12.2020. Eseguire almeno n. 20 valutazioni in ambito domiciliare. Periodo: 01.07.2020-31.12.2020.
<b>SSD Centro Diabetologico</b>			
12. Rete per il trattamento del "Piede Diabetico" Attivazione di un ambulatorio integrato interdipartimentale multidisciplinare "spoke" in area giuliana presso l'Ospedale di Cattinara	Valutazione multidisciplinare del paziente diabetico vascolare presso la SSD F&RUV (Formazione e Ricerca in Ultrasonografia e Patologia Vascolare).	Medici e comparto Obiettivo in comune con S.S.D. Diabetologia Monfalcone, S.C. Chirurgia Vascolare e CIEU Trieste	1. Attivazione entro il mese di febbraio 2020 presso la SSD F&RUV di ambulatorio multidisciplinare per il paziente con piede diabetico 2. n. pazienti valutati collegialmente >n.50 Scadenza: 31/12/2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>13. Rete per il trattamento del “Piede Diabetico” Creazione di Percorso territoriale del paziente con piede diabetico</p>	<p>1. Definizione del percorso assistenziale del paziente con piede diabetico afferente dal territorio ex ASUITS 2. Presa in carico del paziente</p>	<p>Medici e comparto Obiettivo in comune S.S.D. Diabetologia Monfalcone</p>	<p>1. Stesura del percorso 31/12/2020 2. n. di pazienti presi in carico &gt;n. 30  Scadenza: 31/12/2020</p>
<p>14. Processo di Integrazione in ASUGI Assistenza dietologica ai pazienti diabetici tipo 1 ad alta complessità</p>	<p>1. Valutazione dell'intervento dietetico per categorie specifiche ad alta complessità da parte di dietista individuata</p>	<p>Medici e comparto Obiettivo in comune S.S.D. Diabetologia Monfalcone</p>	<p>1. n. di pazienti presi in carico &gt;n. 30  Scadenza: 31/12/2020</p>
<p>15. Assistenza Primaria: 3.3.1 Assistenza Distrettuale. Multimorbidità, complessità, fragilità, stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale e le azioni di sanità d'iniziativa sono le tematiche prioritarie dell'assistenza distrettuale e delle AFT con specifico riferimento alla promozione dell'integrazione tra le diverse specialità nella gestione del paziente cronico con pluripatologie.</p>	<p>1. Istituzione di incontri multidisciplinari periodici di confronto sulle principali malattie croniche (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica)  2. Studio di fattibilità di una piattaforma digitale e programma di telemedicina di integrazione consulenza multidisciplinare per la gestione del paziente cronico multimorbido</p>	<p>Dirigenti medici S.S. Centri diabetologici Distretti di ASUGI Dott.ssa Alessandra Petrucco  Obiettivo in comune con SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone e SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport</p>	<p>1. Evidenza di partecipazione ad almeno 2 incontro multidisciplinari  2. Produzione di un documento di fattibilità della piattaforma digitale e programma di telemedicina per il paziente cronico con SC, diabete mellito o malattia respiratoria cronica Scadenza: 31/12/2020</p>
<p>16. Linea del PAL 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia: Rete Diabete  Continuità Ospedale-Territorio Percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per la dimissione protetta delle persone con diabete ricoverate nei Reparti di Medicina Interna dell'Ospedale di Cattinara</p>	<p>1. Definizione del percorso assistenziale del paziente con diabete dimesso dall'Ospedale per la presa in carico diabetologica a livello territoriale.  2. Applicazione del Percorso di dimissione protetta per le persone con diabete.</p>	<p>Dirigenti Medici e Comparto Strutture di Medicina Ospedale di Cattinara e Centri Diabetologici distrettuali Obiettivo in comune con i Reparti di Medicina Interna Ospedale di Cattinara</p>	<p>1. Stesura e condivisione del percorso e dei criteri di eleggibilità dei pazienti al quale si riferisce Entro 30/9/2020 (Evidenza documento condiviso che descrive la procedura) A CURA DELLE STRUTTURE DI MEDICINA: 2. n. pazienti dimessi e segnalati alla diabetologia territoriale secondo il percorso definito &gt; 80% dei pazienti rientranti nei criteri di eleggibilità stabiliti. Periodo: dal 01/10/2020 al 31/12/2020 A CURA DEI CENTRI DIABETOLOGICI: 3. n. pazienti presi in carico dalla diabetologia territoriale /n. pazienti dimessi e segnalati alla diabetologia territoriale &gt; 80%</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Periodo: dal 01/10/2020 al 31/12/2020			
<b>SC Bambini Adolescenti Donne e Famiglie</b>			
<p>17</p> <p>Piani di miglioramento delle procedure di valutazione e presa in carico della SCBADO F /NPI dell'area Giuliano- isontina</p> <p>Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività delle NPI e delle SCBADO F nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria Area Giuliano- Isontina</p>	<p>Rendere omogenee le procedure e i percorsi ASUGI di valutazione di bambini adolescenti attraverso un tavolo di confronto tra responsabili SCBADO F e NPI a partire dalla documentazione già esistente.</p> <p>1. Identificare le tematiche prioritarie per le quali condividere e sviluppare percorsi/ linee operative specifiche identificando per ciascun tavolo gli operatori referenti.</p> <p>2. Definire le modalità operative di risposta all'utenza coerentemente con le diverse fasi dell'emergenza sanitaria (finalizzate alla predisposizione del DUVRI).</p>	<p>dr.ssa Kinou Wolf (obiettivo dirigente)</p> <p><b>Obiettivo condiviso con i responsabili dei servizi NPI e SCBADO F di ASUGI</b></p>	<p>Redazione di un documento condiviso che a partire da quanto risultato dai tavoli tecnici attivati, definisca i percorsi prioritari condivisi.</p> <p>Documento firmato da tutti i responsabili inviato ai Direttori di Distretto 31.12.2020</p>
<p>18.</p> <p>Piani di miglioramento dei percorsi rivolti ai minori della SCBADO F/NPI dell'area Giuliano-Isontina</p>	<p>1.Partecipazione al tavolo specifico a cui si è designati</p> <p>2. Ogni dirigente delegato al tavolo specifico, interfacciandosi anche con i colleghi di struttura, definirà per i singoli percorsi le parti condivise e comuni e le parti peculiari di ogni servizio, valutandone i punti di forza e le criticità.</p> <p>3. Descrivere un percorso condiviso ed EBM tra tutte le strutture che tenga anche conto della necessità di rimodulazione e riorganizzazione in relazione al documento aziendale DUVRI ed alle specificità di ogni singolo percorso.</p>	<p>dr.ssa Vincenza Aiosa (obiettivo dirigente) dr.ssa Chiara Terpinì (obiettivo dirigente)</p> <p>Tutto il personale della SSTSBA/NPI infantile</p>	<p>Trasmissione al responsabile della SCBADO F di un documento elaborato in ogni tavolo di lavoro entro il 31.10.2020</p>
<p>19.</p> <p>Linee Annuali per la Gestione Del Servizio Sanitario E Sociosanitario Regionale Anno 2020 3.3.4 Salute Mentale</p>	<p>1.Identificazione della domanda e delle caratteristiche di tutti i soggetti con disturbi psichiatrici gravi e/o una fase di acuzie che hanno avuto accesso al SSMG (per D1 e D2) nei primi sei mesi 2020</p>	<p>Dr.ssa Alessia Norcio</p> <p><b>(Obiettivo condiviso con il Distretto 2 nell'ambito del SSMG)</b></p>	<p>1. Identificazione di tutte le situazioni di crisi definite secondo i criteri condivisi (psicopatologia acuta/grave + incapacità di fronteggiamento della crisi da parte del contesto e/o intervento delle agenzie dell'emergenza e/o accesso al PS e/o esito</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Definizione di un percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta	2. Identificazione ed analisi dei percorsi offerti in epoca di emergenza COVID 3. Analisi delle differenze numeriche rispetto al primo semestre 2019	In collaborazione con il distretto 3 e 4 per l'invio dei dati	<i>in ricovero o inserimento in comunità o aumento intensività degli interventi)</i> 2. Presa in carico di tutte le situazioni di acuzie e/o disturbi psichiatrici gravi consenzienti 3. Report con analisi delle prese in carico di tutte le situazioni di crisi, previo consenso della famiglia, effettuate anche nel periodo COVID con evidenziazione dei percorsi integrati SSMG/Burlo e analisi delle differenze rispetto al primo semestre 2019
20. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività delle NPI e delle SCBADoF nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria	Mantenere e/o rimodulare l'offerta dei L.E.A. (specialistica ambulatoriale, percorsi sanitari e sociosanitari) nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19, ed in relazione a quanto espresso dal DUVRI.	Tutto il personale della SSTSBA/ NPI  Coordinatore SSTSBA	Documento riassuntivo delle azioni di rimodulazione dell'offerta di cura nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19 entro il 31.12.2020. Garantita l'accoglienza al 100% dell'utenza che accede alla SSTSBA /NPI giuliano Isontina dal 8/3/2020 al 31/12/2020 Fonte dati: n° accoglienze dall'8/3/2020 al 31/12/2020
21. SS Consultorio Familiare Area Giuliana Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività del Consultorio Familiare nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria Percorso nascita Implementazione interventi nella gravidanza e nel post partum Famiglie fragili Migliorare il sostegno alle famiglie in situazione di fragilità PAL 2020 – Consultori Familiari - 3.3.8	Rimodulare l'offerta dei L.E.A. e degli Standard di Buone Pratiche negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) pre e post- parto con modalità che garantiscano il distanziamento sociale nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria: Condivisione delle linee operative tra i CCF per gestione degli IAN Mantenimento colloqui di accoglienza per le donne che chiedono di partecipare ai gruppi IAN Attivazione e realizzazione dei gruppi 2. Mantenere e/o rimodulare, in base alle necessità di distanziamento sociale poste in essere dall'emergenza sanitaria COVID 19, gli interventi di supporto e le modalità di continuità assistenziale durante la	1. Tutto il personale della S.S. Consultorio Familiare  Coordinatore S.S. Consultorio Familiare   2. Dr.ssa Marina Biancotto (obiettivo dirigente)	1 . Attivazione del 100% dei Gruppi IAN pre e post partum per le donne che ne fanno richiesta con modalità che garantiscano il distanziamento sociale nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria COVID-19  31.12.2020 Fonte dati: Sistema informativo Regionale Consultori, scheda d'accoglienza ostetrica  2. 100% delle donne/famiglie fragili con gravidanze precoci e altre problematiche psico-sociali individuate fruiscono, se

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>gravidenza e il post-partum per le donne e le famiglie che presentano fragilità psico-sociali, con particolare attenzione alle donne con gravidanza in età precoce già in carico al CF o segnalate da altri servizi nel 2020, con applicazione del protocollo di continuità con IRCCS Burlo Garofolo per le gravidanze a rischio psicosociale e sanitario, in integrazione con il progetto “Famiglie in movimento” (v. DGR 551/2019) e in collegamento, laddove possibile, al “Villaggio per crescere”</p>		<p>consenzienti, di un percorso multidisciplinare personalizzato. Applicazione del protocollo in essere con IRCCS Burlo per le gravidanze a rischio psicosociale nella casistica individuata Fonte: cartelle cliniche presso il servizio Registro gravidanze a rischio psico-sociali Report 31/12/2020</p>
<p>22. Implementazione e miglioramento degli interventi nell’adozione nazionale e internazionale PAL 2020 – Consultori Familiari - 3.3.8</p>	<p><b>Area Giuliana e Isontina</b> 1. Avvio di un tavolo di confronto e condivisione tra CCFF dell’area giuliana e isontina su percorsi e metodologie di intervento nelle adozioni nazionali e internazionali <b>Area Giuliana</b> 2. Nell’ambito della partecipazione di ASUGI (referenti area giuliana dr.ssa Vanto e dr.ssa Ravelli) al tavolo del Protocollo regionale sulle Adozioni nazionali e internazionali (Aziende sanitarie, Tribunale per i Minorenni, Ufficio scolastico regionale, Enti Autorizzati), implementazione data base regionale per i nuovi casi in carico nel triennio 2017-2019 nell’area giuliana. Sperimentazione della scheda “Fattori di rischio e di protezione” nei nuovi casi di inserimento in famiglia di bambini adottivi nel 2018 e nel 2019 in carico al CF</p>	<p>Tutto il personale della S.S. Consultorio Familiare</p>	<p>1. Al 31/12/2020 Evidenza di un documento aziendale relativo ai gruppi pre-adozione, che contenga modalità di conduzione, anche in presenza, compatibili con il distanziamento sociale. 2. Evidenza report del data base implementato secondo le indicazioni regionali. 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 nel 2018 e nel 2019.</p> <p>31/12/2020 Fonte dati: Report, Registro casi con scheda</p>
<p>SSD Riabilitazione</p>			
<p>23. 3.5.3 Disabilità</p>	<p>1. Tutti i nuovi accessi ai servizi residenziali e semiresidenziali sono</p>	<p>Dirigenti SSD Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>1. Al 31/12 /2020, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati valutati il 100% dei nuovi accessi</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico. (Obiettivo in linea con quello svolto nel 2019, a suo completamento)	sottoposti alla valutazione con Q-VAD (parte sanitaria). 2. Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria).		2. Al 31/12/2020 risultano valutate il 100% delle persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali
24. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia – Malattie Rare Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti ricoverati nei reparti di CI Ortopedica e CI Neurologica, presi in carico secondo protocollo di continuità riabilitativa.	1. presentazione della nuova scheda di valutazione multidimensionale (revisonata nel 2019) al personale coinvolto. 2. sperimentazione della nuova scheda.  3. monitoraggio della congruità tra le uscite previste e le uscite effettive della nuova scheda.	Personale del comparto SSD Riabilitazione Distretto 1  <b>Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, referente di area riabilitativa</b>	Utilizzo della nuova scheda nel 100% dei pazienti ricoverati nei reparti di CI. Ortopedica e CI. Neurologica presi in carico secondo protocollo di continuità riabilitativa a partire dal 05/10/2020. Realizzazione del monitoraggio della congruità tra uscite previste ed uscite effettive degli utenti ricoverati entro il 31/12/2020 ed analisi delle criticità.
25. Riorganizzazione dell'offerta riabilitativa del SSD Riabilitazione Distretto 1 a seguito della pandemia COVID 19	Riorganizzazione delle procedure e delle attività del Servizio come previsto dai documenti aziendali: 1. Misure per contenimento contagio Covid 19 ( d.d. 11/03/2019) 2. Emergenza Covid 19 fase 2 indicazioni per la riapertura dell'attività ambulatoriale (d.d. 08/05/2020)	Personale della SSD Riabilitazione Distretto 1.	1. Procedure poste in essere per le attività ambulatoriali, le prese in carico domiciliari anche di pz Covid +, le attività di counselling a distanza; monitoraggio delle persone disabili lungoassistite: report di analisi qualitativa e quantitativa dei dati. 2. Procedure avviate per la graduale riapertura delle attività ambulatoriali e a domicilio: report della nuova organizzazione del Servizio e dati per la graduale risoluzione della lista di attesa.
<b>Servizi Amministrativi Distrettuali</b>			
26. Garantire la continuità dell'assistenza nel periodo dell'emergenza sanitaria ai cittadini di Paesi terzi in carico a enti di accoglienza mediante la puntuale applicazione dell'art. 103, del D.L. 17.03.2020, n. 18 convertito in L. 24.04.2020. n. 27.	1. Ricezione da parte degli enti di accoglienza degli elenchi dei cittadini extra U.E. con permesso di soggiorno in scadenza o scaduto; 2. Divisione degli elenchi in base ai distretti di riferimento e estrapolazione dei nominativi degli aventi diritto previa verifica delle singole posizioni; 3. Rinnovo dell'iscrizione al S.S.R per il 100% degli aventi diritto (indicati negli	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1 sede via Stock  In condivisione con D4, D2 e D3	Rinnovo dell'iscrizione al S.S.R. per il 100% degli aventi diritto in applicazione dell'art. 103 del D.L. 17.03.2020, n. 18.  Presenza di report complessivo al 31.12.2020.  Fonte dati: SIASI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	elenchi di cui al punto 1.2) in applicazione dell'art. 103 del D.L. 17.03.2020 n. 18; 4. Predisposizione di report riepilogativo.		
27. Creazione e attivazione di un progetto per effettuare le operazioni di cambio medico per utenti dei 4 Distretti, tramite casella di posta elettronica dedicata, al fine di ottimizzare il servizio reso all'utenza: - riduzione dei tempi di attesa allo sportello - contributo al processo di dematerializzazione mediante moduli editabili dall'utenza; - in periodo di Covid19, garantire la continuità del servizio e ridurre gli accessi al distretto per attività di sportello dell'Anagrafe Sanitaria	1. Stesura progetto 2. Attivazione casella posta elettronica dedicata 3. Creazione della modulistica e indicazioni operative da inserire sul sito aziendale	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1 sede via Stock 2	1. Presenza del progetto inviato al responsabile della gestione servizi amministrativi del Distretto 1 2. Attivazione casella posta elettronica dedicata e pubblicazione sul sito aziendale delle indicazioni operative per il servizio online e allegata modulistica 3. Tutte le richieste pervenute sono espletate Al 31/12/20
28 Monitoraggio e controllo delle prestazioni ADI, ADP, ARP, e prestazioni extra effettuate dai MMG afferenti al D1, ai fini della liquidazione dei compensi spettanti nell'ambito dell'attività dei MMG a domicilio del paziente (comprese le strutture residenziali)	1. Creazione di un file da aggiornare mensilmente con elenco MMG afferenti al D1, con evidenza del tipo di prestazione eseguita della tempistica delle prestazioni e della ricezione da parte del MMG della documentazione. 2 Invio almeno trimestrale di reportistica analitica alla direzione di distretto	Valentin Carolina	Report trimestrale con evidenza delle informazioni necessarie come da az.1  Fonte: fogli riepilogativi mensili per la liquidazione dei compensi inviati dai MMG
29. Monitoraggio dei tempi di consegna dei bilanci di salute-libretti-prestazioni extra inviate dai PLS afferenti al D1 ai fini della relativa liquidazione dei compensi.	Creazione di un file da aggiornare mensilmente con elenco PLS afferenti al D1, tipo di prestazione e tempistica con inserimento data ricezione prestazioni nel file.	Valentin Carolina	Report trimestrale di monitoraggio dei tempi di consegna delle prestazioni e relativa tempistica. Relazione finale Fonte: fogli riepilogativi mensili per la liquidazione dei compensi inviati dai PLS.
30 Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività della SCTSAA nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria	1.Mantenere e/o rimodulare l'offerta dei LEA (specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19	Obiettivo del dirigente Dr.ssa Gabriella Tamaro	Presenza in carico con valutazione clinica e in condivisione con l'MMG, su segnalazione del SID, di almeno 20 persone in carico Distretto e a rischio di ospedalizzazione. Report al 31/12/20.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Area Giuliano-Isontina	2.Mantenere e/o rimodulare, in base alle necessità di distanziamento sociale poste in essere dall'emergenza sanitaria COVID 19, gli interventi domiciliari/ambulatoriali e la modalità di continuità assistenziale degli utenti già in carico a servizi e/o segnalati da altri servizi.		

## SO Distretto 2

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Pianificazione strategie aziendali contenimento contagio da Covid 19 nelle residenze per anziani	Partecipazione alla stesure dei piani aziendali per le residenze per anziani e disabili nell'emergenza sanitaria da covid - 19	Giacomo Benedetti Direttore di Distretto	Produzione documenti fase 1 e fase 2
<b>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale</b>			
2. Emergenza CoVi19: Azioni a sostegno della direzione strategica per la tenuta delle attività garanti dei LEA del Distretto – area assistenziale	1. Condivisione delle linee strategiche, in modalità remota 2. Programmazione delle azioni di messa in sicurezza dei percorsi rispondenti alle indicazioni 3. Attivazione percorsi e monitoraggio 4. Modulazione dei percorsi a seguito di nuove disposizioni	Dr.ssa Claudia Rusgnach Dirigente Infermieristico di Distretto	Produzione di un documento riassuntivo delle attività e dei monitoraggi con descrizione dettagliata delle attività svolte e descritte nelle azioni (punti 1. 2. 3. 4.)
3. PAL linea lavoro 3.3.1.b Presenza in carico e continuità assistenziale  Rafforzamento dei percorsi di mantenimento a domicilio e dimissione protetta da Pronto Soccorso -	1. Potenziamento delle modalità di gestione dei casi con accesso evitabile al pronto soccorso: - gestione domiciliare precoce - rientro a domicilio in sicurezza 10. Individuazione di uno strumento con budget dedicato 11. Stesura di una procedura 12. Attivazione dello strumento (almeno 10 casi totali) secondo procedura 13. Monitoraggio dei percorsi attivati 14. Applicazione della procedura anche nelle fasi organizzative 2 e 3 post CoVi19 (residenze per anziani non attivabili)	Dr.ssa Claudia Rusgnach Dirigente Infermieristico di Distretto (in collaborazione con i dirigenti infermieristici dei distretti 1,3 e 4 e la direzione infermieristica aziendale)	Strumento con budget dedicato individuato e applicato entro il 31 gennaio. Procedura presente entro il 15 febbraio Almeno 10 casi attivati secondo procedura Report conclusivo con evidenza delle azioni intraprese 1-6 al 31/12/2020
4. Riorganizzazione delle attività clinico- assistenziali della SCTSAA a seguito della pandemia COVID 19	4. Recepimento delle direttive aziendali 5. Analisi delle risorse utilizzabili, programmazione delle attività col nuovo assetto 6. Ripristino delle attività secondo le disposizioni della fase 2 e 3	Referenti e personale delle Microaree del Distretto	Report analitico con: - risorse attive (fase 1 e fase 2); - modalità di gestione delle prese in carico; - modalità di riattivazione dei percorsi (fase 3)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Riorganizzazione della gestione dei Dispositivi Protettivi Individuali durante e successiva all'emergenza sanitaria COVI 19 in un'ottica di salvaguardia , sicurezza, razionalità dei presidi , per tutto il personale e assistiti coinvolti nel processo di cura	1. Recepimento delle indicazioni per un utilizzo razionale dei dispositivi di protezione aziendale alla luce del rapporto del ISS n.2/2020 del 14/03/2020; 2. Analisi dei fabbisogni di tutte le Microaree del distretto n. 2 3. Monitoraggio continuo quali/quantitativo degli approvvigionamenti dei DPI ricevuti	Referenti e personale delle Microaree del Distretto	Report analitico conclusivo sul percorso adottato contenente: - modalità di diffusione delle indicazioni - adozione di strumenti per il monitoraggio costante e continuo del fabbisogno - valutazione del corretto e razionale utilizzo dei DPI da parte degli assistiti e collaboratori; - esiti quali/quantitativi dei monitoraggi
<b>SC Tutela Salute Anziani e Residenze</b>			
6. Contrasto a pandemia da Covid-SARS-2	1. Adesione a gruppo di lavoro interdistrettuale, dirigenti medici territoriali ASUGI, per la copertura dei turni presso la RSA San Giusto – dedicata a pazienti Covid+. 2. Partecipazione al calendario turni in reparto COVID+ in contemporanea all'attività distrettuale 3. Esecuzione di turni diurni feriali e festivi presso la RSA San Giusto per tutta la durata della fase 1 della pandemia Covid-SARS-2	Dott. Carlo Rotelli Responsabile SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	1-2. Disponibilità alla turnistica e inclusione nel calendario feriale e festivo dal 13 marzo al 4 giugno 2020 (fase 1 pandemia Covid) 3. Esecuzione di almeno 50 ore di servizio presso la RSA San Giusto in ambiente COVID+, comprensivi di valutazione clinica, aggiornamento diagnostico-terapeutico, redazione cartella clinica <i>Fonte: cartelle cliniche e calendario turni RSA San Giusto</i>
7. Riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali della SC Tutela Salute Adulti a seguito della pandemia COVID-19	1. Recepimento delle direttive aziendali 2. Analisi delle risorse utilizzabili, programmazione delle attività col nuovo assetto 3. Ripristino delle attività secondo le disposizioni della fase 2 e 3	Tutto il personale della SC Tutela Salute Adulti Anziani Distretto 2	Report analitico con: - risorse attive (fase 1 e fase 2); - modalità di gestione delle prese in carico; - modalità di riattivazione dei percorsi (fase 3)
8. Riorganizzazione della gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) durante e successiva all'emergenza sanitaria COVI 19 in un'ottica di salvaguardia , sicurezza e razionalità dei presidi, per tutto il personale e assistiti coinvolti nel processo di cura	1. Individuazione di una referenza distrettuale per la gestione dei DPI; 2. Recepimento, divulgazione e applicazione delle indicazioni per l'utilizzo razionale dei DPI alla luce del rapporto del ISS n.2/2020 del 14.03.2020; 3. Fornitura dei DPI su richiesta dei MMG e delle strutture residenziali afferenti al Distretto 2;	Tutto il personale della SC Tutela Salute Adulti Anziani Distretto 2	Relazione sull'attività di riorganizzazione della gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come da azioni: - Evidenza dell'evasione del 100% delle richieste di DPI da parte di MMG e strutture residenziali; - Evidenza del monitoraggio quantitativo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Monitoraggio continuo quantitativo degli approvvigionamenti dei DPI ricevuti.		
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 strutturata con la previsione di audit con periodicità definita, restituzione dati ai professionisti e predisposizione dei piani di miglioramento .	SS. Anziani e residenze: Benedetti Giacomo, Lenardoni Bianca, Natale Ernesto in collaborazione con Cernecca Ugo.	Almeno 1 AUDIT per ogni struttura attualmente convenzionata con il Distretto 2 .
10. Attivazione di programmi di medicina d’iniziativa nell’ambito delle patologie croniche-degenerative	In continuità con il protocollo di valutazione neuropsicologica dei criteri minimi essenziali per la guida sicura rivolto a persone con sospetto disturbo cognitivo, pubblicazione, presentazione e diffusione dell’opuscolo “Idoneità alla guida e disturbi cognitivi”.	Dott.ssa Filomena Vella SS Anziani e Residenze	Pubblicazione, presentazione e diffusione dell’opuscolo “Idoneità alla guida e disturbi cognitivi”, ai MMG, SC Medicina Legale e CDDC distrettuali.
<b>SS Diabetologia</b>			
11. Rete per il trattamento del “Piede Diabetico” Attivazione di un ambulatorio integrato interdipartimentale multidisciplinare “spoke” in area giuliana presso l’Ospedale di Cattinara	1.Valutazione multidisciplinare del paziente diabetico vascolare presso la SSD F&RUV (Formazione e Ricerca in Ultrasonografia e Patologia Vascolare).	Medici e comparto Diabetologia Distretto 2.  <b>Obiettivo in comune con S.S.D. Diabetologia Monfalcone, S.C. Chirurgia Vascolare e CIEU Trieste</b>	1. Attivazione entro il mese di febbraio 2020 presso la SSD F&RUV di ambulatorio multidisciplinare per il paziente con piede diabetico 2. Almeno 50 pazienti valutati collegialmente Scadenza: 31/12/2020
12. Rete per il trattamento del “Piede Diabetico” Creazione di Percorso territoriale del paziente con piede diabetico	1. Definizione del percorso assistenziale del paziente con piede diabetico afferente dal territorio ex ASUITS 2. Presenza in carico del paziente	Medici e comparto Diabetologia Distretto 2.  <b>Obiettivo in comune S.S.D. Diabetologia Monfalcone</b>	1. Stesura del percorso 31/12/2020 2. Almeno 30 pazienti presi in carico Scadenza: 31/12/2020
13. Processo di Integrazione in ASUGI Assistenza dietologica ai pazienti diabetici tipo 1 ad alta complessità	1. Valutazione dell’intervento dietetico per categorie specifiche ad alta complessità da parte di dietista individuata	Medici e comparto Diabetologia Distretto 2.  <b>Obiettivo in comune S.S.D. Diabetologia Monfalcone</b>	1. N. di pazienti presi in carico >n. 30  Scadenza: 31/12/2020
14. 3.3 Assistenza Primaria: 3.3.1 Assistenza Distrettuale. Multimorbilità, complessità, fragilità, stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale e le	1. Istituzione di incontri multidisciplinari periodici di confronto sulle principali malattie croniche (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica)	Dirigenti medici S.S. Centri diabetologici Distretti di ASUGI Dott.ssa Elena Manca	1. Evidenza di partecipazione ad almeno 2 incontro multidisciplinari  2. Produzione di un documento di fattibilità della piattaforma digitale e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
azioni di sanità d'iniziativa sono le tematiche prioritarie dell'assistenza distrettuale e delle AFT con specifico riferimento alla promozione dell'integrazione tra le diverse specialità nella gestione del paziente cronico con pluripatologie	2. Studio di fattibilità di una piattaforma digitale e programma di telemedicina di integrazione consulenza multidisciplinare per la gestione del paziente cronico multimorbido	<b>Obiettivo in comune con SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone e SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport</b>	programma di telemedicina per il paziente cronico con SC, diabete mellito o malattia respiratoria cronica Scadenza: 31/12/2020
15. Linea del PAL 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia: Rete Diabete Continuità Ospedale-Territorio Percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per la dimissione protetta delle persone con diabete ricoverate nei Reparti di Medicina Interna dell'Ospedale di Cattinara	1. Definizione del percorso assistenziale del paziente con diabete dimesso dall'Ospedale per la presa in carico diabetologica a livello territoriale.  2. Applicazione del Percorso di dimissione protetta per le persone con diabete	Dirigenti Medici e Comparto Strutture di Medicina Ospedale di Cattinara e Diabetologia Territoriale.  <b>Obiettivo in comune con i Reparti di Medicina Interna Ospedale di Cattinara</b>	1. Stesura e condivisione del percorso e dei criteri di eleggibilità dei pazienti al quale si riferisce Entro 30/9/2020 (evidenza documento condiviso che descrive la procedura) A CURA DELLE STRUTTURE DI MEDICINA: 2. n. pazienti dimessi e segnalati alla diabetologia territoriale secondo il percorso definito > 80% dei pazienti rientranti nei criteri di eleggibilità stabiliti. Periodo: dal 01/10/2020 al 31/12/2020 A CURA DEI CENTRI DIABETOLOGICI: 3. n. pazienti presi in carico dalla diabetologia territoriale /n. pazienti dimessi e segnalati alla diabetologia territoriale > 80% Periodo: dal 01/10/2020 al 31/12/2020
<b>RSA San Giusto</b>			
16. Polifarmacoterapia Riduzione ricoveri ultra 75 anni 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.
17. Riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali della RSA San Giusto e conversione in RSA-COVID a seguito della pandemia COVID-19.	1. Recepimento delle direttive aziendali 2. Analisi delle risorse utilizzabili, programmazione delle attività finalizzate alla conversione in struttura attrezzata per gestire persone con infezione da sars-cov-2.	Tutto il personale della RSA San Giusto	Report analitico presente al 31/12/2020 con: - Risorse attive, assetto organizzativo attività di formazione (fase 1 e fase 2); - Modalità di gestione delle prese in carico nelle diverse fasi dell'emergenza; - Rimodulazione dell'attività (fase 3)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Modulazione dell'attività secondo le disposizioni della fase 2 e 3		
<b>SSD Rete Cure Palliative</b>			
<p>18. Riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali delle Cure Palliative in tempo di pandemia COVID 19. Contenimento del contagio e in particolar modo assenza di procurato contagio da parte degli operatori</p>	<p>1. Sospese tutte le visite ambulatoriali: vengono effettuate solo le visite domiciliari urgenti, non procrastinabili. La valutazione del grado di urgenza viene effettuata al telefono dal personale sanitario, tramite scheda di triage appositamente costruita.</p> <p>2. Vengono messi a disposizione del personale i DPI e vengono condivise con il personale tutte le informazioni, anche tramite tutorial aziendali, relativamente ai comportamenti adeguati per la prevenzione della diffusione dell'infezione da coronavirus.</p> <p>3. Il personale si confronta con tutti gli altri operatori di cure palliative della regione FVG, con appuntamenti quindicinali, su piattaforma telematica per dialogare sulle criticità emergenti rispetto all'assistenza domiciliare legate alla pandemia.</p> <p>4. Tutti gli utenti hanno a disposizione il numero di cellulare di medici e infermieri e il numero del telefono fisso della segreteria. Alcune consulenze o informazioni vengono date direttamente al telefono.</p> <p>5. Le ricette di farmaci sono portate a domicilio, nella cassetta postale, per evitare l'accesso dei parenti in ospedale, in quanto la tipologia di farmaci prescritti non prevede la de-materializzazione della ricetta stessa.</p> <p>Allontanamento dal servizio del personale con sintomatologia para-influenzale.</p>	<p>Tutto il personale della S.S.D. Rete Cure Palliative: dirigenza e comparto.</p>	<p>Piano di lavoro con evidenza delle azioni di riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali delle Cure Palliative in tempo di pandemia COVID 19 e contenimento del contagio e in particolar modo assenza di procurato contagio da parte degli operatori come da azioni 1-5</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>19. Miglioramento di assistenza Cure simultanee</p>	<p>Attivare una presa in carico precoce dei pazienti con neoplasia polmonare IV stadio e pancreas localmente avanzata o metastatico da parte delle cure Palliative mediante attivazione di un ambulatorio tre volte alla settimana (agenda CUP) , quando possibile condiviso, tra Oncologia e SSD Cure palliative per la valutazione di questi pazienti</p>	<p>SC Oncologia, SSD Cure Palliative /Dirigenti Medici e comparto</p>	<p>Valutare il numero di pazienti affetti da queste due patologie presi in carico precocemente /casi incidenti.</p>
<p><b>SC Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie</b></p>			
<p>20. Piani di miglioramento dei percorsi rivolti ai minori che accedono alle SCBADF /NPI dell'area Giuliano- isontina Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività delle NPI e delle SCBADOF nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria Area Giuliano- Isontina</p>	<p>Rendere omogenee le procedure e i percorsi ASUGI di valutazione di bambini adolescenti attraverso un tavolo di confronto tra responsabili SCBADoF e NPI a partire dalla documentazione già esistente. 3. Identificare le tematiche prioritarie per le quali condividere e sviluppare percorsi/ linee operative specifiche identificando per ciascun tavolo gli operatori referenti. Definire le modalità operative di risposta all'utenza coerentemente con le diverse fasi dell'emergenza sanitaria (finalizzate alla predisposizione del DUVRI).</p>	<p>Dr.ssa Daniela Vidoni Direttore SCBADOF2  <b>Obiettivo condiviso con i responsabili dei servizi NPI di Monfalcone e Gorizia e SCBADOF di ASUGI</b></p>	<p>Redazione di un documento condiviso che a partire da quanto risultato dai tavoli tecnici attivati, definisca i percorsi prioritari condivisi. Documento firmato da tutti i responsabili inviato ai Direttori di Distretto 31.12.2020</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>21. Piani di miglioramento dei percorsi rivolti ai minori che accedono alle strutture SCBADF/NPI dell'area Giuliano-Isontina</p>	<p>1. Partecipare al tavolo specifico a cui si è designati 2. Ogni dirigente delegato al tavolo specifico, interfacciandosi anche con i colleghi di struttura, definirà per i singoli percorsi le parti condivise e comuni e le parti peculiari di ogni servizio, valutandone i punti di forza e le criticità. 3. Descrivere un percorso condiviso tra tutte le strutture ed EB che tenga anche conto della necessità di rimodulazione e riorganizzazione in relazione al documento aziendale DUVRI ed alle specificità di ogni singolo percorso</p>	<p>Tutto il personale della SSTSBA/2, Dirigenti della SSTSBA/2: Dr.ssa Barbara Fazi Dr.ssa Sabrina Ruberti Dr.ssa Maria Antonella Celea</p>	<p>Produrre un documento condiviso ed inviarlo ai responsabili delle SCBADF e NPI territoriali entro il 31/10/2020</p>
<p>22. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività delle NPI e delle SCBADOF nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria Garantire l'accoglienza di tutta la domanda relativa ai minori nella SSTSBA /2 Area Giuliano- Isontina</p>	<p>1. Garantire tutta l'accoglienza della nuova domanda anche rimodulandola in relazione al distanziamento sociale ed a quanto previsto nel documento per la sicurezza aziendale (DUVRI) 2. Presentare in equipe la situazione per l'avvio degli approfondimenti valutativi e per la formulazione del progetto personalizzato</p>	<p>Tutto il personale della SSTSBA/2 Coordinatrice Eliana Chisari</p>	<p>1. E' garantita l'Accoglienza al 100% dell'utenza che accede alla SSTSBA /NPI giuliano Isontina nel 2020 rimodulandola in relazione al distanziamento sociale ed a quanto previsto nel documento per la sicurezza aziendale (DUVRI) 2. Presentazione in equipe del processo per l'avvio degli approfondimenti valutativi e per la formulazione del progetto personalizzato. <i>Fonte dati:</i> schede di accoglienza, verbale presentazione in equipe, report complessivo con rapporto tra nuova domanda ed accoglienza pari al 100%, n° accoglienze dall'8/3/2020 al 31/12/2020.</p>
<p>23. Linee Annuali per la Gestione Del Servizio Sanitario E Sociosanitario Regionale Anno 2020 3.3.4 Salute Mentale Definizione di un percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con</p>	<p>1. Identificazione della domanda e delle caratteristiche di tutti i soggetti con disturbi psichiatrici gravi e/o una fase di acuzie che hanno avuto accesso al SSMG (per D1 e D2) nei primi sei mesi 2020 2. Identificazione ed analisi dei percorsi offerti in epoca di emergenza COVID 3. Analisi delle differenze numeriche rispetto al primo semestre 2019</p>	<p>Tutto il personale SSMG: Per il D2: Dr.ssa Samoah Marsetti Inf. Giuseppe Liberale Inf. Federica Sardiello Ass. san. Marina Periovizza Dirigenti: Dr.ssa Maria Antonietta Rausa Dr.ssa Genoveffa Corvino</p>	<p>1. Identificazione di tutte le situazioni di crisi definite secondo i criteri condivisi (<i>psicopatologia acuta/grave + incapacità di fronteggiamento della crisi da parte del contesto e/o intervento delle agenzie dell'emergenza e/o accesso al PS e/o esito in ricovero o inserimento in comunità o aumento intensività degli interventi</i>)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta		Dr.ssa Alessia Norcio Obiettivo condiviso	2. Presa in carico di tutte le situazioni di acuzie e/o disturbi psichiatrici gravi consenzienti 3. Report con analisi delle prese in carico di tutte le situazioni di crisi, previo consenso della famiglia, effettuate anche nel periodo COVID con evidenziazione dei percorsi integrati SSMG/Burlo e analisi delle differenze rispetto al primo semestre 2019
24. SS Consultorio Familiare Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività del Consultorio Familiare nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria Percorso nascita Implementazione interventi nella gravidanza e nel post partum Famiglie fragili Migliorare il sostegno alle famiglie in situazione di fragilità PAL 2020 – Consultori Familiari - 3.3.8 Area Giuliana	<p><b>Area Giuliana</b></p> <p>1. Rimodulare l'offerta dei LEA e degli Standard di Buone Pratiche negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) pre e post- parto con modalità che garantiscano il distanziamento sociale nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- condivisione delle linee operative tra i CCFF per gestione degli IAN</li> <li>- mantenimento colloqui di accoglienza per le donne che chiedono di partecipare ai gruppi IAN</li> <li>- attivazione e realizzazione dei gruppi</li> <li>- Attivazione dell'iter per l'immissione a sistema dell'esenzione ticket per gravidanza contestuale alla visita ginecologica, senza l'invio della donna presso i servizi amministrativi in altre sedi</li> </ul> <p><b>Area giuliana</b></p> <p>2. Offerta attiva di sostegno individuale, diade mamma-bambino, coppia, gruppi a famiglie/donne in gravidanza e nel post parto in situazione di fragilità, nei primi 1000 giorni di vita dei bambini, in integrazione con il progetto "Famiglie in movimento" (v. DGR 551/2019) e in collegamento a "Villaggio per crescere",</p>	<p>1.1-3 SS CF</p> <p>1.4 SSCF e personale amministrativo Distretto</p> <p>2. dott.ssa Francesca Ravalico dott.ssa Laura Zancola</p>	<p>1. Attivazione del 100% dei Gruppi IAN pre e post partum per le donne che ne fanno richiesta con modalità che garantiscano il distanziamento sociale nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria COVID 19 31.12.2020 <i>Fonte dati: Sistema informativo Regionale Consultori, agenda ostetrica, cartelle personali utenza target</i></p> <p>Attivazione esenzione ticket per il 100% delle donne che ne fanno richiesta 31.12.2020 <i>Fonte dati: agenda ginecologica Gestionale Insiel "GASB" Cartelle personali utenza target</i></p> <p>2. Evidenza dell'offerta attiva realizzata anche in integrazione con il progetto "Famiglie in movimento" e in collegamento con il "Villaggio per crescere" a favore delle donne/famiglie individuate e consenzienti 31.12.2020 <i>Fonte dati: Report, Registro casi, Sistema informativo Regionale Consultori, cartelle personali utenza target</i></p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>25. Adozione nazionale e internazionale Implementazione e miglioramento degli interventi nell'adozione nazionale e internazionale PAL 2020 – Consulenti Familiari - 3.3.8</p>	<p>con modalità compatibili al distanziamento sociale</p> <p><b>Area Giuliana e Isontina</b> 1. Avvio di un tavolo di confronto e condivisione tra CCFF dell'area giuliana e isontina su percorsi e metodologie di intervento nelle adozioni nazionali e internazionali</p> <p><b>Area Giuliana</b> 2. Partecipare al programma di lavoro individuato nel tavolo regionale del Protocollo sulle Adozioni nazionali e internazionali (Aziende sanitarie, Tribunale per i Minorenni, Ufficio scolastico regionale, Enti Autorizzati) e ai sottogruppi attivati: fallimenti/crisi adottive, raccolta dati,). Implementazione data base regionale per i nuovi casi in carico nel triennio 2017-2019 nell'area giuliana. Sperimentazione della scheda "Fattori di rischio e di protezione" nei nuovi casi di inserimento in famiglia di bambini adottivi nel 2018 e nel 2019 in carico al CF</p>	<p>1. CCFF area giuliana e area isontina 4 Responsabili CC.FF. D2=dott.ssa Maria Antonietta Vanto</p>	<p>1. Evidenza di un documento condiviso sulla conduzione dei gruppi pre-adozione da realizzare in collaborazione con gli EEAA, con modalità compatibili al distanziamento sociale 31/12/2020. 2. Evidenza report del programma di lavoro effettuato, del data base implementato secondo le indicazioni regionali 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 nel 2018 e nel 2019.</p> <p>31/12/2020 <i>Fonte dati: Report, Data base implementato, Registro casi con scheda</i></p>
<b>SSD Riabilitazione</b>			
<p>26. 3.5.2 Anziani Garantire la prosecuzione del programma di riclassificazione delle residenze per anziani</p>	<p>1 Per le residenze convenzionate all'esercizio è verificata la conformità ai requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale previsti per l'area riabilitativa</p>	<p>SSD Riabilitazione D2 in collaborazione con il referente distrettuale delle Residenze o suo sostituto</p>	<p>1. Dal 1.7.2020 almeno un accesso casuale di verifica al mese presso le residenze convenzionate con il Distretto 2 2. Redazione verbale di accesso nel 100% delle visite</p>
<p>27. Riorganizzazione delle attività riabilitative della Ssd riabilitazione a seguito della pandemia COVID 19</p>	<p>1.Recepimento delle direttive aziendali 2.Analisi delle risorse utilizzabili, programmazione delle attività col nuovo assetto 3.Ripristino delle attività secondo le disposizioni della fase 2 e 3</p>	<p>SSD Riabilitazione</p>	<p>Report analitico con: Riorganizzazione del servizio (fase 1 e fase 2); modalità di gestione delle prese in carico; modalità di riattivazione dei percorsi (fase 3)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
28. 3.5.3 Disabilità Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico. (Obiettivo in linea con quello svolto nel 2019, a suo completamento)	3. Tutti i nuovi accessi ai servizi residenziali e semiresidenziali sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD (parte sanitaria). 4. Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria).	Dirigenti SSD Riabilitazione Distrettuale	1. Al 31/12 /2020, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati valutati il 100% dei nuovi accessi 2. Al 31/12/2020 risultano valutate il 100% delle persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali
<b>Direzione – Servizi amministrativi</b>			
29. Garantire la continuità dell’assistenza nel periodo dell’emergenza sanitaria ai cittadini di Paesi terzi in carico a enti di accoglienza mediante la puntuale applicazione dell’art. 103, del D.L. 17.03.2020, n. 18 convertito in L. 24.04.2020. n. 27.	1. Ricezione da parte degli enti di accoglienza degli elenchi dei cittadini extra U.E. con permesso di soggiorno in scadenza o scaduto; 2. Divisione degli elenchi in base ai distretti di riferimento e estrapolazione dei nominativi degli aventi diritto previa verifica delle singole posizioni; 3. Rinnovo dell’iscrizione al S.S.R per il 100% degli aventi diritto (indicati negli elenchi di cui al punto 1.2) in applicazione dell’art. 103 del D.L. 17.03.2020 n. 18; 4. Predisposizione di report riepilogativo.	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2. In condivisione con D1, D3 e D4	Rinnovo dell’iscrizione al S.S.R. per il 100% degli aventi diritto in applicazione dell’art. 103 del D.L. 17.03.2020, n. 18. Presenza di report complessivo al 31.12.2020. Fonte dati: SIASI
30. Garantire ai cittadini le attività amministrative di front office in modalità alternative alla presenza fisica in distretto nel periodo emergenza COVID e post COVID.	1. Ricezione delle richieste da parte dei cittadini a mezzo: e-mail, telefono. 2. Verifica della documentazione pervenuta; 3. Esecuzione delle operazioni richieste; 4. Invio delle tessere sanitarie aggiornate via mail; 5. Predisposizione di report riepilogativo	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2	Il 100 % delle richieste è stato evaso Relazione contenente le azioni di riorganizzazione e le attività svolte
31 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Distretto delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Distretto	Entro 1 mese dall’approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria  Area Giuliano-Isontina	1. Elaborazione del piano distrettuale per la gestione del rischio Covid-19 in linea con le indicazioni aziendali e del SPPA 2. Mantenere e/o rimodulare l'offerta dei L.E.A. (specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare, percorsi sanitari e sociosanitari) nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19	Dr.ssa Ofelia Altomare Dr.ssa Cristina Montesi Dr.ssa Vittoria Sola in collaborazione con tutti servizi distrettuali	1. Presenza del piano distrettuale approvato dalla direzione generale 2. Documento riassuntivo delle azioni di rimodulazione dell'offerta di cura nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19 e nei vari setting di cura entro il 31.12.2020.
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatori Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Monitorare quotidianamente i dati delle situazioni delle persone risultate positive al tampone oro-faringeo per la ricerca del virus Sars-Cov-2, delle situazioni sottoposte conseguentemente in sorveglianza per quarantena e della continuità assistenziale tra i vari setting di cura e assistenza del Distretto 3 – area adulti e anziani.	1. Dal 06.04.2020 al 31.12.2020 ricerca sul sistema regionale "SIASI" dei nominativi dei Medici di Medicina Generale e del Distretto di appartenenza delle persone presenti negli elenchi e trasmissione ai Direttori dei Distretti di Trieste dei dati risultanti. 2. Costruzione di file di monitoraggio della continuità tra ospedale e territorio e delle modalità comunicative intra - distrettuali	Lorian Vigini P.O. Gestione Servizi Amministrativi Rosolino Trabona SSD Servizio Infermieristico	Report riepilogativo al 31.12.2020 riferito alle attività effettuate, strumenti utilizzati, modalità comunicative e al monitoraggio della continuità tra ospedale e territorio.
3. Gestire le attività di management di progetti europei - Programma Interreg, - Programma Health - Programma Erasmus Gestire le attività di management finanziario di progetti europei e di fondi FESR	Produzione di report di progetto  Preparazione dei report finanziari seguendo le linee guida dei diversi programmi	Dott.ssa Ofelia Altomare Chiara Beccalli  <i>in collaborazione con gli altri distretti di ASUGI i competenti uffici aziendali</i>	Produzione di report divulgativo di progetto  Preparazione di almeno una relazione finanziaria conclusiva 31/12/2020
4. Emergenza sanitaria COVID 19:	1. Elaborazione del piano per ciascuna Microarea per la gestione del rischio	Referenti di Microarea SSD Servizio Infermieristico	1. Presenza di piano di lavoro delle Microaree

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riorganizzazione e rimodulazione attività nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria  Area Giuliano-Isontina	Covid-19 in linea con le indicazioni aziendali e del SPPA 2. Mantenere e/o rimodulare, in base alle necessità di distanziamento sociale poste in essere dall'emergenza sanitaria COVID 19, gli interventi domiciliari e la modalità di continuità assistenziale degli utenti già in carico a servizi e/o segnalati da altri servizi.		2. Report di attività: attività integrate con DSM, DdD, Servizio Sociale; attività integrate con il terzo settore e con il volontariato;
<b>SC Tutela Salute Adulti e Anziani</b>			
5. Emergenza sanitaria COVID 19: LINEE OPERATIVE Riorganizzazione e rimodulazione attività della SCTSAA nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria  Area Giuliano-Isontina	1. Identificazione delle aree prioritarie per le quali condividere e sviluppare percorsi/ linee operative specifiche. 2. Definizione delle modalità operative di risposta all'utenza coerentemente con le diverse fasi dell'emergenza sanitaria. 3. Condivisione delle linee operative tra le varie SS per gestione dell'offerta 4. Mantenere e/o rimodulare, in base alle necessità di distanziamento sociale poste in essere dall'emergenza sanitaria COVID 19, gli <b>interventi domiciliari/ambulatoriali</b> e la modalità di <b>continuità assistenziale</b> degli utenti già in carico a servizi e/o segnalati da altri servizi. 3. Recepimento e applicazione delle linee guida/protocolli ASUGI in relazione ai percorsi di inserimento residenziali. 4. Calendarizzazione degli ingressi nelle strutture 5 Riorganizzazione degli appuntamenti delle agende CUP delle visite ambulatoriali specialistiche in relazione alle indicazioni regionali e aziendali. Riorganizzazione delle agende degli specialisti con le tempistiche modificate.	SSD Servizio Infermieristico SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SS Anziani e Residenze Montesi Cristina Ticali Jessica Umek Elisabetta Alessandra Brunetta Vanessa Stemberger Marina Schilirò Erika Furlan Dr.ssa Umek Elisabetta Dr.ssa Ticali Jessica Daria Ghersetti	Il 100% dell'utenza che accede alla SSTSAA Fonte dati: n° accoglienze dall'8/3/2020 al 31/12/2020 segue le linee operative come da azioni. Documento contenente le linee operative per la riorganizzazione e rimodulazione delle attività nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria con evidenza delle azioni intraprese  dal 8/3/2020 al 31/12/2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>6. Riorganizzazione dell'accoglienza per appuntamento e con modalità di triage e pre-triage</p> <p>7. Incremento dei monitoraggi telefonici e delle visite domiciliari per le situazioni complesse dei pazienti in carico al CDDC in collaborazione col servizio sociale e messa in atto di progetti personalizzati alternativi ai centri diurni/residenzialità per anziani (cartelle cliniche).</p> <p>8. Supporto psicologico telefonico proattivo in fase di lockdown per persone adulte e disabili</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione al corso "psicologia dell'emergenza COVID" organizzato da ASUGI su piattaforma online</li> <li>- Adesione al progetto "Supporto Psicologico Numero Verde ASUGI" nelle date 31/03 06/4 08/04 20/04 27/04 04/05 11/05 18/05 25/05 10/06 17/06 (orario 8.30-13.00) per un totale di 20 ore per i dipendenti e 40 ore per la popolazione</li> </ul>		
<p>6. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività della SCTSAA nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria</p> <p>Area Giuliano- Isontina</p>	<p>Riorganizzazione della gestione dei Dispositivi Protettivi Individuali in corso dell'emergenza sanitaria da COVID 19:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepimento protocolli aziendali in stretto raccordo con SSD SPPA.</li> <li>- Formazione sul campo per operatori distrettuali, strutture residenziali per anziani e cooperative coinvolte nell'assistenza di utenti con budget salute</li> <li>- Distribuzione diretta dei DPI alle RSA, residenze per anziani, MMG, PLS</li> <li>- Monitoraggio quotidiano della situazione dei DPI all'interno delle strutture residenziali con implementazione del file condiviso in Dropbox ed eventuali manovre correttive.</li> </ul>	<p>Tutto il personale della SCTSAA SSD Servizio Infermieristico Alessandra Brunetta Vanessa Stemberger Marina Schilirò</p>	<p>Report riepilogativo al 31.12.2020 riferito alle attività effettuate, strumenti utilizzati in riferimento alle azioni.</p>



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>7. Piani di miglioramento delle procedure di valutazione e presa in carico della SCTSAA Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale/territorio: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute.</p>	<p>Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale-territorio 1. Mantenimento dell'attività di continuità assistenziale. 2. Definizione della destinazione del paziente secondo i protocolli dei flussi ASUGI: RSA/domicilio/strutture convenzionate-filtro 3. Riapertura attività in presenza presso i reparti ospedalieri: presenza degli infermieri dedicati nei reparti ospedalieri come da protocollo 4. Ripristino attività in presenza in PS: presenza quotidiana e copertura dei fine settimana degli infermieri dedicati in PS con la rotazione prevista dei 4 distretti di Trieste</p>	<p>Dr.ssa Ofelia Altomare SSD Servizio Infermieristico SC Tutela salute Adulti Anziani Dr.ssa Cristina Montesi Resp. SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Vanessa Stemberger Coordinatore Infermieristico SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Erika Furlan Coordinatrice SS Anziani e Residenze Dott. Rosolino Trabona SSD Servizio Infermieristico</p>	<p>Garanzia del 100% delle continuità richieste. Relazione contenente il piano di miglioramento e le azioni intraprese 1-4</p>
<p>8. Piani di miglioramento delle procedure di valutazione e presa in carico della SCTSAA  Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale/territorio: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute.</p>	<p>1. Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio: Nutrizione artificiale 2.1 Screening e diagnosi della malnutrizione nei pazienti in trattamento per neoplasia Creazione di liste CUP per programmazione di visite nutrizionistiche/trattamenti dietetici 2.2. Avvio precoce di programma personalizzato (visita nutrizionistica/trattamento dietetico)</p>	<p>1.Dr Beniamino Ciochi  2.Ambulatorio Nutrizionale Distrettuale (dirigenti medici/comparto)</p>	<p>1.Valutazione del 100% degli assistiti con indicazione a nutrizione artificiale (NA) segnalate dai reparti ospedalieri per avvio dei percorsi di NA 2.1. Presa in carico del 100% delle persone segnalate dalle SC Oncologia/SC Clinica Medica con predisposizione dei trattamenti dietetici, attivazione di fornitura supplementi nutrizionali orali e di nutrizione artificiale (NE/NPT). 2.2. Evidenza di agenda CUP dedicata</p>
<p>9. 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</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		di terminalità avviene a domicilio o in hospice
<b>S.S. Centro Diabetologico</b>			
10. Rete per il trattamento del "Piede Diabetico" Attivazione di un ambulatorio integrato interdipartimentale multidisciplinare "spoke" in area giuliana presso l'Ospedale di Cattinara	Valutazione multidisciplinare del paziente diabetico vascolare presso la SSD F&RUV (Formazione e Ricerca in Ultrasonografia e Patologia Vascolare)	Medici e comparto Obiettivo in comune con S.S.D. Diabetologia Monfalcone, S.C. Chirurgia Vascolare e CIEU Trieste	1. Attivazione entro il mese di febbraio 2020 presso la SSD F&RUV di ambulatorio multidisciplinare per il paziente con piede diabetico 2. n. pazienti valutati collegialmente/ n.pazienti ≥ 50 Scadenza: 31/12/2020
11. Rete per il trattamento del "Piede Diabetico" Creazione di Percorso territoriale del paziente con piede diabetico	1. Definizione del percorso assistenziale del paziente con piede diabetico afferente dal territorio ex ASUITS 2. Presa in carico del paziente	Medici e comparto  Obiettivo in comune S.S.D. Diabetologia Monfalcone	1. Stesura del percorso/31/12/2020 2. n. di pazienti presi in carico/n. Pazienti > 30 Scadenza: 31/12/2020
12. Processo di Integrazione in ASUGI Assistenza dietologica ai pazienti diabetici tipo 1 ad alta complessità	Valutazione dell'intervento dietetico per categorie specifiche ad alta complessità da parte di dietista individuata	Medici e comparto Obiettivo in comune S.S.D. Diabetologia Monfalcone	n. di pazienti presi in carico/n. Pazienti > 30  Scadenza: 31/12/2020
13. 3.3 Assistenza Primaria: 3.3.1 Assistenza Distrettuale. Multimorbidity, complessità, fragilità, stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale e le azioni di sanità d'iniziativa sono le tematiche prioritarie dell'assistenza distrettuale e delle AFT con specifico riferimento alla promozione dell'integrazione tra le diverse specialità nella gestione del paziente cronico con pluripatologie.	1. Istituzione di incontri multidisciplinari periodici di confronto sulle principali malattie croniche (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) 2. Studio di fattibilità di una piattaforma digitale e programma di telemedicina di integrazione consulenza multidisciplinare per la gestione del paziente cronico multimorbido	Dott. Riccardo Candido  Obiettivo in comune con SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone e SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	1. Evidenza di partecipazione ad almeno 2 incontro multidisciplinari 2. Produzione di un documento di fattibilità della piattaforma digitale e programma di telemedicina per il paziente cronico con SC, diabete mellito o malattia respiratoria cronica Scadenza: 31/12/2020
14. Linea del PAL 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia: Rete Diabete	1. Definizione del percorso assistenziale del paziente con diabete dimesso	Dirigenti Medici e Comparto Strutture di Medicina Ospedale di Cattinara e Diabetologia Territoriale.	1. Stesura e condivisione del percorso e dei criteri di eleggibilità dei pazienti al quale si riferisce

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Continuità Ospedale-Territorio  Percorso di continuità assistenziale  Ospedale-Territorio per la dimissione protetta delle persone con diabete ricoverate nei Reparti di Medicina Interna dell'Ospedale di Cattinara</p>	<p>dall'Ospedale per la presa in carico diabetologica a livello territoriale.</p> <p>2. Applicazione del Percorso di dimissione protetta per le persone con diabete.</p>		<p>Scadenza: 30/08/2020  A CURA DELLE STRUTTURE DI MEDICINA:  2. n. pazienti dimessi e segnalati alla diabetologia territoriale secondo il percorso definito &gt; 80% dei pazienti rientranti nei criteri di eleggibilità stabiliti.  Periodo: dal 01/09/2020 al 31/12/2020  A CURA DEI CENTRI DIABETOLOGICI:  3. n. pazienti presi in carico dalla diabetologia territoriale /n. pazienti dimessi e segnalati alla diabetologia territoriale &gt; 80%  Scadenza: 31/12/2020</p>
<b>SC Bambini Adolescenti Donne e Famiglie</b>			
<p>15.  Piani di miglioramento delle procedure di valutazione e presa in carico della SCBADF /NPI dell'area Giuliano- isontina  Emergenza sanitaria COVID 19:  Riorganizzazione e rimodulazione attività delle NPI e delle SCBADOF nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria</p> <p>Area Giuliano- Isontina</p>	<p>1. Rendere omogenee le procedure e i percorsi ASUGI di valutazione di bambini adolescenti attraverso un tavolo di confronto tra responsabili SCBADOF e NPI a partire dalla documentazione già esistente.</p> <p>2. Identificare le tematiche prioritarie per le quali sviluppare percorsi/ linee operative specifiche identificando per ciascun tavolo gli operatori referenti.</p> <p>3. Definire le modalità operative di risposta all'utenza coerentemente con le fasi dell'emergenza sanitaria (predisposizione del DUVRI).</p>	<p>dr.ssa Maria Vittoria Sola  Direttore SCBADOF d3</p> <p><b>Obiettivo condiviso con i responsabili dei servizi NPI e SCBADOF di ASUGI</b></p>	<p>1, 2, 3. Redazione di un documento condiviso che a partire da quanto risultato dai tavoli tecnici attivati, definisca i percorsi prioritari condivisi.</p> <p>Documento firmato da tutti i responsabili inviato ai Direttori di Distretto  31.12.2020</p>
<p>16.  Piani di miglioramento dei percorsi rivolti ai minori che accedono alle strutture SCBADF/NPI dell'area Giuliano-Isontina</p>	<p>1. Partecipazione al tavolo specifico a cui si è designati</p> <p>2. Ogni dirigente delegato al tavolo specifico, interfacciandosi anche con i colleghi di struttura, definirà per i singoli percorsi le parti condivise e comuni e le parti peculiari di ogni servizio, valutandone i punti di forza e le criticità.</p>	<p>Dott.ssa Monica Stocchi</p> <p>Tutto il personale della SSTSBA/NPI infantile</p>	<p>I documenti elaborati nei vari tavoli vengono inviati ai responsabili delle SCBADF e NPI territoriali entro il  31.10.2020</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Descrivere un percorso condiviso ed EBM tra tutte le strutture che tenga anche conto della necessità di rimodulazione e riorganizzazione in relazione al documento aziendale DUVRI ed alle specificità di ogni singolo percorso		
17. Linee Annuali per la Gestione Del Servizio Sanitario E Sociosanitario Regionale PAL 3.3.4- Salute Mentale Definizione di un percorso integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta	1. Identificazione della domanda e delle caratteristiche di tutti i soggetti con disturbi psichiatrici gravi e/o in fase di acuzie che hanno avuto accesso al SSTSBA 3 nei primi sei mesi 2020 2. Identificazione ed analisi dei percorsi offerti in epoca di emergenza COVID 3. Analisi delle differenze rispetto al primo semestre 2019	Dott.ssa Maria del Pilar Abad Mochales  Infermieri della SSTSBA	1. Identificazione di tutte le situazioni di crisi definite secondo i criteri condivisi 2. Presa in carico di tutte le situazioni di acuzie e/o disturbi psichiatrici gravi consenzienti. 3. Report con analisi delle prese in carico di tutte le situazioni di crisi, previo consenso della famiglia, effettuate anche nel periodo COVID con evidenziazione dei percorsi integrati SSMG/Burlo e analisi delle differenze rispetto al primo semestre 2019
18. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività delle SCBADOF nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria	Mantenere e/o rimodulare l'offerta dei L.E.A. (specialistica ambulatoriale, percorsi sanitari e sociosanitari) nelle fasi evolutive dell'emergenza COVID 19	Tutto il personale della SSTSBA  Coordinatrice dott.ssa Irini Karavalaki	Documento riassuntivo delle azioni di rimodulazione dell'offerta di cura in fase emergenziale. Evidenza dell'attività svolta. Report. 31/12/2020
19. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività del Consultorio Familiare nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria Percorso nascita Implementazione interventi nella gravidanza e nel post partum	Area Giuliana Rimodulare l'offerta dei L.E.A. e degli Standard di Buone Pratiche negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) pre e post- parto con modalità che garantiscano il distanziamento nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria: - Condivisione delle linee operative tra i CCFF per gestione degli IAN - mantenimento colloqui di accoglienza per le donne che chiedono di partecipare ai gruppi IAN - attivazione e realizzazione dei gruppi	Tutto il personale della S.S. Consultorio Familiare  Coordinatrice dott.ssa B. Zanetti	a,b e c) Il 100% delle donne che ne fanno richiesta vengono inserite nei Gruppi IAN pre e post partum con modalità che garantiscano il distanziamento nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria COVID 19 Report  <i>Fonte dati: Sistema informativo Regionale Consultori, scheda d'accoglienza ostetrica</i>
20.	1. Offerta attiva di sostegno individuale, diade mamma-bambino, coppia, gruppi a	Tutto il personale della S.C. BADOF 1. dott.ssa Simonetta Olivo	Evidenza dell'attività Svolta. Report

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività del Consultorio Familiare nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria</p> <p>Famiglie fragili Migliorare il sostegno alle famiglie in situazione di fragilità</p> <p>PAL 2020 – Consultori Familiari - 3.3.8</p>	<p>famiglie/donne in gravidanza e nel post parto in situazione di fragilità, nei primi 1000 giorni di vita dei bambini, in integrazione con il progetto “Famiglie in movimento” (v. DGR 551/2019) e in collegamento a “Villaggio per crescere”, con modalità compatibili al distanziamento sociale</p> <p>2. Rimodulazione delle attività rivolte alle famiglie in situazioni complesse nelle fasi dell'emergenza COVID</p> <p>3. Rimodulazione delle attività del gruppo Interistituzionale Affidi con le famiglie affidatarie nelle fasi dell'emergenza COVID</p>	<p>2. Dott.ssa Nadia Milos</p> <p>3. Dott. Franco Bruni</p>	<p>Fonte dati: Report, Registro casi, Sistema informativo Regionale Consultori 31/12/2020</p>
<p>21. Implementazione e miglioramento degli interventi nell'adozione nazionale e internazionale</p> <p>PAL 2020 – Consultori Familiari - 3.3.8</p>	<p>Area Giuliana e Isontina</p> <p>1. Avvio di un tavolo di confronto e condivisione tra CCFF dell'area giuliana e isontina su percorsi e metodologie di intervento nelle adozioni nazionali e internazionali</p> <p>Area Giuliana</p> <p>2. Partecipare al programma di lavoro individuato nel tavolo regionale del Protocollo sulle Adozioni nazionali e internazionali (Aziende sanitarie, Tribunale per i Minorenni, Ufficio scolastico regionale, Enti Autorizzati) e ai sottogruppi attivati: fallimenti/crisi adottive, raccolta dati,). Implementazione data base regionale per i nuovi casi in carico nel triennio 2017-2019 nell'area giuliana. Sperimentazione della scheda “Fattori di rischio e di protezione” nuovi casi di inserimento in famiglia di bambini adottivi nel 2018 e nel 2019 in carico al CF..</p>	<p>1. CCFF area giuliana e area isontina</p> <p>2. Responsabili CC.FF. Dr.ssa Renata Ravelli</p>	<p>1. Evidenza di un documento aziendale, relativo ai gruppi pre-adozione che contenga modalità di conduzione sia in presenza, sia compatibili al distanziamento.</p> <p>2. Evidenza report del programma di lavoro effettuato, del data base implementato secondo le indicazioni regionali 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 nel 2018 e nel 2019.</p> <p>31/12/2020</p>
SSD Riabilitazione			

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
22. 3.5.3 Disabilità Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico (scheda regionale Q-VAD). ( Obiettivo in linea con quello svolto nel 2019, a suo completamento)	1. Tutti i nuovi accessi ai servizi residenziali e semiresidenziali sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD(parte sanitaria). 2. Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria).	1.2. Dirigenti medici SSD Riabilitazione Distretto 3	1.Ai 31/12 /2020, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati valutati il 100% dei nuovi accessi 2.Ai 31/12/2020 risultano valutate il 100% delle persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali
23. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia – Malattie Rare Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti ricoverati nei reparti di Cl Ortopedica e Cl Neurologica, presi in carico secondo protocollo di continuità riabilitativa.	1 presentazione della nuova scheda di valutazione multidimensionale (revisionata nel 2019) al personale coinvolto. 2 sperimentazione della nuova scheda. 3 monitoraggio della congruità tra le uscite previste e le uscite effettive della nuova scheda.	Personale del comparto SSD Riabilitazione Distretto 3  Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, referente di area riabilitativa	Utilizzo della nuova scheda nel 100% dei pazienti ricoverati nei reparti di Cl. Ortopedica e Cl. Neurologica presi in carico secondo protocollo di continuità riabilitativa a partire dal 05/10/2020. 3 realizzazione del monitoraggio della congruità tra uscite previste ed uscite effettive degli utenti ricoverati entro il 31/12/2020 ed analisi delle criticità.
24. Riorganizzazione delle attività riabilitative della Ssd riabilitazione a seguito della pandeia COVID 19	1 Recepimento delle direttive aziendali 2 Analisi delle risorse utilizzabili, programmazione delle attività col nuovo assetto 3 Ripristino delle attività secondo le disposizioni della fase 2 e 3	Tutto il personale della SSD Riabilitazione	Piano di lavoro con evidenza di: Riorganizzazione del servizio (fase 1 e fase 2); modalità di gestione delle prese in carico; modalità di riattivazione dei percorsi (fase 3)
<b>Sanità Penitenziaria</b>			
25. Contenimento dell'emergenza Covid 19 all'interno dell'istituto penitenziario Casa Circondariale Ernesto Mari e ottimizzazione dei percorsi rivolti alla popolazione detenuta per sopravvenienze COVID 19 positivi all'interno dell'istituto penitenziario	1. Realizzazione di un piano di contenimento dell'emergenza Covid 19 2. Predisposizione piani per la gestione presa in carico detenuti COVID 19 positivi	Dott.ssa Franca Masala	1. Istruzione operativa del piano entro febbraio 2020 di concerto con la Direzione della Casa Circondariale Ernesto Mari di Trieste, ed eventuali revisioni. 2. Istruzione operativa per la gestione sopravvenienza caso COVID19 entro 31/03/2020, di concerto con la Direzione della Casa Circondariale Ernesto Mari di Trieste
26. Miglioramento organizzativo dei percorsi di salute rivolti alla popolazione detenuta	Implementazione linea vaccinale SIASI sanità penitenziaria	Dott.ssa Franca Masala	Predisposizione, attivazione e abilitazione alle relative credenziali della nuova linea "STRUTTURA ASUGI VACCINI SANITA'"

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			PENITENZIARIA TRIESTE” nel sistema regionale “SIASI” entro il 30/06/2020.
<b>Servizi Amministrativi</b>			
<p>27. Garantire la continuità dell’assistenza nel periodo dell’emergenza sanitaria ai cittadini di Paesi terzi in carico a enti di accoglienza mediante la puntuale applicazione dell’art. 103, del D.L. 17.03.2020, n. 18 convertito in L. 24.04.2020. n. 27.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ricezione da parte degli enti di accoglienza degli elenchi dei cittadini extra U.E. con permesso di soggiorno in scadenza o scaduto;</li> <li>2. Divisione degli elenchi in base ai distretti di riferimento;</li> <li>3. Rinnovo dell’iscrizione al S.S.R per i nominativi indicati negli elenchi di cui al punto 1.1 al 15.06.2020 data di proroga indicata nell’art. 103 del D.L. 17.03.2020 n. 18;</li> <li>4. Rinnovo dell’iscrizione al S.S.R per i nominativi indicati negli elenchi di cui al punto 1.1 al 31.08.2020, data di proroga indicata nella L. 24.04.2020 n.27;</li> <li>5. Predisposizione di report riepilogativo.</li> </ol>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3.</p> <p>In condivisione con D1, D2 e D4</p>	<p>Rinnovo dell’iscrizione al S.S.R. per il 100% degli aventi diritto in applicazione dell’art. 103 del D.L. 17.03.2020, n. 18.</p> <p>Presenza di report complessivo al 31.12.2020.</p> <p>Fonte dati: SIASI</p>
<p>28. Garantire ai cittadini le attività amministrative di front office in modalità alternative alla presenza fisica in distretto nel periodo emergenza COVID e post COVID.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ricezione delle richieste da parte dei cittadini a mezzo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- e-mail</li> <li>- Whats app</li> <li>- PEC</li> </ul> </li> <li>2. Verifica della documentazione pervenuta</li> <li>3. Esecuzione delle operazioni richieste</li> <li>4. Invio a domicilio delle tessere sanitarie aggiornate con posta ordinaria</li> <li>5. Predisposizione di report riepilogativo.</li> </ol>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3</p>	<p>Tutte le richieste pervenute sono espletate seconde azioni 1-5 Relazione descrittiva dell’attività svolta inviata al Direttore di Distretto.</p>
<p>29. Emergenza COVID: Piano Aziendale</p>	<p>Declinazione per ogni Struttura afferente al Distretto delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI</p>	<p>Tutto il Distretto</p>	<p>Entro 1 mese dall’approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione dell'attività nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria.</p>	<p>1. Elaborazione del piano distrettuale per la gestione del rischio Covid-19 in linea con le indicazioni aziendali e del SPPA 2. Mantenere e/o rimodulare l'offerta dei L.E.A. (specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare, percorsi sanitari e sociosanitari) nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19 3. Costituzione e coordinamento di un team inter-distrettuale di intervento rapido nell'emergenza sanitaria da covid - 19</p>	<p>Direttore di Distretto</p>	<p>1. Presenza del piano distrettuale approvato dalla direzione generale 2. Documento riassuntivo delle azioni di rimodulazione dell'offerta di cura nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19 e nei vari setting di cura. 3. Team inter-distrettuale di intervento rapido costituito e attivo</p>
<b>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale</b>			
<p>2. Emergenza CoVid19: Azioni a sostegno della direzione strategica per la tenuta delle attività garantite dei LEA del Distretto – area assistenziale</p>	<p>5. Condivisione delle linee strategiche, in modalità remota 6. Programmazione delle azioni di messa in sicurezza dei percorsi rispondenti alle indicazioni 7. Attivazione percorsi e monitoraggio 8. Modulazione dei percorsi a seguito di nuove disposizioni</p>	<p>Dr.ssa Monica Bonetti Dirigente Infermieristico di Distretto</p>	<p>Produzione di un documento riassuntivo delle attività e dei monitoraggi con descrizione dettagliata delle attività svolte e descritte nelle azioni (punti 1. 2. 3. 4.)</p>
<p>3. PAL linea lavoro 3.3.1.b Presa in carico e continuità assistenziale  Rafforzamento dei percorsi di mantenimento a domicilio e dimissione protetta da Pronto Soccorso -</p>	<p>1. Potenziamento delle modalità di gestione dei casi con accesso evitabile al pronto soccorso: - gestione domiciliare precoce - rientro a domicilio in sicurezza 15. Individuazione di uno strumento con budget dedicato 16. Stesura di una procedura 17. Attivazione dello strumento (almeno 10 casi totali) secondo procedura 18. Monitoraggio dei percorsi attivati</p>	<p>Dr.ssa Monica Bonetti Dirigente Infermieristico di Distretto (in collaborazione con i dirigenti infermieristici dei distretti 1,2 e 3 la direzione infermieristica aziendale)</p>	<p>Strumento con budget dedicato individuato e applicato entro il 31 gennaio. Procedura presente entro il 15 febbraio Almeno 10 casi attivati secondo procedura Report conclusivo con evidenza delle azioni intraprese 1-6 al 31/12/2020</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	19. Applicazione della procedura anche nelle fasi organizzative 2 e 3 post CoVi19 (residenze per anziani non attivabili)		
4. Riorganizzazione della gestione dei Dispositivi Protettivi Individuali durante e successiva all'emergenza sanitaria COVI 19 in un'ottica di salvaguardia, sicurezza, razionalità dei presidi, per tutto il personale e assistiti coinvolti nel processo di cura	1. Recepimento delle indicazioni per un utilizzo razionale dei dispositivi di protezione aziendale alla luce del rapporto del ISS n.2/2020 del 14/03/2020; 2. Analisi dei fabbisogni di tutte le Microaree del distretto n. 4 3. Monitoraggio continuo quali/quantitativo degli approvvigionamenti dei DPI ricevuti	Referenti di Microarea Del Distretto 4	Report analitico conclusivo sul percorso adottato contenente: - modalità di diffusione delle indicazioni - adozione di strumenti per il monitoraggio costante e continuo del fabbisogno - valutazione del corretto e razionale utilizzo dei DPI da parte degli assistiti e collaboratori; - esiti quali/quantitativi dei monitoraggi
<b>SC Tutela Salute Anziani e Residenze</b>			
5. Riorganizzazione della gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) durante e successiva all'emergenza sanitaria COVI 19 in un'ottica di salvaguardia, sicurezza e razionalità dei presidi, per tutto il personale e assistiti coinvolti nel processo di cura	1. Individuazione di una referenza distrettuale per la gestione dei DPI; 2. Recepimento, divulgazione e applicazione delle indicazioni per l'utilizzo razionale dei DPI alla luce del rapporto del ISS n.2/2020 del 14.03.2020; 3. Fornitura dei DPI su richiesta dei MMG e delle strutture residenziali afferenti al Distretto 4; 4. Monitoraggio continuo quantitativo degli approvvigionamenti dei DPI ricevuti.	Tutto il personale del comparto della SCTAA	Relazione sull'attività di riorganizzazione della gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come da azioni: - Evidenza dell'evasione del 100% delle richieste di DPI da parte di MMG e strutture residenziali; - Evidenza del monitoraggio quantitativo
6. Riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali della SCTSAA a seguito della pandemia COVID 19	7. Recepimento delle direttive aziendali 8. Analisi delle risorse utilizzabili, programmazione delle attività col nuovo assetto 9. Ripristino delle attività secondo le disposizioni della fase 2 e 3	Tutto il personale della SCTSAA. Referenti di Microarea	Report analitico con: - risorse attive (fase 1 e fase 2); - modalità di gestione delle prese in carico; - modalità di riattivazione dei percorsi (fase 3)
<b>SC Tutela Salute Anziani e Residenze</b>			
7. Integrazione ospedale/territorio: Collaborazione interprofessionale per l'individuazione dell'impatto clinico dei	Creazione di un database/scheda dei pazienti con ferite difficili visitati con consulenza infermieristica, attivata secondo il PDTA (in fase di approvazione)	S.S. cure ambulatoriali e domiciliari Distretto 4 SSD Servizio Infermieristico Distretto 4	Entro 31/12/2020 presenza del database/scheda creati in collaborazione con le Strutture coinvolte che comprenda la parte diagnostica e di trattamento con

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
pazienti con ferite difficili e la presa in carico territoriale	che permetta la rilevazione epidemiologica e la presa in carico nei diversi setting aziendali, anche tramite telemedicina.	<b>In comune con S.C Chirurgia Plastica Dr.ssa M.Pangos (chirurgo plastico MSA) Ospedale e territorio area Isontina</b>	medicazioni avanzate anche tramite telemedicina.
<p>8. Linea 3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici</p> <p><i>La demenza è una malattia cronico-degenerativa caratterizzata dalla progressione più o meno rapida dei deficit cognitivi, dei disturbi del comportamento e del danno funzionale con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza. In Italia, il numero totale dei Pazienti con demenza è stimato in oltre un milione e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari (Piano Nazionale Demenze). Al fine di garantire alle persone con deterioramento cognitivo le migliori condizioni possibili di salute e di autonomia funzionale è necessario implementare tra i familiari ed i caregivers le conoscenze sulla malattia attraverso interventi di educazione sanitaria.</i></p>	<p>1. Raccolta dalle diverse fonti disponibili del materiale informativo relativo alla storia naturale, alle complicanze, alla gestione delle persone con demenza e del materiale aziendale relativo all'organizzazione dei servizi dedicati.</p> <p>2. Definizione di checklist, da somministrare in forma anonima, per rilevare il bisogno formativo dei partecipanti (familiari/caregivers degli assistiti afferenti al CDDD del 4° Distretto) in relazione al decorso clinico, alle complicanze ed alla gestione delle persone con demenza e all'organizzazione dei servizi aziendali dedicati.</p> <p>3. Realizzazione di 3 incontri di educazione sanitaria in Distretto 4, previa somministrazione delle checklists, rivolti a familiari e caregivers delle persone con deterioramento cognitivo afferenti al CDDD del 4° Distretto con l'obiettivo di implementare le conoscenze sulla demenza (decorso clinico, principali complicanze, consigli nella gestione ed informazioni sull'organizzazione dei servizi aziendali). Consegna del materiale informativo.</p>	dott. Alessandro Tulliani	<p>realizzazione di 20 incontri di educazione sanitaria, ciascuno dei quali rivolto a familiari/care givers di un unico assistito afferente al CDDC.</p> <p>Relazione finale comprensiva di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fonti selezionate</li> <li>- Check list definita e somministrata</li> <li>- Esito degli incontri di educazione sanitaria</li> </ul>
<p>9. Linea 3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici</p> <p>Migliorare la presa in carico dei pazienti diabetici di età superiori ai 75 aa con</p>	<p>1. Individuazione di LG e materiale informativo riguardo l'appropriata gestione del paziente diabetico di età &gt; 75 anni con comorbidità e polifarmaco terapia</p>	Dott.ssa Sabrina Biagini	<p>Valutate almeno 25 persone entro il 31-12-2020 come da azioni.</p> <p>Relazione finale comprensiva di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LG e materiale informativo selezionati</li> <li>- Check list definita e somministrata</li> </ul>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
comorbidità e in politerapia attraverso una valutazione globale	2. Selezione tra i pazienti afferenti al Distretto 4 di almeno 25 persone con le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Età &gt; 75 aa</li> <li>– Multicomorbidità</li> <li>– Politerapia</li> </ul> 3. Valutazione dei pazienti arruolati dei seguenti aspetti: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Comorbidità</li> <li>– Adeguatezza del compenso glicometabolico</li> <li>– Terapia in atto e compliance terapeutica</li> <li>– Rivalutazione della terapia</li> </ul> 4. Analisi dell'appropriatezza terapeutica e proposta di riconciliazione terapeutica		- Esito del percorso integrato con il MMG di analisi dell'appropriatezza terapeutica e proposta di riconciliazione terapeutica
10. Linea di lavoro 3.3.1. Coordinare l'attività dell'UDMG	1. Convocare almeno 4 riunioni entro il 31-12-2020 anche in audio-video conferenza 2. Redigere i verbali delle riunioni convocate	Dott.ssa M.Teresa Benazzi	1. Evidenza della convocazione di almeno 4 riunioni entro il 31-12-2020 2. Redatti i verbali di tutte le riunioni effettuate
11. Linea di lavoro 3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici  Spesso i pz con diagnosi di BPCO o trattati come tali non sono stati sottoposti a spirometria, metodica fondamentale per una corretta diagnosi e stadiazione e quindi appropriato trattamento	1. A tutti i pz che si presentano a visita pneumologica con diagnosi/sospetto di BPCO che non abbiano precedentemente eseguito PFR, o che le abbiano eseguite e se ne ravvisi comunque l'indicazione, viene proposta l'esecuzione di spirometria compatibilmente con la performance/compliance del pz stesso. 2. Tutti i pz disposti ad eseguire l'esame spirometrico vengono sottoposti a spirometria	Dr. V.Livia	1. Al 100% dei pz sottoposti a visita pneumologica per BPCO/sospetto di BPCO entro il 31.12.2020, è stata proposta l'esecuzione di spirometria  2. tutti i pz che hanno dato disponibilità hanno eseguito la spirometria entro il 31.12.2020
12 Linea di lavoro 3.7.1 Riduzione dei tempi di attesa	1. Apertura di una agenda dedicata all'esecuzione di 8 fundus oculi alla settimana 2. esecuzione delle prestazioni prenotate	Dr.ssa D. Minutola	1. evidenza dell'apertura dell'agenda dedicata 2. evidenza dell'esecuzione di tutte le prestazioni prenotate scadenza 31.12.2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<b>SS Diabetologia</b>			
13. Rete per il trattamento del “Piede Diabetico” Attivazione di un ambulatorio integrato interdipartimentale multidisciplinare “spoke” in area giuliana presso l’Ospedale di Cattinara	Valutazione multidisciplinare del paziente diabetico vascolare presso la SSD F&RUV (Formazione e Ricerca in Ultrasonografia e Patologia Vascolare).	Medici e comparto Obiettivo in comune con S.S.D. Diabetologia Monfalcone, S.C. Chirurgia Vascolare e CIEU Trieste	3. Attivazione entro il mese di febbraio 2020 presso la SSD F&RUV di ambulatorio multidisciplinare per il paziente con piede diabetico 4. n. pazienti valutati collegialmente > n.50 Scadenza: 31/12/2020
14. Rete per il trattamento del “Piede Diabetico” Creazione di Percorso territoriale del paziente con piede diabetico	3. Definizione del percorso assistenziale del paziente con piede diabetico afferente dal territorio ex ASUITS 4. Presa in carico del paziente	Medici e comparto Obiettivo in comune S.S.D. Diabetologia Monfalcone	3. Stesura del percorso 31/12/2020 4. n. di pazienti presi in carico > n. 30 Scadenza: 31/12/2020
15. Processo di Integrazione in ASUGI Assistenza dietologica ai pazienti diabetici tipo 1 ad alta complessità	Valutazione dell’intervento dietetico per categorie specifiche ad alta complessità da parte di dietista individuata	Medici e comparto Obiettivo in comune S.S.D. Diabetologia Monfalcone	n. di pazienti presi in carico >n. 30 Scadenza: 31/12/2020
16. 3.3 Assistenza Primaria: 3.3.1 Assistenza Distrettuale. Multimorbidity, complessità, fragilità, stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale e le azioni di sanità d’iniziativa sono le tematiche prioritarie dell’assistenza distrettuale e delle AFT con specifico riferimento alla promozione dell’integrazione tra le diverse specialità nella gestione del paziente cronico con pluripatologie.	2. Istituzione di incontri multidisciplinari periodici di confronto sulle principali malattie croniche (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) 2. Studio di fattibilità di una piattaforma digitale e programma di telemedicina di integrazione consulenza multidisciplinare per la gestione del paziente cronico multimorbido	Dirigenti medici S.S. Centri diabetologici Distretti di ASUGI Dott.ssa Chiara Gottardi  <b>Obiettivo in comune con SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone e SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport</b>	3. Evidenza di partecipazione ad almeno 2 incontro multidisciplinari  4. Produzione di un documento di fattibilità della piattaforma digitale e programma di telemedicina per il paziente cronico con SC, diabete mellito o malattia respiratoria cronica Scadenza: 31/12/2020
17. Linea del PAL 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia: Rete Diabete Continuità Ospedale-Territorio Percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per la dimissione protetta delle persone con diabete ricoverate nei Reparti di Medicina Interna dell’Ospedale di Cattinara	1. Definizione del percorso assistenziale del paziente con diabete dimesso dall’Ospedale per la presa in carico diabetologica a livello territoriale. 2. Applicazione del Percorso di dimissione protetta per le persone con diabete.	Dirigenti Medici e Comparto Strutture di Medicina Ospedale di Cattinara e Diabetologia Territoriale. Obiettivo in comune con i Reparti di Medicina Interna Ospedale di Cattinara	1. Stesura e condivisione del percorso e dei criteri di eleggibilità dei pazienti al quale si riferisce Entro 30/9/2020 (evidenza documento condiviso che descrive la procedura) A CURA DELLE STRUTTURE DI MEDICINA: 2. n. pazienti dimessi e segnalati alla diabetologia territoriale secondo il

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<p>percorso definito &gt; 80% dei pazienti rientranti nei criteri di eleggibilità stabiliti.            Periodo: dal 01/10/2020 al 31/12/2020            A CURA DEI CENTRI DIABETOLOGICI:            3. n. pazienti presi in carico dalla diabetologia territoriale /n. pazienti dimessi e segnalati alla diabetologia territoriale &gt; 80%            Periodo: dal 01/10/2020 al 31/12/2020</p>
<b>SC Bambini Adolescenti Donne e Famiglie</b>			
<p>18.            Piani di miglioramento delle procedure di valutazione e presa in carico della SCBADF /NPI dell'area Giuliano- isontina            Emergenza sanitaria COVID 19:            Riorganizzazione e rimodulazione attività delle NPI e delle SCBADOF nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria Area Giuliano- Isontina</p>	<p>Rendere omogenee le procedure e i percorsi ASUGI di valutazione di bambini adolescenti attraverso un tavolo di confronto tra responsabili SCBADOF e NPI a partire dalla documentazione già esistente.            1. Identificare le tematiche prioritarie per le quali condividere e sviluppare percorsi/ linee operative specifiche identificando per ciascun tavolo gli operatori referenti.            2. Definire le modalità operative di risposta all'utenza coerentemente con le diverse fasi dell'emergenza sanitaria (finalizzate alla predisposizione del DUVRI).</p>	<p>dott. M. Alessandra Carraro (dirigente)  <a href="#">Obiettivo condiviso con i responsabili dei servizi NPI e SCBADOF di ASUGI</a></p>	<p>Redazione di un documento condiviso che a partire da quanto risultato dai tavoli tecnici attivati, definisca i percorsi prioritari condivisi            Documento firmato da tutti i responsabili inviato ai Direttori di Distretto 31.12.2020</p>
<p>19.            Piani di miglioramento dei percorsi rivolti ai minori della SCBADF/NPI dell'area Giuliano-Isontina</p>	<p>1. Partecipazione al tavolo specifico a cui si è designati.            2. Ogni dirigente delegato al tavolo specifico, interfacciandosi anche con i colleghi di struttura, definirà per i singoli percorsi le parti condivise e comuni e le</p>	<p>1,2. Tutti i dirigenti della SSTSBA            Sara Frisari            Linda Puzzer            Cristina Rumer            Stefania Zoia</p>	<p>Redazione di un documento condiviso che a partire da quanto risultato dai tavoli tecnici attivati, definisca i percorsi prioritari condivisi.            Documento firmato da tutti i responsabili inviato ai Direttori di Distretto 31.12.2020</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	parti peculiari di ogni servizio, valutandone i punti di forza e le criticità. 3. Descrivere un percorso condiviso ed EBM tra tutte le strutture che tenga anche conto della necessità di rimodulazione e riorganizzazione in relazione al documento aziendale DUVRI ed alle specificità di ogni singolo percorso	3.Tutto il personale della SSTSBA/NPI infantile	
20. Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività delle NPI e delle SCBADF nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria Area Giuliano- Isontina	Mantenere e/o rimodulare l'offerta dei L.E.A. (specialistica ambulatoriale, percorsi sanitari e sociosanitari) nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19, ed in relazione a quanto espresso dal DUVRI.	Tutto il personale della SSTSBA/ NPI infantile Coordinatrice Annarosa Orel	Documento riassuntivo delle azioni di rimodulazione dell'offerta di cura nelle varie fasi dell'emergenza COVID-19 entro il 31.12.2020 Garantita l'Accoglienza al 100% dell'utenza che accede alla SSTSBA /NPI giuliano isontina dal 8/3/2020 al 31/12/2020 Fonte dati: n° accoglienze dall'8/3/2020 al 31/12/2020
21. SS CONSULTORIO FAMILIARE Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività del Consultorio Familiare nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria Percorso nascita Implementazione interventi nella gravidanza e nel post partum PAL 2020 – Consultori Familiari - 3.3.8 Famiglie fragili Migliorare il sostegno alle famiglie in situazione di fragilità	Area Giuliana 1. Rimodulare l'offerta dei L.E.A. e degli Standard di Buone Pratiche negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) pre e post- parto con modalità che garantiscano il distanziamento sociale nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria: - condivisione delle linee operative tra i CCF per gestione degli IAN - mantenimento colloqui di accoglienza per le donne che chiedono di partecipare ai gruppi IAN - attivazione e realizzazione dei gruppi 2. Offerta attiva di sostegno individuale, diade mamma-bambino, coppia, gruppi a famiglie/donne in gravidanza e nel post parto in situazione di fragilità, nei primi 1000 giorni di vita dei bambini, in integrazione con il progetto "Famiglie in movimento" (v. DGR 551/2019) e in collegamento a "Villaggio per crescere",	1 a) b) c) tutto il personale della S.S. Consultorio Familiare  Dott. Clara Minisini (obiettivo dirigente)	1 . a),b) e c attivazione del 100% dei Gruppi IAN pre e post partum per le donne che ne fanno richiesta con modalità che garantiscano il distanziamento sociale nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria COVID 19 31.12.2020 <i>Fonte dati: Sistema informativo Regionale Consultori, scheda d'accoglienza ostetrica</i>  2. Evidenza dell'offerta attiva realizzata anche in integrazione con il progetto "Famiglie in movimento" e in collegamento con il "Villaggio per crescere" a favore delle donne/famiglie individuate e consenzienti 31.12.2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>22. PAL 2020 – Consultori Familiari - 3.3.8 Implementazione e miglioramento degli interventi nell'adozione nazionale e internazionale</p>	<p>con modalità compatibili al distanziamento sociale</p> <p>Area Giuliana e Isontina 1. Avvio di un tavolo di confronto e condivisione tra CCFF dell'area giuliana e isontina su percorsi e metodologie di intervento nelle adozioni nazionali e internazionali Area Giuliana 2. Nell'ambito della partecipazione di ASUGI (referenti area giuliana drssa Vanto e drssa Ravelli) al tavolo del Protocollo regionale sulle Adozioni nazionali e internazionali (Aziende sanitarie, Tribunale per i Minorenni, Ufficio scolastico regionale, Enti Autorizzati), implementazione data base regionale per i nuovi casi in carico negli anni 2017-2019 nell'area giuliana e sperimentazione della scheda "Fattori di rischio e di protezione" sui nuovi casi di inserimento in famiglia di bambini adottivi nel 2018 e nel 2019 in carico al CF</p>	<p>Tutto il personale della SS Consultorio Familiare</p>	<p>1. Evidenza di un documento aziendale, relativo ai gruppi pre adozione, che contenga modalità di conduzione sia in presenza, sia compatibili al distanziamento sociale 31/12/2020 2. Evidenza report del programma di lavoro effettuato, del data base implementato secondo le indicazioni regionali 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 nel 2018 e nel 2019 31/12/2020 <i>Fonte dati: Report, Registro casi con scheda</i></p>
<b>SSD Riabilitazione</b>			
<p>23. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia – Malattie Rare Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti ricoverati nei reparti di Cl Ortopedica e Cl Neurologica, presi in carico secondo protocollo di continuità riabilitativa</p>	<p>1. presentazione della nuova scheda di valutazione multidimensionale (revisionata nel 2019) al personale coinvolto 2. sperimentazione della nuova scheda 3. monitoraggio della congruità tra le uscite previste e le uscite effettive della nuova scheda</p>	<p>Personale del comparto SSD Riabilitazione Distrettuale <b>Obiettivo in comune con SC Medicina Riabilitativa, referente di area riabilitativa</b></p>	<p>Utilizzo della nuova scheda nel 100% dei pazienti ricoverati nei reparti di Cl. Ortopedica e Cl. Neurologica presi in carico secondo protocollo di continuità riabilitativa a partire dal 05/10/2020. Monitoraggio della congruità tra uscite previste ed uscite effettive degli utenti ricoverati entro il 31/12/2020 ed analisi delle criticità.</p>
<p>24. Riorganizzazione delle attività riabilitative della SSD Riabilitazione a seguito della pandemia COVID 19</p>	<p>1. Recepimento delle direttive aziendali 2. Analisi delle risorse utilizzabili, programmazione delle attività col nuovo assetto</p>	<p>Tutto il personale della SSD Riabilitazione</p>	<p>Report analitico con: - Riorganizzazione del servizio (fase 1 e fase 2); - modalità di gestione delle prese in carico;</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Ripristino delle attività secondo le disposizioni della fase 2 e 3		- modalità di riattivazione dei percorsi (fase 3)
25. 3.5.3 Disabilità Assicurare la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico. ( Obiettivo in linea con quello svolto nel 2019, a suo completamento)	1. Tutti i nuovi accessi ai servizi residenziali e semiresidenziali sono sottoposti alla valutazione con Q-VAD (parte sanitaria). 2. Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali sono state valutate con lo strumento Q-VAD (parte sanitaria).	1.2. Dirigenti SSD Riabilitazione Distrettuale	1. Al 31/12 /2020, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sono stati valutati il 100% dei nuovi accessi 2. Al 31/12/2020 risultano valutate il 100% delle persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali
26. Costruzione di progetti e definizione di percorsi innovativi di inclusione per persone con disabilità (DGR775/20), caratterizzati da personalizzazione della risposta appropriata ai bisogni e sviluppo integrale della persona, in integrazione con i partner locali.	1. Ricognizione dell'offerta di servizi e dei percorsi esistenti 2. raccolta di progetti innovativi in particolare per: - transizione adolescente-giovane adulto - giovani adulti con disabilità in uscita dal nucleo familiare 3. Co-progettazione di nuovi percorsi innovativi con i partner locali	Cristiano Stea  In comune con Marin Francioso Personale in staff alla DSS  In collaborazione con personale dell' area riabilitativa dei distretti e personale dell' Area Welfare	1. Ricognizione e raccolta di progetti innovativi esistenti in linea con DGR 775 2. Proposta di almeno un progetto/percorso innovativo per il target di disabilità individuato.
<b>Direzione – Servizi amministrativi</b>			
27. Garantire la continuità dell'assistenza nel periodo dell'emergenza sanitaria ai cittadini di Paesi terzi in carico a enti di accoglienza mediante la puntuale applicazione dell'art. 103, del D.L. 17.03.2020, n. 18 convertito in L. 24.04.2020. n. 27.	1. Ricezione da parte degli enti di accoglienza degli elenchi dei cittadini extra U.E. con permesso di soggiorno in scadenza o scaduto; 2. Divisione degli elenchi in base ai distretti di riferimento e estrapolazione dei nominativi degli aventi diritto previa verifica delle singole posizioni; 3. Rinnovo dell'iscrizione al S.S.R per il 100% degli aventi diritto (indicati negli elenchi di cui al punto 1.2) in applicazione dell'art. 103 del D.L. 17.03.2020 n. 18; 4. Predisposizione di report riepilogativo.	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4 ad esclusione di quelli dell'Ufficio Convenzioni Internazionali In condivisione con D1, D2 e D3	Rinnovo dell'iscrizione al S.S.R. per il 100% degli aventi diritto in applicazione dell'art. 103 del D.L. 17.03.2020, n. 18. Presenza di report complessivo al 31.12.2020. Fonte dati: SIASI



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>28. Fornire alle strutture distrettuali l'evidenza periodica dei costi/spese relativi alla loro attività</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predisposizione di un registro di tutte le richieste di liquidazione emesse dal Distretto nel periodo 01.01. - 30.11.2020;</li> <li>2. Evidenza nel registro di cui sopra dei seguenti dati: conto di bilancio, esercizio di competenza, importo, beneficiario, struttura distrettuale di competenza, causale del pagamento;</li> <li>3. Invio periodico alle strutture distrettuali dell'evidenza dei costi sostenuti nel periodo di riferimento.</li> </ol>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4 ad esclusione di quelli dell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>Inoltre alle strutture distrettuali di almeno 3 report di cui uno riferito a costi di competenza dell'anno 2019, con i dati dei costi sostenuti nell'anno in corso (fino alla data del 30.11.2020) come da azioni.</p>
<p>29. Evitare il non riconoscimento di eventuali crediti dovuti a ritardi di fatturazione mediante l'utilizzo della piattaforma ASPE UE</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizzo gestionale ASPE per la mobilità sanitaria internazionale attiva (crediti) con particolare riferimento alla fatturazioni <ul style="list-style-type: none"> <li>- assunzione dei costi previa verifica;</li> <li>- fatturazione;</li> <li>- inserimento della fatture nel sistema SIASI;</li> </ul> </li> <li>2. caricamento dei relativi file prodotti da INSIEL nell'applicativo ministeriale ASPE;</li> <li>3. Rispetto dei termini previsti dal Ministero della Salute mediante le successive indicazioni operative regionali in prossimità delle scadenze del 30.5.2020 per il 1° sem. 2019 del 30 11.2020 per il 2° sem 2019 <i>salvo eventuali diverse comunicazioni ministeriali/regionali.</i></li> </ol>	<p>Tutto il personale in carico all'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>Completamento delle azioni n. 1 e n. 2 nel seguente modo: Per il 1° Semestre 2019 entro 31 maggio 2020 (salvo diverse e successive comunicazioni indicate dalla Regione); Per il 2° Semestre 2019 entro 30 novembre 2020 (salvo diverse e successive comunicazioni indicate dalla Regione). 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>30. Verifica della sussistenza del diritto assicurativo dei titolari di pensione italiana emigrati in Spagna e Portogallo in carico all' ASUGI, al fine di non assumere costi impropri derivanti da prestazioni sanitarie erogate all'estero</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creazione di un elenco nominativo da sottoporre a verifica sulla base della documentazione agli atti.</li> <li>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.</li> <li>3 Aggiornamento dell'elenco in base ai dati raccolti con chiusura o rettifica delle eventuali posizioni irregolari.</li> </ol>	<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. Presenza report riepilogativo al 31.12.2020</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
31. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Distretto delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Distretto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Valorizzazione dei percorsi di cura per la fascia d'età 18-25 anni</p>	<p>1. Raccolta dati di attività del DSM ASUGI per la fascia di età 18-25 2. Persone 18-25 con bisogni complessi con PTRI ad alta intensità 3. Raccolta dati relativi agli interventi effettuati sulla popolazione target 4. Raccolta dati relativi alle strategie operative utilizzate (UVD, PTRI, BIS, FAP, attività collettive) 5. Analisi critica delle eventuali criticità e punti di forza e definizione di eventuale piano di miglioramento</p>	<p>Coordinamento: Direttrice del DSM, direttori S.C. e dirigente infermieristica</p> <p>Personale del DSM</p>	<p>Documento di analisi contenente:</p> <p>1. Analisi della prevalenza e incidenza nel trend 2015-2020 e delle persone con PTRI ad alta intensità 2. Analisi di TSO e ricoveri ripetuti nella popolazione target 3. Analisi dei bisogni e verifica azioni svolte nella popolazione target 4. Individuazione eventuali ulteriori strategie da implementare</p>
<p>2. Valorizzazione, sostegno e potenziamento delle Attività Collettive indirizzate all'asse abitare (Progetto Alphabeta e Capacitazione)</p>	<p>1. Implementazione con il privato sociale di incontri di rete congiunti ed accessi domiciliari</p> <p>2. Incremento progressivo del numero di partecipanti fruitori del progetto, nel rispetto e nei limiti di efficacia degli interventi.</p>	<p>Coordinamento: Mastroberti C., Marrazzo L.</p> <p>Personale del CSM1</p>	<p>1. Realizzazione di almeno n.2 incontri in plenaria tra équipe del CSM e l'équipe dedicate del Privato Sociale. Realizzazione di un numero di accessi presso il domicilio dei fruitori del progetto superiore rispetto a quanti eseguiti nel corso del 2019.</p> <p>2. Incremento di almeno un'unità dei partecipanti alle summenzionate Attività Collettive nell'anno in corso rispetto ai fruitori dell'anno precedente.</p>
<p>3. <i>Progetto Mens Sana 2020</i>: Miglioramento del percorso di cura con particolare riferimento alla prevenzione della sindrome dismetabolica e i disturbi cardiovascolari, all'uso dei farmaci, alla riabilitazione e agli stili di vita in persone con disturbo mentale severo</p>	<p>1. Approfondimento delle linee guida OMS 2. Definizione di procedure e screening dei principali parametri relativi alla sindrome dismetabolica e ai disturbi cardiovascolari. Definizione di procedure per migliorare il coinvolgimento nelle attività del Centro Diurno Diffuso (CDD)</p>	<p>Coordinamento: Impagnatiello M., Zolli P., Ceppi P.</p> <p>Personale del CSM 2</p>	<p>1. Definizione di una procedura negli accertamenti sanitari e negli screening dei parametri sanitari più importanti (ECG, esami ematochimici) 2. Definizione di una procedura per l'avvio delle attività riabilitative del CDD 3.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Diffusione delle linee guida OMS		Presentazione delle procedure al DSM come strumenti da utilizzare in tutti i suoi servizi
4. Rimodulazione progetto "Casa di via Buozzi" per giovani afferenti al CSM 3	1. Riorganizzazione team multidisciplinare Riorganizzazione spazi dell'appartamento L. 15 di via Buozzi n. 2 per garantire accoglienza priva di stigma per utenza afferente al servizio nella fascia 18-30 anni Ripresa attività collettive orientate alla <i>recovery</i> e all'aggregazione giovanile 2. Somministrazione scale di valutazione e verifica. Analisi dei dati e degli esiti	Coordinamento: Colucci M., Barnafi S.  Personale del CSM 3	1. Individuazione e avvio attività di gruppo come da azione. Stesura report di attività ed esiti  2. Stesura report di attività ed esiti
5. Riavvio progetto "Casa Invasa" per giovani afferenti al CSM 4	1. Creazione team multidisciplinare Individuazione alloggio per dare vita ad un'accoglienza il più possibile youth-friendly, accessibile e privo di stigma Individuazione del gruppo e programmazione delle attività collettive 2. Somministrazione scale di valutazione e verifica. Analisi dei dati e degli esiti	Coordinamento: Landucci S., Brandolin C.  Personale del CSM 4	1. Definizione del team, arredamento dell'appartamento dedicato e avvio attività di gruppo Stesura report di attività ed esiti 2. Stesura report di attività ed esiti  <i>(entro 31.12 2020)</i>
6. Attuare percorsi condivisi nella transizione all'età adulta dei minori con disturbi dello spettro autistico.	1. NPI convoca UVM dove illustra quadro clinico ed il progetto in atto 2. DSM e SOS DISABILITA' ADULTI definiscono le modalità di valutazione finalizzate alla presa in carico del soggetto ed alle visite medico legali (invalidità civile, L.68, L. 104/92) successive al 18 anno 3. Ridefinizione condivisa del PAI	Coordinamento: Zanus-Michiei P., Nicolosi L., Miniussi C.  Personale del CSM AI e del CSM BI  <i>Obiettivo in comune con S.C. NPI e S.C. EEFD - area isontina</i>	Rivalutazione in UVM del 100% degli utenti segnalati con disturbo dello spettro autistico per la definizione di un PAI che prevede la transizione dai servizi NPI a quelli dell'età adulta
7. Avvio della valutazione integrata dei minori (>16 aa) per i quali è prevista l'accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali	1. Convocazione /partecipazione a UVM per i minori che nel corso del 2020 afferiranno a strutture residenziali o semiresidenziali	Coordinamento: Zanus-Michiei P., Nicolosi L., Miniussi C.  Personale del CSM AI e del CSM BI	Al 100% dei minori segnalati, per i quali è prevista accoglienza in strutture residenziali e semi residenziali nel corso del 2020, è garantita una valutazione integrata con definizione del profilo di bisogno (vd. Del. Reg. n° 123 /2020)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Definizione del profilo di bisogno ed utilizzo delle prassi indicate dalle linee guida regionali	Obiettivo in comune con S.C. NPI e S.C. EEFD - area isontina	
8. Riorganizzazione delle modalità di presa in carico e di accesso al Centro Diurno per minori e adulti con DCA	1. Costituzione tavolo di lavoro congiunto con i Servizi territoriali ed ospedalieri di ASUGI (Trieste-Monfalcone -Gorizia) 2. Stesura bozza protocollo	Coordinamento: Monticolo S., Michelin C., Carmignani M.  Personale afferente DCA	1. Realizzazione di almeno n.5 incontri congiunti anche telematici con evidenza delle decisioni organizzative 2. Stesura protocollo
9. Attività partecipata di promozione del Centro Diurno Diffuso.	Raccolta di materiale utile a comunicare/promuovere le attività del centro diurno diffuso in collaborazione con i volontari del Servizio Civile Universale, i servizi e i famigliari	Coordinamento: Peresutti P., Norbedo A.  Personale del SAR	Almeno 50 Interviste realizzate tra fruitori del CDD, utenti famigliari e operatori. Report finale e diffusione dei dati
10. Integrazione socio-sanitaria/Continuità di cura ospedale-territorio/ Evitamento degli accoglimenti ripetuti (revolving door) e del drop-out	Le situazioni ad alta complessità per vulnerabilità psicosociale e/o comorbidità a prescindere da età e situazione clinica, accolte sulle 24 ore in SPDC, vengono valutate in maniera multidisciplinare con il coinvolgimento dei familiari al fine di predisporre dimissioni protette con idoneo percorso terapeutico assistenziale	Coordinamento: Oretti A., Babich D.  Personale del SPDC	100% persone valutate come da azione Evidenza verbali di Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) effettuati con servizi sociali e sanitari territoriali e familiari. Report attività.
11. Contrasto alla deriva giudiziaria e presa in carico di soggetti con misura di sicurezza REMS	1. Predisposizione di PTRP al fine di attivare percorsi di contrasto alla deriva giudiziaria e alternativi alle misure di sicurezza 2. Monitoraggio della presa in carico delle persone con provvedimenti di misura di sicurezza in REMS da parte delle equipe multiprofessionali dei CSM di ASUGI.	Coordinamento: Rippa A.  Personale del DSM	1. Tutte le persone con problematiche giudiziarie sono prese in carico con PTRP (con/ senza BIS) 2. Entro il 31/12/20 tutte le persone in PTRP, a rischio di deriva, risultano valutate periodicamente dalle équipe multi professionali e tutti i Progetti finalizzati all'evitamento dell'invio in REMS sono stati inviati all'autorità giudiziaria
12. Miglioramento dei percorsi di Integrazione e assistenza socio sanitaria	1. Promuovere le policy e le progettualità <i>recovery oriented</i>	Coordinamento: Zanus Michiei P., Rippa A.  Personale del DSM	1. Tutti i PTRP avviati sono condivisi con la persona coinvolta attraverso approvazione formale e con i Servizi Sociali del Comune di appartenenza.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Proseguire e consolidare l'attività di rivalutazione delle persone titolari di BIS		Viene considerato un valore aggiunto il coinvolgimento di <i>peer support workers</i> come attori nel percorso di <i>recovery</i> 2. Tutti i progetti rivalutati e/o rinnovati e/o di nuova attivazione utilizzano la scala HONOS per l'assessment clinico
13. <i>Welfare community</i> per la promozione della salute	Incontri in ogni servizio con comitato partecipazione, stakeholders, peer, famigliari, associazioni, cooperazione sociale, MMG, Distretti e Servizi Sociali	Coordinatori obiettivo: Direttrice DSM e direttori S.C, Personale del DSM	Almeno 1 incontro in ogni servizio, anche telematico e un evento conclusivo collettivo
14. Emergenza COVID-19 Prevenzione della diffusione del COVID-19 presso i Servizi del DSM e garanzia del mandato del DSM	Rimodulazione delle procedure organizzative nei diversi servizi al fine di garantire il rispetto delle norme atte a ridurre il rischio di diffusione del COVID-19 e garantire il mandato del DSM, la presa in carico e la continuità	Coordinamento: Pascolo-Fabrizi E., D'Ambrosi G., Miniussi C.  Personale del DSM	Report delle attività svolte Evidenza delle procedure organizzative rimodulate.
15. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Coordinamento: Albert U. Personale del DSM	Almeno due pubblicazioni
16. Budget risorsa sulla base del bilancio preventivo 2020 approvato	1. Monitoraggio trimestrale del budget assegnato con relazione trimestrale del rispetto o meno del tetto fissato e motivazione dell'eventuale scostamento 2. Rendicontazione a consuntivo degli esiti del monitoraggio finale con evidenza scostamenti e relativa motivazione	Direttrice del Dipartimento  Personale dell'area amministrativa	1. Stesura relazione trimestrale  2. Stesura rendicontazione a consuntivo
17. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Dipartimento	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## SO Dipartimento delle Dipendenze

### Area Giuliana

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2 Migliorare le informazioni del profilo sociosanitario contenuto nelle cartelle degli utenti in carico a tutte le articolazioni del DDD, che presentano problematiche di dipendenza patologica	1. Aggiornare la sezione <i>anagrafica</i> della cartella MFP 5 relativamente alla scolarità, professione e situazione abitativa 2 Aggiornare e sviluppare la sezione <i>anamnesi tossicologica e comportamenti d'abuso</i> e la <i>lista diagnosi</i> della cartella MFP 5	1. Tutto il personale del comparto del DDD  2. Tutto il personale dirigente del DDD	Il 90% degli utenti ha le sezioni del gestionale MFP5 <i>anagrafica</i> (scolarità, professione e situazione abitativa) e <i>tossicologica</i> (anamnesi tossicologica e diagnosi) aggiornate. Reportistica specifica della piattaforma informatica. <i>Entro il 31/12/2020</i>
3. Consolidamento dell'offerta di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per la cura dell'epatite C in favore di utenti HCV + in carico al DDD, garantendo interventi proattivi e di linkage to care per facilitare l'accesso e la ritenzione in trattamento nei protocolli farmacologici con farmaci ad azione antivirale diretta (DAAS)	Mantenere l'offerta di accesso ai programmi di cura con farmaci DAAS	Tutto il personale del DDD appartenente ai profili di: - Medico - Infermieri, coord. e dir. inf - Assistenti sanitari - OSS, OTA  <i>in collaborazione con SC Malattie Infettive e Clinica Patologie del Fegato di ASUGI</i>	Almeno 30 utenti HCV+ trattati con farmaci DAAS secondo il protocollo di cura congiunto (pazienti trattati nel 2019: n. 51) <i>(Fonte dei dati: sistema gestionale MFP5)</i> <i>Entro il 31/12/2020</i>
4. Miglioramento dei percorsi di formazione e reinserimento sociale e lavorativo degli utenti del DDD con riferimento alle <i>"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. 57/2918"</i> - approvate con Decreto regionale n.89 del 16/01/2019	1 Uniformare la procedura dipartimentale al fine di condividere le modalità operative per lo svolgimento dei tirocini inclusivi (borse di formazione lavoro) nelle articolazioni organizzative del DDD 2. Assicurare un sistema di monitoraggio e valutazione dell'andamento dei tirocini inclusivi utilizzando almeno tre degli	Tutto il personale del ruolo amministrativo, tecnici della riabilitazione psichiatrica e assistenti sociali del DDD	1 Formalizzazione della procedura <i>Entro 31/12/2020</i>  2. Report sui percorsi effettuati e sugli esiti utilizzando almeno 3 indicatori previsti dal regolamento regionale <i>Entro 31/12/2020</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
	indicatori individuati nel documento regionale		
5. Miglioramento dei percorsi di cura degli utenti in esecuzione penale (misure alternative alla detenzione e messe alla prova)	1. Uniformare le procedure dipartimentali per l'implementazione di programmi alternativi alla detenzione e di messa alla prova secondo la procedura dipartimentale in tutte le sedi del DDD 2. Monitorare i programmi garantiti dalle diverse articolazioni organizzative del DDD con l'utilizzo del data base dedicato	Tutti gli psicologi del DDD Assistente sociale coordinatore	1. Il 100% degli utenti in misura alternativa e in messa alla prova vengono presi in carico secondo procedura <i>(Fonte dei dati: sistema gestionale MFP5)</i> Entro il 31/12/2020 2. Presentazione al Direttore del DDD di un report annuale di monitoraggio e sintesi dei programmi realizzati Entro 31/12/2020
6. Implementazione di una procedura per migliorare la gestione clinica e la sorveglianza epidemiologica dei soggetti con IST (infezioni a trasmissione sessuale) afferenti al Centro MST	1. Individuare uno strumento informatico per ottimizzare la gestione dei dati relativi all'esecuzione dei tamponi per IST e le eventuali notifiche previste dalla normativa 2. Assicurare il counseling specifico ai pazienti con tampone positivo per favorire l'adesione alla terapia e la collaborazione per ricostruire la mappa dei contatti e la loro conseguente presa in carico per monitoraggio	Tutto il personale (comparto e dirigenza) del Centro MST	Il 100% dei pazienti positivi al tampone per IST riceve il counseling specifico e la relativa terapia; notifica in tutti i casi previsti dalla normativa. <i>(Fonte dei dati: sistema gestionale MFP5)</i> Entro il 31/12/2019
7. Assicurare percorsi di continuità assistenziale ospedale- territorio per gruppi target di tabagisti presi in carico presso la S.C. Riabilitazione e la S.C. Cardiochirurgia	1. Elaborazione del percorso di continuità assistenziale dedicato a persone tabagiste prese in carico dalla S.C. Riabilitazione 2. Formazione del personale coinvolto	Direttore del DDD Dott.ssa Cristina Lenchig Dott.ssa Giulia Generoso <i>in collaborazione con SC Riabilitazione</i>	1. Elaborazione del progetto entro 30.09.2020 2. Formazione del personale entro 31.12.2020
8. Emergenza coronavirus: riorganizzazione dell'offerta per garantire nel corso dell'emergenza l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e la continuità assistenziale all'utenza presa in carico. Definizione di linee operative	1. Predisposizione di nuove modalità operative nei diversi setting di intervento (ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), con ripianificazione delle risorse di budget assegnate.	Tutto il personale del DDD	1. Nuove procedure e informative interne condivise con tutto il personale del DDD e a disposizione in una sezione dedicata del gestionale. <i>(Fonte dei dati: sistema gestionale MFP5)</i> <i>(entro il 31/12/2020)</i>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
interne per assicurare standard di sicurezza e protezione da possibili contagi sia agli utenti che agli operatori (aziendali e dei partners).	2. Revisione dei flussi di utenza presso le sedi dipartimentali per contenere i rischi di trasmissione, anche attraverso la rimodulazione dell'affido della terapia a domicilio e delle visite domiciliari.		2. Il 100% dei trattamenti farmacologici ambulatoriali è rimodulato con lo strumento dell'affido della terapia e delle visite domiciliari. (Fonte dei dati: sistema gestionale MFP5) (entro il 31/12/2020)
9. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

#### Area Isontina

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
11. Migliorare le informazioni del profilo sociosanitario contenuto nelle cartelle degli utenti in carico a tutte le articolazioni organizzative giuliano – isontine del DDD, che presentano problematiche di dipendenza patologica	1. Aggiornare la sezione <i>anagrafica</i> della cartella MFP 5 relativamente alla scolarità, professione e situazione abitativa 2. Aggiornare e sviluppare la sezione <i>anamnesi tossicologica e comportamenti d'abuso</i> e la <i>lista diagnosi</i> della cartella MFP 5	1. Tutto il personale del comparto del DDD 2. Tutto il personale dirigente del DDD	Il 90% degli utenti ha le sezioni del gestionale MFP5 <i>anagrafica</i> (scolarità, professione e situazione abitativa) e <i>tossicologica</i> (anamnesi tossicologica e diagnosi) aggiornate. Reportistica specifica della piattaforma informatica. Entro il 31/12/2020
12. Consolidamento/Ampliamento dell'offerta di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per la cura dell'epatite C in favore di utenti HCV + in carico a tutte le articolazioni organizzative giuliano – isontine del DDD, garantendo interventi proattivi e di linkage to care per facilitare l'accesso e la ritenzione in trattamento nei protocolli farmacologici con farmaci ad azione antivirale diretta (DAAS)	1. Implementare un protocollo operativo per la cura dell'epatite C in favore di utenti in carico ai servizi per le dipendenze di Gorizia e Monfalcone 2. Mantenere l'offerta di accesso ai programmi di cura con farmaci DAAS per gli utenti in carico nell'area giuliana	Tutto il personale delle articolazioni organizzative della S.C. Dipendenze Area Isontina appartenente ai profili di: - Medico - Infermieri, coord. e dir. inf - Assistenti sanitari - OSS, OTA  <i>in collaborazione con SC Malattie Infettive e Clinica Patologie del Fegato di ASUITS</i>	1. Formalizzazione del protocollo operativo Entro il 31/12/2020 2. Mantenere il numero degli utenti HCV+ trattati con farmaci DAAS nell'area giuliana secondo il protocollo di cura congiunto (pazienti trattati nel 2019: n. 51) (Fonte dei dati: sistema gestionale MFP5) Entro il 31/12/2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>13. Miglioramento dei percorsi di formazione e reinserimento sociale e lavorativo degli utenti del DDD con riferimento alle <i>“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. 57/2918”</i> - approvate con Decreto regionale n.89 del 16/01/2019</p>	<p>1 Uniformare la procedura dipartimentale al fine di condividere le modalità operative per lo svolgimento dei tirocini inclusivi (borse di formazione lavoro) nelle articolazioni organizzative isontino-giuliane del DDD</p> <p>2 Assicurare un sistema di monitoraggio e valutazione dell’andamento dei tirocini inclusivi utilizzando almeno tre degli indicatori individuati nel documento regionale</p>	<p>Tutto il personale del ruolo amministrativo, educatori professionali e assistenti sociali</p>	<p>1 Formalizzazione della procedura <i>Entro 31/12/2020</i></p> <p>2 Report sui percorsi effettuati e sugli esiti utilizzando almeno 3 indicatori previsti dal regolamento regionale <i>Entro 31/12/2020</i></p>
<p>14. Miglioramento dei percorsi di cura degli utenti in esecuzione penale (misure alternative alla detenzione e messe alla prova)</p>	<p>1 Uniformare le procedure dipartimentali per l’implementazione di programmi alternativi alla detenzione e di messa alla prova secondo la procedura dipartimentale in tutte le sedi del DDD del territorio isontino-giuliano</p> <p>2. Monitorare i programmi garantiti dalle diverse articolazioni organizzative del DDD con l’utilizzo del data base dedicato</p>	<p>Tutti gli psicologi</p>	<p>1 Il 100% degli utenti in misura alternativa e in messa alla prova vengono presi in carico secondo procedura <i>(Fonte dei dati: sistema gestionale MFP5)</i> <i>Entro il 31/12/2020</i></p> <p>2 Presentazione al Direttore del DDD di un report annuale di monitoraggio e sintesi dei programmi realizzati <i>Entro 31/12/2020</i></p>
<p>15. Emergenza coronavirus: riorganizzazione dell’offerta per garantire nel corso dell’emergenza l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e la continuità assistenziale all’utenza presa in carico. Definizione di linee operative interne per assicurare standard di sicurezza e protezione da possibili contagi sia agli utenti che agli operatori (aziendali e dei partners).</p>	<p>1. Predisposizione di nuove modalità operative nei diversi setting di intervento (ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), con ri-pianificazione delle risorse di budget assegnate.</p> <p>2. Revisione dei flussi di utenza presso le sedi dipartimentali per contenere i rischi di trasmissione, anche attraverso la rimodulazione dell’affido della terapia a domicilio e delle visite domiciliari.</p>	<p>Tutto il personale</p>	<p>1. Nuove procedure e informative interne condivise con tutto il personale del DDD e a disposizione in una sezione dedicata del gestionale. <i>(Fonte dei dati: sistema gestionale MFP5)</i> <i>(entro il 31/12/2020)</i></p> <p>2. Il 100% dei trattamenti farmacologici ambulatoriali è rimodulato con lo strumento dell’affido della terapia e delle visite domiciliari. <i>(Fonte dei dati: sistema gestionale MFP5)</i> <i>(entro il 31/12/2020)</i></p>

## DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PRIMARIA (ex AAS2)

### SC Distretto Alto Isontino

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<b>DIREZIONE</b>			
1. Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima/Assicurare la valutazione multidimensionale a tutte le persone prese in carico: garantire continuità territorio ospedale territorio	Revisione del Protocollo di Continuità Assistenziale e della Dimissione Protetta del paziente definito fragile	Responsabile del Distretto Dirigente medico del Distretto Dirigenti medici RSA-Hospice Referente Infermieristico Distretto Coordinatori Infermieristici PUA ed RSA Referente Fisioterapisti Distretti Alto e basso Isontino Dirigente infermieristico ex AAS2 S.C. Distretto S.S. RSA-Hospice P.U.A. S.I.D. S.R.D. I.C.A. Dipartimento Medico e Chirurgico Ospedaliero	1) Creazione di un team unico ( <i>a prescindere dalla appartenenza amministrativa dei dipendenti</i> ) con evidenza di procedure di valutazione e presa in carico distrettuali omogenee entro novembre 2020. 2) Entro il 31/12/2020 revisione della modulistica necessaria all'attuazione del nuovo protocollo ed in particolare predisposizione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modulo per la segnalazione di dimissione protetta;</li> <li>• Modulo per il riconoscimento di paziente fragile</li> <li>• Individuazione della modulistica per la valutazione multidimensionale</li> <li>• Modulo check-list da compilare per la dimissione protetta</li> <li>• Modulo verbale U.V.M. per la presa in carico del pz che necessita di dimissione protetta</li> </ul>
2. Garantire continuità territorio ospedale territorio	Monitoraggio congiunto del tempo di attesa tra la "dimissibilità" dai reparti di Medicina Interna e la presa in carico territoriale	Coordinatore PUA-ICA-AFIR-AFT Referente infermieristico DAI RID Dipartimento Medicina Coordinatori Medicina Team ICA PUA	1. Condivisione dei criteri del monitoraggio congiunto del tempo d'attesa 2 Report di monitoraggio condiviso e analisi della criticità entro 31.12.2020
3. Emergenza sanitaria SARS-Co2	Ottemperanza a tutte le indicazioni operative relative alla fase 1 – 2 – 3	Direzione S.C. Distretto S.S. RSA-Hospice P.U.A.	1. Partecipazione all'elaborazione dei documenti aziendali relativi all'emergenza sanitaria SARS-Co2 e costituzione del team

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia SARS-Co2	S.I.D. S.R.D. I.C.A. Responsabile del Distretto Dirigente medico del Distretto Dirigenti medici RSA-Hospice Referente Infermieristico Distretto Coordinatori Infermieristici PUA ed RSA Referente Fisioterapisti Distretti Alto e basso Isontino Poliambulatori distrettuali Uffici amministrativi distrettuali	COVID 19 distrettuale in ottemperanza delle L.G. della regione emanate il 06/04/2020 2. ridefinizione organizzativa delle attività distrettuali e relativa modulistica e comunicazioni diffuse; 3. evidenza dell'aggiornamento del documento di valutazione del rischio biologico COVID19 durante l'emergenza sanitaria; 4. elaborazione protocolli fase 2 per RSA e Nucleo Gravi cerebro lesioni acquisite 5. relazione finale inerente le verifiche regolari ed attività di referenza per le strutture residenziali per anziani, disabili, soggetti fragili del territorio distrettuale
4. Assistenza distrettuale e Assistenza Sociosanitaria	1. Condivisione con il Servizio Riabilitativo domiciliare distrettuale dell'elenco codici ISO prescrivibili dal Medico di Distretto relativi agli ausili assistenziali presso il Distretto Alto Isontino. 2. Prescrizione da parte del Dirigente Medico del Distretto degli ausili assistenziali identificati dai codici ISO condivisi con il Servizio Riabilitativo Domiciliare distrettuale nella presa in carico territoriale	Dirigente medico Distretto P.U.A. Coordinatore Fisioterapisti Distretti	1) Individuazione degli ausili assistenziali prescrivibili dal dirigente medico presso il Distretto alto Isontino 2) 100% delle richieste di ausili valutate e concluse
5. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatori Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
<b>PUNTO UNICO DI ACCESSO</b>			
6. Garantire continuità territorio ospedale territorio	Identificazione gruppo di lavoro e pianificazione incontri periodici	Medico distretto Infermieri P.U.A. Fisioterapisti P.U.A. I.C.A.	Revisione del Protocollo da proporre in ASUGI entro novembre 2020  Entro il 31/12/2020 revisione della modulistica necessaria all'attuazione del

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Coordinatori SOC Medicina Generale Gorizia SID Operatori AFIR Infermieri AFT	nuovo protocollo ed in particolare predisposizione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modulo per la segnalazione di dimissione protetta;</li> <li>• Modulo per il riconoscimento di paziente fragile</li> <li>• Individuazione della modulistica per la valutazione multidimensionale</li> <li>• Modulo check-list da compilare per la dimissione protetta</li> <li>• Modulo verbale U.V.M. per la presa in carico del pz che necessita di dimissione protetta</li> </ul>
7. Migliorare la comunicazione e operatività allineando i servizi incardinati nel nuovo Coordinamento	Coordinamento funzionale tra PUA, AFIR, ICA e AFT	Coordinatore Infermieristico P.U.A. Infermieri dei servizi Interessati	1. Verbali riunioni mensili (ICA, PUA, AFIR, AFT) - 1/mese con evidenza delle azioni programmate 2. Verbali Riunioni quindicinali (ICA- PUA) – 2/mese con evidenza delle azioni programmate  A decorrere dal 01.09. 2020
8. Favorire gli interventi di medicina d’iniziativa volti alla gestione integrata del paziente con diagnosi di diabete mellito	Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015: Realizzazione di iniziative di incontro ed audit con MMG in ambito distrettuale/AFT al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento.	Infermieri di AFT <i>In collaborazione con MMG</i>	1. Elaborazione e implementazione del database specifico per ogni singola AFT; 2. partecipazione ad incontri di monitoraggio in sede di UDMG e/o AFT con evidenza dei risultati come da azione
9. Favorire gli interventi di medicina d’iniziativa volti alla gestione integrata del paziente con diagnosi di scompenso cardiaco cronico	Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scompenso cardiaco	Infermieri di AFT <i>In collaborazione con MMG</i>	1. Elaborazione ed implementazione del database specifico a valenza distrettuale 2. partecipazione ad incontri di monitoraggio in sede di UDMG e/o AFT con evidenza dei risultati
<b>SERVIZIO INFERMIERISTICO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA</b>			
10. Garantire continuità territorio ospedale territorio	Definizione di criteri condivisi per i percorsi post dimissione a governo distrettuale (RSA, ADI, affidamento alla	Medico di Distretto Infermieri del Servizio Infermieristico Domiciliare	1) Entro il 31/12/2020 predisposizione del nuovo Protocollo di Continuità

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	rete familiare, coinvolgimento MMG, inserimento in Struttura Protetta, eccetera) Collaborazione alla revisione del Protocollo da proporre in ASUGI		Assistenziale e della Dimissione Protetta del paziente definito fragile; 2) Entro il 31/12/2020 revisione della modulistica necessaria all'attuazione del nuovo protocollo ed in particolare predisposizione di: • Modulo per la segnalazione di dimissione protetta; 3) Entro il 31/12/2020: elaborazione flowchart riassuntiva del percorso di continuità cure per il paziente definito Fragile
11. Adozione misure di contenimento diffusione COVID 19 nel rispetto della normativa regionale	Collaborare con il servizio rischio clinico per l'attività presso gli ambulatori di infermiere di Comunità presenti sul territorio distrettuale	Coordinatore infermieristico Tutto il personale infermieristico ADI	Presenza di Piano di gestione del rischio COVID19 – Attività ambulatoriale Fase 2 in ogni ambulatorio infermieristico presente sul territorio
	Monitoraggio positività al COVID-19 mediante l'esecuzione di tamponi naso / faringei dei degenti prima/dopo il ricovero e alla dimissione	1. Coordinatore infermieristico	1. Almeno il 90% degli infermieri sono formati per corretta esecuzione di tampone NF entro novembre 2020
		2. Tutto il personale infermieristico ADI	2. Il 100% dei tamponi ricerca COVID-19 necessari sono stati eseguiti Presente report finale Periodo luglio dicembre 2020
<b>SERVIZIO RIABILITATIVO DOMICILIARE</b>			
12. Progetto prevenzione con Scala Tinetti Applicazione della scala Tinetti agli utenti domiciliari in carico al servizio riabilitativo domiciliare distrettuale DBI DAI al fine di identificare il rischio caduta e la necessità di proposta di varie tipologie di deambulatori.	1. Studio della Scala Tinetti e modalità di applicazione della stessa. 2. Identificazione dei pazienti a cui somministrare il suddetto strumento di valutazione. 3. Applicazione della stessa ai pazienti coinvolti ed individuazione dell'ausilio più adatto per la deambulazione.	Coordinatore del Personale della Riabilitazione DAI DBI Comparto Fisioterapisti Servizio Riabilitativo Domiciliare Distretto Alto e Distretto Basso Isontino	1. Verbale dell'incontro di condivisione dei profili di rischio caduta secondo la Scala Tinetti. 2. Valutazione con la scala succitata del 100% dei pazienti identificati. Fonte: Database dei pazienti coinvolti ed inserimento della scala nella Cartella Riabilitativa. Arco temporale da giugno a fine dicembre 2020.
13. Progetto Erica:	1. Incontri di conoscenza sulle esperienze proattive inerenti a progetti di Educazione	Coordinatori dell'area riabilitativa distrettuale ASUGI.	1. Verbali degli incontri effettuati a partire da settembre 2020 e redazione di un

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Armonizzazione di attività proattive in Asugi e condivisione del progetto Erica</p> <p>Target di riferimento : popolazione con riduzione delle capacità funzionali ma in condizioni di salute stabili per assenza di malattia acuta.</p>	<p>e Riabilitazione Integrata ed adattata nel territorio aziendale ASUGI.</p> <p>2. Ripresa nell'Area Isontina dell'attività Erica a seguito dell'emergenza Covid-19</p> <p>3.Valutazione fisioterapica dei pazienti inviati dal MMG con applicazione di Scale scientificamente validate</p>	<p>Referenti aziendali area Riabilitativa. Fisioterapisti del SRD DBI DAI</p>	<p>documento con proposte di azioni di miglioramento per l'anno 2021.</p> <p>2. Incontro con istruttori delle palestre coinvolte per condivisione attività.</p> <p>3. Valutazione del 100% dei pazienti inviati al Servizio dell'Area Isontina per la valutazione relativa all'inserimento nei gruppi del progetto Erica</p> <p>Arco temporale: da gennaio al 20 dicembre 2020. (Alcune valutazioni erano state effettuate a gennaio e febbraio 2020).</p>
<b>POLIAMBULATORIO DISTRETTUALE</b>			
<p>14. Introduzione della prenotazione telefonica per prelievi ematici nelle sedi ambulatoriali di Gradisca d'Isonzo e Cormons per miglioramento del servizio all'utenza.</p>	<p>PREMESSA : ricetta dematerializzata</p> <p>Informazione ( utenti /MMG/URP) cartellonistica</p> <p>orario dedicato prenotazione telefonica</p> <p>attivazione servizio segreteria telefonica</p> <p>Consegna gg precedente al prelievo elenco etichette al personale infermieristico</p> <p>esecuzione del prelievo</p> <p>Condivisione della procedura</p> <p>Analisi criticità</p> <p>Individuazione azioni miglioramento</p>	<p>Coordinatore infermieristico del Poliambulatorio DAI</p> <p>Personale Amministrativo addetto alla prenotazione/C.U.P.</p> <p>Infermieri del Poliambulatorio di entrambe le sedi distrettuali</p>	<p>Report inerente le prenotazioni effettuate nel periodo marzo - dicembre 2020: 100 % prenotazione telefonica con ricetta dematerializzata</p>
<p>15. Assicurare la collaborazione al Centro Per il Rimpatrio, come da convenzione tra Asugi e Prefettura di Gorizia</p>	<p>Riunione</p> <p>analisi organizzativa</p> <p>richiesta del CPR di farmaci via mail</p> <p>trasmissione richiesta al Responsabile DAI</p> <p>Approvazione richiesta</p> <p>Ordine materiale</p> <p>Consegna la settimana successiva</p> <p>Programmazione accesso visite specialistiche richieste dal CPR</p>	<p>Infermieri</p> <p>Coordinatore infermieristico</p>	<p>100% visite richieste e autorizzate programmate</p> <p>100% ordini richiesti sono stati consegnati</p> <p>Report attività garantita al 31/12/2020</p>
<p>16. Sospensione/riapertura agende ambulatoriali periodo COVID</p>	<p>Contattare quotidianamente tutti gli utenti</p> <p>Verifica telefonica dello specialista in visite indifferibili per motivi clinici</p>	<p>Infermieri poliambulatori</p> <p>Coordinatore infermieristico</p>	<p>100% tutti gli utenti contattati</p> <p>100% triage telefonico il giorno antecedente la visita</p> <p>100% nuovo appuntamento</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Triage telefonico il giorno antecedente la visita fascia B</p> <p>Stampa delle liste sospese</p> <p>Conservazione delle stesse</p> <p>Contattare nuovamente gli utenti nella "Fase 2 apertura attività ambulatoriali" per nuovo appuntamento dagli elenchi sospesi per cardiologia, dermatologia, ginecologia, ORL, dentista, infermieristico</p> <p>Triage telefonico il giorno antecedente la visita</p>		
17. Rimodulazione agende specialistica ambulatoriale, tempi di visita, tipologia fasce in base al numero dei sospesi da recuperare per specialità	<p>Analisi organizzativa</p> <p>Incontri in videoconferenza con Responsabili CUP Trieste e specialistica ambulatoriale.</p> <p>Elaborazione strategie di intervento settimanale/ quindicinale incontro con l'informativo per verifica numero utenti da recuperare, tempi apertura agenda ,rimodulazione fasce fino allo smaltimento dei sospesi e ripresa della totalità delle fasce a CUP.</p>	Coordinatore infermieristico	apertura a CUP almeno del 70% entro dicembre 2020
<b>R.S.A. – NUCLEO GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE</b>			
18. Gestione delle RSA Distrettuali	Definizione di criteri e procedure clinico - assistenziali per la gestione dei pazienti ospiti in RSA	Responsabile clinico RSA Medico RSA	Presenza di protocollo di gestione clinico assistenziale dei pazienti ospiti in RSA con definizione di attività, obiettivi, responsabilità, tempistiche
	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	Dirigenti medici S.S. RSA PS Gorizia (dirigenti) Responsabile SS RSA Gorizia e Cormons Coordinatore SS RSA Gorizia e Cormons P.U.A.	1. Studio di fattibilità di un percorso di accesso diretto dal PS alle RSA del DAI 2. Formalizzazione di un protocollo condiviso con DAI entro 31 dicembre
	Aggiornamento in tempo reale dei dati di Dimissione	Medici RSA Coordinatrice Infermieristica dipartimento di Prevenzione	1. Presenza di registrazioni aggiornate Tempistica da luglio



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Coordinatrice Infermieristica RSA Cormons DAI Coordinatore Infermieristico PUA DAI Infermieri RSA Cormons Infermieri PUA DAI	
19. Adozione misure di contenimento diffusione COVID 19 nel rispetto della normativa regionale	Stesura indicazioni ed istruzioni operative per accesso in RSA Gorizia, Nucleo GCA Gorizia, RSA Cormons Garanzia di modulo sollievo familiare anche dal domicilio in corso di emergenza COVID19	Medici, Coordinatori Infermieristici, infermieri e fisioterapisti RSA Gorizia, RSA Cormons, Nucleo GCA Referente Infermieristico DAI PUA	1. Documento relativo alle indicazioni e istruzioni operative di accesso nelle RSA e NGCA del DAI 2. Stesura di indicazioni operative 3. Al 100% nuovi ingressi eleggibili è stato applicato il Piano Di Emergenza fase 2 4. Presenza di report finale Tempistica da luglio
	Collaborare con il servizio rischio clinico	Coordinatrice Infermieristica Servizio Professioni Sanitarie Rischio Clinico Referente Infermieristico DAI Coordinatrici Infermieristiche RSA DAI	1. Formulato ed applicato il PIANO DI GESTIONE EMERGENZA COVID-19 RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) con la relativa stesura del Protocollo operativo per ogni RSA e NGCA 2. Al 100% ingressi eleggibili è stato applicato il protocollo 3. 100% ingressi per esecuzione "zona filtro" preventiva ad accoglimento in residenza per anziani non autosufficienti Tempistica: da aprile a dicembre con report finale analitico
	Monitoraggio positività al COVID-19 mediante l'esecuzione di tamponi naso / faringei dei degenti prima/durante il ricovero e alla dimissione	Coordinatori Infermieristici reparti RSA Gorizia, RSA Cormons, Nucleo GCA	Almeno il 90% degli infermieri sono formati per corretta esecuzione di tampone NF entro aprile 2020
		Infermieri reparti RSA Gorizia, RSA Cormons, Nucleo GCA	Il 100% dei tamponi ricerca COVID-19 necessari sono stati eseguiti Presente report finale Periodo aprile dicembre 2020
<b>AMMINISTRATIVI</b>			
20. Agevolare l'utenza incrementando l'erogazione online e su appuntamento	Aumentare il numero delle operazioni online e su appuntamento per l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria: -scelta/cambio medico	Tutto il personale amministrativo del DAI	1. Predisposizione di un registro elettronico unico degli appuntamenti per ciascuna sede distrettuale (Gorizia, Cormons e Gradisca d'Isonzo) e evidenza

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dell'attività di sportello a seguito dell'emergenza Coronavirus	-inserimento esenzioni -predisposizione modulistica per assistenza all'estero (S1, S2, ecc.) Periodo: da marzo 2020 a dicembre 202		del numero delle richieste pervenute online nel periodo considerato (marzo-dicembre 2020)
<b>SANITA' PENITENZIARIA</b>			
21. <b>contenimento</b> diffusione COVID 19 nel rispetto della normativa regionale presso la casa circondariale di gorizia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmare le consulenze specialistiche attraverso la piattaforma "LIFESIZE" delle televisite per consentire il monitoraggio delle patologie croniche, (diabete, scompenso cardiaco, epatopatie, tossicodipendenza, DSM)</li> <li>• assicurare agli utenti un'assistenza sanitaria qualificata e in sicurezza</li> <li>• garantire la riservatezza delle informazioni che riguardano i ristretti</li> </ul>	Infemiere coordinatore Medico sanità penitenziaria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza della riduzione degli accessi nelle aree ambulatoriali dove non è possibile mantenere la distanza consigliata (per motivi di sicurezza) tra personale polizia penitenziaria e utente</li> <li>2. Verbali riunioni con evidenza delle azioni intraprese e concordate</li> </ol>
	Assicurare l'osservanza del protocollo operativo condiviso, elaborato con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, riguardo i trasferimenti presso altri istituti penitenziari e consulenze esterne	Coordinatore infermieristico <i>Personale Polizia Penitenziaria e personale Europromos</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predisposizione del Protocollo Condiviso</li> <li>2. Distribuzione materiale illustrativo sulle azioni del contenimento del contagio, distribuzioni DPI</li> <li>3. Verbale incontri fatti con il personale coinvolto con evidenza delle azioni intraprese e concordate</li> </ol>
	Illustrazione e educazione sull'uso corretto dei DPI e lavaggio delle mani Sanificazione ambientale (sale colloqui, camere di pernottamento, spazi comuni, ambulatori sanitari)		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza delle azioni informazione e sensibilizzazione sia al Personale di Polizia Penitenziaria che alla popolazione detenuta</li> <li>2. Protocollo di sanificazione quotidiano degli ambulatori sanitari</li> </ol>
22. <b>Sanità Penitenziaria</b> Ridurre i tempi di attesa in ambiente ospedaliero durante le visite specialistiche ortopediche dei ristretti osservando le normative di sicurezza	<p>Collaborare con il servizio Traduzioni al fine di pianificare al meglio le tempistiche del trasporto</p> <p>Cooperare con il personale infermieristico dell'area ambulatoriale ortopedica per assicurare percorsi facilitati ai ristretti</p> <p>Prendere parte alla consulenza per una migliore presa in carico</p>	<p>Personale infermieristico e medico della sanità penitenziaria</p> <p>In collaborazione con il personale infermieristico dell'area ambulatoriale ortopedica</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Audit che rilevi il numero delle visite e le tempistiche G2 clinico</li> <li>2. Ridurre a 10/15 minuti i tempi medi di attesa nel 60% delle visite</li> </ol> <p>Tempistica luglio-dicembre 2020 con report finale</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Garantire continuità territorio ospedale territorio	1. semplificare le attività infermieristiche di valutazione e presa in carico distrettuale dei dimessi dai reparti ospedalieri anche tramite il superamento della divisione operativa tra ICA e PUA (continuità assistenziale)	Direttore Distretto Direttore Presidio Ospedaliero Team ICA Team PUA Responsabile Infermieristico Distretto Dirigente Infermieristico ex AAS2	1. Creazione di un team unico ( <i>a prescindere dalla appartenenza amministrativa dei dipendenti</i> ) con evidenza di procedure di valutazione e presa in carico distrettuali omogenee entro novembre 2020.
	2. Snellire le procedure di attivazione e di attuazioni delle UVD per i pazienti dimissibili dall'ospedale diminuendo in maniera significativa la tempistica	Responsabile Infermieristico Distretto Team ICA/PUA	1. Esecuzione delle UVD entro 72 ore (media) dalla valutazione ICA/PUA a partire da novembre 2020.
	3. 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)	Medici e Infermieri di Distretto	1. Definizione formale e attivazione di almeno 2 percorsi post dimissione con criteri di inserimento, tempistiche e responsabilità entro il 30 novembre 2020. 2. Report di verifica dell'applicazione ed evidenza di criticità e proposte di miglioramento entro 31.12.2020
2. Gestione delle RSA Distrettuali	1. Definizione di criteri e procedure clinico - assistenziali per la gestione dei pazienti ospiti in RSA 2. Aggiornamento in tempo reale dei dati di dimissione	Tutto il personale RSA	1. Presenza di protocollo di gestione clinico assistenziale dei pazienti ospiti in RSA con definizione di attività, obiettivi, responsabilità, tempistiche. 2. Presenza di registrazioni aggiornate Entro il 31/12/20.
	Disponibilità all'accesso diretto in RSA, per assistiti provenienti dal Pronto Soccorso, le cui condizioni socio-	PS Monfalcone (dirigenti) Responsabile SS RSA Monfalcone Coordinatore SS RSA Monfalcone	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso con DBI entro 30 ottobre. 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12 (almeno 5 casi)

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	assistenziali controindicano il rientro a domicilio con percorso ad hoc con il PUA		
3. Revisione modalità valutative nell'ambito dell'attuazione del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine di cui all'art. 41 della L.R. 6/2006((Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale DPCR 7/2015)..	Verifica proattiva di tutta la documentazione presente nei data base aziendali (Programma Visualizzatore Referti), per una corretta valutazione delle persone affette da patologie dementiene con assegnazione del grado di evoluzione della patologia, misurata secondo la Clinical Dementia Rating Scale-CDRs. Ciò a seguito di constatazione che non veniva presentata tutta la documentazione comprovante il grado di demenza alla presentazione della domanda.	Direttore Distretto	Ricerca per ogni richiedente l'APA (Assegno per l'autonomia) e CAF (contributo per l'aiuto familiare) della documentazione comprovante la patologia dementiene tramite il programma Visualizzatore Referti ed assegnazione del grado di evoluzione della patologia, misurata secondo la Clinical Dementia Rating Scale-CDRs.  01/01/20-31/12/20
4. Assistenza Distrettuale e Assistenza sociosanitaria.	1. Condivisione con il Servizio Riabilitativo Domiciliare distrettuale dell'elenco dei codici ISO 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 assistenziali identificati dai codici ISO condivisi con il Servizio Riabilitativo Domiciliare distrettuale nella presa in carico territoriale.	Dirigente Medico del Distretto.	1. Individuazione degli ausili assistenziali prescrivibili dal Dirigente Medico presso il Distretto Basso Isontino.  2. 100% delle richieste di ausili valutate e concluse.  31/12/20
5. Standardizzare l'esecuzione dell'attività: controllo ematico INR mediante prelievo capillare nel territorio basso isontino.	- Prestazione attivata su richiesta del MMG o contatto diretto con utente - Test eseguito con strumento di ultima generazione. - Valutazione immediata del risultato - Riduzione dei tempi di gestione della terapia.	Responsabile Infermieristico/Coordinatore Poliambulatorio di Monfalcone. Coordinatore SID. Personale SID e Servizio Poliambulatoriale.	95% dei casi trattati sul numero di soggetti in carico.  31/12/20
6. Presa in carico prestazionale di utenti fuori target di misurazione per gestione delle misure di emergenza da COVID 19.	- Prestazione attivata su segnalazione del PLS, Dip. Materno Infantile, IRCCS o da contatto diretto della famiglia. - Prestazione eseguita in famiglia.	Responsabile Infermieristico/Coordinatore Poliambulatorio di Monfalcone. Coordinatore SID.	Presa in carico del 100% dei casi segnalati.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Esecuzione di prestazioni domiciliari a pazienti fragili pediatrici.	Creazione di canale di comunicazione e collaborazione con le Strutture Operative coinvolte per garantire la continuità assistenziale ospedale territorio.	Personale SID e Servizio Poliambulatoriale.	
7. Organizzazione zona filtro poliambulatori Grado	-Controllo e gestione della zona filtro per triage covid19 -gestione del personale e delle procedure per triage - controllo corretto uso DPI per il personale infermieristico	Coordinatrice infermieristica Poliambulatorio Grado	- Presenza zona filtro attiva per tutto l'orario di apertura dei poliambulatori.  Dal 04/05/20 al 31/12/20
8. Partecipazione zona filtro poliambulatori Grado	-Posizionamento di zona filtro mobile -TRIAGE: disinfezione mani utente somministrazione scheda di screening clinico anamnestico per l'individuazione di casi di infezione da coronavirus19 rilevazione T.C. -sostituzione mascherina chirurgica all'utente previo disinfezione mani. - sanificazione postazione zona filtro a ogni intervento	Tutto il personale infermieristico Poliambulatorio Grado	-Presenza zona filtro attiva per tutto l'orario di apertura dei poliambulatori.  Dal 04/05/20 al 31/12/2
9. Realizzazione di ambulatorio infermieristico in collaborazione con la dermatologia distrettuale	-Medicazioni -Trattamento lesioni cutanee -Accertamenti diagnostici -Somministrazione NRS -Compilazione PSST -Educazione terapeutica finalizzata al mantenimento e/o miglioramento dello stato di salute generale. -Educazione sanitaria	Coordinatrice infermieristica Poliambulatorio Grado.  Tutto il personale infermieristico Polioambulatorio Grado.	Presenza in carico di almeno 8 persone.  31/12/20
10. Progetto Erica 1) Armonizzazione di attività proattive in Asugi e condivisione del progetto Erica Target di riferimento : popolazione con riduzione delle capacità funzionali ma in	Incontri di conoscenza sulle esperienze proattive inerenti a progetti di Educazione e Riabilitazione Integrata ed adattata nel territorio aziendale ASUGI.  Valutazione fisioterapica dei pazienti inviati dal MMG con applicazione di Scale scientificamente validate.	Coordinatori dell'area riabilitativa distrettuale  Fisioterapisti del SRD DBI DAI  Coordinatore del Personale della Riabilitazione DAI DBI	1 Verbali degli incontri effettuati a partire da settembre 2020 e redazione di un documento con proposte di azioni di miglioramento per l'anno 2021. Arco temporale: da settembre a dicembre 2020. 2 Valutazione del 100% dei pazienti inviati al Servizio per valutazione relativa

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>condizioni di salute stabili per assenza di malattia acuta.</p> <p>2) Ripresa attività Erica a seguito dell'emergenza Covid-19 Target di riferimento : popolazione con riduzione delle capacità funzionali ma in condizioni di salute stabili per assenza di malattia acuta.</p>		<p>Comparto Fisioterapisti Servizio Riabilitativo Domiciliare Distretto Alto e Distretto Basso Isontino</p>	<p>all'inserimento nei gruppi del progetto Erica. 3 Incontro con responsabili e/o istruttori delle palestre coinvolte per un confronto sull'organizzazione delle attività. Arco temporale: da settembre a dicembre 2020.</p>
<p>11. Progetto prevenzione cadute con utilizzo della Scala Tinetti Applicazione della scala Tinetti agli utenti domiciliari in carico al servizio riabilitativo domiciliare distrettuale DBI DAI al fine di identificare il rischio caduta e la necessità di proposta di varie tipologie di deambulatori.</p>	<p>1. Studio della Scala Tinetti e modalità di applicazione della stessa. 2. Identificazione dei pazienti a cui somministrare il suddetto strumento di valutazione. 3. Applicazione della stessa ai pazienti coinvolti ed individuazione del l'ausilio più adatto.</p>	<p>Coordinatore del Personale della Riabilitazione DAI DBI Comparto Fisioterapisti Servizio Riabilitativo Domiciliare Distretto Alto e Distretto Basso Isontino</p>	<p>1. Verbale dell'incontro di condivisione dei profili di rischio caduta secondo la Scala Tinetti. 2. Valutazione con la scala succitata del 100% dei pazienti identificati. Fonte: Database dei pazienti coinvolti ed inserimento della scala nella Cartella Riabilitativa. Arco temporale da inizio giugno al 31 dicembre 2020</p>
<p>12. Sistema di continuità della cura nelle dimissioni protette Attuazione di percorsi semplificati per le prestazioni di assistenza protesica</p>	<p>Presa in carico delle richieste entro 48 ore lavorative dalla segnalazione</p>	<p>Operatori afferenti alle attività dell'ufficio protesico di Monfalcone- D.B.I.: -Anna Morra -Carla Ludovico -Emanuela Galopin</p>	<p>90% delle richieste pervenute sono processate entro le 48 ore lavorative- Scadenza 31.12.2020</p>
<p>13. Statistica regionale assistenza protesica</p>	<p>Inserimento dei dati di assistenza protesica entro 30 giorni dalla domanda di erogazione</p>	<p>Operatori afferenti alle attività dell'ufficio protesico di Monfalcone- D.B.I.: -Anna Morra -Carla Ludovico -Emanuela Galopin</p>	<p>90% delle registrazioni dei dati di assistenza protesica sono inseriti entro 30 giorni dalla data di erogazione Scadenza 31.12.2020</p>
<p>14. Miglioramento dell'attività di rendicontazione contabile della RSA di Monfalcone</p>	<p>Sostituzione della modalità cartacea con la creazione di un file del movimento RSA per il conteggio delle rette. Invio del file all'ufficio preposto dei conteggi per l'invio delle fatturazioni agli utenti.</p>	<p>Operatore Socio Sanitario Valentina Corsi</p>	<p>Produzione ed implementazione del file del 100% dei dati del 2020 e invio all'ufficio preposto del file . Scadenza 31/12/2020</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
15. Monitorare la corretta tenuta delle credenziali di accesso ai programmi informatici al fine di ridurre il numero di richieste reset al sistema informatico.	1, Individuazione delle autocertificazioni acquisite in Distretto al fini del controllo sulla veridicità di quanto dichiarato. 2, Controlli e verifiche per almeno il 20% delle autocertificazioni individuate nel periodo dal 01.04.2020 al 31.12.2020 3, Predisposizione di un report dei controlli svolti nel periodo dal 01.04.2020 al 31.12.2020	Tutto il personale amministrativo e/o sanitario con funzioni amministrative.	1, Archivio informatizzato presente al 30.04.2020 2, Report trimestrale degli avvisi di verifica 3, Report trimestrale verifica appropriatezza
16. Monitoraggio dell'attività di riscontro e liquidazione delle fatture afferenti al centro di costo SC Distretto Basso Isontino	1, Riscontro e liquidazione fatture. 2, Incontri trimestrali di condivisione dei dati con implementazione di file excel	Desiderio Vigorito Marco	1, riscontro e liquidazione delle competenze afferenti al SC Distretto Basso Isontino nel 80% del totale delle fatture. 2, Invio alla SC Gestione Economico Finanziaria di un documento con le azioni delle fatture inevase con relativa motivazione entro il 31.12.2020
17. Monitoraggio dell'attività di riscontro e liquidazione delle spettanze afferenti al centro di costo SC Distretto Basso Isontino per le Case di Riposo	1, Riscontro e verifica delle spettanze dovute. 2, Incontri trimestrali di condivisione dei dati con implementazione di file excel	Vanon Nives	1, riscontro e liquidazione delle competenze afferenti al SC Distretto Basso Isontino nel 80% del totale delle spettanze alle Case di Riposo. 2, Invio alla SC Gestione Economico Finanziaria di un documento con le azioni degli oneri inevasi con relativa motivazione entro il 31.12.2020.
18. Organizzazione scadenziario domiciliazioni	Scadenziario suddiviso per ordine alfabetico e tempoarale	Tentor Patrizia	Organizzazione scadenziario e relativa verifica
19. Suddivisione archivio per competenza argoenti (esenzioni, certificati, Inail, Inps)	Ottimizzazione archivio per competenza	Zorzin Giannina	Divisione annuale per competenza ed attinenza per successivo riscontro.
20. Attività di controllo delle consegne di presidi sanitari a strutture convenzionate (ospizio marino e casa serena)	Sostituzione della modalità cartacea con la creazione di un file del movimento del materiale Invio del file all'ufficio preposto dei conteggi	Operatore Tecnico Sanitario Paola Reverdito	Produzione ed implementazione del file del 100% dei dati del 2020 e invio all'ufficio preposto del file . Scadenza 31/12/2020
21. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Coordinatori Comparto	pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



## SSD Cure Palliative

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Cure palliative: ≥ 75% dei decessi dei pazienti presi in carico dal servizio	Presenza in carico continuativa delle persone assistite	SSD CP	Miglioramento dell'indicatore 2019: 29,3% DAI; 46,2% DBI
2. Registrazione attività	Partecipazione agli eventuali incontri regionali	SSD CP	Adottata la modalità di registrazione dell'attività indicate dal coordinamento regionale
3. Continuità della presa in carico multiprofessionale	Predisposizione e utilizzo documento di continuità assistenziale e formazione multiprofessionale	SSD CP	1. Presenza di documentazione di continuità assistenziale (modulo) nel 80% dei pazienti domiciliari 2. Informazione per l'utilizzo al personale 118, ADI e MMG, pronto soccorso
4. Protocolli condivisi con Ts	Condivisione di protocolli e eventuale integrazione	SSD CP	Evidenza dei protocolli
5. Proposta di condivisione dell'organizzazione rete cure palliative ASUGI	Incontri di condivisione tra area Isontina e area Triestina al fine di ottimizzare la rete aziendale	Obiettivo manageriale	Evidenza di almeno due incontri e loro verbale
6. Condivisione con MMG della documentazione inerente al fascicolo di cure palliative a favore della continuità della cura dei pazienti gestiti a domicilio	Somministrazione della documentazione ai pazienti in carico e condivisione con i MMG della documentazione stessa	SSD CP	Evidenza della documentazione firmata anche dai MMG in almeno 50 paz.
7. Miglioramento di assistenza: cure simultanee (Obiettivo condiviso con dr.ssa Guglielmi Alessandra)	1 Screening e diagnosi della malnutrizione nei pazienti in trattamento per neoplasia 2. Avvio precoce a programma personalizzato (visita nutrizionistica/trattamento dietetico) 3. Creazione di liste CUP per programmazione di visite nutrizionistiche/trattamenti dietetici	SC Oncologia TS in collaborazione con : SC Clinica Medica dirigenti medici /dietiste; Ambulatorio Distrettuale dirigenti medici /comparto , SSD CP Ex Isontina	1. Evidenza di agenda CUP dedicata 2. Tutti i pazienti assistiti sono presi in carico secondo le modalità concordate 3. Tutti i pazienti assistiti che necessitano di trattamenti dietetici sono seguiti secondo le modalità concordate e hanno la

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			richiesta di attivazione fornitura supplementi nutrizionali orali
8. Supporto psicologico	Ricognizione delle figure di psicologi operanti in continuità con i servizi di cure palliative	SSD CP Psicologi	Evidenza di un piano di riorganizzazione
9. Continuità territoriale	Ottimizzazione del processo di consegne/continuità con il personale ADI	SSD CP	Evidenza di un sistema di registrazione condivisa su una piattaforma informatica comune SSD CP e ADI
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatori Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
11. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno una pubblicazione
12. Cure palliative: ≥ 75% dei decessi dei pazienti presi in carico dal servizio	Presa in carico continuativa delle persone assistite	SSD CP	Miglioramento dell'indicatore 2019: 29,3% DAI; 46,2% DBI
13. Registrazione attività	Partecipazione agli eventuali incontri regionali	SSD CP	Adottata la modalità di registrazione dell'attività indicate dal coordinamento regionale
14. Continuità della presa in carico multiprofessionale	Predisposizione e utilizzo documento di continuità assistenziale e formazione multiprofessionale	SSD CP	1. Presenza di documentazione di continuità assistenziale (modulo) nel 80% dei pazienti domiciliari 2. Informazione per l'utilizzo al personale 118, ADI e MMG, pronto soccorso
15. Protocolli condivisi con Ts	Condivisione di protocolli e eventuale integrazione	SSD CP	Evidenza dei protocolli
16. Proposta di condivisione dell'organizzazione rete cure palliative ASUGI	Incontri di condivisione tra area Isontina e area Triestina al fine di ottimizzare la rete aziendale	Obiettivo manageriale	Evidenza di almeno due incontri e loro verbale
17. Condivisione con MMG della documentazione inerente al fascicolo di	Somministrazione della documentazione ai pazienti in carico e condivisione con i MMG della documentazione stessa	SSD CP	Evidenza della documentazione firmata anche dai MMG in almeno 50 paz.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
cure palliative a favore della continuità della cura dei pazienti gestiti a domicilio			
18. Miglioramento di assistenza: cure simultanee (Obiettivo condiviso con dr.ssa Guglielmi Alessandra)	1 Screening e diagnosi della malnutrizione nei pazienti in trattamento per neoplasia 2. Avvio precoce a programma personalizzato (visita nutrizionistica/trattamento dietetico) 3. Creazione di liste CUP per programmazione di visite nutrizionistiche/trattamenti dietetici	SC Oncologia TS in collaborazione con : SC Clinica Medica dirigenti medici /dietiste; Ambulatorio Distrettuale dirigenti medici /comparto , SSD CP Ex Isontina	1. Evidenza di agenda CUP dedicata 2. Tutti i pazienti assistiti sono presi in carico secondo le modalità concordate 3. Tutti i pazienti assistiti che necessitano di trattamenti dietetici sono seguiti secondo le modalità concordate e hanno la richiesta di attivazione fornitura supplementi nutrizionali orali
19. Supporto psicologico	Ricognizione delle figure di psicologi operanti in continuità con i servizi di cure palliative	SSD CP Psicologi	Evidenza di un piano di riorganizzazione
20. Continuità territoriale	Ottimizzazione del processo di consegne/continuità con il personale ADI	SSD CP	Evidenza di un sistema di registrazione condivisa su una piattaforma informatica comune SSD CP e ADI
21. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatori Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
22. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno una pubblicazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. PAL 2020  Percorso nascita	1. Consolidamento del percorso integrato ospedale territorio post dimissione madre –bambino	SC Età Evolutiva, Famiglia e Disabilità  <b>In comune con Sc Ostetricia e Ginecologia Sc Pediatria</b>	Evidenza del percorso e del monitoraggio delle attività predisposte: 1. Trasmissione delle informazioni ai Consultori nel 100% dei neonati sani 2. 100% schede consultoriali dei neonati sani alla dimissione afferenti all'area Isontina
	2. Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce	Dirigenza e comparto	1. Definizione di protocollo aziendale, accompagnamento e dimissioni protette per gravidanze in età precoce 2. Definizione di protocollo aziendale per i neonati esposti.
2. PAL 2020 GECT Alto Isontino	Progetto percorso nascita GECT-GO Continuazione ed implementazione del progetto Percorso Nascita GECT-GO già avviato negli anni precedenti.	Dirigenza e comparto  <b>In comune con sc Ostetricia e Ginecologia</b>	Implementazione numero visite domiciliari e controlli rispetto al 2019.
3. Costruzione di progetti e definizione di percorsi innovativi di inclusione per persone con disabilità (DGR775/20), caratterizzati da personalizzazione della risposta appropriata ai bisogni e sviluppo integrale della persona, in integrazione con i partner locali.	1. Ricognizione dell'offerta di servizi e dei percorsi esistenti 2. raccolta di progetti innovativi in particolare per: - transizione adolescente-giovane adulto - giovani adulti con disabilità in uscita dal nucleo familiare 3. Co-progettazione di nuovi percorsi innovativi con i partner locali	Direttore Francioso  In comune con Louise Marin SRA Cristiano Stea D4 Personale in staff alla DSS  In collaborazione con personale dell' area riabilitativa dei distretti e personale dell' Area Welfare	1. Ricognizione e raccolta di progetti innovativi esistenti in linea con DGR 775 2. Proposta di almeno un progetto/percorso innovativo per il target di disabilità individuato.
4. PAL 2020 Situazioni caratterizzate da multicomplexità funzioni genitoriali	1. Predisposizione di strumenti e materiali scientifici multi-professionali, finalizzati al miglioramento delle azioni di rete 1.1. Report casistica individuata e trattata, con evidenza degli strumenti utilizzati nell'attività di rete attivata nel Basso Isontino nell'ambito del progetto P.I.P.P.I.	<b>Dirigenza e comparto</b>	1. Almeno tre strumenti aggiornati 1.1 .Presenza report con evidenza di almeno 8 casi trattati con gli strumenti aggiornati 2. Evidenza dei sottogruppi avviati e delle tematiche trattate nell'attività predisposta

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2. Attivazione di gruppi trasversali di confronto e mutuo-aiuto per genitori, minori, adolescenti.</p> <p>3. Organizzazione spazi e momenti di incontro/attività a sostegno della genitorialità complessa nell'ambito della progettualità P.I.P.P.I. dalle equipe multi-professionali dedicate..</p> <p>4. Individuazione di casistica caratterizzata da multicomplexità nell'esercizio delle funzioni genitoriali.</p>		<p>nell'Isontino per la presa in carico di almeno 10 casi .</p> <p>3. incontri di rete con il SSC Basso Isontino nel corso del 2020 riferiti ad almeno 10 situazioni familiari complesse</p> <p>4. Report su almeno 10 situazioni portate in supervisione (con esperti esterni) attraverso audit clinici a sostegno della genitorialità complessa, nel corso del 2020 nell'Alto Isontino.</p>
5. PAL 2020 Violenza contro le donne	<p>Applicazione operativa del Protocollo già sottoscritto nell'Isontino in data 30/09/2019.</p> <p>La Prefettura di Gorizia sta individuando i componenti del previsto Gruppo Tecnico di lavoro con compiti di monitoraggio, raccolta dati e verifiche delle attività svolte.</p>	Dirigenza	stesura di linee guida, condivise con SSC e con le associazioni di volontariato (SOS Rosa e Da donna a donna) che favoriscano la omogeneizzazione della raccolta dati al fine di una loro corretta elaborazione
6. PAL 2020 Assicurare la valutazione integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali.	<p>1. Convocazione/partecipazione a UVM per i minori che nel corso del 2020 afferiranno a strutture residenziali o semiresidenziali.</p> <p>2. Definizione del profilo di bisogno ed utilizzo delle prassi indicate dalle linee guida regionali.</p>	Dirigenza e comparto  <b>Obiettivo condiviso EEFD, NPI e DSM.</b>	Il 100% dei minori che vengono accolti in strutture residenziali e semiresidenziali, nel corso del 2020, usufruiscono di una valutazione integrata con definizione del relativo profilo di bisogno .
7. PAL 2020 Disabilità Attuare percorsi condivisi nella transizione all'età adulta dei minori con disturbi dello spettro autistico.	<p>1. NPI convoca UVM dove illustra quadro clinico ed il progetto in atto.</p> <p>2. DSM e Disabilità Adulti definiscono le modalità di valutazione finalizzate alla presa in carico del soggetto ed alle visite medico legali (Invalidità civile, L.68, L.104/92) successive ai 18 anni d'età.</p> <p>3. Ridefinizione condivisa dal PAI</p>	Dirigenza  <b>Obiettivo condiviso EEFD (Disabilità Adulti) NPI e DSM</b>	Rivalutazione in UVM del 100% dei minori con disturbo dello spettro autistico ai 18 anni per la definizione del PAI che prevede la transizione dai servizi NPI a quelli dell'età adulta.
8. Emergenza COVID-19	Adesione, da parte degli psicologi della struttura, al progetto aziendale di supporto psicologico telefonico al	Dirigenti psicologi	L'apporto degli psicologi, per una mattinata completa (9.00-13.00) alla settimana, fino alla conclusione del

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	personale di ASUGI coinvolto nell'assistenza di pazienti contagiati, ma anche alle persone ricoverate, in quarantena ed ai loro familiari coinvolti dal COVID-19		progetto aziendale, viene misurato attraverso i report dei turni settimanali con evidenza degli operatori coinvolti e loro struttura d'appartenenza.
9. Adozione nazionale e internazionale Implementazione e miglioramento degli interventi nell'adozione nazionale e internazionale PAL 2020 – Consulenti Familiari - 3.3.8	<b>Area Giuliana e Isontina</b> Avvio di un tavolo di confronto e condivisione tra CCFF dell'area giuliana e isontina su percorsi e metodologie di intervento nelle adozioni nazionali e internazionali	CCFF area giuliana e area isontina	Evidenza di un documento aziendale, relativo ai gruppi pre adozione, che contenga modalità di conduzione sia in presenza, sia compatibili al distanziamento sociale 31/12/2020
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatori Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Piani di miglioramento delle procedure di valutazione e presa in carico della SCBADO F /NPI dell'area Giuliano- isontina</p> <p>Emergenza sanitaria COVID 19: Riorganizzazione e rimodulazione attività delle NPI e delle SCBADO F nelle diverse fasi dell'emergenza sanitaria</p> <p>Area Giuliano- Isontina</p>	<p>1. Rendere omogenee le procedure e i percorsi ASUGI di valutazione di bambini adolescenti attraverso un tavolo di confronto tra responsabili SCBADO F e NPI a partire dalla documentazione già esistente.</p> <p>2. Identificare le tematiche prioritarie per le quali condividere e sviluppare percorsi/ linee operative specifiche identificando per ciascun tavolo gli operatori referenti.</p> <p>3. Definire le modalità operative di risposta all'utenza coerentemente con le diverse fasi dell'emergenza sanitaria (finalizzate alla predisposizione del DUVRI).</p>	<p>Obiettivo condiviso con i responsabili dei servizi NPI e SCBADO F di ASUGI</p>	<p>1., 2., 3 Redazione di un documento condiviso che a partire da quanto risultato dai tavoli tecnici attivati, definisca i percorsi prioritari condivisi</p> <p>Documento firmato da tutti i responsabili inviato ai Direttori di Distretto e Direzione Sanitaria 31.12.2020</p>
<p>2. Piani di miglioramento dei percorsi rivolti ai minori della SCBADO F/NPI dell'area Giuliano-Isontina</p>	<p>1.Partecipazione al tavolo specifico a cui si è designati</p> <p>2. Ogni professionista delegato al tavolo specifico, interfacciandosi anche con i colleghi di struttura, definirà per i singoli percorsi le parti condivise e comuni e le parti peculiari di ogni servizio, valutandone i punti di forza e le criticità.</p> <p>3. Descrivere un percorso condiviso ed EBM tra tutte le strutture che tenga anche conto della necessità di rimodulazione e riorganizzazione in relazione al documento aziendale DUVRI ed alle specificità di ogni singolo percorso.</p>	<p>Dirigenti e personale del Comparto</p>	<p>I documenti elaborati nei vari tavoli come da azione vengono inviati ai responsabili delle SCBADO F e NPI territoriali entro il 31.10.2020</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. PAL 2020 Attuare percorsi condivisi nella transizione all'età adulta dei minori con disturbi dello spettro autistico. Obiettivo condiviso NPI - DSM SOC EEFD (disabilità adulta) Area Isontina</p>	<p>1. NPI convoca UVM dove illustra quadro clinico ed il progetto in atto 2. DSM e SOS DISABILITA' ADULTI definiscono le modalità di valutazione finalizzate alla presa in carico del soggetto ed alle visite medico legali (invalidità civile, L.68,L. 104/92) successive al 18 anno 3. ridefinizione condivisa del PAI</p>	<p>dirigenti</p>	<p>Rivalutazione in UVM DEL 100% degli utenti con disturbo dello spettro autistico per la definizione di un PAI che prevede la transizione dai servizi NPI a quelli dell'età adulta</p>
<p>4. PAL 2020 assicurare la valutazione integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali Obiettivo condiviso NPI DSM SOC EEFD area Isontina</p>	<p>1. Convocazione /partecipazione a UVM per i minori che nel corso del 2020 afferiranno a strutture residenziali o semiresidenziali 2. Definizione del profilo di bisogno ed utilizzo delle prassi indicate dalle linee guida regionali</p>	<p>dirigenti</p>	<p>Il 100% dei minori che vengono accolti in strutture residenziali e semi residenziali nel corso del 2020 usufruiscono di una valutazione integrata con definizione del relativo profilo di bisogno (vd. Del. Reg. n° 123 /2020</p>
<p>5. PAL 2020 Implementazione del progetto Autismo Continuazione ed implementazione del progetto Autismo GECT – GO</p>	<p>1.Incontri congiunti di programmazione e verifica dell' equipe mista italo slovena progetto autismo GECT – GO Presa in carico da parte dell'equipe mista italo stovena dei casi con asd della fascia d'età 18-48 mesi per il trattamento precoce ESDM (Early Start Denver Model)</p>	<p>Dirigenti - Comparto</p>	<p>Entro dicembre 2020 viene preso in carico ed avviato il trattamento del 100% dei minori con asd segnalati per l'intervento precoce all'equipe mista italo slovena del progetto autismo GECT - GO</p>
<p>6. Implementazione del progetto Autismo</p>	<p>2.Implementare il data base dei minori con disturbo dello spettro autistico 0-5 anni con i dati riguardanti l'utenza 6-18 anni</p>	<p>Dirigenti comparto</p>	<p>Inserimento del 100% dei dati riguardo l'utenza in carico all'area isontina</p>
<p>7. Creazione di una scheda anamnestica logopedica contenente la biografia linguistica per la presa in carico dei bambini bilingue e/o plurilingue afferenti al servizio di Neuropsichiatria dei distretti Alto e Basso Isontino. Strutturazione di un database allo scopo di raccogliere in modo sistematico</p>	<p>1.Studio della letteratura scientifica in merito alla biografia linguistica ( es. questionari parentali, scala intellegibilità etc). 2. Stesura della scheda anamnestica logopedica linguistica. 3. Individuazione delle variabili da inserire nel data base e creazione di un database per la popolazione bilingue e/o plurilingue.</p>	<p>Comparto (logopediste NPI DBI)  F.O. Riabilitazione Gorizia Monfalcone</p>	<p>1. Produzione della scheda anamnestica logopedica integrata dai dati relativi alla storia linguistica dei minori e dell'ambiente familiare. 2. Applicazione sperimentale della scheda ai nuovi accessi di minori bilingue/plurilingue da settembre al 15 dicembre 2020.</p>



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
informazioni significative inerenti tale popolazione.			3. Database in formato xls e Inserimento dei dati da settembre al 15 dicembre 2020.
8. Applicazione di scale di valutazione neuromotoria scientificamente validate. Età da 0 a 6 anni	1. Studio di scale di valutazione neuromotoria in età evolutiva, somministrabili in quadri patologici neuromuscolari e neurologici. 2. Sperimentazione delle stesse sui minori in carico. 3. Stesura del piano terapeutico riabilitativo individualizzato.	Comparto: (logopediste NPI DAI e DBI) fisioterapisti/e terapisti della neuropsicomotricità della SC di Neuropsichiatria Infantile del Distretto Alto e Basso Isontino  F.O. Riabilitazione Gorizia Monfalcone	Applicazione delle scale prese in esame, all' 80% dei minori in carico al servizio di Fisioterapia della SC di NPI del Distretto Alto e Basso Isontino, a far data da inizio maggio al 15 dicembre 2020. Fonte: database in formato xls. specificazione dei casi e scale applicate.
9. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni
10 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatori Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

### Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Collaborazione alla stesura del regolamento per l'accesso degli informatori scientifici e degli specialisti di prodotto	Collaborazione alla stesura e adozione del regolamento per l'accesso degli specialisti di prodotto	DMP Cattinara Maggiore DMO Gorizia Monfalcone Dirigenti Medici	Predisposizione, applicazione della procedura e pubblicazione sul sito intranet aziendale
2. Rischio clinico: aggiornamento e unificazione di almeno 5 procedure aziendali sulla sicurezza del paziente	Elaborazione e applicazione di almeno 5 procedure aziendali sulla sicurezza del paziente	DMP Cattinara Maggiore DMO Gorizia Monfalcone Dirigenti medici Serv. Vigilanza Sanitaria e SS Rischio Clinico – Personale del Comparto Psicologia Ospedaliera -	Predisposizione, applicazione delle procedure e pubblicazione sul sito intranet aziendale
3. Polizia mortuaria: adozione di una procedura condivisa per gli ospedali	Elaborazione e applicazione di una procedura condivisa per gli ospedali sulla polizia mortuaria	DMP Cattinara Maggiore DMO Gorizia Monfalcone Dirigenti medici Serv. Vigilanza Sanitaria e SS Rischio Clinico – Personale del Comparto	Predisposizione, applicazione della procedura e pubblicazione sul sito intranet aziendale

## PRESIDIO OSPEDALIERO DI CATTINARA E MAGGIORE

### Direzione Medica di Presidio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
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	Tutta la Struttura	Verifica della corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
3. Trasparenza e aggiornamento liste di attesa per intervento	Elaborazione ed invio alle SSCC Chirurgiche dell'elenco errori/potenziali errori nelle liste di attesa per ricovero programmato – triennio 2018-2020 per tutte le priorità e verifica dell'effettuazione degli aggiornamenti necessari	Tutta la Struttura	Predisposizione report e invio a tutte le SSCC chirurgiche Verifica dell'aggiornamento nelle Strutture che presentano errori alla rilevazione
4. Emergenza Covid 19: monitoraggio giornaliero dei numero pazienti ricoverati nei reparti Covid	Rilevazione giornaliera dei pazienti Covid19 e invio dei dati alla regione per monitoraggio ministero della salute	Serv. Vigilanza Sanitaria e SS Rischio Clinico – Personale del Comparto	Presenza dei file con i dati di monitoraggio – da maggio fino a termine monitoraggio
5. Completa e corretta compilazione delle SDO, validazione e invio di tutte le SDO nel flusso ministeriale	1. al momento dell'accettazione, controllo e segnalazione al reparto di eventuali errori o mancato inserimento dei campi obbligatori (data di prenotazione, livello di istruzione, classe di priorità, anagrafica e tipo ricovero) 2. mensilmente, controllo del puntuale inserimento in ADT delle SDO e segnalazione ai reparti inadempienti	Uff Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa - Personale del Comparto Accettazione Amministrativa - Personale del Comparto	1. numero richieste apertura ricovero controllate 2. presenza sollecito ai reparti inadempienti
6. Monitoraggio movimenti SSCC Medicina Interna	Con frequenza settimanale, elaborazione reportistica sui movimenti giornalieri e invio	Uff Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa - Personale del Comparto Accettazione Amministrativa - Personale del Comparto	Presenza di almeno n. 45 report settimanali e invio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Monitoraggio posti letto	Rilevazione giornaliera dei posti letto ospedale Cattinara, ospedale Maggiore e Polo Cardiologico	Centro Servizi Interni – Personale del Comparto	Presenza report in rete: 3 rilevazioni giornaliere nei giorni feriali e 2 rilevazioni giornaliere al sabato
8. Miglioramento del percorso del paziente - Erogazione dei livelli di assistenza – Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Predisposizione opuscolo con indicazioni nutrizionali da fornire al paziente diabetico di nuova diagnosi o per paziente diabetico noto ma in non adeguato compenso glicemico	Servizio di Dietetica – Personale del Comparto	1. Presenza opuscolo 2. Utilizzo dell'opuscolo per la formazione del paziente nell'attività ambulatoriale e di reparto – breve relazione sull'attività svolta
9. Tossicologia forense: adozione di una procedura	Elaborazione e applicazione della procedura per gli accertamenti di tossicologia forense per l'ospedale di Cattinara-Maggiore	DMP Cattinara Maggiore Dirigenti Medici	Predisposizione, applicazione della procedura e pubblicazione sul sito intranet aziendale
10. SDO: applicazione delle indicazioni ministeriali sulla corretta codifica Covid	Verifica e correzione della corretta codifica su SDO dei ricoveri Covid	DMP Cattinara Maggiore - Dirigenti Medici Uff. Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa – Personale del Comparto	Presenza report mensili
11. Gestione informatizzata delle cartelle cliniche	Revisione dei processi organizzativi a seguito del rinnovo tecnologico pc e messa in rete delle fotocopiatrici dedicate	Archivio Cartelle Cliniche – Personale del Comparto DMP – Dirigenti Medici	Presenza di un archivio informatizzato delle cartelle cliniche e relative richieste; breve relazione sull'attività svolta

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Redazione dei pareri medico legali su richiesta della SCAGLA della ASUGI	Affidamento da parte della SS Deontologia e Responsabilità professionale di casistica relativa a richieste risarcitorie in tema di presunta responsabilità professionale (gestione delle pratiche con affiancamento e eventuale valutazione congiunta della casistica)	Responsabile f.f.	Redazione di almeno 10 pareri medico legali (su atti o a seguito di visita diretta) trasmessi alla SCAGLA della ASUGI
2. 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 10 audit di reparto
3. Audit sulle cartelle cliniche chiuse	Utilizzo sistema di misurazione corretta compilazione	Dirigenti, Comparto	Verifica ed analisi delle cartelle cliniche chiuse in adesione agli standard aziendali/regionali ed inserimento dei dati nel data base preposto Produzione di un report conclusivo relativamente alle Strutture Aziendali valutate
4. Monitoraggio sulle cartelle cliniche aperte	Attività di monitoraggio delle cartelle cliniche aperte nelle Strutture Aziendali come metodo proattivo per ridurre la probabilità di errori	Dirigenti, Comparto	Valutazione del grado di conformità della documentazione clinica mediante analisi di almeno 20 cartelle cliniche aperte Relazione dettagliata con evidenza delle non conformità ed eventuali proposte di miglioramento
5. Effettuazione di attività di riscontro diagnostico	Svolgimento di attività di riscontro diagnostico	Dirigente	Redazione di parere conseguente all'attività espletata entro 30 giorni dall'esecuzione della stessa
6. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Organizzazione area intensiva e del complesso operatorio nel contesto dell'emergenza pandemia COVID	Predisposizione di un piano organizzativo che preveda evoluzione e scenari gradualmente per rispondere alla possibile seconda ondata di infezioni COVID	RID Direttore DAI	predisposizione formalizzazione e attuazione del piano come da azione.
2. Mantenimento la disponibilità chirurgica per il mantenimento delle liste per patologie tempo-correlate e neoplastiche.	Mantenere 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

## SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Armonizzazione del sistema dell'emergenza ASUGI	Definizione di protocolli condivisi di sistema per la gestione degli accessi, in particolare per i codici bianchi e verdi e per i percorsi brevi	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	Formalizzazione di almeno tre protocolli condivisi
	1. Mobilità formativa e di aggiornamento del personale medico tra le tre Strutture 2. Certificazione ATLS e ACLS dirigenti medici e ACLS per gli infermieri 3. Audit clinici tra le Strutture	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	1.1 Studio di fattibilità mobilità formativa medici tra le tre Strutture entro il 31 luglio 1.2 Evidenza dell'attività al 31.12 2. 1 Conseguimento ATLS per i nuovi assunti dirigenti medici, refresh per i medici già certificati 2.2 Conseguimento ACLS per il personale infermieristico PS Med Urg Cattinara (almeno il 20%) 3. Audit clinici multidisciplinari almeno mensile a partire da settembre per il personale medico e infermieristico: evidenza dei temi trattati
2. vincoli regionali e indicatori nazionali: tempi attesa e abbandoni	Migliorare le performance su: a) A) Visite entro 1 ora dei codici verdi b) B) Risoluzione dei codici verdi entro 4 ore (tranne ricoverati e osservazione) c) C) Abbandoni • <i>Verifica dei percorsi brevi interni ad ogni ospedale</i> • <i>Verifica funzione RAU secondo organizzazione interna</i>	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	Target regionale raggiunto <i>(l'obiettivo si intende conseguito per il 2020 se ogni sede migliora ognuno dei tre indicatori almeno del 30% rispetto ai dati 2019)</i>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica ed attivazione di percorsi specialistici ambulatoriali per patologie non emergenti: urologia, chirurgia</li> </ul>		
3. Gestione delle emergenze spoke-hub	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse neurochirurgico (compreso il trauma cranico minore)	Ps Cattinara: Furlanis Scaramucci NCh Baldo-Impusino PS Mn: Ferrari Ps Go Armini Pizzi Neur Go-Bianchi Personale infermieristico	Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
	Definizione di protocolli condivisi sulla gestione del trauma toracico	PS TS. Serafino-Cappelli Ps MN Mariza PS Go Malacrea Roa Personale infermieristico	Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse vascolare	PS Ts Pistan Baskjera PS Mn Panella Ps Go Roseano Miconi Personale infermieristico	Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
4. Organizzazione della gestione delle emergenze nell'ospedale hub	Definizione del TRAUMA TEAM con particolare attenzione a: a) Organizzazione e responsabilità b) Criteri di attivazione del team principale e delle specialità c) Protocolli di lavoro d) Tempi critici per patologia	PS Cattinara ARTA SC Chirurgia Generale SC Radiologia diagnostica e interventistica Cattinara SC Radiologia Maggiore SC NCH (specialità) SC Ortopedia (specialità) SC Chirurgia vascolare (specialità) SC Chirurgia Plastica (specialità) <i>In collaborazione con Complesso Operatorio e TIPO</i>	Entro 2020: elaborazione attraverso meeting multidisciplinari e multiprofessionali di linee guida condivise propedeutiche alla formalizzazione del protocollo generale di lavoro
5. Emergenza operativa COVID19 Protocollo condiviso per la gestione dei campioni urgenti	1. individuazione di bisogni: valutazione delle indicazioni alla richiesta di esami urgenti per COVID19 2. condivisione dell'offerta diagnostica con la SC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza 3. elaborazione di un Protocollo condiviso per le urgenze diagnostiche per SARS CoV2	SC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza  In comune con Dirigenti Medici e SPTA della SC Microbiologia e virologia	2. Incontri e condivisione di offerta diagnostica e bisogni (indicatori: mail di condivisione delle bozze protocollo) rotocollo per la richiesta di esami urgenti eport sull'utilizzo della diagnostica rapida per COVID19



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. valutazione dell'applicazione del protocollo		
6. Emergenza operativa COVID19 Funzione filtro pazienti COVID positivi	1. Attivazione Funzione pretriage 2. Definizione percorso Covid 3. Definizione area covid	Direttore SOC Dirigenti Medici PS Med Urg Coordinatore Infermieristico PS Med Urg Infermieri PS	Evidenza Incontri e condivisione di percorso Protocollo per la modalità di richiesta del tampone Report sull'utilizzo della diagnostica rapida per COVID19 per pazienti di ps
7. Emergenza operativa COVID19 Funzione filtro ricoveri internistici	1. Attivazione area OBI 2. Protocollo medico OBI 3. Protocollo assistenziale OBI	Direttore SOC Dirigenti Medici PS Med Urg Coordinatore Infermieristico PS Med Urg Infermieri PS	Evidenza Incontri e condivisione di percorso Almeno 2 protocolli per patologie da OBI Report analitico ricoveri per mese
8. Controllo dei costi farmaceutici Medicina d'Urgenza	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici Medicina d'Urgenza	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 259.323 (in incremento del 36% rispetto il 2019 per effetto di € 70.000 attribuibili al trattamento di un pz con emofilia acquisita ricoverato occasionalmente in Reparto nel 2020 e prescritto dagli ematologi.)
9. Gestione delle criticità clinico-organizzative	Revisione dei casi clinici che hanno comportato particolari problematiche di tipo sia clinico che organizzativo	Medicina d'Urgenza PS Cattinara Radiologia diagnostica SC Chirurgia Generale SC NCH (specialità) SC Ortopedia (specialità) SC Chirurgia vascolare (specialità) Malattie infettive (Dirigenza medica e personale infermieristico)	audit clinici organizzati col personale medico ed infermieristico coinvolto nella gestione del caso in esame Risultato atteso: ≥ 3 audit
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
11. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. 3.1.3. Emergenza urgenza Governo clinico e sicurezza delle cure Revisione ed implementazione di Istruzioni Operative, Procedure e disposizioni specifiche atte ad affrontare l'emergenza da COVID-19 Condivisione con SORES degli interventi riorganizzativi	1. Identificazione delle tematiche specifiche in relazione alla gestione dell'emergenza da COVID-19 2. Revisione ed implementazione delle IO, Procedure e disposizioni specifiche e presentazione delle stesse al Responsabile Medico per approvazione. 3. Condivisione con SORES	1.-2. Resp. Inf. P.O. Barbara Brajnik Resp. Inf. Mauro Milos Resp. Inf. Alessandro Moratto 1.-3. Responsabile Medico Alberto Peratoner	Nel corso del 2020 le tematiche specifiche riguardo la gestione dell'emergenza da COVID-19, compresi gli aspetti riorganizzativi, sono stati inseriti nei documenti successivamente diffusi al personale e condivisi con SORES per competenza.
2. 3.1.3. Emergenza urgenza Governo clinico e sicurezza delle cure Revisione, implementazione e condivisione con SORES delle Istruzioni Operative e Procedure 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 in relazione all'emergenza COVID-19 devono essere revisionate e condivise con SORES entro il 31/12/2020
3. Flussi ministeriali Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali Obiettivo aziendale 2020 garantire il rispetto delle tempistiche e delle scadenze da normativa ministeriale.	1. Inserimento dei dati della scheda medica nei casi in cui la missione non è stata annullata.	1. 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
4. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
5. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

## Complesso Operatorio HC

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Assistenza alle pazienti nell'immediato periodo di accesso alla sala operatoria	Analisi di un campione di 50 donne sulla base di una scheda appositamente costituita e già applicata in una sperimentazione su base volontaria nel 2017 e 2018	Infermiera di sala operatoria: Elena Barba e personale del comparto , In collaborazione con RID DAI EMERGENZA infermieri della Brest Clinica Chirurgica	Report di attività ed analisi dei bisogni espressi con miglioramenti implementabili
2. Accesso del paziente covid-19 o sospetto tale al Blocco Operatorio	1 Revisione della letteratura presente 2 Stesura istruzione operativa 3 Sperimentazione operativa protocollo 4 Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	Dir Complesso Operatorio RID Michele Alba – Comparto Coord. Valentina Giurissevich Coord. Moreno Cannarella	Produzione del documento, validazione dalla Direzione Sanitaria entro aprile 2020
3. Mantenimento della attività chirurgica di sala operatoria esclusivamente per gli interventi d'urgenza/emergenza e per quelli in elezione indifferibili in quanto "tempo correlati"	Mantenere le sedute operatorie necessarie rispetto alla programmazione (target 50% delle sedute in regime d'elezione) in un contesto riorganizzativo con impiego di risorse in are intensiva durante l'emergenza COVID	Dir Complesso Operatorio RID Michele Alba – Comparto Coord. Valentina Giurissevich Coord. Moreno Cannarella	Mantenimento dell'attività chirurgica con almeno il 50% rispetto allo stesso periodo del 2019
4. Attivazione della Chirurgia Robotica per gli interventi di Clinica Chirurgica	1. Meetings con cronoprogramma 2. Formazione del personale con training dedicato 3. Esperienza sul campo all'Ospedale di Campo San Piero	Dir Complesso Operatorio RID Michele Alba – Comparto Coord. Valentina Giurissevich Coord. Moreno Cannarella	Prima seduta robotica con la Cl.Chirurgica entro il 1 luglio 2020
5. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutti	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## Complesso Operatorio HM - Day Surgery

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1 Mantenere /migliorare l'offerta chirurgica ai pazienti fuori regione fuori provincia</p>	<p>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</p>	<p>COMPARTO</p>	<p>80% dei pazienti preparati e operati nella tempistica data/concordata con l'utenza: produzione di report entro dicembre 2020</p>
<p>2 Miglioramento dell'efficienza gestionale</p>	<p>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</p>	<p>Dirigenza/Comparto</p>	<p>Operato il 15% del totale dei pazienti ASA 3 – 4, reputati inizialmente non idonei all'intervento chirurgico in Day Surgery entro 31/12/2020</p>
<p>3 Mail di comunicazione</p>	<p>1 Creazione casella di posta elettronica 2 Creazione di format comunicativo. 3 Analisi dei questionari di verifica somministrati all'accesso in ospedale</p>	<p>Comparto</p>	<p>Analisi mensile dei dati restituiti, attuazione interventi correttivi. Analisi del 100% del format restituiti.</p>
<p>4. Durante il periodo di emergenza COVID attivazione di 4 posti letto per le urgenze/emergenze CI Oculistica</p>	<p>1 Posizionamento nello sbarco pazienti 4 posti letto 2 Orari variabili, per il personale, a seconda delle necessità (reperibilità o turno) 3 Mantenimento dei posti fino al termine dell'emergenza</p>	<p>Dirigenza Coord.re Inf.co Comparto</p>	<p>Mantenimento dei 4 posti letto attivati, fino alla fine dello stato di necessità, come da indicazione della Direzione Sanitaria</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutti	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Mantenimento dell'attività di posizionamento accessi vascolari ecoguidati (Picc e Midline) per terapie urgenti e salvavita	individuazione di un percorso sicuro e dedicato per l'accesso alla struttura del paziente proveniente da domicilio - attivazione di una procedura che definisca le modalità di accesso al servizio	Coordinatore infermieristico Comparto	1. Produzione del protocollo 2. Attività di incannulamento dei pazienti onco-ematologici o per terapie salvavita mantenuta durante periodo pandemico
2. Mantenimento dell'attività chirurgica per patologie non differibili per gravità e decorso clinico	Oltre all'estensione dei posti letto di Terapia intensiva generale, vengono mantenuti attivi i 3 posti letto dedicati alla degenza intensiva post chirurgica	Comparto Dirigenza medica	Nessun intervento chirurgico rimandato a causa di assenza di posto letto in terapia intensiva durante il periodo pandemico
3. a. Formazione di personale infermieristico afferente dal complesso operatorio in ambito intensivistico, con particolare attenzione all'aspetto ventilatorio del paziente in previsione di massiccio afflusso di pazienti affetti da polmoniti Covid correlate b. scambio di competenze del personale infermieristico tra ARTA e TIPO per uniformare il percorso di cura del paziente affetto da polmonite Covid +	Affiancamento del personale afferente da altra struttura con personale esperto della T.I.P.O./ARTA Creazione di una turnistica integrata tra infermieri esperti in area intensiva e infermieri i sala operatoria	Comparto SOC Anestesia Rianimazione T.I.P.O. UCO Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica Complesso Operatorio	Orari con turnistica mista a partire dal 16/03/2020
4. Avvio di un programma di formazione ECMO V/V per il personale ARTA e TIPO	1.Formazione circa le basi teoriche della metodica ed il monitoraggio dei pazienti tramite corsi per il personale infermieristico ed i Medici della TIPO e dell' ARTA 2.Addestramento sul campo alle principali manovre ed al monitoraggio del paziente	Dirigenza medica Comparto SOC Anestesia Rianimazione T.I.P.O. UCO Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	Almeno due corsi di formazione entro il 31/12/2020 con addestramento sul campo e valutazione finale
5. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del tetto 2019
6. Controllo dei costi farmaceutici in attività operatoria	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti medici In comune con ARTA	Evidenza di un piano di utilizzo per il farmaco suggamadex.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

## SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Armonizzazione del sistema dell'emergenza ASUGI	Definizione di protocolli condivisi di sistema per la gestione degli accessi, in particolare per i codici bianchi e verdi e per i percorsi brevi	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	Formalizzazione di almeno tre protocolli condivisi
	4. Mobilità formativa e di aggiornamento del personale medico tra le tre Strutture 5. Certificazione ATLS e ACLS dirigenti medici e ACLS per gli infermieri 6. Audit clinici tra le Strutture	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	1.1 Studio di fattibilità mobilità formativa medici tra le tre Strutture entro il 31 luglio 1.2 Evidenza dell'attività al 31.12 2. 1 Conseguimento ATLS per i nuovi assunti dirigenti medici, refresh per i medici già certificati 2.2 Conseguimento ACLS per il personale infermieristico PS Med Urg Cattinara (almeno il 20%) 3. Audit clinici multidisciplinari almeno mensile a partire da settembre per il personale medico e infermieristico: evidenza dei temi trattati
2. vincoli regionali e indicatori nazionali: tempi attesa e abbandoni	Migliorare le performance su: d) A) Visite entro 1 ora dei codici verdi e) B) Risoluzione dei codici verdi entro 4 ore (tranne ricoverati e osservazione) f) C) Abbandoni • <i>Verifica dei percorsi brevi interni ad ogni ospedale</i> • <i>Verifica funzione RAU secondo organizzazione interna</i>	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	Target regionale raggiunto <i>(l'obiettivo si intende conseguito per il 2020 se ogni sede migliora ognuno dei tre indicatori almeno del 30% rispetto ai dati 2019)</i>



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica ed attivazione di percorsi specialistici ambulatoriali per patologie non emergenti: urologia, chirurgia</li> </ul>		
3. Gestione delle emergenze spoke-hub	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse neurochirurgico (compreso il trauma cranico minore)	Ps Cattinara: Furlanis Scaramucci NCh Baldo-Impusino PS Mn: Ferrari Ps Go Armini Pizzi Neur Go-Bianchi Personale infermieristico	Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
	Definizione di protocolli condivisi sulla gestione del trauma toracico	PS TS. Serafino-Cappelli Ps MN Mariza PS Go Malacrea Rova Personale infermieristico	Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse vascolare	PS Ts Pistan Baskjera PS Mn Panella Ps Go Roseano Miconi Personale infermieristico	Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
4. Emergenza operativa COVID19 Protocollo condiviso per la gestione dei campioni urgenti	5. individuazione di bisogni: valutazione delle indicazioni alla richiesta di esami urgenti per COVID19 6. condivisione dell'offerta diagnostica con la SC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza 7. elaborazione di un Protocollo condiviso per le urgenze diagnostiche per SARS CoV2 8. valutazione dell'applicazione del protocollo	SC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza  In comune con Dirigenti Medici e SPTA della SC Microbiologia e virologia	2. Incontri e condivisione di offerta diagnostica e bisogni (indicatori: mail di condivisione delle bozze protocollo) rotocollo per la richiesta di esami urgenti eport sull'utilizzo della diagnostica rapida per COVID19
5. Emergenza operativa COVID19 Funzione filtro pazienti COVID positivi	4. Attivazione Funzione pretriage 5. Definizione percorso Covid 6. Definizione area covid	Direttore SOC Dirigenti Medici PS Med Urg Coordinatore Infermieristico PS Med Urg Infermieri PS	Evidenza Incontri e condivisione di percorso Protocollo per la modalità di richiesta del tampone Report sull'utilizzo della diagnostica rapida per COVID19 per pazienti di ps
6. Emergenza operativa COVID19 Funzione filtro ricoveri internistici	4. Attivazione area OBI 5. Protocollo medico OBI 6. Protocollo assistenziale OBI	Direttore SOC Dirigenti Medici PS Med Urg Coordinatore Infermieristico PS Med Urg Infermieri PS	Evidenza Incontri e condivisione di percorso Almeno 2 protocolli per patologie da OBI Report analitico ricoveri per mese

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Controllo dei costi farmaceutici Medicina d'Urgenza	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici Medicina d'Urgenza	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 259.323 (in incremento del 36% rispetto il 2019 per effetto di € 70.000 attribuibili al trattamento di un pz con emofilia acquisita ricoverato occasionalmente in Reparto nel 2020 e prescritto dagli ematologi.)
8. Gestione delle criticità clinico-organizzative	Revisione dei casi clinici che hanno comportato particolari problematiche di tipo sia clinico che organizzativo	Medicina d'Urgenza PS Cattinara Radiologia diagnostica SC Chirurgia Generale SC NCH (specialità) SC Ortopedia (specialità) SC Chirurgia vascolare (specialità) Malattie infettive (Dirigenza medica e personale infermieristico)	audit clinici organizzati col personale medico ed infermieristico coinvolto nella gestione del caso in esame Risultato atteso: ≥ 3audit
9. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
10. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## DAI CARDIO TORACO VASCOLARE

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Gestione Emergenza SARS COV2. La pandemia richiede di normare urgentemente protocolli e procedure in ambito di paziente di area critica	1. Stesura di protocolli-indicazioni e valutazione della compliance relativa al paziente cardiologico e pneumologico di area critica.  2. Stesura di protocollo/indicazioni e valutazione della compliance relativa al paziente chirurgico con patologia differibile, ed ambulatoriale non urgente e non oncologico.	Direttore DAI  RID	1. Formulazione di almeno 2 documenti operativi con precise disposizioni condivisi con i Direttori SSCC del DAI e Coordinatori Infermieristici. 2. Rappresentazione della contrazione percentuale di attività ed eventuali criticità conseguenti. 3. Rappresentazione della ricalendarizzazione di tutte le attività sospese, entro il 10/2020.
2. Modelli Organizzativi Inter presidio . Progetto di fattibilità equipe integrate per elettrofisiologia interventistica	1. Produzione documento organizzativo di fattibilità relativo alle attività di aritmologia, CVE ed elettrofisiologia interventistica . 2. Realizzazione di procedure con team medico - tecnico- infermieristico integrati della SC Cardiologia di Cattinara e SC Cardiologia di Gorizia.	Direttore DAI e Direttore SC Cardiologia Gorizia	1. Disponibilità del documento in accordo con le indicazioni dei 2 responsabili delle sezioni di elettrofisiologia ed elettrostimolazione ASUGI TS e GO. 2. Effettuazione di almeno 2 procedure entro il 12/2020 con team medico-tecnico-infermieristico integrati SC Cardiologia Cattinara e SC Cardiologia Gorizia.
3. PAL 2020 Ridefinire il percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito Applicazione della nuova procedura di inserimento de l'infermiere neo assunto/inserito a tutte le strutture dell'azienda	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura 2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzi l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia	Responsabile Infermieristico di Dipartimento  Responsabile Infermieristico di Struttura  In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	1. Entro agosto 2020 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività 2. Entro dicembre 2020 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI 3. Da dicembre 2020 tutte le S.C. dell'azienda applicheranno il nuovo percorso di inserimento relativo alla figura dell'infermiere
4. 3.5 - Integrazione e assistenza socio-sanitaria	1.	Obiettivo in comune:	1.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Integrazione Ospedale-Territorio	<p>Adozione della nuova lettera di dimissione infermieristica per tutti i degenti delle S.C. dell'Azienda</p> <p>2. La lettera è già stata condivisa con alcuni reparti pilota dell'azienda, il territorio ed il gruppo di lavoro</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento</p> <p>Coordinatori Infermieristici</p> <p>Personale del Comparto</p>	<p>Entro luglio 2020 il format verrà validato ed ufficializzato a tutte le S.C. Dipartimentali</p> <p>2. Dal mese di ottobre all'80% dei degenti ricoverati verrà consegnata la nuova Lettera di Dimissione Infermieristica</p> <p>3. Una copia della Lettera sarà presente in Cartella Clinica</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Modelli organizzativi Riorganizzazione e riorientamento domanda di elettrocardiografia in urgenza alla terapia intensiva cardiologica</p>	<p>1. Necessità di governare, razionalizzare e riorientare la domanda di ECG urgenti all'UTIC attraverso la revisione della procedura di accesso al sistema informatizzato di elettrocardiografia 2. Revisione delle modalità di esecuzione, invio e refertazione ECG per reparti ASUGI, 118 e IRCCS Burlo da parte dell'UTIC anche alla luce dell'emergenza SARS-COVID</p>	<p>Dirigenza e Comparto</p>	<p>1. Revisione del documento 2. Riduzione del numero di ECG ricevuti mediante sistema e-scribe &gt;5% (dato 2019, 4700 ECG) 3. Riduzione ECG via fax &gt;10% (dato 2019, 210 ECG) 4. Riduzione ECG da 118 mediante sistema lifenet &gt; 5% (dato 2019, 1050 ECG) 5. Riduzione del tempo inefficientemente trascorso per ricezione/ invio fax (certificazione da parte del coordinatore). 6. Riorganizzazione dell' attività ECG per moduli</p>
<p>2. Governo della domanda Introduzione operativa protocollo per la consulenza cardiologica per pazienti interni nei presidi ASUGI finalizzato alla gestione clinica, dei dispositivi e profilassi endocardite batterica dei pazienti interni e moduli preoperatori</p>	<p>Aggiornamento del protocollo ed approvazione da parte delle direzioni sanitarie dei presidi ASUGI</p>	<p>Direttori SSCC e Dirigenza Cardiologia e Cardiovascolare TS e GO</p>	<p>1. Disponibilità del documento revisionato ed approvato 2. Percentuale compliance &gt;90%</p>
<p>3. Governo della domanda Stesura ed adozione del protocollo di inquadramento e gestione delle cardiomiopatie in ASUGI</p>	<p>1. Produzione di un protocollo di gestione del percorso diagnostico- terapeutico del paziente con cardiomiopatia 2. Condivisione e discussione all'interno dei gruppi di lavoro medico e infermieristico 3. Adozione del protocollo</p>	<p>Direttori di SSCC Cardiologia ASUGI Personale del Comparto</p>	<p>1. Disponibilità del documento 2. Percentuale della compliance maggiore del 90% 3. Reportistica del numero di casi gestiti in accordo con il protocollo</p>
<p>4. Gestione dell'emergenza cardiologica</p>	<p>Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse cardiologico per pazienti che necessitano di immediata centralizzazione presso hub di Cattinara con particolare attenzione alle procedure</p>	<p>Direttore PS Monfalcone Direttore SC Cardiologia GO/Monf Direttore SC Cardiologia Cattinara</p>	<p>1. Formalizzazione di un protocollo condiviso entro 31 agosto 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	e responsabilità del trasporto con ambulanza		
5. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 365.000 ed uguale al consuntivo 2019 detratto dell' 1% richiesto dalla Regione
6. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

### S.C. Cardiologia Degenze

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Integrazione e assistenza Socio sanitaria  Integrazione ospedale territorio	Promuovere il coinvolgimento attivo nei percorsi di cura, mediante la somministrazione del questionario PHE (patient health Engagement) come strumento per misurare l'aderenza ai percorsi dei pazienti Cardiologici di Trieste con diagnosi di STEMI, verranno esclusi dal percorso persone non di lingua italiana o persone che rifiutano il percorso. Le segnalazioni e i questionari verranno successivamente inviati al CCV che al termine del percorso riabilitativo presso tale sede provvederanno ad attivare una nuova somministrazione del PHE	Coordinatore Infermieristico e personale del comparto: - Cardiologia degenza OC; - Cardiochirurgia degenza; - Centro CardioVascolare	1. Adozione e applicazione dello strumento acquisito dei percorsi di formazione inerenti l'engagement, (percorsi portati a termine nel 2019) 2. Al 100% dei pazienti arruolati di Trieste con Diagnosi di STEMI e presi in carico dal CCV verranno somministrati i questionari 3. Raccolta dei dati e analisi su database idoneo.
2. Modelli organizzativi e gestionali Medicina di precisione	Adozione Operativa del Protocollo per il percorso di genotipizzazione delle Cardiomiopatie, disordini aritmici e patologia dell'aorta mediante prelievo e raccolta campioni di sangue (costituzione biobanca)	Dirigenza e Comparto  In collaborazione con IRCCS Burlo	1. Presenza di un database di campioni regolarmente compilato entro dicembre 2020 2. Compliance al documento già in essere > 90%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			3. Tutti i referti vengono riportati nel database con chiusura del caso

### S.C. Cardiologia Emodinamica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Modelli organizzativi e gestionali	1. Identificazione dei pazienti sottoposti a procedure a maggior rischio di esposizione radiologica mediante analisi dei dati forniti dai sistemi angiografici delle sala di Cardiologia Interventistica (in collaborazione con la Fisica Sanitaria) 2. Migliorare l'assistenza e la sorveglianza clinica ai pazienti radio esposti per procedure di Cardiologia Interventistica	Comparto e Dirigenza Sale di Cardiologia Interventistica	1. Ricognizione dei dati radiologici per i pazienti sottoposti a procedure interventistiche nel corso del 2019 e 2020 2. Definizione e identificazione dei pazienti con valori di maggiore esposizione radiologica 3. Predisposizione di un protocollo per il follow up dei pazienti maggiormente esposti
2. Modelli organizzativi e gestionali	1. Predisporre un documento operativo per l'assistenza ai pazienti trattati con sistema di supporto ventricolare al circolo IMPELLA di prossima acquisizione.	Comparto e Dirigenza Sale di Cardiologia Interventistica e UTIC	1. Definizione di un protocollo operativo assistenziale per i pazienti trattati con il sistema IMPELLA 2. Produzione di due report con evidenza delle criticità riscontrate e formalizzazione di proposte di miglioramento attraverso incontri specifici
3. Modelli organizzativi e gestionali	1. Incremento del numero di impianti di Pacemaker con possibilità di monitoraggio remoto	Comparto e Dirigenza Sale di cardiologia interventistica	Raggiungimento del 40% dei Pacemaker impiantati monitorabili in remoto
4. Modelli organizzativi e gestionali	1. Riorganizzazione delle attività di sala di elettrofisiologia con l'obiettivo di migliorare le tempistiche di inizio procedura	Comparto e Dirigenza Sale di cardiologia interventistica	Raggiungimento del 90% dell'inizio procedure entro le ore 8.30 per le procedure di elettrostimolazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Modelli organizzativi e gestionali	1. Gestire e riorganizzare l'attività delle 3 sale in occasione dell'emergenza SARS-COVID e della ristrutturazione delle sale di elettrofisiologia ed emodinamica (1) con organizzazione su mattino e pomeriggio garantendo e mantenendo la programmazione di elezione e le urgenze ed emergenze	Comparto e Dirigenza Sale di cardiologia interventistica	1. Mantenimento dei tempi di attesa per le procedure secondo criteri di prioritizzazione 2. Mantenimento dell'attrazione extra ASUGI
6. Modelli organizzativi e gestionali	1. Implementazione della stimolazione fisiologica (Hisiana)	Comparto e Dirigenza Sale di cardiologia interventistica	1. Impianto di almeno 4 dispositivi per la stimolazione del fascio di His

## SC Cardiologia UTIC

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Progetti attinenti le Attività clinico assistenziali	Revisione globale e ristrutturazione dell'opuscolo informativo specifico per pazienti e parenti, omogeneo con le altre terapie intensive e sub intensive del DAI con informazioni logistiche, pratiche conoscitive, strutturali ed educative per fornire una panoramica sull'unità di terapia intensiva cardiologica	Comparto	1. Revisione Globale dello strumento informativo (depliant) 31/07/2020 2. Distribuzione dello strumento ai caregiver prima dell'accesso nelle stanze.
2. Flussi informativi – Implementare e strutturare il sistema informatizzato di raccolta interna dati di attività, attrazione, complessità, complicanze ed esiti in UTIC	Implementare l'attuale database gestionale di Terapia Intensiva Cardiologica prevedendo l'integrazione mediante link a subcartella relativa al rischio infettivo nei portatori di catetere venoso centrale, cateteri arteriosi e pazienti affetti da SCC con supporto di inotropi.	Comparto	1. Realizzazione del link e subcartella entro 31.07.2020 2. Percentuale di compilazione di tutti i campi del link > 90% a partire dal II° semestre 2020



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Controllo qualità dei risultati chirurgici	Controllo dei risultati chirurgici degli ultimi dieci anni ripartiti per patologia e confronto con i principali scores disponibili	Direttore	Produzione di un report contenente i risultati ottenuti e il loro rapporto con i risultati previsti dagli scores.
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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
3. Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Infermieristico	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
4. 3.6.8 Rischio clinico e rete cure sicure: prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Avvio di uno studio rivolto all'incidenza delle infezioni del sito chirurgico, con analisi dei fattori di rischio, ricaduta sulla durata della degenza e prognosi, finalizzata a produrre in un secondo tempo un piano di riduzione della complicità.	Dirigenti medici	Report finale completo di tutti i dati raccolti, con identificazione dei fattori di rischio e delle possibili azioni di miglioramento
5. Miglioramento del percorso clinico-assistenziale	Implementazione dell'ecocardiografia 3D nei pazienti cardiochirurgici, al fine di migliorare il percorso decisionale intraoperatorio	Dirigenti medici	Esecuzione di almeno 50 ecocardiogrammi 3D entro il 31/12/2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>6. Integrazione e assistenza Socio sanitaria</p> <p>Integrazione Ospedale Territorio</p>	<p>Promuovere il coinvolgimento attivo nei percorsi di cura, mediante la somministrazione del questionario PHE (Patient health Engagement) come strumento per misurare l'aderenza ai percorsi dei pazienti Cardiochirurgici di Trieste, verranno esclusi dal percorso persone non di lingua italiana o persone che rifiutano il percorso.</p> <p>Le segnalazioni e i questionari verranno successivamente inviati al CCV che al termine del percorso riabilitativo presso tale sede provvederanno ad attivare una nuova somministrazione del PHE</p>	<p>Coordinatore Infermieristico e personale del comparto Cardiologia degenza. Cardiochirurgia degenza e CCV;</p>	<p>1. Adozione e applicazione dello strumento acquisito dei percorsi di formazione inerenti l'Engagement, (percorsi portati a termine nel 2019)</p> <p>2. Al 100% dei pazienti arruolati di Trieste operati in Cardiochirurgia e presi in carico dal CCV verranno somministrati i questionari</p> <p>3. Raccolta dei dati e analisi su data base idoneo.</p>
<p>7. Miglioramento del percorso clinico-assistenziale</p>	<p>Creazione di una scheda di monitoraggio breve intensivo in CCH TIPO.</p> <p>Monitorare i pazienti che vengono trasferiti in terapia intensiva per un breve periodo (massimo 8 ore) per una cardioversione elettrica, dialisi, chiusura ferita sternale in sedazione profonda, colonscopia, ecotraneosofageo, broncoscopia, posizionamento di un accesso vascolare centrale o di un tubo pleurico.</p> <p>Questa esigenza nasce dal fatto che per un breve periodo di monitoraggio in terapia intensiva, venga creata una nuova scheda di osservazione che contenga tutte le informazioni mediche ed infermieristiche a sostituzione dell'attuale fascicolo più complesso di trasferimento ordinario.</p>	<p>Coordinatore Infermieristico della CCH TIPO</p> <p>Infermieri della CCH TIPO</p> <p>Tecnico di neurofisiopatologia della CCH TIPO</p>	<p>1. Creazione della scheda entro il 30/04/2020</p> <p>2. Dal 01/05/2020 tutti i malati sottoposti al trattamento breve in terapia intensiva post operatoria della Cardiochirurgia verrà applicata la nuova scheda di monitoraggio. La scheda di monitoraggio sarà presente nella cartella clinica del paziente.</p>
<p>8. 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 mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo																									
			a € 369.017 ed uguale al consuntivo 2019 detratto dell' 1% richiesto dalla Regione.																									
9. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni																									
10. Riduzione della degenza media. I dati del I quadrimestre 2020 proiettano un ulteriore peggioramento rispetto all'anno precedente	<p>Analisi dei ricoveri 2019 stratificati per giornate di degenza.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Durate</th> <th>n</th> <th>%</th> <th>Post op</th> <th>Giornate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt;11</td> <td>248</td> <td>47</td> <td>7,73</td> <td>1917</td> </tr> <tr> <td>11&gt;15</td> <td>134</td> <td>25</td> <td>12,7</td> <td>1702</td> </tr> <tr> <td>15&gt;30</td> <td>118</td> <td>22</td> <td>19,7</td> <td>2325</td> </tr> <tr> <td>&gt;30</td> <td>26</td> <td>5</td> <td>8</td> <td>1731</td> </tr> </tbody> </table> <p>Evidenza di azioni concrete finalizzate ad una riduzione misurabile significativa Attraverso a) dimissione anticipata di 1 g nel gruppo 1 e di due gg nei gruppi 2-3-4 b) trasferimento precoce presso altra struttura dei gruppi 2-3-4. c) Identificazione costante della data di dimissibilità laddove risulti impraticabile il trasferimento</p>	Durate	n	%	Post op	Giornate	<11	248	47	7,73	1917	11>15	134	25	12,7	1702	15>30	118	22	19,7	2325	>30	26	5	8	1731	Direttore, Cord inf e dirigenza medica	Riduzione del 10% delle giornate di ricovero complessive nel periodo Luglio-Dicembre 2020 rispetto analogo periodo dell'anno precedente
Durate	n	%	Post op	Giornate																								
<11	248	47	7,73	1917																								
11>15	134	25	12,7	1702																								
15>30	118	22	19,7	2325																								
>30	26	5	8	1731																								
11. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura																									

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p><b>Rete ASUGI per il trattamento del “Piede Diabetico”</b></p> <p>1. Attivazione di un ambulatorio integrato interdipartimentale multidisciplinare “spoke” in area giuliana</p>	<p>1. valutazione multidisciplinare del paziente diabetico vascolare presso la SSD F&amp;RUV (Formazione e Ricerca in Ultrasonografia e Patologia Vascolare) con valutazione dell’estensione della ferita, del grado d’infezione locale e della vascolarizzazione dell’arto inferiore e indicazione al trattamento</p>	<p>Medico e comparto</p> <p><b>Obiettivo in comune con Diabetologia di Monfalcone, Diabetologia Territoriale di Trieste e CIEU</b></p>	<p>1. n. pazienti valutati collegialmente/ n.pazienti&gt;80 /scadenza 31/12/2020</p>
<p>2. Gestione del paziente vascolare periferico</p>	<p>1. Gestione del paziente ricoverato con necessità di rivascolarizzazione o intervento sul piede (Chirurgia Vascolare di Trieste)</p> <p>2. Gestione del paziente ricoverato per il trattamento delle lesioni del piede diabetico (Diabetologia di Trieste)</p> <p>3. Facilitazione del percorso di trasferimento tra reparti</p>	<p>Medico e comparto</p> <p><b>Obiettivo in comune con Diabetologia di Monfalcone</b></p>	<p>2. n. di pazienti accolti per trasferimento/n. Pazienti &gt;20 /scadenza 31/12/2020</p>
<p>3. Rete ASUGI per il trattamento del paziente con stenosi carotidea sintomatica</p> <p>1. Gestione pazienti</p> <p>2. Garantire intervento in tempi rapidi</p>	<p>1. Percorso per trattamento chirurgico in pazienti con stenosi carotidea sintomatica afferenti alla SC Neurologia di Gorizia</p>	<p>Medico e comparto</p> <p><b>Obiettivo in comune con SC di Neurologia di Gorizia/Monfalcone</b></p>	<p>Stesura ed applicazione del percorso aziendale</p>
<p>4. Rete ASUGI per il trattamento delle urgenze vascolari</p> <p>1. Valutazione dei pazienti immediata</p> <p>2. Garantire intervento in urgenza</p>	<p>1. Percorso per trattamento chirurgico in pazienti con Aneurisma Aortico in fase di rottura, Ischemia Acuta degli Arti Superiori ed inferiori, stenosi carotidea sintomatica</p>	<p>Medico e comparto</p> <p><b>Obiettivo in comune con SC di Pronto Soccorso di di Gorizia e di Monfalcone</b></p>	<p>Stesura ed applicazione del percorso aziendale</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Creazione di una cartella informatizzata con specificità per il paziente vascolare	1. Individuazione dei dati critici da informatizzare per la gestione del paziente vascolare in pre-ricovero, durante il ricovero e nel follow-up	Medico e comparto <b>con la collaborazione SC Informatica e Telecomunicazioni</b>	Generazione di un documento completo con i dati essenziali al fine di un'applicazione informatica
6. 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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 31 luglio. 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
7. 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 Coordinatore Infermieristico	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti in ADT-liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
8. Attività clinico/assistenziale (PAL 2020): modelli organizzativi	1) Formalizzazione percorso ferite difficili attraverso la stesura di un documento 2. Realizzazione operativa della procedura con apporto multiprofessionale finalizzato all'estensione delle professionalità che applicheranno il percorso con monitoraggio dell'andamento della ferita, avvenuta guarigione e prevenzione delle infezioni	Dirigenza Comparto	1. Realizzazione del documento inclusiva di revisione della letteratura e sua diffusione all'interno della SC entro 07.2020 2. Reportistica relativa al II° semestre 2020 dei casi aderenti al protocollo e Indicazione della percentuale e tempi di avvenuta guarigione ed eventuali infezioni
9. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 55.500 ed uguale al consuntivo 2019 detratto dell' 1% richiesto dalla Regione

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
11. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. L'emergenza COVID-19 che ha colpito l'Italia e la regione FVG, bloccando buona parte dell'attività di presa in carico e follow-up del paziente cronico non urgente e/o differibile necessita di una riorganizzazione e ripianificazione dell'attività per garantire una adeguata risposta ai bisogni di salute nei pazienti ad elevata complessità clinica e rischio di ospedalizzazione.</p>	<p>1. Definizione della strategia di rivalutazione e ripianificazione di tutta la programmazione di attività clinica, riabilitativa ed ecocardiografica prevista per il 2020 della SC Cardiovascolare e Med.Sport. 2. Revisione dei casi, follow-up telefonico, riprogrammazione del follow-up clinico, ecocardiografico e riabilitativo cardiovascolare</p>	<p>Andrea Di Lenarda Donatella Radini Giorgio Faganello Antonella Cherubini e tutto personale medico, infermieristico, OSS e amministrativo della SC Cardiovascolare e Med.Sport</p>	<p>1. Preparazione del protocollo operativo di revisione e ripianificazione dell'attività clinica, strumentale e riabilitativa della SC Cardiovascolare e Med.Sport entro 30/4/20. 2. Revisione dei casi, follow-up telefonico infermieristico, riprogrammazione amministrativa di &gt;50% della programmazione clinica, ecocardiografica e riabilitativa entro: - 30/4 (primi 6 mesi 2020) - 30/6 (3° trimestre 2020) - 30/9 (4° quadrimestre 2020)</p>
<p>2. Delibera 2514 del 28/12/2018 PAL 2019: 3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera: contenimento del tasso di ospedalizzazione  Apertura di un posto per Rapid Access Chest Pain Clinic (RACPC) presso il Laboratorio di Ecocardiografia CCV.</p>	<p>1. Creazione di un protocollo. 2. Individuazione di una fascia oraria a gestione del personale del laboratorio di ecocardiografia nelle giornate di lunedì, mercoledì e venerdì, in cui eseguire un esame strumentale dedicato alle esigenze del Cardiologo Reperibile e per pazienti con rischio cardiovascolare elevato o molto elevato. La presa in carico per l'esecuzione dell'esame strumentale verrà eseguita entro 72 ore dalla segnalazione al Lab Eco.  La lista degli esami strumentali in oggetto è: - ecocardiogramma da sforzo fisico - ecocardiogramma farmacologico - ecocardiogramma a riposo</p>	<p>Giorgio Faganello Andrea Di Lenarda Donatella Radini E tutto personale medico e infermieristico coinvolto nell'attività del Laboratorio di Ecocardiografia della SC cardiovascolare e Med.Sport</p>	<p>1. Produzione del protocollo al 31/08/2020 2. Esecuzione degli esami strumentali entro la tempistica prevista per il 50% delle richieste.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3. Riabilitazione motoria nei pazienti affetti da arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI) mediante sessioni di training sotto supervisione medico/infermiere	1. Attivazione del PDTA della riabilitazione dell'AOAI come definito nelle sue componenti organizzative nel precedente progetto/obiettivo del 2019.	Maurizio Fiscaro Andrea Di Lenarda Donatella Radini Tutto il personale medico, Infermieristico, OSS, amministrativo, fisioterapisti della SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	1. Presa in carico di 2 pazienti entro il 31/12/20. (modificato) 2. Analisi dei primi risultati in termini di: Questionario sulla qualità di vita; Questionario specifico per autonomia di marcia; Test del cammino dei 6 minuti e Treadmil test.
4. 3.3 Assistenza Primaria: 3.3.1 Assistenza Distrettuale. Multimorbidity, complessità, fragilità, stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale e le azioni di sanità d'iniziativa sono le tematiche prioritarie dell'assistenza distrettuale e delle AFT con specifico riferimento alla promozione dell'integrazione tra le diverse specialità nella gestione del paziente cronico con pluripatologie.	3. Istituzione di incontri multidisciplinari periodici di confronto sulle principali malattie croniche (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) 4. Studio di fattibilità di una piattaforma digitale di integrazione e consulenza multidisciplinare per la gestione del paziente cronico multimorbido	1. SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone 2. SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport 3. SOS Diabetologia Trieste	5. Evidenza di partecipazione ad almeno 2 incontri multidisciplinari 6. Produzione di un documento di fattibilità della piattaforma digitale e programma di telemedicina per il paziente cronico con SC, diabete mellito o malattia respiratoria cronica al 31/12/2020
5. 4.2.2 Firma Digitale PAL 2020 Certificato sportivo agonistico	Attivazione Certificato di Idoneità Agonistica firmato digitalmente e scaricabile online (vedi anche fascicolo sanitario elettronico 4.2.3 PAL 2020)	Arianna Ius Andrea Di Lenarda Donatella Radini	Attivazione entro 31/12/2020
6. PAL 2020 PDTA scompenso cardiaco	1. Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco (SC) tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti (Cardiologia, Medicine, Pronto Soccorso, Distretti)	Giulia Russo Andrea Di Lenarda Donatella Radini e tutto il personale medico, infermieristico, OSS, amministrativo, della SC Cardiovascolare, Med.Sport e Riabilitazione del Cardiopatico	1.1 Organizzazione di almeno 1 riunione per valutazione appropriatezza dei percorsi entro 31/12/2020 con i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti per la diffusione del nuovo PDTA regionale  1.2 Presa in carico di >50% dei pazienti segnalati dall'Ospedale alla dimissione entro 30 giorni.



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>7. PAL 2020 PDTA scompenso cardiaco (SC). Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo SC tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti</p>	<p>Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco (SCC) tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti. Adozione del PDTA SCC nel setting riabilitativo cardiologico</p>	<p>Antonella Cherubini Marina Bollini Andrea Di Lenarda Donatella Radini e tutto il personale Infermieristico, OSS, amministrativo, fisioterapisti, della SC Cardiovascolare, Med. Sport e Riabilitazione del Cardiopatico</p>	<p>1.Presa in carico di almeno 10 pazienti con SCC che necessitano di avvio al percorso di Riabilitazione motoria, secondo indicazioni PDTA regionale in 12 mesi. 2. Ottimizzazione della terapia medica nel corso del percorso riabilitazione motoria (incremento della terapia ACE/Sartanico e Betabloccante a &gt;50% della dose target o introduzione di Entresto secondo indicazioni AIFA), in almeno 60% dei pazienti presi in carico.</p>
<p>8. PAL 2020 Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI e NSTEMI</p>	<p>1. Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo STEMI/NSTEMI tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti. 2. Adozione del PDTA STEMI/NSTEMI nel setting riabilitativo cardiologico</p>	<p>Antonella Cherubini Marina Bollini Andrea Di Lenarda Donatella Radini</p>	<p>1. Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 settimane dalla dimissione per STEMI ed entro 4 settimane dalla dimissione per NSTEMI del 90% dei pazienti segnalati con STEMI/NSTEMI 2. Ottimizzazione della terapia ipolipemizzante a fine percorso riabilitativo (entro 12 mesi dall'evento acuto): raggiungimento di almeno 50% dei pazienti con target LDL colesterolo &lt; 55 mg/dl, oppure almeno 80% dei pazienti in terapia con terapia ipolipemizzante ad elevata efficacia: - atorvastatina ≥ 40 mg, rosuvastatina ≥ 20 mg, oppure - atorvastatina/rosuvastatina – qualsiasi dosaggio + ezetimibe 10 mg oppure - in terapia con PCSK9 inibitore</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>9. Delibera 2514 del 28-12-2018 PAL 2019: 3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera: contenimento del tasso di ospedalizzazione</p>	<p>1. Creazione di un protocollo per la presa in carico del paziente con FA dimesso dal PS in trattamento con NAO, da avviare o meno a CVE 2. Presa in carico medica dei pazienti segnalati in dimissione dal PS in NAO e compilazione entro 5 giorni lavorativi del PT necessario per la prescrizione del NAO. 3. Intervento educativo infermieristico ed eventuale preparazione alla CVE nei pazienti trattati con NAO</p>	<p>Eliana Grande Donatella Radini Andrea Di Lenarda e tutto il personale medico, infermieristico, OSS ed amministrativo coinvolto nell'attività dell'Ambulatorio TAO/NAO della SC Cardiovascolare e Med. Sport</p>	<p>1. Produzione di un protocollo operativo condiviso con la SC Pronto Soccorso entro il 31/8/2020. 2. Presa in carico del 75 % dei pazienti segnalati dal PS in NAO e compilazione entro 7 gg lavorativi del PT NAO. 3. Inserimento nella cartella infermieristica di almeno il 75 % delle valutazioni infermieristiche ed interventi educativi singoli o di gruppo.</p>
<p>10. PAL 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia. Rete cuore. PDTA scopenso e STEMI - NSTEMI</p>	<p>1. Condivisione dei PDTA regionali con tutto il personale. 2. Aggiornamento protocolli interni infermieristici/fisioterapisti ed applicazione PDTA regionali nella presa in carico degli assistiti segnalati - all'ambulatorio infermieristico post dimissione ospedaliera o visita/controllo cardiologico interno - fisioterapisti per inizio percorso riabilitativo post visita cardiologica 2.1 Prosecuzione attività infermieristica di riconciliazione terapeutica iniziata nel 2019. 3. Organizzazione mensile di incontri educazionali di gruppo con assistiti e familiari. Organizzazione mensile di incontri informativi con le associazioni di cardiopatici.</p>	<p>Donatella Radini Andrea Di Lenarda</p> <p>Tutto il personale infermieristico, fisioterapisti, psicologa, oss, amministrativo della SC Cardiovascolare Medicina dello sport e Riabilitazione del Cardiopatico.</p>	<p>1. Condivisione del PDTA scopenso e STEMI-NSTEMI con tutto il personale entro 30/09/2020. 2. Aggiornamento protocolli interni ed applicazione entro 30/10/2020. 2.1 Riconciliazione farmacologica inserita in almeno il 75% degli assistiti presi in carico dall'ambulatorio infermieristico al 31-12-2020 3. Calendarizzazione di almeno 1 incontro educazionali di gruppo per assistiti e familiari da ottobre 2020 Calendarizzazione di almeno 1 incontro informativo con le associazioni di cardiopatici da ottobre 2020</p>
<p>11. Emergenza COVID: Piano Aziendale</p>	<p>Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI</p>	<p>Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto</p>	<p>Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. In Premessa PAL Sviluppo di sistemi di telemedicina. In considerazione dell'emergenza attuale e della fusione dell'Azienda ritengo utile. Istruzione Dirigenti Medici, Coordinatrice e infermieri moduli sull'utilizzo di 3 diverse piattaforme di video conference.</p>	<p>Istruzione con almeno 3 riunioni per l'utilizzo delle piattaforme da aggiungere a quella già utilizzata (Skype)</p>	<p>Direttore di S.C.</p>	<p>Al 30.4.2020 tutti i Dirigenti, Coordinatrice e infermieri moduli sono in grado di utilizzare indifferentemente le 3 piattaforme</p>
<p>2. 3.1.6 Incremento degli interventi video in monoport (unico accesso toracico per telecamera e strumenti)</p>	<p>Discussione già in preparazione ambulatoriale dei pazienti elegibili alla tecnica monoport e condivisione tra i Dirigenti delle conoscenze indifferentemente acquisite ( pubblicazioni, corsi, esperienza di sala operatoria ecc ).</p>	<p>Medici di Reparto</p>	<p>Al 31.12.2020 sono stati eseguiti almeno 20 interventi chirurgici in monoport.</p>
<p>3. linea <b>3.7.3</b> rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</p>	<p>Creazione di nuovi strumenti per la misurazione degli esiti riferiti dal pz e delle esperienze riportate dal pz. affetto da nodulo polmonare .(PROMs e PREM)s</p>	<p>Coordinatore infermieristico</p>	<p>Entro il 31/12/2020 vengono redatte le schede PROMs e PREM s da utilizzare nel 2021 per tutti i paz. sottoposti ad intervento di nodulo polmonare.</p>
<p>4. 3.7.3 rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero</p>	<p>Revisioni delle istruzioni sul corretto utilizzo dei farmaci antidolorifici a domicilio</p>	<p>Medici di reparto e personale del comparto</p>	<p>Il mantenimento del recall telefonico già in essere entro i 5 gg. dalla dimissione, nel percorso ERAS dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, permetterà di valutare il buon fine dell'azione con l'obiettivo di ridurre la percentuale dei pazienti che presentano dolore a domicilio al 15 % entro il 31/12/2020 (risultato del 2019 25%)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. 3.6.9 promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari : la rete HPH	Programma dedicato ai pazienti Consulenza telematica per la gestione della ferita chirurgica	Personale del comparto	1. Reparto - Somministrazione e utilizzo degli strumenti di engagement (Che - Phe) anche ai pazienti dell'area Giuliano - Isontina . Entro il 31/12/2020 vengono raccolte almeno 20 schede con segnalazioni al territorio di area vasta dei casi più complessi. 2. Ambulatorio Entro il 31/12/2020 vengono effettuate almeno 15 consulenze
6. 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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
7. Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Infermieristico	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
8. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 45.130 ed uguale al consuntivo 2019 senza detrazione dell' 1% richiesto dalla Regione
9. linee guida gestione dei pazienti con versamento pleurico	- Costruzione gruppo di lavoro - Revisione dei percorsi clinici in essere Creazione di un PDTA condiviso	- SOC di Chirurgia di Gorizia e Monfalcone - In comune con. - SOC di Medicina di Gorizia e Monfalcone	Creazione di un PDTA sulla gestione del drenaggio toracico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone</li> <li>- SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia</li> <li>- SC Anestesia e Rianimazione di Monfalcone</li> <li>- SOC Pneumologia Trieste</li> <li>- SOC di Chirurgia Toracica di Trieste</li> </ul>	
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
11. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Gestione ottimizzata del magazzino attraverso il coordinamento e la razionalizzazione della spesa per l'approvvigionamento del materiale sanitario.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifica delle voci di spesa che prevedono una fornitura cospicua in termini di quantità.</li> <li>2. Rilevazione e revisione dei fabbisogni di materiale della degenza pneumologica e UTIR e degli ambulatori afferenti alla struttura.</li> <li>3. Creazione di accordo vicendevole per gli ordini e la distribuzione del materiale in base al fabbisogno e all'utilizzo.</li> </ol>	SC Pneumologia/Comparto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entro il 31/12/2020 ottimizzazione degli ordini e riduzione delle giacenze.</li> <li>2. Condivisione degli ordini per alcuni beni a magazzino tra i centri di costo di Broncologia, ambulatorio pneumologico, fisiopatologia respiratoria, pneumologia, Day Hospital e pneumologia degenze e UTIR.</li> <li>3. Riduzione della spesa al 31/12/020 (escluso periodo emergenziale)</li> </ol>
2. Modelli organizzativi e gestionali Medicina di precisione	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creazione di un database per l'inclusione e il monitoraggio di pazienti affetti da fibrosi polmonare idiopatica sottoposti a terapia antifibrosante.</li> </ol>	SC Pneumologia/Comparto Dirigenti medici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creazione del database</li> <li>2. Presenza del database regolarmente compilato</li> <li>3. Compliance al documento 75% 31/12/2020</li> </ol>
3. Educazione del paziente e dei care giver in UTIR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creazione di un opuscolo informativo ed educativo da fornire ai care giver dei degenti in UTIR</li> </ol>	SC Pneumologia/Comparto	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Creazione dello strumento (depliant) 30/06/2020</li> <li>4. Distribuzione dello strumento ai care-giver prima dell'accesso nelle stanze di degenza.</li> </ol>
4. linee guida gestione dei pazienti con versamento pleurico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costruzione gruppo di lavoro</li> <li>- Revisione dei percorsi clinici in essere</li> <li>- Creazione di un PDTA condiviso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SOC di Chirurgia di Gorizia e Monfalcone</li> <li>- In comune con.</li> <li>- SOC di Medicina di Gorizia e Monfalcone</li> <li>- SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone</li> <li>- SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia</li> <li>- SC Anestesia e Rianimazione di Monfalcone</li> <li>- SOC Pneumologia Trieste</li> <li>- SOC di Chirurgia Toracica di Trieste</li> </ul>	Creazione di un PDTA sulla gestione del drenaggio toracico
5 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 863.000, uguale al consuntivo 2019 detratta dell' 1% come chiesto dalla Regione (escluso periodo emergenziale)
6 Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni
7 Emergenza COVID-19	Rispetto delle direttive sull'emergenza con applicazione di protocolli innovativi di terapia atti a ridurre il ricorso al ricovero in ARTA	Direttore	Ricovero in ARTA di meno del 20% dei pazienti con grave polmonite bilaterale ricoverati in Pneumologia COVID. Implementazione di protocollo terapeutico innovativo durante la fase acuta della epidemia, autorizzato da CEUR.
8 Recupero attività ordinaria post-emergenziale	Ripresa dell'attività degenziale, DH e ambulatoriale con recupero e riduzione della perdita di attività rispetto a 2019	Direttore SC Pneumologia	Riduzione attività di degenza, DH e ambulatoriale rispetto non inferiore all'75% rispetto al 2019 compatibilmente con i periodi di emergenza covid
9 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1</p> <p>Linea PAL 3.6.9 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH</p> <p>Linea dedicata al personale</p>	<p>Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull’impatto dell’emergenza sanitaria per Coronavirus sul professionista e operatore sanitario.</p> <p>Realizzazione di due focus group multi professionali , area isontina e area giuliana, con la partecipazione di medici, infermieri e OSS sull’impatto nell’attività lavorativa e nel vissuto del professionista dell’emergenza sanitaria causata dalla diffusione del Coronavirus.</p>	<p>Dirigenti Medicina Comparto Coordinatori Infermieristici del DAI di Medicina dell’ASUGI i RID</p>	<p>Entro Aprile Costituzione gruppo di lavoro, definizione dello strumento di indagine e pianificazione dell’attività.</p> <p>Entro dicembre sarà attuata l’indagine attraverso la realizzazione dei due focus group e saranno elaborati i dati. Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati.</p>
<p>2</p> <p>Linea PAL 3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG</p>	<p>Da gennaio ad aprile 2020 saranno diffuse in tutte le Strutture Operative del DAI le procedure di utilizzo dei DPI e le tecniche di vestizione e svestizione per prevenire l’esposizione al contagio da Coronavirus.</p> <p>Da Maggio a Dicembre i Coordinatori assieme al RID effettueranno delle “visite per la sicurezza” di verifica dell’adozione delle corrette procedure per il contenimento della diffusione dell’epidemia da Coronavirus nelle Strutture del DAI.</p>	<p>Comparto Coordinatori Infermieristici RID</p>	<p>Evidenza, attraverso le firme di presenza, della partecipazione alla formazione sull’utilizzo dei DPI e le tecniche di vestizione e svestizione per la prevenzione del contagio da Coronavirus. L’80% di tutto il personale di ciascuna Struttura è formato sull’argomento entro aprile 2020. Entro dicembre saranno svolte delle visite per la sicurezza reciprocamente in ciascuna Struttura del DAI da parte dei coordinatori stessi assieme al RID. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita per la sicurezza di verifica sull’adozione delle corrette procedure di prevenzione della diffusione della pandemia da Coronavirus. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di appartenenza.</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			(Evidenza attraverso i verbali dei giri per la sicurezza effettuati e firmati dai partecipanti).
3 Ridefinire il percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito.	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base del personale OSS trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura 2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nell'OSS neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia	RID del Dipartimento  Responsabile Infermieristico delle SC Medicina Interna, SC Clinica Medica e SC Medicina Clinica.  In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	1. Entro luglio 2020 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività 2. Entro dicembre 2020 produzione dello strumento generale e dello strumento specifico per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI. Per il DAI di Medicina lo strumento specifico sarà formulato per le Strutture di Medicina.
4. Migliorare gli standard dell'assistenza infermieristica e l'offerta formativa agli studenti del CdL in Infermieristica attraverso la realizzazione di un reparto scuola di medicina internistica.	Progettare un "Reparto Scuola" di Medicina Internistica presso il DAI di Medicina. Individuare le linee organizzative, di gestione e teorico didattiche delle attività sulla base delle evidenze disponibili: definire uno strumento di pesatura della complessità assistenziale; identificare gli indicatori di esito; definire le strategie didattiche e di tutoraggio; definire gli strumenti da adottare; studio di fattibilità.	RID del DAI di Medicina <i>in collaborazione con Direzione Infermieristica Tutor didattici del CdL in Infermieristica</i>	Presentazione del progetto entro il 31/12/2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Linea PAL 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia: Rete Cuore- Scopenso Cardiaco	Applicazione HFA fragility score: Inserimento nella lettera di dimissione dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco della valutazione dell'HFA fragility score (valutazione dei punti inseriti nello score).	Dirigenti medici	Inserimento dello strumento in agosto Monitoraggio da settembre a dicembre 2020. Obiettivo dell'80% dei casi eleggibili.
2 3.6 Assistenza Ospedaliera	Elaborazione di un format che attesti l'attività di educazione sanitaria del paziente e/o dei care-giver all'atto della dimissione, in presenza e o per via telefonica, ed implementazione dello strumento durante l'anno.	Dirigenti Medici	1. Entro settembre 2020 individuato lo strumento. 2. Da ottobre a dicembre 2020 Inserimento del format in almeno il 50% delle dimissioni.
3 Linea 3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG:	Realizzazione di un corso di Formazione sul Campo in tema di Rischio clinico e qualità delle cure per il comparto della SC Medicina Interna	Coordinatore Infermieristico Comparto	Progettato un evento di FSC per il comparto sul tema specifico del Rischio Clinico e qualità e sicurezza delle cure e saranno avviate le pratiche di accreditamento: entro dicembre 2020 sarà realizzato l'evento di FSC come da progetto formativo. Almeno l'80% del personale risulterà aver partecipato alla FSC con verifica positiva. <i>(Evidenza: relazione del responsabile scientifico di chiusura del corso di FSC e registro firme di presenza alla formazione)</i>
4 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 327.000 in diminuzione dell' 1% rispetto al 2019 secondo le indicazioni regionali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5 Ridefinire il percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito.	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze core del personale OSS trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura 2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzi l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nell'OSS neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia	Coordinatore Infermieristico In collaborazione con RID del DAI SC Direzione Infermieristica	1. Entro luglio 2020 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività 2. Entro dicembre 2020 produzione dello strumento generale e dello strumento specifico per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI. (Per il DAI di Medicina lo strumento specifico sarà formulato per le Strutture di Medicina).
6 Appropriatezza farmacologica negli anziani	Particolare attenzione alla polifarmacoterapia negli anziani	Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico	Da Agosto a Dicembre 2020: 1.1. L' 85 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 1.2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti.
7 Riorganizzazione delle attività di degenza	Programmare le attività diagnostiche e terapeutiche al fine di evitare il protrarsi delle degenze	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico Comparto	Da settembre: degenza media (per i pazienti non dimessi per RSA - CDR e non in quarantena) uguale o inferiore a 8 gg
8 Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni
9 PAL 2020 3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia	Offerta di consulenze interne ed esterne su patologie dell'emocoagulazione, tromboembolismo venoso e prescrizione di terapia anticoagulante	Dirigenza/Comparto Ambulatorio Emostasi e Trombosi  Condiviso con Ambulatorio Emostasi e Trombosi della UCO Clinica Medica  Coordinatore infermieristico ambulatori DAI di Medicina	A partire dal 1 settembre 2020 definizione di due giornate settimanali dedicate a consulenze interne ed esterne su patologie dell'emocoagulazione, tromboembolismo venoso e prescrizione di terapia anticoagulante gestite in modo coordinato dagli Ambulatori Emostasi e Trombosi della UCO Clinica Medica e della SC Medicina Interna.
10 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Coordinatore Comparto	pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## SC Nefrologia e Dialisi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Linea 3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG Uniformare percorsi e procedure dialitiche tra ex ASUI-Ts e ex AAS2	Percorso di job rotation tra infermieri esperti e nella dialisi peritoneale e personale OSS coinvolto nell'assistenza alla persona in trattamento peritoneale della SC Nefrologia e Dialisi di Trieste e Gorizia e produzione di una procedura condivisa per la gestione della sostituzione del Set in corso di peritonite.	Coordinatori di Nefrologia e di Dialisi di Trieste e Gorizia Comparto delle Strutture di Nefrologia e Dialisi di ASUGI	Indicatore: Produzione di un documento condiviso per la procedura di sostituzione del Set in corso di peritonite.  Tempo: Entro 31 Dicembre 2020
2 Linea 3.7.3 Rapporto con i cittadini	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"	Comparto Nefrologia  Dirigenti medici Nefrologia	Indicatore: verbali degli incontri dei gruppi di lavoro multiprofessionali, firmati da ogni componente del team.  Risultati: pianificati almeno 10 incontri multiprofessionali con utenti e assistiti  Tempo: Entro 31 dicembre 2020.
3 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	Revisione della casistica
4 Trapianto di rene incremento della lista Tx renale Miglioramento del servizio offerto ai pazienti in dialisi attraverso la realizzazione di percorsi dedicati	1. Analisi del flusso dei pazienti della SC Nefrologia e Dialisi sottoposti a ecografia dell'addome presso la SC Radiologia dell'OC e OM 2. Creazione di agenda ecografica dedicata per i pazienti in dialisi afferenti alla SC Nefrologia e Dialisi	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con la SC Radiologia e con la SC Nefrologia e Dialisi</b>	Apertura agenda entro il 31/10/2020
5 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 <b>S.C. Clinica Urologica</b> Dirigenti Medici S.C. Nefrologia <b>In comune a S.C.Nefrologia</b>	Gestione entro i tempi di priorità dei casi segnalati dalla Nefrologia di pazienti trapiantati e in lista d'attesa per il trapianto che necessitano di terapia disostruttiva urologica.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 1.592.000 in diminuzione dell' 1% rispetto al 2019 secondo le indicazioni regionali
7 Collaborazione tra SOC (personale medico della Nefrologia di <b>Gorizia-Monfalcone e della Nefrologia di Trieste</b> )	Proseguire con il percorso di integrazione del personale medico della Nefrologia di Gorizia-Monfalcone con il personale medico della Nefrologia di Trieste.	Nefrologia e dialisi: Personale medico	Almeno due incontri tra i medici delle due SOC con verbale degli argomenti trattati entro dicembre 2020
8 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
9 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
<p>1</p> <p>Linea 3.7.3 Rapporti con pazienti e familiari nelle attività di ricovero: attivazione del servizio di videochiamata per colloquio con i parenti dei pazienti degenti</p> <p>Obiettivo 1: Ridurre il numero di visite in Reparto</p> <p>Obiettivo 2: Migliorare la qualità del servizio attraverso l'introduzione della comunicazione a distanza</p>	<p>a) Predisporre quattro postazioni computer dotate di telecamera con abilitazione alla videochiamata;</p> <p>b) Creare presso la Segreteria di reparto una agenda per la prenotazione dei contatti per via telematica.</p>	<p>Personale medico;</p> <p>Coordinatore infermieristico;</p> <p>Personale di segreteria.</p>	<p>a) Entro 31 agosto 2020, fatta salva la disponibilità del Servizio di informatica e telecomunicazioni, predisposizione delle postazioni per videochiamata e attivazione agenda prenotazioni;</p> <p>b) Entro 31 dicembre 2020 Utilizzazione del contatto telematico per colloqui con i parenti dei pazienti degenti in almeno il 50% dei pazienti ricoverati nel periodo 1 settembre – 31 dicembre 2020. Nel caso le abitazioni da raggiungere non siano dotate di computer con telecamera, la comunicazione a distanza verrà effettuata per via telefonica su appuntamento.</p>
<p>2</p> <p>Ridefinire il percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito.</p>	<p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze core del personale OSS trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura</p> <p>2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nell'OSS neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia</p>	<p>Coordinatore Infermieristico SC Medicina Clinica</p> <p>In collaborazione con</p> <p>RID del DAI</p> <p>SC Direzione Infermieristica</p>	<p>1. Entro luglio 2020 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività</p> <p>2. Entro dicembre 2020 produzione dello strumento generale e dello strumento specifico per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI (Per il DAI di Medicina lo strumento specifico sarà formulato per le Strutture di Medicina).</p>
<p>3</p> <p>Linea PAL 3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG. Diffusione dei bundle.</p> <p>Implementare percorsi di sicurezza nell'assistenza e nelle cure nella SC Medicina Clinica.</p>	<p>1. Verrà steso un progetto di formazione sul campo per la SC Medicina Clinica rivolto a tutti i profili professionali e incentrato sul tema della sicurezza delle cure e dell'assistenza e sulla diffusione dei bundle nell'assistenza.</p>	<p>Dirigenti Medici</p> <p>Coordinatore Infermieristico</p> <p>Comparto</p>	<p>1. Entro giugno sarà steso il progetto formativo, richiesto l'accreditamento ECM e avviate le attività di FSC.</p> <p>2. Entro dicembre 2020 il 70% dei partecipanti previsti avrà partecipato all'evento formativo.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4 Appropriatezza farmacologica negli anziani	Particolare attenzione alla polifarmacoterapia negli anziani	Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico	Da Agosto a Dicembre 2020: 1.1. L' 85 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 1.2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti.
5 Riorganizzazione delle attività di degenza	Programmare le attività diagnostiche e terapeutiche al fine di evitare il protrarsi delle degenze	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico Comparto	<u>Da settembre:</u> degenza media (per i pazienti non dimessi per RSA – CDR e non in quarantena) uguale o inferiore a 8,8 gg
6 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	1. Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 2.036.000 in diminuzione dell' 1% rispetto al 2019 secondo le indicazioni regionali 2. Redigere un piano di utilizzo per i farmaci biologici che coniughi offerta terapeutica con sostenibilità del budget complessivo farmaceutico.
7 Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni
8 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Ridefinire il percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito.	1.Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze core del personale OSS trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura 2.Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzii l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nell'OSS neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia	Coordinatore Infermieristico SC Clinica Medica In collaborazione con RID del DAI SC Direzione Infermieristica	1. Entro luglio 2020 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività  2. Entro dicembre 2020 produzione dello strumento generale e dello strumento specifico per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI. (Per il DAI di Medicina lo strumento specifico sarà formulato per le Strutture di Medicina).
2 Miglioramento degli standard qualitativi all'interno della struttura; La condivisione di protocolli e procedure sulla base di criteri di qualità, processi e risorse; L'incentivazione all'utilizzo dei sistemi e degli strumenti appropriati a un'assistenza di qualità, secondo le direttive aziendali.	Realizzazione di un corso di FSC accreditato sul tema della qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza implementato e rivolto a Dirigenti Medici e personale del comparto della S.C. Clinica Medica.	Dirigenti Medici Responsabile infermieristico Comparto	Entro marzo sarà progettato e proposto il corso di FSC, avviate le pratiche per l'accreditamento Entro Dicembre 2020 realizzazione del corso di FSC come da progettazione. IL 70% del personale afferente alla Struttura avrà partecipato al corso di FSC.
3 PAL 2020 3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia Rete delle malattie rare della regione FVG	Applicazione del percorso di lavoro condiviso sulle malattie rare del metabolismo tra la Clinica Medica, il Centro di Coordinamento Regionale per le malattie Rare di ASUIUD ed il Centro per le Malattie Rare dell' IRCCS materno infantile Burlo Garofolo.	Dirigenza/Comparto Ambulatorio di Nutrizione Clinica e Metabolismo e Centro per le Dislipidemie Familiari della Clinica Medica Dietiste assegnate alla UCO Clinica Medica Coordinatore infermieristico dott Alessandro Pipoli	Entro il 31 dicembre 2020, presa in carico nutrizionale di almeno 2 pazienti con disturbi del metabolismo degli aminoacidi.
4 PAL 2020 3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia Rete diabete	Consulenza diabetologica e gestione dell'iperglicemia nei pazienti ricoverati affetti da COVID-19	Dirigenza/Comparto Team Diabetologico Ospedaliero UCO di Clinica Medica Coordinatore infermieristico dott Alessandro Pipoli	Entro il 31 dicembre 2020, presa in carico di almeno 20 pazienti ricoverati affetti da COVID-19 da parte del Team Diabetologico Ospedaliero per esecuzione di consulenza diabetologica e/o gestione dell'iperglicemia.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5 PAL 2020 3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia Rete diabete	Consulenza diabetologica e gestione dell'iperglicemia nei pazienti ricoverati dal marzo 2020 durante l'emergenza COVID-19	Dirigenza/Comparto Team Diabetologico Ospedaliero UCO di Clinica Medica Coordinatore infermieristico dott Alessandro Pipoli	Entro il 31 dicembre 2020, presa in carico di almeno 200 pazienti chirurgici ricoverati presso i reparti dell'ospedale di Cattinara durante l'emergenza COVID-19 da parte del Team Diabetologico Ospedaliero per esecuzione di consulenza diabetologica e/o gestione dell'iperglicemia.
6 PAL 2020 3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA 3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio di malattie croniche non trasmissibili e malati cronici	Individuazione di pazienti con cardiopatia ischemica in terapia con statine con elevati livelli di Lp(a) plasmatica.	Dirigenza/Comparto Ambulatorio di Nutrizione Clinica e Metabolismo e Centro per le Dislipidemie Familiari della Clinica Medica Dietiste assegnate alla UCO Clinica Medica Coordinatore infermieristico dott Alessandro Pipoli	Entro il 31 dicembre 2020, Individuazione di almeno 10 pazienti con cardiopatia ischemica in terapia con statine segnalati del Medico di Medicina Generale con elevati livelli di Lp(a) plasmatica.
7 PAL 2020 3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA 3.6.1. Governo clinico e reti di patologia	Offerta di consulenze interne ed esterne su patologie dell'emocoagulazione, tromboembolismo venoso e prescrizione di terapia anticoagulante	Dirigenza/Comparto Ambulatorio Emostasi e Trombosi della UCO Clinica Medica <i>Condiviso con Ambulatorio Emostasi e Trombosi della SC Medicina Interna Coordinatore infermieristico ambulatori DAI di Medicina</i>	A partire dal 1 settembre 2020 definizione di due giornate settimanali dedicate a consulenze interne ed esterne su patologie dell'emocoagulazione, tromboembolismo venoso e prescrizione di terapia anticoagulante gestite in modo coordinato dagli Ambulatori Emostasi e Trombosi della UCO Clinica Medica e della SC Medicina Interna.
8 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
9 Appropriatezza farmacologica negli anziani	Particolare attenzione alla polifarmacoterapia negli anziani	Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico	Da Agosto a Dicembre 2020: 1.1. L' 85 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 1.2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 184.000, in diminuzione del 43% rispetto il 2019 , ma in aumento del 24 % rispetto il 2018.
11 Promozione della ricerca clinica sulla malattia COVID-19	Formazione del personale nella realizzazione dei trial clinici secondo i principi della "GoodClinicalPractice"	Dirigenza/Comparto	Attivazione di almeno due studi clinici COVID-19 approvati dal Comitato Etico Unico Regionale
12 Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
13 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Contenimento e superamento dell'emergenza COVID	1)Formalizzazione di percorsi di sostegno psicologico per gli operatori della struttura.	Direttore Coordinatore Infermieristico	Evidenza delle sedute di colloqui con gli psicologi di ASUGI
	2)Dal mese di giugno a fine luglio copertura totale delle guardie diurne e quasi totale di quelle notturne interdivisionali dell'Ospedale Maggiore	Medici	Espletamento dei turni di guardia interdivisionale
	3)Compilazione ed invio al Dipartimento di prevenzione e di competenza delle schede di notifica (primo invio/aggiornamento) di tutti i pazienti accolti in reparto	Direttore Medico preposto alla sicurezza	Presenza in cartella della scheda di notifica
2. Dalla linea del PAL 3.6.8. gestione del rischio clinico: promozione di un'assistenza sicura attraverso la prevenzione dell'insorgenza di lesioni pressorie nell'anziano durante la degenza	1. Diffusione del bundle Ldp attraverso eventi formativi mirati 2. Implementazione del bundle nell'assistenza 3. Monitoraggio degli esiti	Coordinatore infermieristico Tutto il comparto	1. Organizzazione di un evento formativo nel secondo semestre sul bundle Ldp 2. Nel secondo semestre sarà costruita una scheda di monitoraggio dell'implementazione e attuazione del bundle. 3. Sarà distribuito l'opuscolo aziendale sulla prevenzione delle Ldp a tutti i degenti. 4. Da ottobre a tutte le persone con valutazione Norton < 14 sarà garantita l'applicazione del bundle attestata dalla scheda di monitoraggio
3. Miglioramento degli standard qualitativi assistenziali e organizzativi nella S.C. Geriatria.	Realizzazione di un corso di FSC accreditati sul tema della qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza implementato e rivolto a Dirigenti Medici e personale del comparto della S.C. Geriatria	Dirigenti Medici Coordinatore infermieristico Tutto il comparto	1. Nel secondo semestre sarà progettato e proposto il corso di FSC, avviate le pratiche per l'accreditamento. 2. Saranno individuati i temi da calendarizzare come eventi formativi, da proporre in due edizioni ciascuno. 3.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Entro Dicembre 2020 realizzazione dei corsi di FSC come da progettazione. 4. Il personale afferente al comparto avrà partecipato al 70 % degli eventi formativi proposti.
4. Dalla Linea PAL: 3.7.3. Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero. Far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento del Servizio.	Rilevazione attraverso contatto telefonico dopo la dimissione (recall ) della qualità percepita da pazienti e famigliari delle cure e assistenza ricevuti durante la degenza nella SC Geriatria, sia nel periodo COVID che nei mesi successivi.	Direttore Dirigenti Medici	1. Formulazione entro Luglio di un questionario da somministrare telefonicamente a pazienti o ai loro famigliari per indagare la qualità percepita delle cure e dell'assistenza ricevute durante il ricovero. 2. Da Agosto a Dicembre somministrati i questionari attraverso recall ad almeno 30 pazienti (o famiglie dei degenti) ricoverati tra marzo e maggio presso la Struttura Geriatria COVID, e ad almeno 40 pazienti (famiglie) ricoverati presso la Geriatria in periodo covid free. 3. A Dicembre disponibile una relazione con i risultati delle interviste raccolte attraverso l'attività recall.
5. Linea 3.6.9 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: formazione dei caregiver alla dimissione dei pazienti anziani, superando le limitazioni imposte dall'emergenza epidemiologica che limitano l'accesso all'ospedale da parte dei famigliari.	Formazione dei caregiver alla dimissione del paziente anziano attraverso contatto telefonico in cui verrà illustrato il quadro clinico e lo stato funzionale dell'anziano alla dimissione, le cure e l'assistenza da mantenere nel post ricovero.	Dirigenti Medici Comparto tutto	Dal 04/07/2020 (riapertura della SC Geriatria COVID free) fino al perdurare delle limitazioni dell'accesso dei visitatori all'ospedale, alla dimissione dei pazienti dalla SC Geriatria effettuate delle telefonate alle famiglie per garantire l'informativa esaustiva sul quadro clinico e lo stato funzionale dell'anziano, le cure e l'assistenza espletati e da mantenere nel post ricovero. Indicatore: Saranno chiamati i caregiver del 90% degli anziani che vengono dimessi

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			verso domicilio e che non sono autosufficienti. Fonte dei dati: registro delle chiamate svolte interno alla Struttura.
6. Sicurezza delle cure, formazione e integrazione dei professionisti.	Verranno svolti dei briefing settimanali di aggiornamento e approfondimento tra medici, infermieri e OSS per la discussione di casi clinici di particolare spessore e per il confronto sull'approccio clinico e assistenziale del caso.	Direttore Dirigenti Medici Comparto tutto	Nel corso del 2020 svolti almeno 30 briefing di confronto e approfondimento come descritto tra i professionisti e operatori della SC Geriatria. Evidenza: verbali delle riunioni con evidenza delle firme di presenza e risultati dei casi esaminati.
7 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 70.000 in diminuzione dell' 1% rispetto al 2019 secondo le indicazioni regionali
8 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
9 Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

## SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p><i>Processo di Integrazione in ASUGI</i></p> <p><b>Rete per il trattamento del “Piede Diabetico”</b></p> <p>Attivazione di un ambulatorio integrato interdipartimentale “spoke” in area giuliana presso l’ospedale di Cattinara.</p>	<p>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&amp;RUV (Formazione e Ricerca in Ultrasonografia e Patologia Vascolare). Responsabilità</p>	<p><b>SSD F&amp;RUV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direttore dott. M. Bardelli</li> <li>• Coordinatore Infermieristico Piastra ambulatori DAI di Medicina Interna dott.ssa E. Roiazzi</li> </ul> <p>In collaborazione con SSD Diabetologia Go/Monf SC Chirurgia Vascolare Centri Diabetologici Distrettuali</p>	<p>Attivazione entro il mese di febbraio 2020 presso la SSD F&amp;RUV di ambulatorio multidisciplinare per il paziente con piede diabetico</p> <p>n. pazienti/anno valutati/trattati collegialmente &gt; 80</p>
<p>Emergenza COVID: Piano Aziendale</p>	<p>Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI</p>	<p>Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto</p>	<p>Entro 1 mese dall’approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura</p>

## DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Introduzione di misure di prevenzione dell'infezione da Covid-19 nelle Strutture Dipartimentali</p>	<p>1. Raccomandazioni a tutti i Direttori di Struttura ed ai Coordinatori sulla trasmissione delle informazioni Aziendali e sul corretto utilizzo dei DPI a tutto il personale afferente alla Struttura                  2. Messa in atto delle necessarie strategie puntuali per ogni Struttura al fine di contenere l'infezione, con massima attenzione alla prevenzione del contagio agli assistiti ed al personale Medico e del comparto                  3. Esecuzione dei tamponi di sorveglianza e della sierologia per Covid-19 a tutto il personale afferente alle Strutture Dipartimentali</p>	<p>Direttore del Dipartimento</p>	<p>1. Ciascun Direttore di Struttura e Coordinatore verifica che il personale afferente sia informato/formato sul corretto utilizzo dei DPI nella prevenzione del contagio da Covid 19                  2. Dal 24 febbraio a fine emergenza sanitaria, ciascuna Struttura Dipartimentale, avvalendosi della consulenza del Direttore del DAI, pone in essere le strategie necessarie alla prevenzione del contagio per gli assistiti e per gli operatori                  3. Dal 10 marzo a fine emergenza sanitaria, meno del 5% del personale Medico e del Comparto afferente al Dipartimento risulta positivo al tampone per Covid 19</p>
<p>2. Introduzione di misure di prevenzione dell'infezione da Covid-19</p>	<p>4. Formazione ed informazione aggiornata del personale del comparto afferente al C.U.S.A. in merito alle misure di prevenzione dell'infezione da Covid-19                  5. Allestimento di un banchetto di accoglienza/screening dell'utenza che accede al C.U.S.A.                  6. Esecuzione dei tamponi di sorveglianza per Covid-19 agli ammalati ematologici che debbono essere sottoposti a chemioterapia</p>	<p>Coordinatore infermieristico e personale del comparto del C.U.S.A</p>	<p>1. Dal 24 febbraio a fine emergenza sanitaria tutti gli operatori sanitari del C.U.S.A. utilizzano correttamente i DPI e svolgono educazione sanitaria alla popolazione afferente (raccolta firme su formazione utilizzo DPI)                  2. Dal 1 aprile a fine emergenza sanitaria tutti gli utenti che accedono al C.U.S.A. effettuano uno screening compilando un modello di autocertificazione steso con la collaborazione dei Direttori delle Strutture afferenti (per ogni giornata lavorativa vengono compilati e conservati digitalizzati almeno 100 moduli)                  3. Dal 12 marzo a fine emergenza sanitaria il 90% degli ammalati afferenti al C.U.S.A. in carico alla SC Ematologia,</p>



			prima di ciascuna seduta chemioterapica, esegue il tampone naso faringeo di controllo per Covid 19 (fonte dati Bi-Mind e G2)
3. Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'infermiere neo assunto/inserito a tutte le strutture dell'Azienda	Adattare la documentazione Aziendale, implementandola con quanto di competenza Dipartimentale e delle singole Strutture	RID e Coordinatori DAI	Da luglio 2020 nuovo percorso di inserimento relativo alla figura dell'infermiere
4. Ridefinire il percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito.	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura 2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzi l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia	RID Responsabile Infermieristico di Struttura  In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	1. istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività 2. Entro dicembre 2020 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia ematologica, migliorando l'interazione Hub/Spoke	1. Costruzione gruppo di lavoro 2. Individuazione di un percorso condiviso con integrazione Hub-Spoke con coinvolgimento delle Ematologia Trieste e delle Medicine interne di Monfalcone e Gorizia	Direttori strutture coinvolte (SC Ematologia, Medicina Gorizia, Medicina Monfalcone)	Individuazione di un percorso condiviso integrato entro giugno 2020 Applicazione del protocollo nel secondo semestre con rendicontazione Evidenza di almeno un audit con almeno un rappresentante per struttura dopo l'inizio della fase applicativa
2. Riunioni telematiche tra Trieste, Gorizia e Monfalcone per la discussione di casi clinici	1. Definizione di un calendario di riunioni a cadenza settimanale 2. Individuare il sistema telematico da usare per le riunioni 3. Individuare un referente per la Medicina di Monfalcone	Dirigenti medici SC Ematologia Trieste Referenti Medicina di Gorizia (dott. Stefano De Luca e Dott.ssa Marianna Chiozzotto) Referente Medicina di Monfalcone	Individuazioni dei referenti e realizzazione del sistema di comunicazione entro giugno 2020 Applicazione del programma di riunioni nel secondo semestre con rendicontazione
3. Adozione lettera infermieristica di dimissione dei pazienti	1. Formazione del personale sulle modalità di compilazione e trasmissione della scheda Aziendale 2. Monitoraggio mensile della presenza delle lettere infermieristiche nelle cartelle dei pazienti dimessi	Coordinatrice infermieristica Personale del Comparto delle degenze	Nel terzo trimestre almeno il 40% delle cartelle degli ammalati dimessi è completa anche della lettera di dimissione infermieristica Nel quarto trimestre almeno il 70% delle cartelle degli ammalati dimessi è completa anche della lettera di dimissione infermieristica
4. Implementazione utilizzo sistema Bi-Mind con stampa etichette farmaci non preparati in UFA	1. Acquisizione e configurazione stampanti per etichettatura farmaci non preparati in UFA 2. Formazione del personale infermieristico	Coordinatrice infermieristica Personale del Comparto	Dal 1 giugno almeno il 95% delle somministrazioni di farmaci somministrati, ma non preparati in UFA, sarà etichettato e seguirà le procedure di sicurezza proprie del sistema Bi-Mind Fonte dati: Sistema Bi-Mind con estrapolazione dati su "bippatura" somministrazioni
5. Accreditamento JACIE trapianto midollo osseo	1. Completamento delle procedure 2. Identificazioni referti specialisti 3. Compilazione check list 4. Domanda di accreditamento	Coordinatrice infermieristica Dirigenti Medici SC Ematologia Dirigenti Medici Dipartimento Medicina Trasfusionale di Trieste	Accreditamento JACIE entro 2020

6. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO SPESA 2020 pari a € 6.719.533, in aumento del 4% rispetto il consolidato 2019
7. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
8. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Appropriata prescrizione farmaci ad alto costo	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	SC Oncologia /Direttore e Dirigenti medici	1 Evidenza di compilazione delle richieste AIFA per poter sfruttare pay-back 2 Governo/limitazione di utilizzo del ricorso a off label 3 Vigilanza su utilizzo di biosimilari
2 Coordinamento attività clinica assistenziale	Predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie del colon all'interno di ASUGI	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 SC Radiologia OC e OM e Gorizia e Monfalcone SC Gastroenterologia	Attivare gruppi di lavoro omogenei per la stesura di un PDTA che armonizzi il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, in questa fase, di un algoritmo propedeutico alla stesura di un documento più articolato
3. Coordinamento attività clinica assistenziale	Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie del distretto toracico 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 Anatomia Patologica SC Radioterapia SC Radiologia OC e OM SC Medicina Nucleare	Attivare gruppi di lavoro omogenei per la stesura di un PDTA che armonizzi il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI: in questa fase, di un algoritmo propedeutico alla stesura di un documento più articolato.
4. Cure simultanee	1. Estendere una presa in carico precoce dei pazienti con neoplasia polmonare IV stadio e pancreas localmente avanzata o metastatic da parte delle cure Palliative 2 Attivare un ambulatorio almeno 2 volte la settimana, quando possibile condiviso con SSD Cure palliative, per la valutazione di questi pazienti	SC Oncologia, Cure Palliative, ARTA Maggiore /Dirigenti Medici e comparto	1. Valutazione analitica del numero e tipologia di pazienti affetti da queste due patologie presi in carico precocemente (al momento della prima visita oncologica) 2. Evidenza di una agenda CUP dedicata

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5 Cure simultanee	1 Screening e diagnosi della malnutrizione nei pazienti in trattamento per neoplasia 2. Avvio precoce a programma personalizzato (visita nutrizionistica/trattamento dietetico) 3. Creazione di liste CUP per programmazione di visite nutrizionistiche/trattamenti dietetici 4. Possibilità di attivazione valutazione psicologica	SC Oncologia in collaborazione con: SC Clinica Medica dirigenti medici /dietiste; Ambulatorio Distrettuale dirigenti medici /comparto , ADI Monfalcone e Gorizia;Psicologa del DAO	1. Evidenza di agenda CUP dedicata Numero di persone inviate e prese in carico 2. Valutazione analitica del numero e tipologia di trattamenti dietetici eseguiti e delle richieste di attivazione fornitura supplementi nutrizionali orali e di NPT 3. Evidenza delle consulenze psicologiche attivate
6. Miglioramento assistenza	1 selezione, basata su prove di evidenza, dei determinanti molecolari /immunoistochimici che devono essere contenuti nel referto anatomopatologico per poter impostare la terapia 2 Analisi di fattibilità: identificazione del numero di casi da screenare e definizione della casistica (tipo di neoplasia , stadio all'esordio, istotipo etc)	SC Anatomia Patologica SC Oncologia	1. Produzione di una tabella che identifichi quali , in quali patologie ed in quale stadio avviare routinariamente la ricerca di mutazioni o di determinanti molecolari per impostazione di terapia 2. Evidenza di referto contenente tutte le informazioni utili all'impostazione della terapia compatibilmente con la dotazione di diagnostica molecolare
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 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numeri d biopsie diagnostiche effettuate</li> <li>• Tempo di attesa tra TAC basale ed esecuzione biopsia</li> <li>• Tempo a prima visita oncologica dopo risultato della biopsia</li> </ul> Da produrre dopo 3 mesi da avvio attività ed al 31.12.2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9 Adozione lettera infermieristica di dimissione dei pazienti	3. Formazione del personale sulle modalità di compilazione e trasmissione della scheda Aziendale 4. Monitoraggio mensile della presenza delle lettere infermieristiche nelle cartelle dei pazienti dimessi	Coordinatori infermieristici delle degenze delle SSCC Ematologia, Oncologia, Infettivi, Clinica Dermatologica  Comparto delle degenze delle SSCC Ematologia, Oncologia, Infettivi, Clinica Dermatologica	1. Nel terzo trimestre almeno il 40% delle cartelle degli ammalati dimessi è completa anche della lettera di dimissione infermieristica 2. Nel quarto trimestre almeno l'70% delle cartelle degli ammalati dimessi è completa anche della lettera di dimissione infermieristica
10 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO SPESA 2020 pari a € 6.193.600, in aumento del 3% rispetto il consolidato 2019
11. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
12. Creazione di un'agenda "Tumorboard Multidisciplinare"	Creazione nuova agenda G2 per inserimento dei dati dei pazienti da discutere in sede Skin Cancer Unit Multidisciplinare	Direttore In condivisione SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Radioterapia SC Chirurgia generale SC Anatomia Patologica SC ORL E tutte le altre strutture afferenti	Creazione di un documento dell'attività svolta e coordinata formalmente sottoscritto con documentazione delle presenze/assenze durante le sedute del Tumorboard 2. Tracciabilità del percorso dopo discussione
13. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

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) 2. Revisione dei PDTA già in uso con opportune modifiche indispensabili in relazione alle recenti acquisizioni scientifiche e alla modifica della composizione del GOG (integrazione con oncologia e ginecologia Gorizia-Monfalcone)per la presa in carico multidisciplinare di donne affette da carcinoma ovarico, dell'endometrio e della cervice uterina 3 Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali 4 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</p> <p><b>In collaborazione con</b> <b>SC Radioterapia</b> <b>SC Anatomia Patologica</b> <b>SC Ginecologia GO-Monfalcone</b> <b>SC Oncologia GO Monfalcone</b> <b>IRCSS Burlo Garofalo</b></p>	<p>Produzione di PDTA condivisi per</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma cervice uterina</li> <li>• Carcinoma endometriale</li> <li>• Carcinoma ovarico</li> </ul> <p>Dicembre 2020</p>
<p>2. Percorso breve nelle pazienti con lesione sospette dopo Mx di screening (FAST TRACK) Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attivita'</p>	<p>Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attivita'</p>	<p>Carla Dellach</p> <p>In comune con SC Radiologia SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica</p>	<p>Target: &gt; 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 2020</p>
<p>3. Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo MX di screening spontaneo e nelle sintomatiche</p>	<p>Applicazione del protocollo già in atto per le pazienti screening e per il progetto pronto seno</p>	<p>Carla Dellach</p> <p>In comune con SC Radiologia SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica</p>	<p>Target: &gt; 50% 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</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Dicembre 2020
4. Informatizzazione Mantenimento dell'attività in essere e implementazione degli applicativi regionali	Registrazione di tutti i pazienti afferenti alla SC CSO_SSD OSARF nel cartella oncologica G2 Compilazione dei campi diagnosi/stadiazione /protocollo -farmaco PSM piani terapeutici PSM iter elettronico Referti firmati digitalmente	Rita Ceccherini Angela Denaro Silva Foladore Maria Malagoli	CSO_SSD OSARF nel cartella oncologica G2 Compilazione dei campi diagnosi/stadiazione /protocollo -farmaco > 95% PSM piani terapeutici >90% PSM iter elettronico > 90% Referti firmati digitalmente > 98% Base dati: G2 clinico rilevazione DCS
5. Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente con carcinoma mammario Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi indotta dai trattamenti farmacologici (chemioterapia e /o Terapia ormonale) nelle pazienti affette da carcinoma mammario	Mantenimento del protocollo già in atto per le pazienti all'avvio del trattamento anche nelle donne già in trattamento  Integrazione del suddetto protocollo con organizzazione iter per donne già trattate/ in trattamento che accedono alla SC CSO-SSD OSARF per follow up (in relazione a tipo /momento e durata del trattamento )	Rita Ceccherini Angela Denaro Silva Foladore Maria Malagoli  In collaborazione SC Medicina Interna SC medicina Nucleare	Revisione del protocollo in essere con implementazione in relazione alle indicazioni per accesso al percorso per le pazienti già in trattamento Giugno 2020 Avvio al percorso > 80% delle donne afferenti alla struttura ad avvio trattamento Identificazione e avvio al percorso per almeno ulteriori 40 pazienti in corso di follow up che rispondano ai requisiti identificati dalla revisione del protocollo Fonte dati: G2, referti firmati, impegnative prodotte per accesso ai servizi Dicembre 2020
6. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO SPESA 2020 pari a € 1.480.087 in aumento del 1% rispetto il consolidato 2019
7. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
8. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni



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) 2. Revisione dei PDTA già in uso con opportune modifiche indispensabili in relazione alle recenti acquisizioni scientifiche e alla modifica della composizione del GOG (integrazione con oncologia e ginecologia Gorizia-Monfalcone)per la presa in carico multidisciplinare di donne affette da carcinoma ovarico, dell'endometrio e della cervice uterina 3 Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali 4 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 Radioterapia  In collaborazione con OSARF SC Anatomia Patologica SC Ginecologia Monf/GO SC Oncologia Monf/GO IRCSS Burlo Garofalo</p>	<p>Produzione di PDTA condivisi per</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carcinoma cervice uterina</li> <li>• Carcinoma endometriale</li> <li>• Carcinoma ovarico</li> </ul> <p>Dicembre 2020</p>
<p>2. Azione finalizzata all'ottimizzazione impiego PET/TC</p>	<p>Utilizzo tecnologia PET/TC per la pianificazione e definizione in radioterapia del volume bersaglio da irradiare e la dose terapeutica ad esso prescritta.</p>	<p><b>SC Radioterapia</b> <b>Dirigenti e Comparto</b> <b>In comune con SC Medicina Nucleare e SC Fisica Sanitaria</b></p>	<p>N° esami PET-TAC eseguiti per pianificazione radioterapeutica (almeno 10 esami PET/TC) .  esiti 30/12/2020</p>
<p>3. Trattamento delle metastasi ossee entro 3 gg</p>	<p>1. Prima visita 2. Centramento 3. Conturing/ Calcolo 4. Trattamento</p>	<p>1. Radioterapisti 2. TSRM in Radioterapia 3. Fisici Sanitari</p>	<p>Mantenimento del trattamento del 95% dei casi entro il limite di 3 gg</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Irradiazione Emoderivati	Irradiazione	TSRM in Radioterapia	Mantenimento Irradiazione > del 95% delle richieste
5. Controllo di qualità sui trattamenti stereotassici	Valutazione della dosimetria e del rispetto dei constraints	Direttore	Mantenimento del numero dei casi controllati superiori al 90% dei casi trattati
6. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## SC Malattie Infettive

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Emergenza COVID-19	Trasferimento della degenza dalla palazzina infettivi dell'Ospedale Maggiore al XIII° piano della torre medica dell'Ospedale di Cattinara	Personale Medico Infermieri, coord. e OSS, OTA + 1 amministrativo	20 Aprile-28 Maggio 2020: accoglimento ed assistenza di tutti i pazienti affetti da COVID-19 in area open-space a pressione negativa (XIII° piano, O.Cattinara)
Fase post-epidemica COVID-19	Attivazione di 3 posti-letto di assistenza semi-intensiva infettivologica	Personale Medico Infermieri, coord. e OSS, OTA	Preparazione di un protocollo di assistenza destinata a pazienti critici (COVID e non-Covid) in insufficienza respiratoria e/o shock settico entro il 31 agosto 2020 (vedasi bozza allegata)
Implementazione/ampliamento dell'offerta di Profilassi HIV pre-esposizione sessuale (PrEP)	Preparazione di un'opuscolo informativo in tema di profilassi pre-esposizione sessuale in collaborazione con il centro/i centri MST di ASUGI	Personale Medico Infermieri della SC Malattie Infettive e del centro/ dei centri MST di ASUGI	Preparazione del documento entro il 31/12/2020
Consolidamento/Ampliamento dell'offerta di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per la cura dell'epatite C in favore di utenti HCV + in carico a tutte le articolazioni organizzative giuliano – isontine del DDD, garantendo interventi proattivi e di linkage to care per facilitare l'accesso e la ritenzione in trattamento nei protocolli farmacologici con farmaci ad azione antivirale diretta (DAAS)	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 di Gorizia e Monfalcone. Mantenere l'offerta di accesso ai programmi di cura con farmaci DAAS per gli utenti in carico nell'area giuliana	Tutto il personale delle articolazioni organizzative giuliano – isontine appartenente ai profili di: Medico Infermieri, coord. e dir. inf OSS, OTA  in collaborazione con il DDD e la Clinica Patologie del Fegato di ASUITS	1. Formalizzazione del protocollo operativo Entro il 31/12/2020 2. Mantenere il numero degli utenti HCV+ trattati con farmaci DAAS nell'area giuliana secondo il protocollo di cura congiunto (pazienti trattati nel 2019: n. 51) Entro il 31/12/2020
Riunioni telematiche tra Trieste, Gorizia e Monfalcone per la discussione di casi clinici complessi di pertinenza infettivologica	Definizione di un calendario di riunioni a cadenza almeno mensile; individuare il sistema telematico da usare per le riunioni; individuare un referente medico per l'area di Gorizia e per quella di Monfalcone	Dirigenti medici della SC Malattie Infettive di Trieste Referente infettivologo di Monfalcone (dott. Paolo Della Loggia) e di Gorizia (dr.ssa Camilla Negro)	1. Individuazioni dei referenti e realizzazione del sistema di comunicazione entro settembre 2020 2. Sperimentazione del programma di riunioni nel IV° trimestre 2020 con relativa rendicontazione ( $\geq 3$ riunioni)

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Adozione lettera infermieristica di dimissione dei pazienti	Formazione del personale sulle modalità di compilazione e trasmissione della scheda Aziendale Monitoraggio mensile della presenza delle lettere infermieristiche nelle cartelle dei pazienti dimessi	Coordinatrice infermieristica Personale del Comparto delle degenze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nel terzo trimestre almeno il 40% delle cartelle degli ammalati dimessi è completa anche della lettera di dimissione infermieristica</li> <li>• Nel quarto trimestre almeno il 70% delle cartelle degli ammalati dimessi è completa anche della lettera di dimissione infermieristica</li> </ul>
Implementazione utilizzo sistema Bi-Mind con stampa etichette farmaci non preparati in UFA	Acquisizione e configurazione stampanti per etichettatura farmaci non preparati in UFA Formazione del personale infermieristico	Coordinatrice infermieristica Personale del Comparto	<p>Dal 1 giugno almeno il 95% delle somministrazioni di farmaci somministrati, ma non preparati in UFA, sarà etichettato e seguirà le procedure di sicurezza proprie del sistema Bi-Mind</p> <p>Fonte dati: Sistema Bi-Mind con estrapolazione dati su "bippatura" somministrazioni</p>
Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO SPESA 2020 pari a € 2.349.700 in linea con la diminuzione dell' 1% richiesta dalla Regione.</li> <li>2. Elaborazione di una linea guida sull' utilizzo degli antibiotici a richiesta specialistica</li> </ol>
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Creazione di un'agenda "Tumorboard Multidisciplinare"	Creazione nuova agenda G2 per inserimento dei dati dei pazienti da discutere in sede Skin Cancer Unit Multidisciplinare	Direttore In condivisione SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Radioterapia SC Chirurgia generale SC Anatomia Patologica SC ORL E tutte le altre strutture afferenti	Creazione di un documento dell'attività svolta e coordinata formalmente sottoscritto con documentazione delle presenze/assenze durante le sedute del Tumorboard Tracciabilità del percorso dopo discussione
2. Creazione di un servizio di tele-consulto post-Covid	Riduzione del flusso dei pazienti presenti presso gli ambulatori della SC Clinica Dermatologica	Direttore, Coordinatore Infermieristico Dirigenti Medici, Comparto	Attivazione di un servizio di tele-dermatologia (1-2x/settimana) per controlli e/o proseguimento delle terapia per le malattie infiammatorie e di Lyme
3. Implementazione di un Journal Club dedicato alla formazione e miglioramento dell'assistenza	Riunioni d'aggiornamento di tutto il reparto su argomenti di comune/attuale interesse o per discussione di casi complessi	Direttore, Coordinatore Infermieristico Dirigenti Medici, Comparto, ( <i>Specializzandi e Studenti</i> )	Riunioni 2x/mese e documentazione dei temi trattati Evidenza delle azioni messe in atto per il miglioramento delle competenze
4. Attivazione di servizio dermatologico condiviso tra la sede HUB e SPOKE	Aumentare il servizio di prevenzione e di cura delle neoplasie cutanee precoce Aumentare l'attrattività dei servizi svolti per attrazione regionale e extra-regionale Informazione e sensibilizzazione della popolazione sul tema delle neoplasie cutanee	Coordinatore Infermieristico, Dirigenti Medici e Comparto In condivisione con SC Chirurgia plastica	A) Attivazione degli ambulatori dedicati alla prevenzione (VMSO) B) Attivazione di un servizio DH per la terapia topica (fotodinamica) delle forme precoce di epitelomi C) Apertura di un ambulatorio condiviso con la chirurgia plastica per i tumori cutanei della testa/collo
5. Garantire l'educazione sanitaria e la prevenzione delle cheratosi attiniche	Creazione di un gruppo di lavoro finalizzato alla ricerca bibliografica e alla creazione di un opuscolo informativo sul trattamento di Fotodinamica al quale viene sottoposta la persona con cheratosi attinica contenente le note educative Ricerca delle evidenze Incontro formativo di Struttura Consegna della brochure alle persone interessate	Coordinatore infermieristico Comparto	Evidenza dell'opuscolo informativo. Evidenza in cartella clinica di Day Hospital dell'avvenuta consegna.
6.	Formazione del personale sulle modalità di compilazione e trasmissione della scheda Aziendale	Coordinatori infermieristici delle degenze delle SSSC Ematologia,	Nel terzo trimestre almeno il 40% delle cartelle degli ammalati dimessi è completa

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Adozione lettera infermieristica di dimissione dei pazienti	Monitoraggio mensile della presenza delle lettere infermieristiche nelle cartelle dei pazienti dimessi	Oncologia, Infettivi, Clinica Dermatologica Comparto delle degenze delle SSCC Ematologia, Oncologia, Infettivi, Clinica Dermatologica	anche della lettera di dimissione infermieristica Nel quarto trimestre almeno l'70% delle cartelle degli ammalati dimessi è completa anche della lettera di dimissione infermieristica
7. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti 2019
8. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
9. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## DAI CHIRURGIA

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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 31 ottobre 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
3. Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa in ADT: verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Infermieristico	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti in ADT-liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
4. Integrazione e assistenza socio-sanitaria Integrazione Ospedale-Territorio	Utilizzare la lettera di dimissione infermieristica	RID  <b>In comune con i Coordinatori Infermieristici e il Comparto delle degenze del DAI:</b> <b>S.C. Clinica Chirurgica</b> <b>S.C. Clinica Urologica</b>	1. Entro aprile 2020 il format sarà validato e presentato alle Strutture. 2. Dal 18/5/2020 la lettera sarà consegnata al 50% delle persone dimesse. 3. La verifica verrà effettuata rilevando le dimissioni complessive delle Strutture e le copie delle lettere consegnate ed inserite nelle cartelle cliniche.
5. PAL 2020 Applicare la nuova procedura di inserimento dell'infermiere neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali	Da marzo 2020 tutte le SS.CC. aziendali applicheranno il nuovo percorso di inserimento	RID  <b>In comune con i Coordinatori Infermieristici</b> <b>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica</b>	Entro il 31 dicembre report sintetico ed esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da marzo a dicembre 2020
6. Adattamento del funzionamento del DAI in caso di pandemia	Produzione di un protocollo sullo spostamento di attività, logistica, risorse umane congruo con il piano pandemico aziendale	Direttore DAI, Direttori SC, RID, Coordinatori Infermieristici	Bozza di protocollo entro ottobre, adattamento al piano pandemico aziendale entro 30 giorni dalla sua pubblicazione

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riduzione delle complicanze post operatorie	Audit delle complicanze chirurgiche, anche in considerazione della pandemia	dott. Biloslavo, dott.ssa Fezzi	Produzione di almeno 5 report nell'anno relativi agli audit con evidenza dei temi trattati
2. Migliorare soddisfazione dell'utenza	Aggiunta alle schede di richiamata telefonica di un questionario di soddisfazione dell'utenza	Rossana Zarli, Tatiana Prelc, 1OSS 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	1. 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	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, CI Neurologica, [CI Ostetrico-Ginecologica] Psicologi. fisioterapisti e stomaterapisti aziendali	5 partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni
	6.Riduzione degenza melanomi/linfonodo sentinella	6 dott. Turollo	6 Il 80% dei pazienti operati è dimesso in prima giornata p.o.
4. Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da Noduli Tiroidei da sottoporre a trattamento chirurgico	Ottimizzazione della terapia, in quanto condivisa, semplificazione del percorso diagnostico del paziente, con riduzione del tempo di attesa	1. Dirigenti Medici Coinvolti: prof. Bruno Fabris (Direttore SS Endocrinologia) dott.ssa Stella Bernardi (SC Medicina Clinica)	1. 1. Creazione di una Agenda CUP Condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		dott.ssa. Veronica Calabrò (SC Medicina Clinica) dott.ssa Chiara Dobrinja, Dott Rita Eramo (UCO Clinica Chirurgica)	
5. Report attività didattica e di tutoraggio	1. Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio 2. Monitoraggio attività di ricerca	Direttore e coordinatore	1. Report annuale con evidenza dell'impegno e dei professionisti coinvolti 2. Report annuale con evidenza dell'impegno e dei professionisti coinvolti
6. Facilitare l'accesso al Trapianto Renale	Un BMI >32 viene abitualmente ritenuto un impedimento al accesso in lista di trapianto renale dalla maggioranza dei Centri. -Una perdita di peso attraverso la dieta ipocalorica e l'incremento della attività fisica è poco praticabile/efficace specie nel Anziano in dialisi. -Non vi è un limite di età per l'accesso al trapianto di rene e la prognosi dei pazienti trapiantati è migliore rispetto a quelli in dialisi anche nel ultrasessantacinquenne.	Medici Nefrologia e Dialisi; dott.ssa Palmisano, dott.ssa Giuricin	1. Creazione di un percorso concordato per Interventi bariatrici in pazienti obesi in dialisi 2. Valutazione fattibilità ed eventuale identificazione di una piccola casistica per inizio attività
7. 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%
8. Miglioramento di percorso assistenziale	1. Produzione di protocollo condiviso con i chirurghi e con il Pronto Soccorso per la gestione del paziente con occlusione intestinale alta	1. Dirigenti S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 23) e Comparto S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 72) 2. Obiettivo in comune con la S.C. Radiologia OM, con la S.C. Pronto Soccorso e S.C. Clinica Chirurgica e con la S.C. Medicina d'Urgenza	1. Produzione del protocollo entro fine 2020 2. Avvio dell'utilizzo del protocollo entro il 31.12.2020: report casi trattati

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Messa in rete con Gorizia e Monfalcone per patologie epatobiliopancreatiche gravi	produzione di un protocollo condiviso con internisti e chirurghi di Monfalcone e Gorizia, gastroenterologi e chirurghi di Trieste per la presa in carico centralizzata di patologie epatobiliopancreatiche maggiori	1. Dirigenti SC Chirurgia Monfalcone e Gorizia 2 Dirigenti Medicina Interna Monfalcone 3 Dirigenti SC Gastroenterologia 4 Dirigenti UCO Clinica Chirurgica	presenza del protocollo come da azione report sui pazienti trasferiti
10. Riduzione lista d'attesa classe di priorità D	Produzione di una lista di pazienti con coelitiasi e laparocele potenzialmente trasferibili da TS a GO-MN	1. Dirigenti Clinica Chirurgica e SC Chirurgia Gorizia-Monfalcone	1. presenza lista come da azione 2. report analitico casi triestini operati a GO-MN ott-dic2020
11. Inizio chirurgia robotica digestiva	inizio attività robotica in chirurgia digestiva	dott Casagrande, Porcelli, Osenda	almeno 10 interventi nel 2020
12. Ottimizzazione presa in carico delle colecistiti e colangiti	produzione di un protocollo condiviso fra Clinica Chirurgica e SC Gastroenterologia	dott Biloslavo, Eramo, Urban, Simeth	protocollo e report analitico casi in cui è stato applicato ott-dic 2020
13 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 260.838 in linea con consuntivo 2018 ed in calo del 7% rispetto consuntivo 2019
14. Attivare in G2 presso la SC Clinica Chirurgica la "scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)", mandato Direzione Centrale FVG già attivato nel 2018	1. Formare gli infermieri dell'area della degenza sulle attività di inserimento della presenza/assenza di LdP all'accoglienza in struttura 2. Formare gli infermieri dell'area della degenza sulle attività di inserimento delle nuove LdP insorte durante il ricovero in struttura 3. Rinforzare la conoscenza/competenza sul fenomeno LdP attraverso corsi di formazione sul campo e residenziali per infermieri ed OSS dell'area della degenza 4. Monitoraggio quotidiano dell'integrità cutanea dei degenti con inserimento di	Coordinatori Infermieristici Comparto	1. Almeno il 75% degli infermieri dell'area della degenza della S.C. formati in merito all'inserimento del nuovo dato 2. report dal quale si evince la formazione di tutti gli operatori della struttura riguardo conoscenza/competenza LdP: prevenzione e stadiazione 3. Inserimento dei dati relativi alla presenza di lesioni da pressione all'ingresso nel 100% dei pazienti accolti a partire da maggio 2020 4. Inserimento dei dati relativi all'insorgenza di nuove lesioni da pressione nel 100%

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	documentazione scritta nella cartella infermieristica e dei nuovi casi nel data base (infermieri e oss area degenza) 5. Coordinare/supportare le attività di implementazione dei dati attraverso il sistema informativo G2		dei pazienti ricoverati a partire da maggio 2020  5. report annuale dei dati Fonte: data base G2
15. Elaborare una scheda ASUGI per il monitoraggio delle entero-uro-stomie durante la degenza	1. Costituire il gruppo di lavoro 2. Condividere lo strumento 3. Utilizzare lo strumento per testarlo	Comparto Dirigenza  <b>Obiettivo in comune con le sedi di Gorizia e Monfalcone</b>	Stampare la scheda entro il 31 ottobre 2020, testarla su tutti gli assistiti portatori di stomia dal 1 al 30 novembre 2020, elaborare la scheda definitiva entro il 31 dicembre 2020
16. Integrazione e assistenza socio-sanitaria Integrazione Ospedale-Territorio	Utilizzare la lettera di dimissione infermieristica	RID  <b>In comune con i Coordinatori Infermieristici e il Comparto delle degenze del DAI: S.C. Clinica Chirurgica S.C. Clinica Urologica</b>	1. Entro aprile 2020 il format sarà validato e presentato alle Strutture. 2. Dal 18/5/2020 la lettera sarà consegnata al 50% delle persone dimesse. 3. La verifica verrà effettuata rilevando le dimissioni complessive delle Strutture e le copie delle lettere consegnate ed inserite nelle cartelle cliniche.
17. PAL 2020 Applicare la nuova procedura di inserimento dell'infermiere neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali	Da marzo 2020 tutte le SS.CC. aziendali applicheranno il nuovo percorso di inserimento	RID  <b>In comune con i Coordinatori Infermieristici</b> <i>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica</i>	Entro il 31 dicembre report sintetico ed esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da marzo a dicembre 2020
18 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
19 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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 31 maggio.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
20 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	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti in ADT-liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
21 Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

## SC Gastroenterologia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID19	Mantenimento dell'attività di secondo livello dello screening del CCR	Dirigenti medici e comparto	numero di colonscopie/numero di SOF + >80%
2. Integrazione delle attività di gastroenterologia per il territorio di Gorizia e Monfalcone (ex ASS2)	Consolidamento dell'ambulatorio gastroenterologico a Gorizia	Dirigenti medici SC Gastroenterologia	Numero di accessi settimanali (2) per tutto l'anno
3 ottimizzazione presa in carico delle colecistiti e colangiti	produzione di un protocollo condiviso fra Clinica Chirurgica e SC Gastroenterologia	Dirigenti medici Gastroenterologia Dirigenti medici Clinica Chirurgica	1 stesura protocollo 30.9.20 2 report dei casi in cui è stato applicato ott-dic 2020
4 Ottimizzazione della gestione dei pazienti con disturbi del pavimento pelvico	Partecipazione alle riunioni multidisciplinari del "gruppo pavimento pelvico"	Medici della Gastroenterologia ,Clinica Chirurgica, Clinica Urologica, Radiologia, Fisiatria , CSMT, , CI Neurologica, [CI Ostetrico-Ginecologica] Psicologi, fisioterapisti e stomaterapisti aziendali	partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni
5 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020: 433.000 € in aumento dell' 2 % rispetto al consuntivo 2019
6. Rivedere protocolli e 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  <b>Obiettivo in comune con le corrispettive Strutture di ASUGI nelle sedi di Gorizia e Monfalcone</b>	Publicare protocolli e procedure entro il 31 dicembre 2020
7. Indagare il livello di soddisfazione dell'utenza rispetto ai seguenti ambiti: - tempi d'attesa completezza e chiarezza delle informazioni ricevute circa l'indagine da effettuare	1. Presentare agli operatori il questionario SIED (Società Italiana di Endoscopia Digestiva) 2. Somministrare i questionari 3.	Comparto	Produrre un Report finale contenente l'elaborazione dei dati derivanti dall'analisi di almeno 100 questionari, somministrati entro il 31.12.2020; predisporre azioni correttive, se necessario.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- cortesia del personale</li> <li>- condizione dei locali e delle strutture</li> <li>- giudizio complessivo e osservazioni</li> </ul>	Elaborare i dati e predisporre un piano di miglioramento, ove necessario		Tale attività concorrerà, inoltre, all'eventuale accreditamento della Struttura da parte di SIED
<p>8. PAL 2020 Applicare la nuova procedura di inserimento dell'infermiere neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali</p>	Da marzo 2020 tutte le SS.CC. aziendali applicheranno il nuovo percorso di inserimento	<p>RID</p> <p><b>In comune con i Coordinatori Infermieristici</b></p> <p>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica</p>	Entro il 31 dicembre report sintetico ed esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da marzo a dicembre 2020
<p>9 Emergenza COVID: Piano Aziendale</p>	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	<p>Direttore</p> <p>Dirigenti Medici</p> <p>Coordinatore Comparto</p>	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
<p>10 Attività scientifica di ricerca</p>	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

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.	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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 31 maggio. 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
2. 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	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti in ADT-liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
3. Gestione del paziente nefro-trapiantato	Garantire una presa in carico e gestione del paziente nefro-trapiantato con problemi ostruttivi	Dirigenti Medici S.C. Clinica Urologica Dirigenti Medici S.C. Nefrologia In comune a 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.
4. Gestione del paziente valutato in PS per colica reno-ureterale acuta	Garantire al paziente che necessita di follow-up urologico in seguito a valutazione per colica reno-ureterale accesso diretto ad ambulatorio della calcolosi	Dirigenti Medici S.C. Clinica Urologica Dirigenti Medici S.C. Pronto Soccorso In comune a S.C. Pronto Soccorso	Gestione di almeno 40 pazienti che necessitano di rivalutazione urologica in ambulatorio della calcolosi con prenotazione diretta dal Pronto Soccorso.
5. Partecipazione alle riunioni multidisciplinari "pavimento pelvico"	Collaborazione nella gestione multidisciplinare dei pazienti discussi al gruppo del pavimento pelvico	Medici della Clinica Chirurgica, Clinica Urologica, Radiologia, Fisiatria , CSMT, Gastroenterologia, CI Neurologica, [CI Ostetrico-Ginecologica] Psicologi, fisioterapisti e stomaterapisti aziendali	Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni
6. Gestione del paziente affetto da calcolosi	Garantire l'utilizzo del nuovo macchinario di litotrixxia extracorporea ed incrementare le prestazioni rispetto al periodo in cui il macchinario era a noleggio	Dirigenti Medici S.C. Clinica Urologica	Trattamento di almeno 80 pazienti dall'installazione della macchina a Dicembre 2020.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Dirigenti Medici S.C. Clinica Urologica	Almeno 5 pubblicazioni nel corso del 2020
8. Attivare in G2 presso la SC Clinica Urologica la “scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)”, mandato Direzione Centrale FVG già attivato nel 2018	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formare gli infermieri dell’area della degenza sulle attività di inserimento della presenza/assenza di LdP all’accoglienza in struttura</li> <li>2. Formare gli infermieri dell’area della degenza sulle attività di inserimento delle nuove LdP insorte durante il ricovero in struttura</li> <li>3. Rinforzare la conoscenza/competenza sul fenomeno LdP attraverso corsi di formazione sul campo e residenziali per infermieri ed OSS dell’area della degenza</li> <li>4. Monitoraggio quotidiano dell’integrità cutanea dei degenti con inserimento di documentazione scritta nella cartella infermieristica e dei nuovi casi nel data base (infermieri e oss area degenza)</li> <li>5. Coordinare/supportare le attività di implementazione dei dati attraverso il sistema informativo G2</li> </ol>	Coordinatore infermieristico Comparto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Almeno il 75% degli infermieri dell’area della degenza della S.C. formati in merito all’inserimento del nuovo dato</li> <li>2. Report dal quale si evince la formazione di tutti gli operatori della struttura riguardo conoscenza/competenza LdP: prevenzione e stadiazione</li> <li>3. Inserimento dei dati relativi alla presenza di lesioni da pressione all’ingresso nel 100% dei pazienti accolti a partire da maggio 2020</li> <li>4. Inserimento dei dati relativi all’insorgenza di nuove lesioni da pressione nel 100% dei pazienti ricoverati a partire da maggio 2020</li> <li>5. report annuale dei dati Fonte: data base G2</li> </ol>
9. PAL 2020 Applicare la nuova procedura di inserimento dell’infermiere neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali	Da marzo 2020 tutte le SS.CC. aziendali applicheranno il nuovo percorso di inserimento	RID <b>In comune con i Coordinatori Infermieristici</b> <b>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica</b>	Entro il 31 dicembre report sintetico ed esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da marzo a dicembre 2020
10. Elaborare una brochure ASUGI da consegnare all’assistito portatore di urostomia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costituire il gruppo di lavoro</li> <li>2. Condividere lo strumento</li> <li>3. Utilizzare lo strumento</li> </ol>	Comparto Dirigenza Obiettivo in comune con le sedi di Gorizia e Monfalcone	Publicare la brochure entro il 31 dicembre 2020
11. Elaborare una scheda unica ASUGI per il monitoraggio delle entero-uro-stomie durante la degenza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costituire il gruppo di lavoro</li> <li>2. Condividere lo strumento</li> <li>3. Utilizzare lo strumento per testarlo</li> </ol>	Comparto Dirigenza Obiettivo in comune con le sedi di Gorizia e Monfalcone	Stampare la scheda entro il 31 ottobre 2020, testarla su tutti gli assistiti portatori di stomia dal 1 al 30 novembre 2020, elaborare la scheda definitiva entro il 31 dicembre 2020



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12. Integrazione e assistenza socio-sanitaria Integrazione Ospedale-Territorio	Utilizzare la lettera di dimissione infermieristica	RID In comune con i Coordinatori Infermieristici e il Comparto delle degenze del DAI: S.C. Clinica Chirurgica S.C. Clinica Urologica	1. Entro aprile 2020 il format sarà validato e presentato alle Strutture 2. Dal 18/5/2020 la lettera sarà consegnata al 50% delle persone dimesse La verifica verrà effettuata rilevando le dimissioni complessive delle Strutture e le copie delle lettere consegnate ed inserite nella cartella clinica
13. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 220.000 in linea con consuntivo 2018 ed in calo del 7% rispetto consuntivo 2019
14. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## SC Clinica e Patologia del Fegato

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1 Concordare le risorse a disposizione delle Strutture, sia economico finanziarie che di personale</p>	<p>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.</p> <p>La ricognizione comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• analisi del contesto attuale;</li> <li>• logistica, conferma o meno degli ambienti fisici precedentemente individuati;</li> <li>• risorse umane (dirigenza medica e comparto);</li> <li>• risorse tecnologiche;</li> <li>• risorse economiche</li> </ul>	<p>Direttore medici comparto</p>	<p>Produzione documento studio di fattibilità</p>
<p>2 Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia epatica, migliorando l'interazione Hub/Spoke</p>	<p>1. Costruzione gruppo di lavoro Revisione dei percorsi clinici in essere Creazione di un percorso condiviso</p> <p>2. Implementare un protocollo operativo per la cura dell'epatite C in favore di utenti in carico ai servizi per le dipendenze di Gorizia e Monfalcone</p> <p>3. Mantenere l'offerta di accesso ai programmi di cura con farmaci DAAS per gli utenti in carico nell'area giuliana</p>	<p>Medico referente dell'Ambulatorio Epatologico di Gorizia (dott.ssa Gravic) Medici SC Clinica Patologie del fegato di Trieste</p>	<p>1. Creazione di un percorso di Audit clinico 2. Creazione di due percorsi epatologici condivisi Hub/Spoke</p>
<p>3 Rivedere protocolli e procedure e, per quanto possibile, uniformarli all'interno della neo costituita ASUGI</p>	<p>1. Costituire gruppi di lavoro per area tematica</p> <p>2. Produrre gli strumenti</p> <p>3.</p>	<p>Comparto Dirigenza</p> <p>Obiettivo in comune con le corrispettive strutture di ASUGI nelle sedi di Gorizia e Monfalcone</p>	<p>Publicare almeno 2 protocolli / procedure entro il 31 dicembre 2020</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Diffondere gli strumenti		
4 Rivedere brochure informative 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  Obiettivo in comune con le corrispettive strutture di ASUGI nelle sedi di Gorizia e Monfalcone	Publicare almeno 2 brochure entro il 31 dicembre 2020
5 Razionalizzare l'accesso dei pazienti con patologia epatica, nell'emergenza COVID 19	Modalità operative della gestione nel periodo COVID 19 come è stato affrontato e rimodulata la attività ANALISI delle attività svolte e loro modifiche	Direttore medici comparto	Produzione documento ed evidenza applicazione modalità operative
6 PAL 2020 Applicare la nuova procedura di inserimento dell'infermiere neo assunto/inserito in tutte le Strutture aziendali	Da marzo 2020 tutte le SS.CC. aziendali applicheranno il nuovo percorso di inserimento	RID  <b>In comune con i Coordinatori Infermieristici</b> <b>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica</b>	Entro il 31 dicembre report sintetico ed esibizione delle schede di valutazione di tutto il personale in entrata da marzo a dicembre 2020
7 Consolidamento/Ampliamento dell'offerta di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per la cura dell'epatite C in favore di utenti HCV + in carico a tutte le articolazioni organizzative giuliano – isontine del DDD, garantendo interventi proattivi e di linkage to care per facilitare l'accesso e la ritenzione in trattamento nei protocolli farmacologici con farmaci ad azione antivirale diretta (DAAS)		Direttore medici comparto  In collaborazione con tutto il personale delle articolazioni organizzative giuliano – isontine del DDD appartenente ai profili di: Medico Infermieri, coord. e dir. inf Assistenti sanitari OSS, OTA	2.1 Formalizzazione del protocollo operativo <i>Entro il 31/12/2020</i> 2.2 Mantenere trattamento utenti HCV+ trattati con farmaci DAAS nell'area giuliana secondo il protocollo di cura congiunto (pazienti trattati nel 2019: n. 51)
8 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 846.000 in diminuzione dell' 1% rispetto al 2019 secondo le indicazioni regionali, salvo applicazione linee di indirizzo regionali HCV in fase di emissione

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			e maggior invio di pazienti HCV positivi da trattare con invio esterno
9 Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
10 Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

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>1. Rispetto di tutti gli indicatori obbligatori (nuova versione 2017) 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 del 3 marzo 2020).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)</p> <p>2. Prosecuzione dell'attività di educazione sanitaria in campo di prevenzione con particolare riguardo ai programmi di screening in collaborazione con i MMG, CSO RAGGIUNTI(SSD Osarf, SC Chirurgia Plastica) e LILT sez. di Trieste</p>	<p>1. Responsabile SSD <b>L'obiettivo e' in comune con le altre Strutture afferenti alla BU</b> Per il rispetto degli indicatori chirurgici: dott. Andrea dell'Antonio dott.ssa Serena Scomersi dott.ssa Margherita Fezzi Infermiera di Senologia sig. Amelia Reho</p> <p>2. <b>In comune con le strutture afferenti alla BU</b></p>	<p>1. Mantenimento certificazione EUSOMA Scheda/target: dicembre 2020</p> <p>Base dati: Data breast e report Audit 2020</p> <p>2. Prosecuzione attività come da azione e report attività svolta</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 del 2018</p>	<p>Dirigenza SSD Breast Unit</p>	<p>Mantenimento attività chirurgica 2019 riparametrata considerando il periodo dell'emergenza COVID Base dati: data breast e referti consulti multidisciplinari preoperatori e postoperatori visualizzabili in sistema G2</p>
<p>3.</p>	<p>Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività</p>	<p>Dirigenza SSD Breast Unit</p>	<p>3a.Target: &gt; 80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening (FAST TRACK)		<b>Obiettivo comune a CSO (SSD Osarf), SC Radiologia OM e Cattinara, SC Anatomia Patologica</b>	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 gia' in atto per le pazienti screening e per il progetto Pronto Seno	Dirigenza SSD Breast Unit <b>Obiettivo comune a CSO (SSD Osarf), SC Radiologia OM e Cattinara, SC Anatomia Patologica</b>	3b.Target > 50% 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
5. 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. - riduzione liste di attesa per i trattamenti secondari alla prima ricostruzione	Dirigenza SSD Breast Unit <b>Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica</b>	1.. Ricostruzione immediata post-mastectomia > 45% 2. mastect. nipple sparing >10%; 3. sostituzione espansore mammario con protesi entro 6 mesi dal termine delle terapie oncologiche > 85% Base dati: G2 e data breast
6. Governo clinico: Microchirurgia del linfedema	Introduzione di un servizio di trattamento chirurgico del linfedema	Dirigenza SSD BReast Unit <b>Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica e SC Medicina Riabilitativa</b>	Elaborazione di un protocollo condiviso per l'invio alla SC Chirurgia Plastica delle pazienti eligibili a tale trattamento e del loro follow-up Base dati: G2 e data breast
7. Governo clinico e reti di patologia – Mammella  Presa in carico riabilitativa in fase pre- e post-operatorio	1. Revisione del Protocollo presa in carico riabilitativa delle donne operate per carcinoma mammario 2. Attivazione del nuovo Protocollo	1. Direttore Coordinatori area riabilitativa 2. Dirigenti medici Comparto (fisioterapisti)  <b>Obiettivo in comune con Chirurgia Plastica, SS Dipartimentale Breast Unit e SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone</b>	1. Protocollo disponibile entro il 01.08.2020 2. Entro 15.08.2020, presa in carico riabilitativa secondo le nuove procedure nel 100% delle donne segnalate operate per carcinoma mammario  Fonte: database pazienti interno SC Riabilitazione
8. Governo clinico: Prevenzione delle infezioni nelle ricostruzioni mammarie	Predisposizione di un protocollo per la prevenzione delle infezioni nelle ricostruzioni mammarie	Dirigenza SSD Breast Unit <b>Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica</b>	Redazione del protocollo secondo le attuali evidenze scientifiche ed inizio attività coordinata
9.	Incremento del volume di attività di interventi di chirurgia oncoplastica della	Dirigenza SC Chirurgia Plastica e SSD Breast Unit	1. Creazione di un percorso dedicato che preveda la valutazione multidisciplinare

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Governo clinico: chirurgia oncoplastica della mammella	mammella (volume replacement, volume displacement, rimodellamenti bilaterali immediati)	<b>Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica</b>	(chirurgo senologo e chirurgo plastico) delle pazienti eligibili a chirurgia oncoplastica 2. Incremento del 20% di attività' rispetto all'anno r precedente degli interventi che prevedono l'utilizzo di tecniche di chirurgia oncoplastica
10. 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 <b>In comune con SC Fisica Sanitaria e SC Radioterapia</b>	Realizzazione IORT in unica seduta nei casi eligibili come da protocollo elaborato (almeno 15 casi)  Base dati: G2 e Data Breast
11. Promozione dell'engagement applicando il modello PHEinAction nel sostenere le donne nel periodo perioperatorio	Somministrazione della scheda PHE ed organizzazione di incontri strutturati	Breast Nurse: sig. Amelia Reho  <b>Obiettivo in comune con RID DAI Chirurgia</b>	Somministrazione e valutazione di 50 schede PHE entro il 31 dicembre 2020 per analisi bisogni espressi implementabili e livello di qualità percepita
12. Rapporto con i pazienti nelle attività' di ricovero: Assistenza alle pazienti nell'immediato periodo di accesso alla sala operatoria	Analisi di un campione di 50 donne sulla base di una scheda appositamente costituita e già' applicata in una sperimentazione su base volontaria nel 2017 e 2018	Infermiera di Sala operatoria : Elena Barba  <b>Obiettivo in comune con SC Complesso Operatorio – RID DAI Emergenza</b>	Report di attività ed analisi dei bisogni espressi implementabili
13. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
14. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Organizzazione strutturale della funzione di day surgery (nell'Area di Degenza)	Applicazione dello studio di fattibilità condotto nel 2019, inerente la nuova organizzazione strutturale del Servizio di Day Surgery	Direttore di Dipartimento	Report analitico di analisi e verifica
2. Ridefinire il percorso di inserimento del neo assunto/inserito OSS	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare l'insieme di competenze trasversali a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura 2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzi l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto/neo inserito per il raggiungimento dell'autonomia	Responsabile Infermieristico di Dipartimento	1. Entro aprile 2020 costituzione del gruppo di lavoro e avvio di azioni efficaci basate sull'evidenza  2. Entro dicembre 2019 produzione dello strumento per una Struttura del DAI
3. Rapporto con il Personale	Favorire le conoscenze dei professionisti sanitari sugli indicatori di esito, attraverso interventi formativi e illustrativi	Direttore di Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento	Report analitico di analisi e verifica
4. Gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19	Progettazione e gestione di un Reparto per malati COVID a media intensità di cura	RID Coordinatore Infermieristico Cl Oculistica/Day Surgery Elena Kiss	Evidenza del Reparto COVID per malati e media intensità di cura
5. Gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19	Realizzazione del Reparto COVID e avvio delle attività, previo adeguamento strutturale e applicazione di misure straordinarie in materia di formazione e di sicurezza Coinvolgimento degli Operatori nella gestione delle misure di sorveglianza sanitaria e dell'osservanza dei nuovi percorsi, sul Territorio e in Ospedale (team per l'esecuzione di tamponi nasofaringei, banchetti triage, controlli dei	Comparto delle SS.CC Cl. Oculistica/Day Surgery e Cl. Odontostomatologica; RID	1. Evidenza del numero dei malati ricoverati nel Reparto COVID (dal 22 marzo al 10 maggio) 2. Evidenza dei <i>team</i> che hanno collaborato con il Dipartimento di Prevenzione, all'ingresso del presidio, in Direzione Medica, presso la Medicina del Lavoro e in altri Reparti COVID



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	flussi di persone in entrata agli ingressi dell'Ospedale Maggiore) Collaborazione con altri Reparti COVID, a media e alta intensità di cura		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza sanitaria SARS COV-2 Gestione della Fase 2: riprogrammazione delle prestazioni ambulatoriali non effettuate	Attivazione di un servizio di <i>recall</i> continuo	Personale del Comparto	Tutte le persone che avevano prenotato prestazioni prima dell'emergenza sono state contattate per una nuova prenotazione.
2. Riorganizzazione dei Servizi in Fase 2	Progettazione di nuove regole organizzative finalizzate al contrasto della diffusione del corona virus  Applicazione delle nuove norme operative (adozione delle procedure di prevenzione/distanziamento; sanificazione dei presidi e dei materiali; sorveglianza sanitaria del personale)	Tutta la Struttura	Attuazione delle nuove regole organizzative: diluizione degli accessi ambulatoriali (evidenza nelle agende di prenotazione); presenza di cartellonistica e indicazioni <i>ad hoc</i> per l'utenza per l'osservanza delle norme di distanziamento; presenza di postazioni di <i>triage</i> all'ingresso della Struttura e del Pronto Soccorso odontoiatrico  <i>(Il 100% del personale è regolarmente sottoposto agli esami di screening sierologico e ai tamponi naso-faringei SARS COV-2)</i>
3. Gestione dei ricoveri programmati e delle prestazioni ambulatoriali	Effettuazione dei tamponi naso faringei pre operatori per SARS COV-2 (a 10 giorni e entro 24-48 ore dall'intervento chirurgico) Effettuazione del filtro telefonico (interviste telefoniche relativamente ai criteri clinici ed epidemiologici) Effettuazione del servizio di <i>triage</i> primo di ogni accesso ambulatoriale	Tutta la Struttura	1. Esecuzione dei tamponi preoperatori a tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico 2. Effettuazione delle interviste telefoniche e del triage prima di ogni accesso ambulatoriale o ricovero programmato
4. 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	Nuova logistica della sale di attesa e degli sportelli di <i>Front Office</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno cinque pubblicazioni
6. Riorganizzazione attività sala operatoria	Tutoraggio degli Strumentisti di Sala Operatoria	Prof Michele Maglione Prof Roberto Rizzo Coordinatore Infermieristico Marina Prelaz Infermieri: Simoni Gioconda; Crecich Astrid; Bono Nancy	1. Presenza di almeno 1 Tutor/seduta operatoria fino ad avvenuta acquisizione delle competenze specialistiche (evidenza delle presenze nei registri di sala operatoria) 2. Evidenza di manuale informativo <i>ad hoc</i> in formato elettronico
7. Emergenza sanitaria SARS COV-2 Gestione della Fase 2: riattivazione del tirocinio degli Studenti	Riorganizzazione delle attività di tirocinio degli studenti e definizione di nuove modalità operative, nel rispetto delle nuove procedure di sicurezza anti-COVID	Dirigenti medici	Redazione di un documento che descriva la riattivazione dei tirocini, le attività di screening con tampone naso faringeo e gli Interventi formativi sull'utilizzo dei DPI e delle procedure di vestizione/svestizione
8. Telemedicina e innovazione in Odontoiatria	Attivazione della tele-odontoiatria per le visite di controllo	Dirigenti medici	Messa in atto della Telemedicina applicata alla Odontoiatria
9. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. 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 - riduzione liste di attesa per i trattamenti secondari alla prima ricostruzione	Dirigenza  <b>In comune con SSD Chirurgia Senologica</b>	Ricostruzione immediata post-mastectomia >45% e mastectomie nipple-sparing >10%; sostituzione espansore mammario con protesi entro 6 mesi dall'inserimento in lista d'attesa > 85%  Base dati: G2 e data breast
2. Governo clinico: Chirurgia oncoplastica della mammella	Incremento del volume di attività di interventi di chirurgia oncoplastica mammaria (volume replacement, volume displacement, rimodellamenti bilaterali immediati)	Dirigenza  <b>In comune con SSD Chirurgia Senologica</b>	1. Creazione di un percorso dedicato che preveda la valutazione multidisciplinare (Chirurgo Senologo e Chirurgo Plastico) delle pazienti eligibili a chirurgia oncoplastica mammaria 2. Incremento del 20% di attività rispetto all'anno precedente degli interventi che prevedono l'utilizzo di tecniche di chirurgia oncoplastica mammaria
3. Protocollo per la prevenzione delle infezioni nelle ricostruzioni mammarie	Predisposizione di un protocollo per la prevenzione delle infezioni nelle ricostruzioni mammarie	Dirigenza  <b>In comune con SSD Chirurgia Senologica</b>	Redazione del protocollo secondo le attuali evidenze scientifiche ed inizio attività coordinata
4. Coordinamento di un modello specializzato nell'assistenza alla donna con patologia della mammella sulla base di un piano di assistenza personalizzato	Rispetto di tutti gli indicatori obbligatori (nuova versione 2017) 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 del 3 marzo 2020).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	Dirigenti Medici e Comparto  <b>In comune con SSD Chirurgia Senologica</b>	Mantenimento certificazione EUSOMA Scheda/target: dicembre 2020  Base dati: Data breast e report Audit 2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Regionale del 12 dicembre 2019 sul Receptimento di tale documento)		
5. Governo clinico e reti di patologia – Mammella Presa in carico riabilitativa in fase pre e post-operatoria	1. Revisione del Protocollo presa in carico riabilitativa delle donne operate per carcinoma mammario  2. Attivazione del nuovo Protocollo	Direttore Coordinatore infermieristico Dirigenti medici Comparto  <b>Obiettivo in comune con Medicina Riabilitativa, SS Dipartimentale Breast Unit e SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone</b>	1. Protocollo disponibile entro il 01.06.2020  2. Entro 15.06.2020, presa in carico riabilitativa secondo le nuove procedure nel 100% delle donne segnalate operate per carcinoma mammario  Fonte: database pazienti interno SC Riabilitazione
6. Microchirurgia del linfedema	Introduzione di un servizio di trattamento chirurgico del linfedema	Dirigenza e Comparto  <b>In comune con SSD Chirurgia Senologica SC Medicina Riabilitativa</b>	1. Valutazione del materiale necessario per la programmazione e dell'esecuzione degli interventi chirurgici in oggetto ed eventuale acquisto del materiale non presente 2. Creazione di un percorso condiviso per l'invio presso la nostra struttura dei pazienti che beneficerebbero di tali procedure e la gestione del follow-up a lungo termine 3. Esecuzione di almeno un intervento chirurgico volto al trattamento o al miglioramento del quadro clinico di linfedema entro il 31/12/2020 con percorso riabilitativo pre e post-operatorio. Risultato valutazione mediante ricerca nel "registro operatorio" del Gestore Clinico G2 del codice diagnosi 4578 (Altri disturbi non infettivi dei vasi linfatici)
7. Attivare in G2 presso la SC Chirurgia Plastica – la "scheda d'incidenza delle lesioni da pressione (LdP)" mandato Direzione Centrale FVG, attivato nel 2018	1. Formare gli infermieri dell'area della degenza sulle modalità di inserimento dei dati relativi alla presenza/assenza all'ingresso di LdP nella struttura	Coordinatore infermieristico Personale del Comparto della SC Chirurgia Plastica dell'area di Degenza	1. 100% degli infermieri dell'area della Degenza della S.C Chirurgia Plastica formati 2. report sulle modalità di formazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2. Formare gli infermieri dell'area della degenza sulle modalità di inserimento delle nuove LdP insorte durante il ricovero nella struttura.</p> <p>3. Perfezionare l'offerta di informazione e formazione al personale infermieristico e di supporto in merito alla gestione delle lesioni da pressione</p> <p>4. Monitoraggio quotidiano dell'integrità cutanea dei degenti e documentare nella cartella infermieristica</p> <p>5. Coordinare/supportare le attività di implementazione dei dati attraverso il sistema informativo G2</p>		<p>3. Inserimento dei dati relativi alla presenza di lesioni da pressione all'ingresso nel 100% dei pazienti accolti, a partire da maggio 2020</p> <p>4. Inserimento dei dati relativi all'insorgenza di nuove lesioni da pressione nel 100% dei pazienti ricoverati, a partire da maggio 2020</p> <p>5. report annuale dei dati</p> <p>Fonte: data base G2</p>
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
9. Attività assistenziale di chirurgia plastica presso il presidio ospedaliero di Monfalcone	Introduzione delle prestazioni di chirurgia plastica ambulatoriali e di sala operatoria con attivazione di un ambulatorio dedicato	Direttore e dirigenti medici Chirurgia Plastica Direzione generale Direzione di Presidio Monfalcone	Introduzione presso l'Ospedale di Monfalcone del trattamento di Chirurgia Plastica dei tumori cutanei. Possibile gestione di ferite e lesioni di cute e tessuti molli con valutazione dell'attività ed eventuale individuazione di personale dedicato.
10. Integrazione Ospedale/territorio:  Collaborazione interprofessionale per l'individuazione dell'impatto clinico dei pazienti con ferite difficili e la presa in carico territoriale	1. Creazione di un database/scheda dei pazienti con ferite difficili visitati con consulenza infermieristica, attivata secondo il PDTA (in fase di approvazione) che permetta la rilevazione epidemiologica e la presa in carico nei diversi setting aziendali, anche tramite telemedicina.	S.C Chirurgia Plastica  <b>In comune con</b> S.S. cure ambulatoriali e domiciliari Distretto 4 SSD Servizio Infermieristico Distretto 4 Chirurgo Plastico Sumai Ospedale e territorio area Isontina	Entro 31/12/2020 presenza del database/scheda creati in collaborazione con le Strutture coinvolte che comprenda la parte diagnostica e di trattamento con medicazioni avanzate anche tramite telemedicina.
11. Organizzazione della gestione delle emergenze urgenze relative alle fratture esposte nell'ospedale Hub	Stesura di un protocollo condiviso fra UCO Chirurgia Plastica Cattinara e UCO Clinica Ortopedica Traumatologica Ospedale di Cattinara per il trattamento delle fratture esposte di gamba	Direttori e Dirigenza Medica delle UCO Chirurgia Plastica e <b>Ortopedia e Traumatologia</b>	Stesura del protocollo entro il 31 dicembre 2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Definizione di un percorso organizzativo per le prestazioni oculistiche ambulatoriali durante la fase II del periodo COVID	Definire le modalità operative per la gestione delle prestazioni oculistiche ambulatoriali nella fase II del periodo COVID. In particolare dovranno essere identificate le mansioni del personale sanitario con specifico riferimento alle procedure di sicurezza anti-COVID	Prof. Tognetto Dr. De Giacinto Dr. Cecchini	Redazione di un documento che definisca le modalità con cui verranno erogate le prestazioni oculistiche ambulatoriali durante la fase II del periodo COVID
2. Definizione ed applicazione dei criteri di eleggibilità e priorità per l'accesso all'intervento di rimozione di cataratta	Condividere con la Direzione Strategica i criteri di priorità. Delibera Aziendale per la adozione in ASUGI del documento "Definizione dei criteri di eleggibilità e priorità per l'accesso all'intervento di rimozione di cataratta"	Prof. Tognetto IP Kiss Dr. Cecchini Infermieri ambulatorio moduli Clinica Oculistica	Messa in atto dei criteri di eleggibilità e priorità per l'accesso alle liste di attesa per l'intervento di cataratta e delle modalità di verifica dei requisiti di priorità
3. 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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
4. Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Infermieristico	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
5. Identificare le strategie per garantire la sicurezza nella chirurgia oculistica d'urgenza e di elezione nella fase II del periodo COVID	Delineare un protocollo operativo dettagliato per mettere in opera le misure cautelative atte a scongiurare il pericolo di contagio COVID	Prof. Tognetto Dr.ssa De Giacinto Dr. Cecchini	Redazione di un documento che definisca con precisione le modalità operative per la chirurgia oculistica d'urgenza ed elettiva durante la fase due de



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Recupero delle prestazioni di ecografia oculare ed orbitaria e ultrabiomicroscopia sospese durante l'emergenza COVID.	Aumento del numero di prestazioni ecografiche fino a completamento delle prestazioni sospese durante l'emergenza COVID	Dr.ssa Pedio Dr.ssa Coslovich	Esaurimento della lista delle prestazioni ecografiche sospese durante l'emergenza COVID entro il 30 settembre 2020
7. Attivazione del programma di telemedicina in oftalmologia applicata alla gestione dei pazienti diabetici	Acquisizione di un retinografo da collocare sul territorio per l'esecuzione delle retinografie in pazienti diabetici. Invio delle retinografie per via telematica alla Clinica Oculistica  Refertazione delle retinografie e invio delle stesse per via telematica al diabetologo del territorio  .	Prof Tognetto Dott.ssa Fanni	Messa in atto del programma di telemedicina  <i>Questo obiettivo sarà subordinato all'acquisizione di un retinografo, alla presenza presso il centro diabetologico di personale in grado di eseguire le retinografie, alla presenza presso la Clinica Oculistica di personale dedicato alla lettura delle retinografie, ad una adeguata informazione dei MMG da parte degli organi Aziendali deputati a farlo</i>
8. Miglioramento della sicurezza del paziente pediatrico attraverso l'acquisizione di competenze specifiche nell'ambito dell'emergenza pediatrica di base	Programmare dei corsi BLS/D per il personale afferente al servizio di Oftalmologia pediatrica	Dirigenti medici: Dott. Cecchini Dott.ssa Pedio Dott.ssa Coslovich Ortottiste: Dr. Calella Dr. Pinto Dr. Miani Personale del comparto afferente al Servizio di Oftalmologia pediatrica	Conseguimento della certificazione di base nelle manovre di BLS/D Pediatrico nel 100% del personale dedicato alle prestazioni pediatriche entro dicembre 2020
9. Refertazione degli esami fluorangiografici	Consegna al paziente del referto fluorangiografico nella stessa giornata di esecuzione dell'esame	Dr.ssa Zagidullina	Percentuale di referti consegnati nella stessa giornata di esecuzione dell'esame pari al 90%
10. Riorganizzazione dell'attività di chirurgia oftalmoplastica	Identificazione dei percorsi di diagnosi e terapia dei pazienti affetti da patologie delle palpebre e degli annessi. Utilizzo dell'ambulatorio di classe A per effettuare interventi di chirurgia oftalmoplastica	Dr.ssa Zagidullina  Personale del comparto Sala operatoria Maggiore e della degenza Oculistica.	Redazione di un documento dettagliato sulle modalità di gestione dei pazienti che necessitano di assistenza oftalmoplastica, dalla visita ambulatoriale all'atto chirurgico, individuando le mansioni del personale sanitario. Attivazione di sedute

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	minore in affiancamento all'attività chirurgica in sala operatoria		operatorie nell'ambulatorio di classe A in affiancamento alle normali sedute in sala operatoria.
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
12. Gestione della Fase 2: riprogrammazione delle prestazioni ambulatoriali non effettuate (da marzo a metà giugno)	Attivazione di un servizio di <i>contatto telefonico</i> per riprogrammare le prestazioni non erogate	Personale del comparto	Le persone che avevano prenotato una prestazione prima dell'emergenza COVID verranno contattate per riprogrammare la prestazione Entro dicembre 2020
13. Riorganizzazione dei Servizi nella fase II del periodo COVID	Progettare nuove regole organizzative finalizzate al contrasto della diffusione del coronavirus. Apertura della degenza della Clinica Oculistica e Day Surgery dal lunedì alla domenica per evitare lo spostamento dei pazienti in altre Strutture durante il fine settimana. Riorganizzazione degli accessi ambulatoriali e in regime di ricovero. Supervisione e verifica del rispetto delle nuove norme operative (adozione delle procedure di prevenzione e distanziamento; sanificazione dei presidi e dei materiali; sorveglianza sanitaria del personale)	RID e Coordinatori Infermieristici	Apertura della degenza della Clinica Oculistica e Day Surgery dal lunedì alla domenica Attuazione delle nuove regole organizzative: diluizione degli accessi ambulatoriali e in regime di ricovero (evidenza delle agende di prenotazione); presenza di cartellonistica e indicazioni <i>ad hoc</i> per l'utenza per l'osservanza delle norme di distanziamento; presenza di postazioni di <i>triage</i> agli ingressi della Struttura e degli ambulatori Esami di screening SARS COV-2 mediante tampone nasofaringeo e analisi sierologica nel 100% del personale sanitario
14. Riorganizzazione della chirurgia della cataratta, per gli interventi già programmati	Riprogrammazione di tutti gli interventi di cataratta	Inf. Viti Inf. Vatta Oss. Vegliani Coad. Amm. Lorusso	Contatto telefonico con tutti i pazienti in attesa di intervento di cataratta programmato fino ad aprile 2021
15. Gestione dei ricoveri programmati e delle prestazioni ambulatoriali	Programmare attività indirizzate alla diagnostica preoperatoria per SARS COV-2 Effettuare attività di screening telefonico e di triage prima di ogni accesso ambulatoriale e /o in reparto	Personale del comparto	Esecuzione dei tamponi naso-faringei a tutti i pazienti prima dell'intervento chirurgico. Effettuazione delle interviste di triage telefonico e del triage prima di ogni accesso ambulatoriale o di ogni ricovero programmato

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
16. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	1. Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del tetto di spesa 2020 di € 1.400.138 2. Proposta di un piano di sostenibilità per i farmaci antivirali.
17. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riduzione tempi di attesa per intervento chirurgico ORL in classe di priorità B	Ripristino 5a seduta operatoria per ridurre i tempi di attesa di pazienti in fascia B	Dirigenza medica Comparto	Rientro entro i tempi di attesa stabiliti per la fascia B (<60 gg) >80% dei pazienti; <i>dati odierni: 106 pazienti in fascia B con un tempo di attesa medio di 158 giorni.</i>
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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
3. Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Infermieristico	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
4. Istituzione agenda tumorboard K cutanei	Istituzione agenda G2 per inserimento pazienti da discutere in sede di Skin Cancer Unit multidisciplinare	Dirigenza medica dermatologia, chir plastica, oncologia, radioterapia, chir generale, anat patol, ORL	1. creazione didocumento dell'attività svolta 2. documentazione presenze/assenze sedute tumorboard 3. tracciabilità del percorso dopo discussione
5. Ottimizzazione percorso pazienti ricostruzione microvascolare distretto testa e collo	Formalizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico per i pazienti affetti da K testa e collo che necessitano di una ricostruzione microvascolare	Dirigenza medica chir plastica/ORL	% di pazienti afferenti al percorso diagnostico-terapeutico > 90%
6. Regolamentazione afferenza 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	% di prestazioni ambulatoriali ORL a rischio gestite nell'ambulatorio dedicato >80%

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Riorganizzazione attività ambulatoriale ORL	Rimodulazione dell'offerta ambulatoriale ORL anche in ambito pomeridiano	Direttore ORL	Report sull'attività ambulatoriale istituzionale svolta in ambito pomeridiano (risultato atteso fonte G2: numero visite/prestazioni pomeridiane istituzionali diverso da 0)
8. Attività chirurgica in pazienti Covid critici : tracheotomia	Identificazione protocollo attuativo per pazienti Covid+ sottoposti a tracheotomia	Dirigenza medica	1. Evasione della totalità delle richieste pervenute da reparti covid/terapia intensiva 2. Report sull'attività chirurgica svolta in pazienti covid +
9. Attivare in G2 presso la SC Clinica ORL– la “scheda d'incidenza delle lesioni da pressione (LdP)” mandato Direzione Centrale FVG, attivato nel 2018	1. Formare gli infermieri dell'area della degenza sulle modalità di inserimento dei dati relativi alla presenza/assenza all' ingresso di LdP nella struttura 2. Formare gli infermieri dell'area della degenza sulle modalità di inserimento delle nuove LdP insorte durante il ricovero nella struttura. 3. Perfezionare l'offerta di informazione e formazione al personale infermieristico e di supporto in merito alla gestione delle lesioni da pressione 4. Monitoraggio quotidiano dell'integrità cutanea dei degenti e documentare nella cartella infermieristica 5. Coordinare/supportare le attività di implementazione dei dati attraverso il sistema informativo G2	Coordinatore infermieristico Personale del Comparto della SC ORL dell'area di Degenza  Obiettivo condiviso	1. 100% degli infermieri dell'area della Degenza della S.C Clinica ORL. formati  2. report sulle modalità di formazione  3. Inserimento dei dati relativi alla presenza di lesioni da pressione all'ingresso nel 100% dei pazienti accolti, a partire da maggio 2020 4. Inserimento dei dati relativi all'insorgenza di nuove lesioni da pressione nel 100% dei pazienti ricoverati, a partire da maggio 2020 e report annuale dei dati  Fonte: data base G2
10. Promozione della salute nell'ospedale attraverso il <i>Patient Engagement</i>	Creazione di un gruppo di lavoro multi professionale per la costituzione di uno strumento finalizzato alla Clinical Health Promotion dei pazienti laringectomizzati	Tutto il personale della Struttura	Costituzione entro novembre 2020 del gruppo di lavoro Predisposizione dello strumento entro il 31 dicembre 2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
11. Regolamentazione afferenza 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	% di prestazioni ambulatoriali ORL a rischio gestite nell'ambulatorio dedicato >80%
12. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti del TETTO 2020 pari a € 32.000
13. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
14. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

DAI NEUROSCIENZE, RIABILITAZIONE, ORTOPEDIA E MEDICINA DEL LAVORO

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>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                      Condivisione in tempo reale con le componenti del DAI delle informazioni di carattere amministrativo e sanitario pervenute al Direttore del DAI.</p>	<p>Direttore Dipartimento</p>	<p>1.                      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.                      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.                      3.                      Verifica periodica almeno trimestrale 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.                      3.5                      Integrazione e assistenza socio-sanitaria                      Integrazione Ospedale-Territorio</p>	<p>Esplorare il coinvolgimento su una popolazione di care giver con a carico persone con disabilità e/o condizioni cliniche che rendono la persona meno autonoma, attraverso la Care giver-Patient Health Engagement Scale (C-PHE). Lo stesso questionario viene somministrato al care giver in due momenti diversi a distanza di tempo                      Care giver afferenti agli ambulatori della SC cl. Neurologica</p>	<p>RID di Dipartimento                      Coordinatore Infermieristico Cl Neurologica                      Comparto (Infermieri afferenti agli ambulatori/dh della SC di Cl. Neurologia)</p>	<p>1.                      Adozione e applicazione degli strumenti acquisiti nei percorsi di formazione inerenti all'Engagement (percorsi già portati a termine nel 2019)                      2.                      Somministrazione della C-PHE Scale su una popolazione di care giver con a carico persone con disabilità e/o condizioni cliniche che rendono la persona meno autonoma.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			3. Analisi dei dati e report finale
3. Ridefinire il percorso di inserimento dell'OSS neo assunto/inserito.  Applicazione della nuova procedura di inserimento dell'infermiere neo assunto/inserito a tutte le strutture dell'Azienda	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura 2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzii l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia	RID di Dipartimento  Responsabile Infermieristico di Struttura  In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	1. Entro luglio 2020 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività 2. Entro dicembre 2020 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI 3. Da dicembre 2020 tutte le S.C. dell'azienda applicheranno il nuovo percorso di inserimento relativo alla figura dell'infermiere
4. 3.5 Integrazione e assistenza socio-sanitaria Integrazione Ospedale-Territorio	1. Adozione della nuova lettera di dimissione infermieristica (redatta nel 2019 da un gruppo di lavoro selezionato e condivisa con alcuni reparti pilota) per tutti i pazienti ricoverati nelle S.C. dell'Azienda	RID di Dipartimento  Obiettivo in comune con:  Coordinatori Infermieristici Comparto (infermieri)  SC Cl. Neurologica SC Cl. Ortopedia e Traumatologia SC Neurochirurgia SC Riabilitazione	1. Entro luglio 2020 il format verrà validato ed ufficializzato a tutte le S.C. Dipartimentali. 2. Dall'01/08/2020 al 100% dei degenti ricoverati in Riabilitazione, Cl. Neurologica, Neurochirurgia verrà consegnata la nuova Lettera di Dimissione Infermieristica 3. Dall'01/08/2020 al 50% dei degenti ricoverati in Cl. Ortopedica e Traumatologia verrà consegnata la nuova Lettera di Dimissione Infermieristica 4. Una copia della Lettera sarà presente in Cartella Clinica.
3.6.1 Governo clinico e reti di patologia  Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore	1. Sperimentazione della nuova scheda di valutazione multidimensionale (revisionata nel 2019) 2. Monitoraggio sperimentazione ed eventuali modifiche della scheda	RID di Dipartimento  Obiettivo in comune con: Direttori di SC Dirigenti medici Comparto (fisioterapisti e infermieri): SC Riabilitazione	Avvio sperimentazione ottobre 2020 e utilizzo della scheda nel 100% dei pazienti con frattura di femore ed ictus presi in carico dai fisioterapisti a partire dal 05/10/2020 in Cl. Ortopedica e Traumatologia e Cl. Neurologica



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Presentazione della scheda a tutto il personale coinvolto 4. Utilizzo della nuova scheda	SC Cl. Neurologica SC Cl. Ortopedica e Traumatologica Referente Area Riabilitativa e Coordinatore Area Riabilitativa SSD di Riabilitazione territoriale	Fonte: Cartella clinica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. HUB Stroke Unit (Trieste) in rete con Gorizia	Garantire il trattamento di <b>trombolisi e trombectomie</b> 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 <i>(si precisa che durante la fase di emergenza sanitaria COVID attuale le trombolisi verranno eseguite esclusivamente c/o la Nostra Unità Operativa di Cattinara)</i>	Direttore e personale  <b>in comune con Radiologi della SC Radiologia Interventistica</b>	Garantire la trombolisi e/o la trombectomia in tutti i casi eleggibili.  Database della clinica e nazionali
2. Mantenimento della Rete formativa GO e MO per la specialita' di Neurologia	Collegamento con GO e MO e piano di studi di Neurologia Mantenimento specialita' di Neurologia e realizzazione Rete Formativa (Gorizia-Monfalcone) mesi per specializzando documentati	Direttore  <b>In collaborazione con l'Area Isontina</b>	1. Rete formativa attivata con Gorizia-Monfalcone (rotazione) tre nuovi specializzandi per tre mesi ciascuno 2. Piano della scuola di specialita' approvato dal Consiglio della Scuola di Specialita' con verbale 3. Riscontro e tutoraggio monitoraggio frequenza con giudizio del Direttore di Gorizia.
3. Progetto comune GO e MO per la specialita' di Neurologia	Collegamento con GO e MO e Neurologia	Direttore  <b>In collaborazione con l'Area Isontina</b>	1. Formazione di un neurologo che si forma in Elettromiografia e trattamento con tossina (giorni di frequenza e risultati) 2. Partenza di ambulatorio dedicato a Gorizia:
4. Mantenere Monitoraggio NCH e Riunione discussione casi clinici	Esecuzione monitoraggi specialistici	Medici (e tecnici di neurofisiologia)  <b>In comune con Neurochirurgia</b>	Mantenimento attività 2019 (numero di monitoraggi complessi in NCH compatibilmente con emergenza covid)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			(referti su G2)
5. Monitoraggio Chirurgia vascolare (cod 8919 )	Esecuzione monitoraggi specialistici	Medici (e tecnici di neurofisiologia)  <b>In comune con Chirurgia Vascolare</b>	Database del numero dei monitoraggi Codice 8919 sulla cartella superiore a 2019 compatibilmente con emergenza covid Referti su G2
6. Continuita' Riabilitativa Neurologia-	Percorso e tempi Continuita' in corso con la riabilitazione per Stroke	Medici e comparto  <b>In comune con Riabilitazione Neurologica</b>	1. Presente Database pazienti e dei tempi di ricovero con evidenza raccolta outcome 2. Almeno mantenimento numeri 2019 compatibilmente con emergenza covid.
7. Esami di neurofisiologia in emergenza	Richiesta dal PS	Medici e tecnici neurofisiologia	Esami refertati su G2 100% richieste e referti in G2 (in urgenza dal PS)

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riordino istituzionale ASUGI: definizione di protocolli condivisi	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse neurochirurgico (compreso il trauma cranico minore)	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone SC NCH (Dr Impusino e Dr Baldo) SC Neurologia Gorizia  Dirigenza medica e personale infermieristico	Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione del 15 settembre Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
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 Dr Bobicchio	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 31 luglio. 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
3. 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 Dr Bobicchio Infermieri della stanza moduli NCH	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti in ADT-liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
4. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia Creazione di un ambulatorio per pazienti con patologia neurochirurgica non urgente a Gorizia E Monfalcone con i colleghi della neurologia di Gorizia e Monfalcone	1 ambulatorio al mese in ogni presidio (due al mese), preferibilmente di pomeriggio	Medici neurochirurgia Trieste (Dr Bobicchio e Dr Impusino)	1) Individuazione della sede (stanza) entro 15/07/2020, giorno e orario 2) Inizio ambulatorio mensile a Gorizia dal 15/11/2020 3) Inizio ambulatorio a Monfalcone dal 15/12/2020 4) Audit entro 15 Gennaio 2021  <i>OBIETTIVO subordinato all'aumento della dotazione di Medici rispetto agli attualmente presenti</i>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia Creazione di un protocollo operativo di presa in carico e continuità tra SC Neurochirurgia e SC Riabilitazione	1.Analisi dei bisogni riabilitativi dei pazienti presi in carico dalla NCH e delle attuali offerte 2.Analisi delle criticità riguardanti l'offerta riabilitativa 3.Stesura di un protocollo operativo di continuità	Direttore NCH (Dr Scrofani)  <b>Obiettivo in comune con SC Riabilitazione</b>	1. Produzione del protocollo entro 15/11/2020 2. Presa in carico secondo protocollo del 100% dei pazienti segnalati a partire dal 01.12.2020 Fonte: database SC Riabilitazione
6. Audit 2020 nch sulla mortalita' e morbida'	Analisi di tutti i casi operati ogni 4 mesi e che hanno avuto una complicazione sia chirurgica che medica e soprattutto infettiva	Medici NCH (Dr Spinelli)	Produzione dei DUE audit annuali con resoconto finale 15 Maggio; 15 Settembre; (il terzo il 15 gennaio 2021) con evidenza delle eventuali criticità e delle azioni di miglioramento intraprese
7. 3.5 Integrazione e assistenza socio-sanitaria Integrazione Ospedale-Territorio	1 Adozione della nuova lettera di dimissione infermieristica (redatta nel 2019 da un gruppo di lavoro selezionato e condivisa con alcuni reparti pilota) per tutti i pazienti ricoverati nelle S.C. dell'Azienda	Coordinatori Infermistic Comparto (infermieri) RID  SC Cl. Neurologica SC Cl. Ortopedia e Traumatologia SC Neurochirurgia SC Riabilitazione	1. Entro luglio 2020 il format verrà validato ed ufficializzato a tutte le S.C. Dipartimentali. 2. Dall'01/08/2020 al 100% dei degenti ricoverati in Riabilitazione, Cl. Neurologica, Neurochirurgia verrà consegnata la nuova Lettera di Dimissione Infermieristica presente in Catella Clinica
8. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti 2019
9. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
10. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. 3.6.1 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. Sperimentazione della nuova scheda di valutazione multidimensionale (revisionata nel 2019) 2. Monitoraggio sperimentazione ed eventuali modifiche della scheda 3. Presentazione della scheda a tutto il personale coinvolto 4. Utilizzo della nuova scheda</p>	<p>1.2.3. Direttore Coordinatori area riabilitativa 4. Dirigenti medici Comparto (fisioterapisti)  <b>Obiettivo in comune con SC Cl. Neurologica, SC Cl. Ortopedica e Traumatologica, Referente area riabilitativa e Coordinatore area riabilitativa, RID dipartimento, SSD di Riabilitazione Territoriale</b></p>	<p>Avvio sperimentazione ottobre e utilizzo della nuova scheda nel 100% dei pazienti con frattura di femore ed ictus presi in carico dai fisioterapisti a partire dal 05.10.2020 in Cl. Ortopedica e Traumatologica e Cl. Neurologica Fonte: database SC Riabilitazione/cartella clinica</p>
<p>2. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia - Mammella Preso in carico riabilitativa in fase pre e postoperatoria</p>	<p>1. Revisione del Protocollo presa in carico riabilitativa delle donne operate per carcinoma mammario 2. Attivazione del nuovo Protocollo</p>	<p>1. Direttore Coordinatori area riabilitativa 2. Dirigenti medici Comparto (fisioterapisti)  <b>Obiettivo in comune con Chirurgia Plastica, SS Dipartimentale Breast Unit e SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone, SSD di Riabilitazione Territoriale</b></p>	<p>1. Protocollo disponibile entro il 01.09.2020 2. Entro 09.2020, presa in carico riabilitativa secondo le nuove procedure nel 100% delle donne segnalate operate per carcinoma mammario  Fonte: database pazienti interno SC Riabilitazione</p>
<p>3. 3.7 Rapporto con i cittadini Migliorare la compliance nel trattamento riabilitativo delle persone che hanno eseguito un intervento chirurgico alla mano</p>	<p>1. Stesura di un opuscolo informativo di norme igienico comportamentali e di esercizi per persone sottoposte ad intervento chirurgico alla mano 2. Pubblicazione su sito internet 3. Consegna dell'opuscolo a tutte le persone sottoposte ad intervento chirurgico alla mano prese in carico dalla SC Riabilitazione</p>	<p>Direttore Coordinatori area riabilitativa Comparto (fisioterapisti)  <b>Obiettivo in comune con SC Cl. Ortopedica e Traumatologica</b></p>	<p>1. Elaborazione dell'opuscolo entro 01.05 2020 2. Pubblicazione sul sito internet entro 31.05.2020 3. Distribuzione dell'opuscolo al 100% dei pazienti operati alla mano presi in carico dalla SC Riabilitazione dal 01.07.2020</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. 3.7 Rapporto con i cittadini Migliorare la compliance nel trattamento riabilitativo delle persone con incontinenza sfinterica posteriore	1.Stesura di un opuscolo informativo di norme igienico comportamentali e di esercizi per persone con incontinenza sfinterica posteriore 2. Pubblicazione su sito internet 3. Consegna dell'opuscolo a tutte le persone con incontinenza sfinterica posteriore prese in carico dalla SC Riabilitazione	Direttore Coordinatori area riabilitativa Dirigenti medici Comparto (fisioterapisti)	1.Elaborazione dell'opuscolo entro 31.08.2020 2.Pubblicazione sul sito internet entro 30.09.2020 3.Distribuzione dell'opuscolo al 100% dei pazienti con incontinenza sfinterica posteriore presi in carico dalla SC Riabilitazione dal 01.11.2020
5. 3.5.6 Dipendenze  Promozione della disassuefazione dal fumo dei pazienti neurologici ricoverati presso la SC Riabilitazione	1.Elaborazione del progetto/percorso  2. Formazione del personale coinvolto	1.2. Direttore Coordinatore infermieristico Comparto (infermieri) <b>Obiettivo in comune con il Dipartimento Dipendenze ed il Centro interdipartimentale prevenzione e cura del tabagismo</b>	1.Elaborazione del progetto entro 30.09.2020 2. Formazione del personale entro 31.12.2020
6. 3.5 Integrazione e assistenza socio-sanitaria Integrazione Ospedale-Territorio	Adozione della nuova lettera di dimissione infermieristica (redatta nel 2019 da un gruppo di lavoro selezionato e condivisa con alcuni reparti pilota) per tutti i pazienti ricoverati nella SC Riabilitazione	Coordinatore infermieristico Comparto (infermieri)  <b>Obiettivo in comune con RID Dipartimento</b>	Dal 01.08.2020 al 100% dei degenti ricoverati presso la SC Riabilitazione verrà consegnata la nuova lettera di dimissione infermieristica ed una copia della lettera sarà presente in cartella. Fonte: cartella clinica
7. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia – Malattie Rare Agevolare la diagnosi e la presa in carico riabilitativa di pazienti con linfedema primario	1.Elaborazione di un percorso di presa in carico 2.Presa in carico riabilitativa dei pazienti secondo protocollo	1. Direttore Coordinatori area riabilitativa 2. Dirigenti medici Comparto (fisioterapisti ed infermieri) <b>Obiettivo in comune con Medicina Clinica, Referente area riabilitativa e Coordinatore area riabilitativa, SSD Riabilitazione D4, SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone, Cl. Pediatrica Burlo</b>	1.Procedura disponibile entro 31.10.2020 2.A partire dal 15.11.2020 il 100% dei pazienti con linfedema primario presi in carico seguiranno la procedura definita.  Fonte: database SC Riabilitazione e SSD Riabilitazione D4
8. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia	1.Elaborazione di un percorso di presa in carico individuando le responsabilità nei	1.Direttore Coordinatori area riabilitativa	Procedura disponibile entro 15.10.2020.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Agevolare la diagnosi, la presa in carico riabilitativa e la continuità ospedale /territorio di pazienti neurologici con problematiche di linguaggio	diversi setting e le modalità di continuità riabilitativa. 2. Presa in carico dei pazienti secondo protocollo	1.2 Dirigenti psicologi Comparto (logopedisti) <b>Obiettivo in comune con SC Cl.</b> Neurologica, Referente area riabilitativa, SSD di Riabilitazione Territoriali, SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone	
9. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia Condivisione di percorsi/procedure all'interno delle Strutture di Riabilitazione ASUGI con lo scopo di migliorare/uniformare ed agevolare la risposta agli utenti	1.Incontri mensili di condivisione di procedure/percorsi evidenziando eventuali criticità in essere ed apportando le dovute azioni di miglioramento 2. Stesura della relazione sulle relative azioni di miglioramento messe in atto	Direttore Coordinatori area riabilitativa <b>Obiettivo in comune con SC Riabilitazione</b> Gorizia e Monfalcone, Referente area riabilitativa	1.Incontri a cadenza mensile a partire da maggio 2020 2.Invio alla Direzione Sanitaria di un documento con le modifiche apportate entro 31.12.2020
10. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia Creazione di un protocollo operativo di continuità tra SC Neurochirurgia e SC Riabilitazione	1.Analisi dei bisogni riabilitativi dei pazienti presi in carico dalla NCH e delle attuali offerte 2.Analisi delle criticità riguardanti l'offerta riabilitativa 3.Stesura di un protocollo operativo di continuità	Direttore Coordinatori area riabilitativa <b>Obiettivo in comune con SC Neurochirurgia</b>	1.Produzione del protocollo entro 15/11/2020 2. Presa in carico secondo protocollo del 100% dei pazienti segnalati a partire dal 01.12.2020 Fonte: database SC Riabilitazione
11. 3.6.1Governo clinico e reti di patologia – Rete Ictus Utilizzo degli strumenti di screening su G2 per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS in tutti i pazienti con ictus	Inserimento in G2 della scala NIHSS, Barthel, e mRS in tutti i pazienti ricoverati con ictus	Dirigenti medici Comparto(terapisti occupazionali)	A partire dal 12.06.2020 presenza in G2 della Barthel, NIHSS e mRS in tutti i pazienti con ictus ricoverati presso la SC Riabilitazione
12. 3.7 Rapporto con i cittadini Favorire il recupero funzionale globale riducendo la sensazione di affaticamento e di debolezza nelle persone affette da infezione Covid19	1.Stesura di un opuscolo di esercizi di riattivazione per la ripresa dell'attività motoria rivolto alle persone ricoverate per infezione da Covid19 2. Pubblicazione su sito internet 3. Consegna dell'opuscolo a tutte le persone con infezione da Covid 19 prese in carico dalla SC Riabilitazione, che necessitano di riattivazione funzionale.	Direttore Coordinatori area riabilitativa Comparto (fisioterapisti)	Elaborazione e pubblicazione ed inizio distribuzione dell'opuscolo aprile 2020



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
13. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti 2019 meno 1%
14. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
15. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Obiettivo PAL: TRAUMA	Trattamento della frattura di femore entro 48H in almeno il70%% dei casi giunti all'osservazione	Direttore SC Dirigenti Medici	Mantenimento del target regionale
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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 novembre. 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
3. 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	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti in ADT-liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
4. Sinergia ASUGI	Stesura ed applicazione di un protocollo condiviso fra SC Ortopedia e Traumatologia Ospedale Gorizia ed UCO Clinica Ortopedica Traumatologica Ospedale di Cattinara per la centralizzazione di patologie super-specialistiche: il protocollo deve disciplinare le modalità operative del trasferimento dei pazienti con le seguenti patologie:  Da Gorizia a Trieste: 1. Pazienti affetti da fratture complesse del cotile (colonna anteriore e/o colonna posteriore) e della pelvi 2. pazienti < 60 anni con rottura della cuffia dei rotatori/instabilità che	Direttore SC Dirigenti Medici Coordinatori Comparto	Stesura del protocollo entro il 1 ottobre 2020  Relazione sulla casistica trasferita tra le 2 strutture dal 1.09.2020 al 31.12.2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>richiedono intervento ricostruttivo in artroscopia</p> <p>3. fratture complesse di omero prossimale e del cingolo scapolare</p> <p>4. fratture esposte di gamba classificate come 3B o 3C secondo Gustilo (pazienti candidabili ad intervento ricostruttivo di ortoplastica)</p> <p>5. Altro secondo accordi fra i Direttori di Struttura</p> <p>Da Trieste a Gorizia:</p> <p>1. Trasferimento dei pazienti con patologia oncologica complessa dell'apparato locomotore</p> <p>2. Altro secondo accordi fra i Direttori di Struttura</p>		
5. Miglioramento del servizio offerto ai pazienti ortopedici attraverso la realizzazione di percorsi dedicati	<p>1) Analisi del flusso di pazienti afferenti alla Sala Gessi che necessitano di TC preoperatoria</p> <p>Creazione di agenda TC dedicata</p>	<p>Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica</p> <p><b>In comune con le SC Radiologia e SC Ortopedia</b></p>	Apertura agenda entro il 31/09/2020
6. 3.7.3 Rapporto con pazienti e famigliari nelle attività di ricovero  agevolare l'adesione alle cure post-dimissione	<p>1. Costruzione di un opuscolo informativo/educativo rivolto al paziente ambulatoriale dimesso dalla SG con tutore</p> <p>2. Introduzione nelle attività di reparto del nuovo strumento di lavoro</p>	<p>Coordinatore infermieristico</p> <p>Comparto (infermieri)</p>	<p>1. Disponibilità dell'opuscolo entro ottobre 2020</p> <p>2. Somministrazione dell'opuscolo al 90% delle persone dimesse da sala gessi con tutore</p> <p>3. Fonte: sala gessi, copia della scheda informativa da allegare alla scheda di accettazione</p>
7. 3.5 Integrazione e assistenza socio-sanitaria Integrazione Ospedale-Territorio	Adozione della nuova lettera di dimissione infermieristica (redatta nel 2019 da un gruppo di lavoro selezionato e condivisa con alcuni reparti pilota) per tutti i pazienti con continuità assistenziale	<p>Rid Dipartimento</p> <p>Obiettivo in comune con: Coordinatori Infermieristici Comparto (infermieri)</p>	<p>1. Entro luglio 2020 il format verrà validato ed ufficializzato a tutte le S.C. Dipartimentali.</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ricoverati nel DAI di Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lavoro.	SC Cl. Neurologica SC Cl. Ortopedia e Traumatologia SC Neurochirurgia SC Riabilitazione	Dal mese di agosto il 50% dei degenti ricoverati in Cl. Ortopedica e Traumatologia verrà consegnata la nuova Lettera di Dimissione Infermieristica 3.. Una copia della Lettera sarà presente in Cartella Clinica di tutti i degenti
8. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore	1. Sperimentazione della nuova scheda di valutazione multidimensionale (revisionata nel 2019) 2. Monitoraggio sperimentazione ed eventuali modifiche della scheda 3. Presentazione della scheda a tutto il personale coinvolto 4. Utilizzo della nuova scheda	RID Dipartimento  Obiettivo in comune con: SC Riabilitazione SC Cl. Neurologica SC Cl. Ortopedica e Traumatologica Referente Area Riabilitativa e Coordinatore Area Riabilitativa SSD di Riabilitazione territoriale	Avvio sperimentazione ottobre 2020 e utilizzo della scheda nel 100% dei pazienti con frattura di femore ed ictus presi in carico dai fisioterapisti a partire dal 05/10/2020 in Cl. Ortopedica e Traumatologia e Cl. Neurologica Fonte: cartella clinica
9. Organizzazione della gestione delle emergenze urgenze relative alle fratture esposte nell'ospedale hub	Stesura di un protocollo condiviso fra UCO Chirurgia Plastica Cattinara e UCO Clinica Ortopedica Traumatologica Ospedale di Cattinara per il trattamento delle fratture esposte di gamba	Direttori e Dirigenza Medica delle UCO Chirurgia Plastica e Ortopedia e Traumatologia	Stesura del protocollo entro il 1 dicembre 2020
10. Emergenza Covid 19	Stesura di Indicazioni Operative per la gestione dei pazienti traumatizzati in degenza in Clinica Ortopedica durante la pandemia Covid 19	Direttore UCO RID Coordinatrici Reparto e Salagessi\Ambulatorio	Pubblicazione del protocollo sul sito intranet aziendale durante il periodo di emergenza Covid 19
11. Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche	Direttore Dirigenti Medici	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il mantenimento della spesa complessiva nei limiti di 102mila euro
12. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
13. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Performance della SC (UCO) Medicina del Lavoro</p>	<p>1.1 Verifica dell'appropriatezza delle procedure diagnostiche e della relazione causa-effetto nelle denunce di neoplasia professionale.</p> <p>1.2 Mantenimento della regolare periodicità della sorveglianza sanitaria dei dipendenti ASUGI come stabilito dal DLgs. 81/2008 (Testo Unico) e dal DLgs 230/1995 (Radioprotezione sanitaria).</p> <p>1.3. Controllo della trasmissione al COR e invio al ReNaM dei dati/schede relativi ai mesoteliomi maligni nella Regione FVG, come da obiettivo PRP.</p>	<p>Direttore (Prof. Massimo Bovenzi)</p>	<p>1.1. 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 31.12.2020 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 Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro</p> <p>1.2. Monitoraggio trimestrale delle procedure di sorveglianza sanitaria preventiva e periodica.</p> <p>1.3. Invio al ReNaM delle schede mesoteliomi entro il 30.10.2020</p>
<p>2. Valutazione della copertura vaccinale e/o anticorpale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse, influenza negli operatori sanitari, in accordo con l'obiettivo aziendale ASUGI <b>3.2.8 (Promozione della salute nei luoghi di lavoro)</b></p>	<p>Nel corso della sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari di nuova assunzione e in visita periodica:</p> <p>2.1. valutare la copertura vaccinale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse e/o</p> <p>2.2. valutare la risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella</p> <p>2.3.</p>	<p>Dirigenza e Comparto</p>	<p>Entro dicembre 2020 analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse e influenza e risposta ai test TBC riguardanti i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno.</p> <p>Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	valutare la risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale (ove previsto)		
3. Implementazione e attivazione delle nuove attribuzioni alla SC(UCO) Medicina del Lavoro in materia di sorveglianza sanitaria e radioprotezione nell'ambito di ASUGI-Area Ospedaliera Giuliana	3.1 Presenza in carico delle attività di pianificazione e organizzazione propedeutiche alle visite di sorveglianza sanitaria previste dai D.Lgss 81/2008 e 230/1995 per i soggetti afferenti ad ASUGI Area Ospedaliera Giuliana, rientranti nella definizione di lavoratore come dai decreti citati. 3.2 Sorveglianza sanitaria, prevenzione e controllo della esposizione ad agenti biologici, gestione degli infortuni derivanti dall'esposizione ad agenti biologici dei dipendenti ASUGI - AREA GIULIANA	Dirigenza e Comparto	Verifica dell'attuazione delle procedure di sorveglianza sanitaria e radioprotezione indicate nell' <b>Allegato*</b> riportato alla fine della presente Scheda
4. Sorveglianza sanitaria 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	Mantenimento dei programmi e protocolli sanitari già implementati negli anni accademici precedenti.	Comparto	Garantire il 100% dell'esecuzione degli accertamenti sanitari inseriti nei protocolli e preparatori alla visita medica del Medico Competente Base dati: registro UCO Medicina del lavoro
5. Consolidamento 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	Mantenimento dei programmi e protocolli sanitari per la sorveglianza sanitaria preventiva, periodica, e straordinaria dei dipendenti comunali (circa 2600 unità).	Dr.ssa Marcella Mauro Prof. Corrado Negro Comparto	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 Base dati: registro UCO Medicina del lavoro
6. Emergenza epidemiologica COVID-19	Ottemperare agli obblighi di invio di Primo Certificato di Infortunio Lavorativo dei dipendenti ASUGI-Area Giuliana risultati COVID-19 positivi.	Dirigenza e Comparto Medici in formazione Specialistica	1. Invio dei Certificati di infortunio lavorativo nel 100% dei soggetti diagnosticati nell'ambito degli accertamenti previsti in ASUGI – Area Giuliana

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>7. Percorso Socio-Sanitario Assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad amianto nella Regione FVG di cui al DGR 250/2016.</p> <p>Partecipazione alla campagna informativa per i cittadini riconosciuti esposti all'amianto ai fini previdenziali dall'INAIL ma non aderenti alla sorveglianza sanitaria implementata dalle Aziende Sanitarie FVG, in accordo con l'<b>obiettivo aziendale ASUGI 3.2.7 (Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio).</b></p>	<p>7.1. 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>7.2. Partecipazione alla Commissione Regionale Amianto e alle iniziative informative in tema di amianto promosse dalla Regione FVG</p>	<p>Dr.ssa Paola De Michieli Prof. Corrado Negro Comparto</p> <p>Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI (collaborazione giuliano-isontina per ambulatorio malattie respiratorie in ex-esposti all'amianto).</p>	<p>7.1. Mantenimento del volume di attività dell'ambulatorio delle malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto, con riferimento all'anno 2019. Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro</p> <p>7.2. 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 prolungamento dell'emergenza coronavirus attualmente in scadenza il 3 aprile DPCM 9 marzo 2020 e nota assessore Riccardi dd 10 marzo 2020 o specifica richiesta del pz.</p> <p>7.3. 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)</p>	<p>Somministrazione del questionario, già implementato, con item dedicati ai fattori di rischio occupazionali per tumore della prostata e della vescica.</p>	<p>Dr.ssa Francesca Rui Prof. Corrado Negro</p>	<p>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.</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 (<b>PROGRAMMA CCM 2019 AZIONI CENTRALI INAIL</b>)</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>9.1 Somministrazione di 500 questionari Work Ability Index (WAI) nel personale afferente alle visite di sorveglianza sanitaria</p> <p>9.2 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	Base dati: registro UCO Medicina del lavoro
10. Didattica/Tutoraggio degli studenti nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale	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.	Dirigenza e Comparto	10.1 Registri ufficiali delle attività didattiche forniti dai Corsi di Studio. 10.2 Documentazione della presenza di studenti e medici specializzandi presso l'UCO di Medicina del Lavoro.
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. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Consolidamento e sviluppo dei laboratori di Biologia Molecolare per la fase post emergenziale, per garantire la continuità della diagnostica microbiologica nelle 24 ore in tutte le aree di competenza dipartimentale (giuliana e isontina). Progressivo aumento dell'offerta diagnostica microbiologica urgente.</p>	<p>1) Revisione e consolidamento di ambienti, impiantistica e cablaggi 2) Acquisizione delle tecnologie 3) Elaborazione delle procedure operative e di sicurezza. 4) Definizione della nuova organizzazione integrata e del fabbisogno di personale. 5) Attivazione della reperibilità della dirigenza, unica per tutta l'area vasta. Mantenimento della turnazione in guardia attiva dei TSLB nelle SS.CC. Microbiologia (Cattinara) e Laboratorio (Monfalcone). 6) Ridefinizione di ruoli e competenze delle diverse Strutture coinvolte. 7) Ridefinizione dell'offerta diagnostica urgente, notturna e festiva.</p>	<p>Direttore e RTD del Dipartimento.</p>	<p>1) Evidenza dell'avvenuto avvio operativo e della nuova realtà organizzativa e diagnostica. 2) Disponibilità consolidata e permanente della diagnostica batteriologica e virologica urgente in orario notturno e festivo.</p>
<p>2. Attivazione e messa a regime in corso dell'emergenza sanitaria, di ulteriori due laboratori H24 7/7 per la diagnostica di infezione da COVID 19 negli ospedali di Cattinara e Monfalcone.</p>	<p>1) Individuazione e allestimento degli ambienti, compresi impiantistica e cablaggi. 2) Individuazione e acquisizione delle tecnologie appropriate necessarie (Cattinara). 3) Riconversione di tecnologie già presenti (Monfalcone). 4) Reclutamento per competenza e formazione del personale. 5) Definizione e razionalizzazione dei percorsi di richiesta, pertinenza e trasmissione dei risultati. 6) Elaborazione e diffusione delle corrette procedure di processo e di sicurezza, con periodici monitoraggi e interventi correttivi.</p>	<p>Direttori e RTD delle Strutture coinvolte.  Coordinatori Tecnici delle Strutture coinvolte.  TSLB delle SS.CC. Laboratorio Unico ASUGI, Microbiologia e Virologia, Igiene e Sanità Pubblica.  Dirigenti Medici e Biologi delle SS.CC. Laboratorio Unico ASUGI, Microbiologia e Virologia, Igiene e Sanità Pubblica.</p>	<p>1. Evidenza dell'avvenuto avvio operativo delle nuove unità analitiche. 2. Distribuzione su tre sedi della grande quantità di test richiesti (Maggiore, Cattinara, Monfalcone) attivi H24 a Cattinara e Monfalcone, conseguente marcata riduzione dei tempi di risposta. 3. Ridefinizione dei flussi operativi (tamponi), con afferenza di quelli di routine (DiP e Medicina del Lavoro) alla UCO di Igiene ed esecuzione dei test per interni, routine e urgenza, rispettivamente alla SC Microbiologia per l'area giuliana e alla SC Laboratorio Unico sede Monfalcone per l'area isontina. 4. Incremento del numero di test molecolari coerenti con l'aumento della</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			domanda, portando la potenzialità analitica da 40 a 2000 test/die. 5. A regime referti disponibili entro 24 ore dalla richiesta in routine, 45 min. per emergenze, 90 min. per urgenze.

## SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Implementazione delle chiamate dello screening regionale del cervico-carcinoma	1 Dal 1 luglio 2020 verranno chiamate le donne di età compresa 46 -64 ad effettuare il test diretto alla ricerca molecolare del virus HPV ad alto rischio. Si stima 13.000 in più rispetto l'anno precedente. 2 Monitoraggio delle donne coorte maggiore o uguale 1993 relativamente al riscontro di lesioni cervicali al Pap Test in fase liquida e lo stato vaccinale.	1. Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto in collaborazione con SC Ingegneria Informatica e Telecomunicazioni  2 Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto	1. Evidenza del monitoraggio costante dell'intera attività, prelievo, trasporti, allestimento, esecuzione, refertazione e validazione  2 Report finale delle lesioni riscontrate e del genotipo di virus HPV presente nelle donne vaccinate.
2. 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	1. Evidenza della discussione dei report mensili con i referenti del SPP, monitoraggio e giustificazione delle eventuali anomalie. 2. Elaborazione di proposte operative correttive con verifica di efficacia.
3. Allestimento di un laboratorio di analisi molecolare dei tamponi COVID19 presso la SC di Anatomia e Istologia Patologica	Conversione della strumentazione utilizzata per lo screening del cervicocarcinoma e collegamento all'applicativo DNLAB per la refertazione	Direttore DAI, Direttori SC , Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto in collaborazione con SC Ingegneria Informatica e Telecomunicazioni, Microbiologia SC Medicina di Laboratorio SC Igiene e Virologia	Refertazione su DNLAB condiviso con il laboratorio di Microbiologia di quanto chiesto durante emergenza
4. Diagnostica istopatologica e biomolecolare di pazienti deceduti con sospetto clinico o con malattia COVID correlata	Allestimento preparati istologici ed esecuzione di indagine biomolecolari su preparati autoptici in paraffina di pazienti con malattia COVID correlata	Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto	Effettuazione di almeno 10 riscontri autoptici e relativa diagnostica molecolare e presentazione dei risultati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Revisione della letteratura e delle linee guida per il trattamento con immunoterapia delle pazienti con carcinoma mammario triple negative e positive per PDL1	Partecipazione ai corsi di formazione per la refertazione dei casi PDL1	Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Comparto in collaborazione con SSD OSARF	Evidenza dell'utilizzo dell'anticorpo PDL1 per le pazienti con carcinoma mammario triplo negativo su preparati biotici
6. Creazione di un'agenda "Tumorboard Multidisciplinare"	Creazione nuova agenda G2 per inserimento dei dati dei pazienti da discutere in sede Skin Cancer Unit Multidisciplinare	Direttore In condivisione SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Radioterapia SC Chirurgia generale SC Anatomia Patologica SC ORL E tutte le altre strutture afferenti	Creazione di un documento dell'attività svolta e coordinata formalmente sottoscritto con documentazione delle presenze/assenze durante le sedute del Tumorboard e tracciabilità del percorso dopo discussione
7. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni su riviste impattate.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Emergenza operativa COVID19 Risposta all'emergenza	Riorganizzazione delle attività della SC Microbiologia nel periodo di emergenza COVID19 per rispondere alle necessità diagnostiche: - della Microbiologia (diagnostica corrente e diagnosi differenziale delle infezioni respiratorie) - del nuovo laboratorio COVID19 della SC Microbiologia e virologia di Cattinara	Direttore SC	Rimodulazione della distribuzione delle attività diagnostiche : evidenza della rimodulazione delle attività e degli orari del personale nelle diverse fasi dell'emergenza in funzione delle necessità (indicatore: relazione e piani di attività)
Emergenza operativa COVID19 Protocollo condiviso per la gestione dei campioni urgenti	1. individuazione di bisogni: valutazione delle indicazioni alla richiesta di esami urgenti per COVID19 2. condivisione dell'offerta diagnostica con la SC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza 3. elaborazione di un Protocollo condiviso per le urgenze diagnostiche per SARS CoV2 4. valutazione dell'applicazione del protocollo	Dirigenti Medici e SPTA della SC Microbiologia e virologia  In collaborazione con la SC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	1.-2. Incontri e condivisione di offerta diagnostica e bisogni (indicatori: mail di condivisione delle bozze protocollo) 3. Protocollo per la richiesta di esami urgenti 4. Report analitico sull'utilizzo della diagnostica rapida per COVID19
Miglioramento della qualità: Diagnostica delle sepsi	Miglioramento della diagnostica delle sepsi e riduzione dei tempi di risposta mediante: 1. Ampliamento orario refertazione delle emocolture (esami microscopici, identificazioni e antibiogrammi) 2. Ampliamento dei target identificati mediante tecniche di biologia molecolare sulle emocolture positive 3. riduzione dei tempi di risposta mediante introduzione di nuove metodiche molecolari dirette su campione	Dirigenti Medici e SPTA della SC Microbiologia e virologia TSLB della SC Microbiologia e virologia	1. gestione delle emocolture positive: esecuzione dei test (colorazione di Gram, semina, test molecolari), comunicazione ai reparti e refertazione (esami microscopici, identificazione, antibiogramma preliminare e antibiogramma definitivo) nelle giornate di Domenica e altri festivi (indicatore: test eseguiti e referti validati nelle giornate festive) 2. aggiornamento delle metodiche molecolari in uso su emocolture positive (indicatore: nuovi test e numero di target rilevati) 3. acquisizione di un sistema di diagnostica molecolare diretta su campione di sangue,

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			valutazione preliminare ed introduzione in diagnostica (indicatori: nuovo sistema presente e test effettuati)
Miglioramento della qualità: automazione e informatizzazione della refertazione microbiologica	<ol style="list-style-type: none"> <li>miglioramento delle modalità di richiesta e di refertazione dei test molecolari multipli (meningiti, infezioni respiratorie, infezioni da Clostridium difficile)</li> <li>interfacciamento informatico della strumentazione per la diagnostica molecolare rapida</li> <li>utilizzo della refertazione da remoto per ridurre i tempi di risposta e rendere visibili i risultati in G2</li> </ol>	Dirigenti Medici e SPTA della SC Microbiologia e virologia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Configurazione dei test molecolari multipli nel LIS di laboratorio (DnLab) per consentire la richiesta informatizzata e l'interfacciamento della strumentazione (indicatore: presenza dei test in order entry)</li> <li>condivisione con i clinici delle indicazioni per la richiesta appropriata (indicatore: informativa ai prescrittori)</li> <li>refertazione (indicatore: numero di richieste e di validazione esami in remoto)</li> </ol>
Integrazione operativa area giuliano-isontina e Antimicrobial stewardship (sorveglianza delle antibiotico resistenze)	Armonizzazione e standardizzazione di percorsi e procedure con le strutture di ex AAS2: monitoraggio, elaborazione e diffusione di reportistica sulle antibiotico resistenze negli ospedali e territorio dell'area giuliano-isontina	Dr.ssa Marina Busetti Dr.ssa Anna Knezevich	<ol style="list-style-type: none"> <li>Protocollo condiviso sull'elaborazione dei dati sulle antibiotico-resistenze degli Ospedali e del Territorio dell'Area Giuliano-Isontina</li> <li>Report disponibile e diffuso per via informatica a CIOT e prescrittori (mail e/o Intranet)</li> </ol>
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Ottimizzazione dell'orario del personale sulla base dell'effettivo flusso dei campioni COVID	1) quantificazione del flusso orario quotidiano e settimanale dei campioni COVID 2) Programmazione dell'orario dei dirigenti e dei TSLB per coprire in maniera ottimale ed efficace la giornata lavorativa. 3) Monitoraggio mensile dei flussi per poter intervenire con eventuali correzioni.	Direttore della SC UCO Igiene e Sanità Pubblica	Produzione di rapporti mensili con l'elaborazione dei dati sul flusso dei campioni COVID.
Esecuzione di nuovi esami per la gestione dei pazienti con SARS-COV 2	Determinazione della carica virale dei campioni positivi alla ricerca molecolare, ricerca degli anticorpi anti SARS-COV 2 e antigene	Direttore della SC UCO Igiene e Sanità Pubblica. Dirigente SPTA della SC UCO Igiene e Sanità Pubblica. TSLB della SC UCO Igiene e Sanità Pubblica.	Evidenza dell'inserimento dei nuovi esami nell'elenco dell'offerta diagnostica a disposizione dei richiedenti.
Adeguamento delle metodologie di laboratorio all'emergenza COVID	1) messa a punto di metodiche in house basate su protocolli validati dall'OMS per far fronte all'emergenza COVID e per garantire la continuità diagnostica anche in periodi di crisi nella fornitura di reagenti	Direttore della SC UCO Igiene e Sanità Pubblica Dirigente SPTA della SC UCO Igiene e Sanità Pubblica TSLB della SC UCO Igiene e Sanità Pubblica	Almeno due metodiche molecolari introdotte nella diagnostica COVID
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Adozione di un sistema unificato e condiviso per il prelievo di sangue venoso in tutta l'area vasta <i>Giuliano Isontina</i>, basato sulle raccomandazioni dell'<i>European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) Working Group for Preanalytical Phase (WGPRE)</i> e il <i>Latin American Working Group for Preanalytical Phase (WG-PRE-LATAM)</i></p>	<p>1) Ricerca documentale di evidenze, linee guida, norme di riferimento, legislazione e regolamenti. 2) Definizione e redazione delle nuove raccomandazioni aziendali Evidence-based Medicine (EBM) per il prelievo di sangue venoso con produzione di materiale informativo/didattico multimediale contestualizzato. 3) Validazione e diffusione aziendale delle nuove raccomandazioni e del materiale prodotto</p>	<p>Direttore della SC Laboratorio Unico ASUGI.  RTD dei DAI Medicina dei Servizi.  Dirigenti Medici e SPTA della SC Laboratorio Unico ASUGI.  Coordinatori Tecnici della SC Laboratorio Unico ASUGI. TSLB della SC Laboratorio Unico ASUGI.</p>	<p>1) Evidenza dell'avvenuta validazione e diffusione aziendale delle nuove raccomandazioni inerenti il prelievo venoso e del relativo materiale informativo. 2) Elaborazione del sistema di rilevazione, monitoraggio e azioni correttive che sarà avviato dal mese di gennaio 2021.</p>
<p>Realizzazione di un sistema di rilevazione, monitoraggio e trattamento di non conformità nella fase preanalitica basato sul modello di indicatori di qualità" proposto dal <i>Working Group "Laboratory Errors and Patient Safety"</i> (WG-LEPS) dell'IFCC.</p>	<p>1) Revisione e aggiornamento delle procedure interne per la rilevazione e la gestione dei campioni non idonei nei laboratori clinici ASUGI. 2) Sviluppo di un modello di rilevazione semi-automatico delle NC sul LIS e/o manuale su database Microsoft Access®. 3) Adesione all' external quality assurance program (EQAP) dell'IFCC .</p>	<p>Direttore della SC Laboratorio Unico ASUGI. RTD dei DAI Medicina dei Servizi. Dirigenti Medici e SPTA della SC Laboratorio Unico ASUGI. Coordinatori Tecnici della SC Laboratorio Unico ASUGI. TSLB della SC Laboratorio Unico ASUGI</p>	<p>1) Produzione di rapporti comprensivi dell'elaborazione dei risultati e valutazione dei dati mediante l'applicazione di strumenti statistici. 2) Elaborazione del sistema di rilevazione, monitoraggio e azioni correttive che sarà avviato dal mese di gennaio 2021.</p>
<p>Attivazione di due laboratori per lo screening sierologico IgG e IgM del COVID 19 sulla popolazione (Trieste e Monfalcone).</p>	<p>1) Ricerca documentale di evidenze, linee guida, norme di riferimento, legislazione e regolamenti. 2) Definizione e redazione delle nuove raccomandazioni aziendali Evidence-based Medicine (EBM) per lo screening sierologico IgG e IgM. 3) Acquisizione delle tecnologie con sperimentazione e validazione dei test e delle metodiche. 4) Presa in carico e realizzazione di tutti gli screening istituzionali programmati (ISS, Ministero degli Interni, Regione) e</p>	<p>Direttore della SC Laboratorio Unico ASUGI. RTD dei DAI Medicina dei Servizi. Dirigenti Medici e SPTA della SC Laboratorio Unico ASUGI Burlo Gorizia Monfalcone. Coordinatori Tecnici della SC Laboratorio Unico ASUGI Burlo Gorizia Monfalcone. TSLB della SC Laboratorio Unico ASUGI Burlo Gorizia Monfalcone.</p>	<p>Evidenza dell'avvenuto avvio operativo degli screening sierologici.</p>



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	implementazione dell'offerta per interni ed esterni a fini diagnostici.		
Esecuzione di nuovi esami per la gestione dei pazienti con SARS-COV 2	Interleuchina 6 Anticorpi anti SARS-COV 2 Citochine	Direttore della SC Laboratorio Unico ASUGI. RTD dei DAI Medicina dei Servizi. Dirigenti Medici e SPTA della SC Laboratorio Unico ASUGI. Coordinatori Tecnici della SC Laboratorio Unico ASUGI. TSLB della SC Laboratorio Unico ASUGI.	Evidenza dell'inserimento dei nuovi esami nell'elenco dell'offerta diagnostica a disposizione dei richiedenti.
Attivazione di una <b>pronta disponibilità unica dei Dirigenti Medici e SPTA</b> del laboratorio di Patologia Clinica per <b>tutta l'area giuliano isontina.</b>	1) Definizione del fabbisogno di risorse 2) Definizione, allineamento e condivisione di protocolli, procedure e dei criteri di intervento. 3) Elaborazione degli orari e delle turnazioni,	Direttore della SC Laboratorio Unico  Dirigenti Medici e SPTA della SC Laboratorio Unico ASUGI Burlo Gorizia Monfalcone.	Evidenza dell'avvenuto avvio operativo della pronta disponibilità
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

SC Medicina Trasfusionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento della sicurezza trasfusionale attraverso sistemi barriera al letto dei pazienti	1. Valutazione dei diversi sistemi barriera presenti sul mercato; verifica dei sistemi barriera già presenti in altre Aziende Sanitarie	Direttore SC  <b>In comune don Direttore SCIT</b>	1. Studio di fattibilità entro il 31-12-2020
2. Consolidamento del programma di Patient Blood Management (PBM)	1. Incontri con i dirigenti medici sul PBM e condivisione del protocollo 2. Applicazione del protocollo a tutti gli ambiti chirurgici di ASUGI (sedi Giuliane e Isontine) 3. Discussione e confronto con il personale delle Terapie Intensive di Gorizia e Monfalcone sull'applicazione del PBM 4. Analisi dei dati di consumo e di appropriatezza della trasfusione di emocomponenti ed emoderivati	Direttore e Dirigenti Medici DIMT  <b>In comune con DIREZIONE SANITARIA, Direttori e Dirigenti Medici delle Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione e di tutte le Chirurgie di ASUGI, sedi Giuliane e Isontine</b>	1. e 2. Condivisione tra tutte le strutture del protocollo per il PBM in pazienti chirurgici 3. Produzione di report annuale sui consumi di emocomponenti ed emoderivati, sull'appropriatezza delle richieste trasfusionali, e sui pazienti arruolati nel programma PBM. Presentazione dei report ai COBUS.
3. Mantenimento degli accreditamenti e certificazioni in essere: accreditamento regionale Dlgs 2528/2011, Accreditation Canada, Plasma Master File CSL Behring, accreditamento JACIE (con IRCCS Burlo), 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 della verifica ispettiva di CSL Behring per il mantenimento del PMF 5. Superamento dell'audit di accREDITamento Regionale ASUGI e, per quanto di nostra competenza, dell'IRCCS Burlo Garofolo	Tutto il personale del DIMT: dirigenti medici, dirigenti biologi, infermieri, tecnici, personale di supporto	1. Due riesami della direzione effettuati nel 2020 con relativi verbali 2. Vengono effettuate almeno il 70% delle verifiche ispettive interne programmate 3. Nuovo certificato EFI 4. Report audit CSL Behring 5. Decreto Regionale di accREDITamento 6. Certificato ISO 9001:2015 7. Stesura di documenti utili al mantenimento dell'accREDITamento Canadian Council

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	6. Superamento della verifica di sorveglianza da parte dell'ente di certificazione Bureau Veritas 7. Partecipazione all'accreditamento Canadian		
4. Collaborazione al programma di accreditamento JACIE S.C. Ematologia e DIMT.	1. Collaborazione con la SC Ematologia per il nuovo accreditamento JACIE	Tutto il personale  <b>In comune con S.C. Ematologia</b>	1. Partecipazione agli incontri di programmazione e produzione della necessaria documentazione nell'ambito del nuovo accreditamento JACIE. Invio domanda di accreditamento entro fine 2020
5. Supporto al percorso della donazione di sangue	1. Chiamata telefonica donatori di sangue non iscritti alle Associazioni di Volontariato presso il DIMT Giuliano Isontino 2. Valutazione dell'impatto della prenotazione sulla soddisfazione dei donatori	Personale infermieristico	1. Valutazione del numero di donazioni da donatore non iscritto rispetto al 2019 2. Valutazione dei dati ottenuti dal questionario di soddisfazione dei donatori 2020
6. 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. Adozione dei nuovi criteri di sospensione dei donatori 3. Collaborazione alla stesura della procedura di post donation information 4. Riunioni del Coordinamento Sangue FVG 5. Comunicazioni con le associazioni di volontariato 6. Pubblicazione sul sito di ASUGI di raccomandazioni ai donatori di sangue 7. Gestione dei donatori pervenuti in seguito all'appello delle istituzioni e dei media 8. Nuovo allestimento del centro prelievi con il rispetto del distanziamento sociale 9. Introduzione della prenotazione obbligatoria per la trasfusione del sangue e modificazioni dell'agenda	Coordinatrice infermieristica, RTD, Direttore, personale infermieristico, dirigenti medici	6. Inserimento delle norme eraccomandazioni tra i documenti del sistema qualità (origine esterna) 7. Nuovi criteri di sospensione entrano in routine 8. Adozione della procedura di Post donation information 9. Partecipazioni a riunioni del CRS e produzione di documenti 10. Comunicazioni con le associazioni di volontariato 11. Comunicazioni ai donatori di sangue 12. Misure di distanziamento sociale garantite 13. Misure di distanziamento sociale garantite 14. Prenotazione obbligatoria entra in routine 15. Report raccolta dati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	10.Valutazione dei dati di raccolta e di consumo di concentrati eritrocitari		
7. Gestione del corretto processo di inserimento operativo e valutazione delle competenze del personale tecnico sanitario neo assunto	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ricerca documentale di evidenze, linee guida, norme di riferimento, legislazione e regolamenti.</li> <li>Definizione e redazione della nuova procedura aziendale e del sistema di valutazione delle competenze; condivisione e coinvolgimento di tutti i DAI, nel processo di redazione per l'area di competenza.</li> <li>Validazione e diffusione aziendale delle nuove procedure per l'inserimento del personale tecnico sanitario neo assunto.</li> </ol>	<p>RTD dei DAI Medicina dei Servizi, Medicina Trasfusionale e Diagnostica per immagini.</p> <p>Coordinatori Tecnici delle SS.CC. dei DAI Medicina dei Servizi, Medicina Trasfusionale e le Radiologie del DAI Diagnostica per immagini.</p> <p>TSLB e TSRM dei Dipartimenti coinvolti e individuati quali tutor didattici per l'inserimento del personale neo assunto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Evidenza dell'avvenuta validazione e diffusione aziendale della nuova procedura e del processo di valutazione</li> <li>Uniformità aziendale del processo di inserimento e valutazione delle competenze del personale tecnico sanitario neo assunto;</li> </ol>
8. Miglioramento della gestione del personale tecnico: estensione del modello organizzativo a matrice in tutta l'area tecnico sanitaria, per il miglioramento della gestione delle risorse umane in sicurezza e qualità anche in caso di criticità organizzative o emergenze	<ol style="list-style-type: none"> <li>Individuazione delle aree oggetto del consolidamento organizzativo con la definizione di un programma di stage formativi per l'acquisizione di esperienze e competenze di specialità o area diversa da quella di origine, del personale tecnico coinvolto.</li> <li>Periodi di affiancamento formativo del personale coinvolto, con tutor dell'area o linea analitica oggetto di consolidamento organizzativo.</li> <li>Valutazione e validazione delle nuove competenze acquisite dal personale e conseguente impiego sul campo. .</li> </ol>	TSLB, TSRM e Coordinatori Tecnici dei DAI Medicina dei Servizi, Medicina Trasfusionale e le Radiologie del DAI Diagnostica per immagini.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Evidenza del programma di stage formativi attuato, del personale coinvolto e delle aree/linee analitiche/sezioni, coinvolte nel processo di miglioramento</li> <li>Evidenza della disponibilità di personale esperto con competenze di tipo multidisciplinare, in grado di supportare e risolvere in tempo reale eventuali criticità organizzative o emergenze di diversa natura</li> </ol>
9. Convalide delle nuove strumentazioni	<ol style="list-style-type: none"> <li>Applicazione della procedura delle qualificazioni e convalide alle nuove apparecchiature del Laboratorio di Patologia dell'Emostasi</li> <li>Applicazione della procedura delle qualificazioni e convalide alle nuove apparecchiature del Laboratorio di Tipizzazione HLA</li> </ol>	Dirigenti biologi e Tecnici di laboratorio	<ol style="list-style-type: none"> <li>Evidenze sull'aggiornamento del personale</li> <li>Report di convalida e qualificazione</li> </ol>
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutto il personale del Dipartimento di Medicina Trasfusionale	Presentazione di almeno due lavori/abstract a Convegni Nazionali o

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Internazionali e/o pubblicazione di un articolo su rivista peer-review
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Sinergia tra le SC Radiologia ASUGI	Analisi dei volumi e delle tipologie di attività presso le 3 SC Radiologia di ASUGI	Direttore DAI Diagnostica per Immagini <b>In comune con i Direttori SC Radiologia Diagnostica e Interventistica, SC Radiologia, SC Radiologia Gorizia-Monfalcone e RTD DAI</b>	Produzione di documento entro il 30/10/2020 con evidenza delle specificità e proposta di eventuale indirizzamento dei pazienti presso le diverse strutture e/o mobilità dei professionisti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzazione gestione paziente oncologico	1) Revisione della letteratura relativa all'imaging RM per la stadiazione del Ca del retto 2) Produzione di format per referto strutturato	Dirigenti SC Radiologia  <b>In comune con le SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SC Radiologia Gorizia-Monfalcone e SC Cl. Chirurgica</b>	1) Produzione di format per referto strutturato RM per stadiazione del Ca del retto entro il 31/08/2020 2) Almeno il 90% dei referti RM per stadiazione del Ca del retto refertati utilizzando il format strutturato a partire dal 01/09/2020
2. Ottimizzazione gestione paziente oncologico	1) Revisione della letteratura relativa all'imaging TC per stadiazione del Ca del pancreas 2) Produzione di format per referto strutturato	Dirigenti SC Radiologia  <b>In comune con le SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SC Radiologia Gorizia-Monfalcone e SC Cl. Chirurgica</b>	3) Produzione di format per referto strutturato TC per stadiazione del Ca del pancreas entro il 31/08/2020 4) Almeno il 90% dei referti TC per stadiazione del Ca del pancreas refertati utilizzando il format strutturato a partire dal 01/09/2020
3. Miglioramento del servizio offerto ai pazienti ortopedici attraverso la realizzazione di percorsi dedicati	2) Analisi del flusso di pazienti afferenti alla Sala Gessi che necessitano di TC preoperatoria 3) Creazione di agenda TC dedicata	Dirigenti e comparto SC Radiologia <b>In comune con le SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e SC Ortopedia</b>	Apertura agenda entro il 31/08/2020
4. Ottimizzazione dell'utilizzo dei mezzi di contrasto in ambito radiologico	1) Applicazione delle linee guida ESUR e del documento di consenso SIRM-SIAAIC adottato dall'Azienda riguardante l'utilizzo dei mdc 2) Valutazione delle motivazioni di eventuali sospensioni di esami radiologici con mdc presso la SC Radiologia a partire dal 01.07.2020	Dirigenti SC Radiologia  <b>In comune con la SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e con la SC Radiologia Gorizia-Monfalcone</b>	A partire dal 01.08.2020 almeno il 95% degli esami sospesi per problematiche relative al mezzo di contrasto deve essere aderente alle linee guida
5. Miglioramento del servizio offerto ai pazienti in dialisi attraverso la realizzazione di percorsi dedicati	1) Analisi del flusso dei pazienti della SC Nefrologia e Dialisi sottoposti a ecografia dell'addome presso la SC Radiologia dell'OC e OM 2) Creazione di agenda ecografica dedicata per i pazienti in dialisi afferenti alla SC Nefrologia e Dialisi	Dirigenti e comparto SC Radiologia  <b>In comune con la SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e con la SC Nefrologia e Dialisi</b>	Apertura agenda entro il 31/10/2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. 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  <b>In comune con la SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e con la SC Medicina Nucleare</b>	N. esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e radiologo (almeno il 95%)
7. Valutazione degli aspetti dosimetrici, dei criteri di appropriatezza e dei protocolli per gli esami TC ripetuti	1) Analisi dei dati dosimetrici raccolti con il programma tracking Dose Watch, con particolare attenzione ai pazienti che necessitano di indagini TC ripetute 2) Presentazione al personale del DAI delle valutazioni dosimetriche effettuate, nell'ambito di un corso aziendale accreditato ECM 3) Analisi delle indagini eseguite sui pazienti per i quali sia stato rilevato un indicatore di dose cumulativo (DPL) particolarmente alto 4) Revisione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi per le indagini individuate 5) Introduzione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi revisionati nella pratica clinica	Dirigenti e TSRM SC Radiologia  <b>In comune con le SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SC Fisica Sanitaria e SC Medicina Nucleare</b>	1) Relazione sull'analisi dei dati dosimetrici, prodotta entro il 31 luglio 2020 2) Svolgimento del corso entro il 20 settembre 2020 3) Individuazione di due tipologie di indagine per le quali sia necessaria una revisione dei criteri di appropriatezza, entro il 30.09.2020 4) Documento di revisione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi, prodotto entro il 30.10.2020 5) Applicazione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi revisionati a partire dall'1.11.2020
8. Miglioramento di percorso assistenziale	Creazione di un percorso dedicato per i pazienti seguiti dalla S.C. Ematologia dell'Ospedale Maggiore che necessitano di esame bioptico	Dirigente e Comparto della S.C. Radiologia dell'Ospedale Maggiore  <b>In comune con la SC Ematologia</b>	Produzione di documento entro il 30/7/2020. Esecuzione di $\geq 70\%$ delle procedure entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta a partire dal 1.08.2020
9. Percorso breve nelle pazienti con lesione sospette dopo Mx di screening (FAST TRACK)	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attivita'	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SC Radiologia, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica</b>	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
10. 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 SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile</b>	Target: > 50% delle pazienti con lesione sospetta alla mammografia e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB)



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		<b>(Osarf), le SC Radiologia, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica</b>	Base dati: G2 e data breast
11. Gestione del corretto processo di inserimento operativo e valutazione delle competenze del personale tecnico sanitario neo assunto	3) Ricerca documentale di evidenze, linee guida, norme di riferimento, legislazione e regolamenti. 4) Definizione e redazione della nuova procedura aziendale e del sistema di valutazione delle competenze; condivisione e coinvolgimento di tutti i DAI, nel processo di redazione per l'area di competenza. 5) Validazione e diffusione aziendale delle nuove procedure per l'inserimento del personale tecnico sanitario neo assunto.	RTD dei DAI Medicina dei Servizi, Medicina Trasfusionale e Diagnostica per immagini.  Coordinatori Tecnici delle SS.CC. dei DAI Medicina dei Servizi, Medicina Trasfusionale e le Radiologie del DAI Diagnostica per immagini.  TSLB e TSRM dei Dipartimenti coinvolti e individuati quali tutor didattici per l'inserimento del personale neo assunto.	16. Evidenza dell'avvenuta validazione e diffusione aziendale della nuova procedura e del processo di valutazione. 17. Uniformità aziendale del processo di inserimento e valutazione delle competenze del personale tecnico sanitario neo assunto;
12. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
13. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzazione gestione paziente oncologico	Revisione della letteratura relativa all'imaging RM per la stadiazione del Ca del retto Produzione di format per referto strutturato	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con le SC Radiologia, SC Radiologia Gorizia-Monfalcone e SC Cl. Chirurgica</b>	Produzione di format per referto strutturato RM per stadiazione del Ca del retto entro il 31/08/2020 Almeno il 90% dei referti RM per stadiazione del Ca del retto refertati utilizzando il format strutturato a partire dal 01/09/2020
2. Ottimizzazione gestione paziente oncologico	Revisione della letteratura relativa all'imaging TC per stadiazione del Ca del pancreas Produzione di format per referto strutturato	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con le SC Radiologia, SC Radiologia Gorizia-Monfalcone e SC Cl. Chirurgica</b>	Produzione di format per referto strutturato TC per stadiazione del Ca del pancreas entro il 31/08/2020 Almeno il 90% dei referti TC per stadiazione del Ca del pancreas refertati utilizzando il format strutturato a partire dal 01/09/2020
3. Miglioramento del servizio offerto ai pazienti ortopedici attraverso la realizzazione di percorsi dedicati	Analisi del flusso di pazienti afferenti alla Sala Gessi che necessitano di TC preoperatoria Creazione di agenda TC dedicata	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con le SC Radiologia e SC Ortopedia</b>	Apertura agenda entro il 31/08/2020
4. Ottimizzazione dell'utilizzo dei mezzi di contrasto in ambito radiologico	Applicazione delle linee guida ESUR e del documento di consenso SIRM-SIAAIC adottato dall'Azienda riguardante l'utilizzo dei mdc Valutazione delle motivazioni di eventuali sospensioni di esami radiologici con mdc a partire dal 01.07.2020	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con la SC Radiologia e con la SC Radiologia Gorizia-Monfalcone</b>	A partire dal 01.08.2020 almeno il 95% degli esami sospesi per problematiche relative al mezzo di contrasto deve essere aderente alle linee guida
5. Miglioramento del servizio offerto ai pazienti con patologia cardiaca attraverso l'utilizzo di percorsi dedicati	Analisi dei flussi di pazienti che afferiscono alla SC Cardiologia, SC Cardiochirurgia e CCV che necessitano di esami cardio-RM e cardio-TC richiesti presso la SC Radiologia OC Rimodulazione delle agende attualmente in uso	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con le SC Cardiologia, SC Cardiochirurgia e CCV</b>	Rimodulazione delle agende per esami cardio-TC e cardio-RM entro il 30/10/2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Miglioramento del servizio offerto ai pazienti in dialisi attraverso la realizzazione di percorsi dedicati	Analisi del flusso dei pazienti della SC Nefrologia e Dialisi sottoposti a ecografia dell'addome presso la SC Radiologia dell'OC e OM Creazione di agenda ecografica dedicata per i pazienti in dialisi afferenti alla SC Nefrologia e Dialisi	Dirigenti e comparto SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con la SC Radiologia e con la SC Nefrologia e Dialisi</b>	Apertura agenda entro il 31/10/2020
7. 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  <b>In comune con la SC Radiologia e con la SC Medicina Nucleare</b>	N. esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e radiologo (almeno il 95%)
8. Valutazione degli aspetti dosimetrici, dei criteri di appropriatezza e dei protocolli per gli esami TC ripetuti	Analisi dei dati dosimetrici raccolti con il programma tracking Dose Watch, con particolare attenzione ai pazienti che necessitano di indagini TC ripetute Presentazione al personale del DAI delle valutazioni dosimetriche effettuate, nell'ambito di un corso aziendale accreditato ECM Analisi delle indagini eseguite sui pazienti per i quali sia stato rilevato un indicatore di dose cumulativo (DPL) particolarmente alto Revisione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi per le indagini individuate Introduzione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi revisionati nella pratica clinica	Dirigenti e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con le SC Radiologia, SC Fisica Sanitaria e SC Medicina Nucleare</b>	Relazione sull'analisi dei dati dosimetrici, prodotta entro il 31.07.2020  Svolgimento del corso entro il 20.09.2020  Individuazione di due tipologie di indagine per le quali sia necessaria una revisione dei criteri di appropriatezza, entro il 30.09.2020 Documento di revisione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi, prodotto entro il 30.10.2020 Applicazione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi revisionati a partire dall'1.11.2020
9. Recupero attività radiologia senologica sospesa per emergenza COVID	Riorganizzazione dell'attività radiologica per consentire il recupero di parte dell'attività mammografica sospesa nel periodo di emergenza COVID	Dirigenti e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Effettuazione entro il 31 agosto 2020 di almeno 500 mammografie sospese nel periodo di emergenza COVID
10. 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 Diagnostica ed Interventistica	Target: > 80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		<b>In comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SC Radiologia, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica</b>	nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
11. 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  <b>In comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), le SC Radiologia, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica</b>	Target: > 50% 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
12. Dose Tracking per le apparecchiature del Complesso Operatorio	Creazione di un database per la registrazione degli indicatori dosimetrici (tempo di fluoroscopia e DAP) per le procedure interventistiche eseguite nelle Sale Operatorie	Coordinatori e TSRM SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Registrazione delle informazioni richieste per almeno l'80% delle procedure interventistiche eseguite nel 2020
13. Gestione del corretto processo di inserimento operativo e valutazione delle competenze del personale tecnico sanitario neo assunto	Ricerca documentale di evidenze, linee guida, norme di riferimento, legislazione e regolamenti. Definizione e redazione della nuova procedura aziendale e del sistema di valutazione delle competenze; condivisione e coinvolgimento di tutti i DAI, nel processo di redazione per l'area di competenza Validazione e diffusione aziendale delle nuove procedure per l'inserimento del personale tecnico sanitario neo assunto.	RTD dei DAI Medicina dei Servizi, Medicina Trasfusionale e Diagnostica per immagini.  Coordinatori Tecnici delle SS.CC. dei DAI Medicina dei Servizi, Medicina Trasfusionale e le Strutture del DAI Diagnostica per immagini.  TSLB e TSRM dei Dipartimenti coinvolti e individuati quali tutor didattici per l'inserimento del personale neo assunto.	Evidenza dell'avvenuta validazione e diffusione aziendale della nuova procedura e del processo di valutazione. Uniformità aziendale del processo di inserimento e valutazione delle competenze del personale tecnico sanitario neo assunto;
14. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
15. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## SSD Radiologia Interventistica Endovascolare

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Garantire le procedure di posizionamento di drenaggi di raccolte ascessuali mediante guida radiologica in pazienti settici in urgenza (h 24)	Modificare l'elenco delle procedure di radiologia interventistica garantite in urgenza e darne comunicazione tramite la Direzione Sanitaria ai reparti interessati	Personale medico/comparto (IP e TSRM) della SC di Radiologia Diagnostica ed Interventistica	1. Documento attestante l'avvenuta comunicazione ai reparti. 2. Numero di procedure di drenaggi eseguiti in urgenza desunto dal G2 clinico
2. Formazione di un secondo operatore nelle procedure di crioablazione e termoablazione con microonde o radiofrequenza di lesioni focali epatiche e renali	Organizzare le sedute di termoablazione/crioablazione prevedendo la presenza di 2 radiologi interventisti	Personale medico/comparto (IP e TSRM) della SC di Radiologia ed Interventistica	Almeno 6 procedure/operatore/anno di "crioablazioni" e "termoablazioni" eseguite dai radiologi interventisti in formazione
3. Formazione dei radiologi interventisti nell'esecuzione delle procedure di posizionamento di nefrostomie percutanee	Organizzare le procedure prevedendo la presenza di 2 radiologi interventisti	Personale medico/comparto (IP e TSRM) della SC di Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Almeno 3 procedure/operatore/anno (riparametrate considerando la possibilità di utilizzo del litotritore)
4. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Rispetto Budget in rapporto all'attività quali-quantitativa svolta.	Razionalizzazione dei consumi in rapporto ai volumi quali-quantitativi di attività Diagnostica e Terapeutica.	Responsabile SC	Costi beni di consumo $\Delta \pm 20$ . Attività prestazioni ambulatoriali Medicina Nucleare e capacità attrazione. 31/10/2020
2. 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  <b>In comune con le SC Radiologia Diagnostica e Interventistica OC e SC Radiologia OM</b>	N. esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e medico radiologo (almeno il 95%)
3. 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.	Dirigenti e Comparto <b>In comune con SC Radioterapia e SC Fisica Sanitaria</b>	N° esami PET-TAC eseguiti per pianificazione radioterapeutica (almeno 10 esami PET/TC). 31/12/2020
4. Valutazione degli aspetti dosimetrici, dei criteri di appropriatezza e dei protocolli per gli esami TC ripetuti .	1) Analisi dei dati dosimetrici raccolti con il programma tracking Dose Watch, con particolare attenzione ai pazienti che necessitano di indagini TC ripetute 2) Presentazione al personale del DAI delle valutazioni dosimetriche effettuate, nell'ambito di un corso aziendale accreditato ECM 3) Analisi delle indagini eseguite sui pazienti per i quali sia stato rilevato un indicatore di dose cumulativo (DPL) particolarmente alto 4) Revisione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi per le indagini individuate 5) Introduzione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi revisionati nella pratica clinica	Dirigenti e Comparto SC Medicina Nucleare  <b>In comune con la Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SC Radiologia e SC Fisica Sanitaria</b>	1) Relazione sull'analisi dei dati dosimetrici, prodotta entro il 31 luglio 2020 2) Svolgimento del corso entro il 20 settembre 2020 3) Individuazione di due tipologie di indagine per le quali sia necessaria una revisione dei criteri di appropriatezza, entro il 30.09.2020 4) Documento di revisione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi, prodotto entro il 31.10.2020 5) Applicazione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi revisionati a partire dall'1.11.2020
5.	Mantenimento del protocollo già in atto per le pazienti all'avvio del trattamento anche nelle donne già in trattamento	Dirigenti e Comparto  <b>In collaborazione</b>	Revisione del protocollo in essere con implementazione in relazione alle

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente con carcinoma mammario</p> <p>Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi indotta dai trattamenti farmacologici (chemioterapia e /o Terapia ormonale) nelle pazienti affette da carcinoma mammario</p>	<p>Integrazione del suddetto protocollo con organizzazione iter per donne già trattate/ in trattamento che accedono alla SC CSO-SSD OSARF per follow up (in relazione a tipo /momento e durata del trattamento )</p>	<p><b>SC Medicina Interna</b> <b>SC CSO-SSD OSARF</b></p>	<p>indicazioni per accesso al percorso per le pazienti già in trattamento</p> <p>Giugno 2020</p> <p>Avvio al percorso &gt; 80% delle donne afferenti alla struttura ad avvio trattamento</p> <p>Identificazione e avvio al percorso per almeno ulteriori 40 pazienti in corso di follow up che rispondano ai requisiti identificati dalla revisione del protocollo</p> <p><b>N° prestazioni MOC eseguite e refertate</b></p> <p>Fonte dati: G2, referti firmati, impegnative prodotte per accesso ai servizi</p> <p>Dicembre 2020</p>
<p>6. Ottimizzazione della prenotazione esami PET/TC e scintigrafie ossee per l'area Isontina</p>	<p>Creazione percorso facilitato per i pazienti dell'area isontina attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prenotazione diretta di scintigrafie ossee oncologiche tramite agende CUP dedicate.</li> <li>2. creazione di liste d'attesa CUP WEB per la prenotazione degli esami diagnostici ambulatoriali PET/TC.</li> </ol>	<p><b>Comparto</b></p>	<p>Evidenza di scintigrafie prenotate in agenda dedicata dall'area Isontina</p> <p>Evidenza di PET/TC per Utenti ambulatoriali prenotate con lista d'attesa CUP WEB</p> <p>Dicembre 2020</p>
<p>7. Emergenza COVID: Piano Aziendale</p>	<p>Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI</p>	<p>Direttore Dirigenti Coordinatore Comparto</p>	<p>Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura</p>
<p>8. Attività scientifica e di ricerca</p>	<p>Produzione di attività scientifica e di ricerca</p>	<p>Tutta la struttura</p>	<p>Almeno due pubblicazioni</p>
<p>9. Coordinamento attività clinica assistenziale</p>	<p>Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie del distretto toracico all'interno di ASUGI</p>	<p>Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone</p> <p>In comune con</p> <p>SC Pneumologia Trieste e SC Pneumologia Gorizia/Monfalcone</p> <p>SC Chirurgia Toracica</p> <p>SC Anatomia Patologica</p> <p>SC Radioterapia</p> <p>SC Radiologia OC e OM</p> <p>SC Medicina Nucleare</p>	<p>Relazione entro 31/12/2020</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Creazione di un'agenda "Tumorboard Multidisciplinare"	Creazione nuova agenda G2 per inserimento dei dati dei pazienti da discutere in sede Skin Cancer Unit Multidisciplinare	Direttore S.C. Dermatologia In condivisione SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Radioterapia SC Chirurgia generale SC Anatomia Patologica SC ORL S.C. Medicina Nucleare	1. Creazione di un documento dell'attività svolta e coordinata formalmente sottoscritto con documentazione delle presenze/assenze durante le sedute del Tumorboard 2. Tracciabilità del percorso dopo discussione



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1</p> <p>Attività di Fisica Sanitaria da svolgere presso gli ospedali di Gorizia e Monfalcone</p>	<p>Il Datore di Lavoro ha l'obbligo di servirsi delle figure professionali presenti nella SC di Fisica Sanitaria per i seguenti decreti legati alla sicurezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D.Lgs. 230/95 – Radioprotezione</li> <li>- D.Lgs. 81/08 – Agenti Fisici</li> <li>- D.M. 2/8/91 – Risonanza Magnetica</li> <li>- D.Lgs. 187/00 – Radioprotez. Pazienti</li> </ul> <p><i>Requisiti necessari:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.– Ripristinare la Struttura Semplice di Radioprotezione</li> <li>2. - Avviare un avviso pubblico per un dirigente fisico (vedi scheda budget del personale dirigente)</li> <li>3 – Assunzione di un nuovo tecnico sanitario di radiologia</li> </ol>	<p>Direttore</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ottemperanza ai decreti citati anche presso gli ospedali di Gorizia e Monfalcone.</li> <li>2. Proposta formale motivata delle nomine dei dirigenti fisici di ASUGI quali responsabili dei citati decreti.</li> </ol>
<p>2.</p> <p>Valutazione degli aspetti dosimetrici, dei criteri di appropriatezza e del corretto utilizzo dei protocolli per gli esami TC ripetuti</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi dei dati dosimetrici raccolti con il programma di dose tracking Dose Watch , con particolare attenzione ai pazienti che necessitano di indagini TC ripetute.</li> <li>2. Presentazione al personale del DAI delle valutazioni dosimetriche effettuate, nell'ambito di un corso aziendale accreditato ECM</li> <li>3. Analisi delle indagini eseguite sui pazienti per i quali sia stato rilevato un indicatore di dose cumulativo (DLP) particolarmente alto</li> <li>4. Revisione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi per le indagini individuate</li> </ol>	<p>Dirigenti e comparto</p> <p><b>In comune con</b>  <b>SC Radiologia Diagnostica e Interventistica</b>  <b>SC Radiologia</b>  <b>SC Medicina Nucleare</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relazione sull'analisi dei dati dosimetrici, prodotta entro il 31 luglio 2020.</li> <li>2. Svolgimento del corso entro il 20 settembre 2020</li> <li>3. Individuazione di due tipologie di indagine per la quali sia necessaria una revisione dei criteri di appropriatezza, entro il 30.09.2020</li> <li>4. Documento di revisione dei criteri di appropriatezza e dei protocollo operativi, prodotto entro il 30.10.2020</li> <li>5.</li> </ol>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	5. Introduzione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi revisionati nella pratica clinica		Applicazione dei criteri di appropriatezza e dei protocolli operativi revisionati a partire dall'1.11.2020
3 Azione finalizzata all'ottimizzazione impiego PET/TC	Utilizzo dell'imaging PET/TC per la pianificazione e definizione in radioterapia del volume bersaglio da irradiare e la dose terapeutica ad esso prescritta.	Dirigenti e comparto <b>In comune con SC Medicina Nucleare e Radioterapia</b>	N° esami PET-TAC eseguiti per pianificazione radioterapeutica (almeno 10 esami PET/TC)  Esiti 20/12/2020
4 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	Dirigenti e comparto <b>In comune con SDD breast unit e SC Radioterapia</b>	Realizzazione IORT in un'unica seduta nei casi eligibili come da protocollo elaborato (almeno 15 casi) Base dati G2 e Data Breast
5 Report attività didattica e di tutoraggio	Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico	Direttore e coordinatore	Report annuale su almeno due tutoraggi con valutazione finale specifica.
6 Valutazione attività di ricerca	Monitoraggio attività di ricerca	Direttore e coordinatore	Almeno due pubblicazioni
7. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

PRESIDIO OSPEDALIERO DI GORIZIA E MONFALCONE

SC Direzione medica ospedaliera Gorizia – Monfalcone

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.	Definizione dei criteri di priorità per inserimento dei pazienti nelle liste di attesa per ogni singola classe A, B, C e tipologia di intervento	Dirigenti Struttura	Verifica della corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
2. Trasparenza e aggiornamento liste di attesa per intervento	Elaborazione ed invio alle SSCC Chirurgiche dell'elenco errori/potenziali errori nelle liste di attesa per ricovero programmato – triennio 2018-2020 per tutte le priorità e verifica dell'effettuazione degli aggiornamenti necessari	Tutta la Struttura	1. Predisposizione report e invio a tutte le SSCC chirurgiche 2. Verifica dell'aggiornamento nelle Strutture che presentano errori alla rilevazione
3. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Referenti infermieristici DMO	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
4. Allineamento delle procedure interne tra Presidi Ospedalieri: gestione dei certificati di morte	Revisione del percorso di gestione dei certificati di morte afferenti alla direzione di presidio	Dirigenti	Stesura di una procedura operativa comune tra i due Presidi Ospedalieri per la gestione dei certificati di morte
5. Assicurare la valutazione multidimensionale a tutte le persone prese in carico: garantire continuità territorio ospedale territorio	Riorganizzazione attività di dimissione protetta PUA ICA	Referenti infermieristici DMO GO MO In collaborazione con <i>Responsabile del Distretto Referente Infermieristico Distretto Coordinatori Infermieristici PUA Referente Dirigente infermieristico ex AAS2 P.U.A. I.C.A.</i>	Creazione di un team unico ( <i>a prescindere dalla appartenenza amministrativa dei dipendenti</i> ) con evidenza di procedure di valutazione e presa in carico distrettuali omogenee entro novembre 2020.
6. Partecipazione al programma di monitoraggio degli indicatori regionali	Trasmissione alla DCS degli indicatori regionali sul rischio clinico entro le scadenze richieste.	Struttura	Evidenza del report di trasmissione alla DCS degli indicatori regionali sul rischio clinico entro le scadenze richieste.  In comune con DMO TS

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Valorizzazione del personale di supporto per potenziare l'assistenza nelle Unità Operative/servizi	Stesura di un progetto con: - Definizione delle finalità, - competenze, - obiettivi - servizi da erogare alla persona nei diversi ambiti assistenziali	Referenti infermieristici DMO Coordinatore Infermieristico DMO Personale comparto	Evidenza del progetto come da azione con identificazione del gruppo e tempistica delle fasi di fattibilità.  In comune con DMO TS
8. Emergenza COVID-19. Assistenza nutrizionale a pazienti SARS-Cov2 in area critica con necessità di nutrizione artificiale	Ricerca delle evidenze scientifiche in tema di nutrizione e SARS-CoV2 Produzione di un protocollo sull'assistenza nutrizionale (nutrizione artificiale e per via naturale)	Servizio di Dietetica - Area Isontina Personale dietista	Protocollo inviato all'area di emergenza di Gorizia e reso disponibile per i reparti di degenza dei pazienti critici SARS-CoV2  Entro il 31 marzo 2020
9. Emergenza COVID-19. Riorganizzazione attività del servizio di dietetica con l'obiettivo di garantire una assistenza nutrizionale nel rispetto della sicurezza di pazienti e operatori	Riorganizzazione area ambulatoriale (grande obesità, divisionali, diabetologia) • individuazione delle modalità di erogazione • criteri identificativi dei pazienti da sospendere • criteri identificativi dei pazienti da trattare con modalità di contatto alternativi alla presenza in ambulatorio • attività in remoto	Servizio di Dietetica – Area Isontina Personale dietista	Evidenza di continuità di servizio senza interruzione: mantenimento attività con adozione delle opportune misure di sicurezza e/o con modalità alternative alla visita dietistica in presenza: • se risposta al 100% delle richieste ricevute = obiettivo raggiunto) • se risposta inferiore al 100% delle richieste ricevute = obiettivo raggiunto in proporzione Entro il 30 giugno 2020
	Riorganizzazione mensa dipendenti 1. azioni per la messa in sicurezza in emergenza 2. azioni per il graduale ripristino delle modalità pre-emergenza	Servizio di Dietetica – Area Isontina e SCIAN – Area Isontina Personale dietista	Evidenza di continuità di servizio senza interruzione : apertura continuativa delle mense area isontina:  Entro il 31 dicembre 2020
	Riorganizzazione attività nutrizione artificiale domiciliare	Servizio di Dietetica - Area Isontina e SCIAN - Area Isontina Personale dietista	Evidenza di continuità di servizio senza interruzione: mantenimento attività con adozione delle opportune misure di sicurezza e/o con modalità alternative alla visita dietistica in presenza: • se risposta al 100% delle richieste ricevute = obiettivo raggiunto)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• se risposta inferiore al 100% delle richieste ricevute = obiettivo raggiunto in proporzione</li> </ul> <p>Entro il 30 giugno 2020</p>
	Riorganizzazione area degenze	Servizio di Dietetica - Area Isontina e SCIAN - Area Isontina Personale dietista	<p>Evidenza di continuità di servizio senza interruzione: mantenimento attività di consulenza per i reparti con adozione delle opportune misure di sicurezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• se risposta al 100% delle richieste ricevute = obiettivo raggiunto)</li> <li>• se risposta inferiore al 100% delle richieste ricevute = obiettivo raggiunto in proporzione</li> </ul> <p>Entro il 30 giugno 2020</p>
10. Revisione e razionalizzazione del Dietetico Ospedaliero – area isontina	Valutazione delle diete speciali attualmente presenti nel dietetico ospedaliero e nel sistema di prenotazione pasti	Servizio di Dietetica - Area Isontina Personale dietista	<p>Valutazione di almeno 1/4 dei regimi dietetici attualmente in vigore (n. 200). Evidenza delle modifiche apportate (qualora necessarie)</p> <p>Entro 31 dicembre 2020</p>
11. Uniformare il protocollo di sorveglianza sanitaria tra area Giuliana ed Isontina	Aggiornamento protocollo	Medico Competente  Obbiettivo condiviso con SC Medicina del Lavoro Trieste e Medico Competente Dipartimento assistenza Territoriale area Giuliana (dott.ssa Maria Peresson)	Stesura di un protocollo di sorveglianza sanitaria comune a tutta la ASUGI.
12. Valutazione specialistica a pazienti con elevato rischio infettivo	Consulenza programmata a cadenza settimanale presso il servizio di Diabetologia del P.O. di Monfalcone per la valutazione regolare dei pazienti ad alto rischio	Infettivologo	attività come da azione svolta nel corso dell'anno

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e Comparto	Evidenza del completo allineamento dell'attività CUP alle procedure e regolamentazioni aziendali ASUGI
Adempimenti dinamici connessi alla gestione dell'emergenza - Assicurare nell'emergenza la operatività della Struttura	Indicazioni operative sui centralini, portieri, autisti sul corretto comportamento da tenersi a seguito delle indicazioni del SSPPGA per contenere in caso di contagio la diffusione del Covid-19 tra gli operatori	Dirigenza e Comparto	Evidenza della predisposizione operativa di un'organizzazione del lavoro con i massimi criteri di sicurezza da attivare in caso di necessità per pandemia COVID

SC Radiologia Gorizia - Monfalcone

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Sinergia tra le SC Radiologia ASUGI	Analisi dei volumi e delle tipologie di attività presso le 3 SC Radiologia di ASUGI	Direttore DAI Diagnostica per Immagini  <b>In comune con i Direttori SC Radiologia Diagnostica e Interventistica, SC Radiologia, SC Radiologia Gorizia-Monfalcone e RTD DAI</b>	Produzione di documento entro il 31/07/2020 con evidenza delle specificità e proposta di eventuale indirizzamento dei pazienti presso le diverse strutture e/o mobilità dei professionisti
Ottimizzazione gestione paziente oncologico	Revisione della letteratura relativa all'imaging RM per la stadiazione del Ca del retto Produzione di format per referto strutturato	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con le SC Radiologia, SC Radiologia Gorizia-Monfalcone e SC Cl. Chirurgica</b>	Produzione di format per referto strutturato RM per stadiazione del Ca del retto entro il 31/08/2020 Almeno il 90% dei referti RM per stadiazione del Ca del retto refertati utilizzando il format strutturato a partire dal 01/09/2020
Ottimizzazione gestione paziente oncologico	Revisione della letteratura relativa all'imaging TC per stadiazione del Ca del pancreas Produzione di format per referto strutturato	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con le SC Radiologia, SC Radiologia Gorizia-Monfalcone e SC Cl. Chirurgica</b>	Produzione di format per referto strutturato TC per stadiazione del Ca del pancreas entro il 31/08/2020 Almeno il 90% dei referti TC per stadiazione del Ca del pancreas refertati utilizzando il format strutturato a partire dal 01/09/2020
Ottimizzazione dell'utilizzo dei mezzi di contrasto in ambito radiologico	Applicazione delle linee guida ESUR e del documento di consenso SIRM-SIAAIC adottato dall'Azienda riguardante l'utilizzo dei mdc Valutazione delle motivazioni di eventuali sospensioni di esami radiologici con mdc a partire dal 01.07.2020	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica  <b>In comune con la SC Radiologia e con la SC Radiologia Gorizia-Monfalcone</b>	A partire dal 01.09.2020 almeno il 95% degli esami sospesi per problematiche relative al mezzo di contrasto deve essere aderente alle linee guida
Gestione CUP delle agende	Gestione di tutte le agende di diagnostica per immagini da parte del CUP, realizzazione agenda per controlli nell'ambito di specifici follow up	Direttore	Tutte le agende sono gestite dal CUP, è attiva una agenda per i controlli per TC oncologia, ECO addome con nefro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Valutazione appropriatezza	Attivazione tavolo con PS Go Mo per indicazioni e valutazione appropriatezza TC Cranio	Radiologia In collaborazione con P.S e Neurologia	Produzione e applicazione di linee guida effettuato almeno 1 audit con ciascun PS
Protocolli con SC Urologia	Discussione multidisciplinare delle risonanze della prostata in relazione alla successiva ecografia prostatica con metodica fusion imaging per biopsia mirata	Dirigenti medici	almeno una riunione multiprofessionale al mese a partire da settembre con evidenza delle analisi trattate
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Coordinatori Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



**DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE**

<b>Obiettivo generale</b>	<b>Azione</b>	<b>SC / Personale</b>	<b>Indicatore /risultato/tempo</b>
Adeguamento Struttura per emergenza COVID	Ridistribuzione degli spazi all'interno dei Reparti di Ostetricia e Pediatria con razionalizzazione degli stessi in funzione dell'emergenza Covid e delle linee programmatiche per la gestione del BRO (basso rischio ostetrico)	Direttore RID	Realizzazione lavori e definizione procedure di lavoro sicure
Riorganizzazione percorsi condivisi per la gestione consulenze Pronto Soccorso per Ostetricia-Ginecologia e Pediatria nei sospetti casi Covid	Identificazione spazi per percorso fuori reparto. PDTA.	Direttore RID	Realizzazione lavori e definizione protocollo

## SC Ostetricia e ginecologia Gorizia - Monfalcone

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
1 Concentrazione interventi oncologici in unica sede criteri PNE	Revisione PDTA sulla gestione del carcinoma ovarico in condivisione con la clinica ginecologia del Burlo	Sc Ost Gin GOMO Clinica Ost. Gin Burlo	Elaborazione del percorso della paziente con Ca ovarico in collaborazione con Burlo
2. Miglioramento percorsi presa in carico della paziente oncologica ginecologica	Implementazione lavoro del GOG Revisione PDTA Ca ovaio, Endometrio, Cervice	Sc Ost Gin GOMO SC Oncologia ASUGI, Monf/GO SSD OSARF SC Anat Patol SC Radioterapia TS IRCCS Burlo	Produzione PDTA condivisi
3 Tagli cesarei primari	Mantenere i livelli di appropriatezza assistenziale favorendo il parto eutocico	Direttore Dirigenti medici	Tagli cesarei primari ≤ 15%
4 contenimento/ riduzione delle episiotomie	Riduzione % episiotomie versus perineo integro nell'assistenza al parto vaginale Fonte citata OMS come indicatore di appropriatezza	Sc Ostetricia e Ginecologia Ostetriche	Mantenimento/riduzione % episiotomie nei parti spontanei (8% nel 2019)
5 Chirurgia Oncologica	Tempi attesa interventi oncologici classe A 90%	Tutta la Struttura	Rispetto 90% Tempi Attesa interventi oncologici classe A: utero
6 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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
7 Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Ostetrica	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
8 Percorso nascita integrato	Consolidamento del percorso integrato ospedale territorio post dimissione madre -bambino	SC Età Evolutiva, Famiglia e Disabilità Sc Ostetricia e Ginecologia Sc Pediatria	Evidenza del percorso e del monitoraggio delle attività predisposte

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
			100% schede dei neonati sani alla dimissione afferenti all'area Isontina
9 Percorso nascita integrato con area triestina	Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce	SC Età Evolutiva, Famiglia e Disabilità Sc Ostetricia e Ginecologia Sc Pediatria In collaborazione con il Burlo Garofalo .	1. Definizione di protocollo aziendale, accompagnamento e dimissioni protette per gravidanze in età precoce 2. Definizione di protocollo aziendale per i neonati esposti.
10 Formazione ostetriche	Affiancamento sul campo se personale neo assunto Considerato che il personale ostetrico in servizio è già formato per la gestione della gravidanza a basso rischio dal 2012	Coordinatrice Ostetrica	Assicurata formazione ostetriche di nuova assunzione che seguono gravidanze a basso rischio
11 Allattamento al seno:	garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale	Direttore Coordinatrice	85% operatori dedicati formati in Azienda compatibilmente con le restrizioni per emergenza COVID
12 Istituzione di gruppo multidisciplinare per la diagnosi e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico	Creazione di Gruppo Multidisciplinare con specialisti di Urologia e/o Proctologia e/o Ginecologia e/o Fisiatria Fisioterapisti Dedicati. Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla costituzione del Gruppo di Lavoro per la stesura dei PDTA delle patologie da trattare	Dirigenti Medici Fisioterapisti dedicati Infermieri delle sc degli Specialisti interessati	Costituzione del Gruppo di Lavoro e stesura dei PDTA per le patologie da trattare
13. EMERGENZA COVID-19	Predisposizione di un percorso specifico per le gravide e pazienti ginecologiche sospette e positive COVID-19. 1.Istituzione di un area dedicata e separata dal reparto 2.elaborazione di un PDTA "PROCEDURA COVID-19 IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA"	Sc Ostetricia e Ginecologia In collaborazione con IRCCS Burlo	Evidenza del percorso e del PDTA
14. PAL 2020 GECT Alto Isontino	Progetto percorso nascita GECT-GO Continuazione ed implementazione del progetto Percorso Nascita GECT-GO già avviato negli anni precedenti.	SC Età Evolutiva, Famiglia e Disabilità Sc Ostetricia e Ginecologia	Evidenza attività come da azione
15. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
	ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico		
16. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
17. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
Emergenza COVID	Riorganizzazione del reparto di Pediatria in funzione dell'emergenza	Direttore SC	Evidenza dell'attività come da azione
Sistema di rilevazione allattamento al seno alla dimissione	Registrazione in Intranet- allattamento	COMPARTO	100% schede inserite entro 1 mese dalla dimissione
Accreditamento UNICEF	Compilazione scheda di autovalutazione, costituzione gruppo di lavoro aziendale	DIRIGENZA E COMPARTO	Autovalutazione, bozza Policy, gruppo di lavoro costituito
Screening neonatali	inserimento di tutte le risposte degli screening nei rispettivi applicativi (padova , burlo, pordenone)	COMPARTO	100% dei neonati screenati inseriti negli applicativi
6 Percorso nascita integrato	Consolidamento del percorso integrato ospedale territorio post dimissione madre -bambino	SC Età Evolutiva, Famiglia e Disabilità Sc Ostetricia e Ginecologia Sc Pediatria	1. Evidenza del percorso e del monitoraggio delle attività predisposte 2. 100% schede dei neonati sani alla dimissione afferenti all'area Isontina
uniformare gestione e trattamento patologia del neonato con irccs burlo	elaborazione e condivisione di protocolli comuni sulla gestione di patologie neonatali	DIRIGENZA E COMPARTO	n .2 protocolli condivisi con burlo
Percorso nascita integrato con area triestina	Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce	SC Età Evolutiva, Famiglia e Disabilità Sc Ostetricia e Ginecologia Sc Pediatria In collaborazione con il Burlo Garofalo .	1. Definizione di protocollo aziendale, accompagnamento e dimissioni protette per gravidanze in età precoce 2. Definizione di protocollo aziendale per i neonati esposti.
Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## DIPARTIMENTO CHIRURGICO DI GORIZIA MONFALCONE

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Diminuzione tempi di attesa per la chirurgia oncologica	Definizione di percorsi brevi di diagnostica e specialistica per le diverse tipologie di patologia neoplastica di interesse chirurgico nelle sedi di Trieste, Gorizia e Monfalcone.	Direttore e RID Dipartimento	1. Almeno tre percorsi formalizzati e operativi entro il 31 dicembre per ogni sede.
2. Chiusura della week surgery di Gorizia e sua conversione in long surgery	Assegnazione di personale infermieristico per garantire l'apertura dell'attuale week surgery durante i weekend e giorni festivi. Formulazione di un piano di lavoro	Direttore e RID Dipartimento	Conversione dei letti di week surgery di Gorizia in long surgery al 31.12.2020
3. 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 Assegnazione del personale della dirigenza e del comparto necessario per raggiungere l'obiettivo	Direttore e RID Dipartimento  <b>In comune con Responsabile Blocco Operatorio Monfalcone</b> <b>Direttori SOC Anestesia</b> <b>Coordinatori Blocchi operatori GOMO</b>	1. Stesura di un protocollo entro il 30.09.2020 2. Attivazione delle sedute operatorie entro il 31.12.2020.
4. Riduzione tempi d'intervento dei blocchi operatori Gorizia-Monfalcone	monitoraggio tempi su apposito registro predisposizione report mensile riunioni trimestrali gruppo di lavoro per predisposizione misure	<ul style="list-style-type: none"> <li>comparto (sala e nurse GoMo)</li> <li>Responsabile Blocco Operatorio Monfalcone</li> <li>Direttore Dipartimento Chirurgico</li> </ul> <b>in comune con anestesia GoMo</b>	1. Evidenza report mensili con analisi dei dati a partire dall'1 ottobre 2020 e sintesi delle Criticità 2. Elaborazione di un Programma di miglioramento

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Revisione Checklist peri-operatoria	Identificazione gruppo di lavoro multidisciplinare e pianificazione incontri annuali. Elaborazione cartella peri-operatoria e Check-List Utilizzo sperimentale su tutto il Dipartimento Chirurgico della cartella peri-operatoria e Check-list	Coordinatrici e personale del Dipartimento chirurgico Gorizia-Monfalcone Blocchi Operatori e Degenza.	Elaborazione nuova cartella peri-operatoria e Check-List condivisa e relazione finale della fase di sperimentazione 31 Dicembre 2020
6. Organizzazione: pianificazione dimissione paziente ortopedico	Identificazione gruppo di lavoro e pianificazione incontri periodici Valutazione paziente (in base a compilazione cartella, Scheda Norton, condizioni paziente in base a autonomia, rete familiare, ...) Elaborazione proposta dimissione	Coordinatrici Dipartimento Chirurgico Gorizia-Monfalcone, Personale infermieristico e di Supporto (OSS) Degenze Dipartimento Chirurgico di Gorizia-Monfalcone, ICA e PUA	1. Elaborazione di tutti i passaggi necessari a identificare il percorso più consono ad ogni paziente e successiva sperimentazione 2. Evidenza di segnalazione della richiesta di attivazione del percorso di dimissione inoltrata come SRD, RSA o RI, o FKT ambulatoriale entro 7 giorni dal ricovero Nel 80% Artroprotesi anca Nel 80% Artroprotesi ginocchio Nel 5% fratture di Femore  31 dicembre 2020
7. Consigli dimissione pazienti ortopedici APA e APG	Identificazione gruppo di lavoro e pianificazione incontri periodici Elaborazione illustrativo informazioni Consegna informativo	Coordinatrici Degenze Dipartimento Chirurgico di Gorizia - Monfalcone Personale infermieristico	Evidenza di creazione dell'informativa 31 dicembre 2020
8. Consigli dimissione pazienti chirurgiche senologiche	Identificazione gruppo di lavoro e pianificazione incontri periodici Elaborazione illustrativo informazioni Consegna informativo	Coordinatrici Degenze Dipartimento Chirurgico di Gorizia e Personale infermieristico, Referente ambulatoriale senologia	Evidenza creazione della brochure informativa 31 dicembre 2020
9. Consigli dimissione pazienti urologici dimessi con Catetere Vescicale	Identificazione gruppo di lavoro e pianificazione incontri periodici Elaborazione illustrativo informazioni Consegna informativo	Coordinatrici Degenze Dipartimento Chirurgico di Gorizia, Personale Infermieristico Degenza e Ambulatorio	Messa a punto brochure da consegnare alla dimissione per la gestione del catetere vescicale a domicilio. 31 dicembre 2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Elaborazione di procedure sulla preparazione pre-operatoria per ogni singolo intervento	Identificazione gruppo di lavoro e pianificazione incontri periodici Elaborazione schede illustrative della tricotomia per ogni singolo intervento	Coordinatrici Degenze Dipartimento Chirurgico di Gorizia e Personale infermieristico e di supporto (OSS)	Creazione informative a disposizione di tutto il personale 31 dicembre 2020
11. 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 Blocco Operatorio Gorizia-Monfalcone	Percentuale di comportamenti corretti Target >=80% Rilevazione dati scheda Entro 31/12/2020
12. Raggiungimento delle performance Qualitative Standard New - Out dei Coordinatori Dipartimentali neo-nominati	Formulazione delle performance attraverso Job Description dei Coordinatori di area chirurgica con definizione competenze di tipo manageriale	Referente infermieristico Dipartimento Chirurgico GOMO anno 2020	Realizzazione del documento Job Description specifico dell'area chirurgica dei coordinatori entro il 31 -12-2020
13. Inserimento di documentazione infermieristica assistenziale in cartella Chirurgia-Orl sede Monfalcone	Creazione di una scheda di accoglimento e dimissione del paziente attraverso organizzazione di riunioni multidisciplinari (infermieri Oss)	Infermieri e OSS Chirurgia, Orl, ambulatorio chir e orl, pre ricovero, segreteria	1. Presenza scheda e utilizzo entro novembre 2. Valutazione analitica ed eventuali modifiche entro 2020
14. Identificazione percorso pazienti disabili sottoposti a interventi odontoiatrici	Identificazione gruppo di lavoro elaborazione percorso in comune con Day Hospital chirurgico e area di degenza per pazienti disabili e ambulatoriale.	Personale infermieristico e di supporto	Creazione Informative a disposizione di tutto il personale



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Emergenza COVID19</p>	<p>1. chiusura delle sale operatorie di Gorizia per consentire l'apertura della rianimazione covid. con spostamento di personale, attrezzature ed attività a Monfalcone. 2. Presenza di medici chirurghi per supporto a dirigenti a prevenzione, PS e a Rianimazione 3. mantenere aperto l'ambulatorio bariatrico per i nostri pazienti operati mediante contatto telefonico 4. effettuazione di meeting multidisciplinari bariatrici in videoconferenza</p>	<p>Dirigenza e comparto</p>	<p>1. Evidenza dello spostamento dell'attività a Monfalcone 2. Evidenza dei turni effettuati presso le altre Strutture come da azione 3. Documentazione dei contatti mantenuti dall'ambulatorio 4. Verbali degli incontri con evidenza degli argomenti trattati e delle relative conclusioni</p>
<p>2. Definizione dei criteri di inserimento dei pazienti nella lista di attesa chirurgica e delle relative procedure.</p>	<p>Definizione dei criteri di priorità per inserimento dei pazienti nelle liste di attesa per ogni singola classe A, B, C e tipologia di intervento</p>	<p>Direttore SC</p>	<p>1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020</p>
<p>3. Gestione liste attesa</p>	<p>Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato</p>	<p>Direttore SC Coordinatore Infermieristico Area Ambulatoriale Segreterie prericovero</p>	<p>Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Messa in rete con Gorizia e Monfalcone per patologie epatobiliopancreatiche gravi	1. produzione di un protocollo condiviso con internisti e chirurghi di Monfalcone e Gorizia, gastroenterologi e chirurghi di Trieste per la presa in carico centralizzata di patologie epatobiliopancreatiche maggiori	1. Dirigenti SC Chirurgia Monfalcone e Gorizia 2 Dirigenti Medicina Interna Monfalcone 3 Dirigenti SC Gastroenterologia 4 Dirigenti UCO Clinica Chirurgica	1. presenza del protocollo come da azione 2. report sui pazienti trasferiti
5. Riduzione lista d'attesa classe di priorità D	Produzione di una lista di pazienti con coelitiasi e laparocele potenzialmente trasferibili da TS a GO-MN	1. Dirigenti Clinica Chirurgica TS e SC Chirurgia Gorizia-Monfalcone	1. presenza lista come da azione 2. report analitico casi triestini operati a GO-MN ott-dic2020
6. 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 2. Evidenza della registrazione degli eventi avversi 3. Presenza della scheda di rilevazione della soddisfazione pazienti  Dal 15 settembre 2020 al 31 dicembre 2020
7. linee guida gestione dei pazienti con versamento pleurico	- Costruzione gruppo di lavoro - Revisione dei percorsi clinici in essere - Creazione di un PDTA condiviso	SOC di Chirurgia di Gorizia e Monfalcone  <b>In comune con.</b> <b>SOC di Medicina di Gorizia e Monfalcone</b> <b>SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone</b> <b>SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia</b> <b>SC Anestesia e Rianimazione di Monfalcone</b> <b>SOC Pneumologia Trieste</b> <b>SOC di Chirurgia Toracica di Trieste</b>	Creazione di un PDTA sulla gestione del drenaggio toracico

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Aggiornamento ed applicazione del protocollo per la gestione integrata delle patologie biliopancreatiche complesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costituzione di gruppo di lavoro ed aggiornamento del documento</li> <li>- Applicazione del protocollo</li> </ul>	Direttore SC In collaborazione con Direttori delle Strutture di : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicina interna area isontina,</li> <li>- Chirurgia generale e Gastroenterologia area triestina,</li> </ul> nell'aggiornamento personale medico ed infermieristico delle Strutture summenzionate nella parte applicativa	1. Produzione dell'aggiornamento entro 30 ottobre 2. Rendicontazione dei casi nell'ultimo trimestre
9. Inserimento di documentazione infermieristico assistenziale in cartella	Creazione di una scheda di accoglimento e dimissione del paziente attraverso organizzazione di riunioni multidisciplinari (infermieri Oss)	infermieri e OSS chirurgia, OrL, ambulatorio chir e orl, pre ricovero, segreteria	3. Presenza scheda e utilizzo entro novembre 4. Valutazione analitica ed eventuali modifiche entro 2020
10. Istituzione di gruppo multidisciplinare per la diagnosi e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico	Creazione di Gruppo Multidisciplinare con specialisti di Urologia e/o Proctologia e/o Ginecologia e/o Fisiatria Fisioterapisti Dedicati. Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla costituzione del Gruppo di Lavoro per la stesura dei PDTA delle patologie da trattare	Dirigenti Medici Fisioterapisti dedicati Infermieri delle sc degli Specialisti interessati	Costituzione del Gruppo di Lavoro e stesura dei PDTA per le patologie da trattare
11. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
12. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
13. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Modulare le prestazioni chirurgiche tra le due sedi</p>	<p>1. Trasferire progressivamente almeno il 50% delle Fratture del collo del femore giunte all'Ospedale di Gorizia (dati di riferimento 2019) presso la sede di Monfalcone.</p> <p>2. Alleggerire nel contempo la sede di Monfalcone di altro tipo di interventi per consentire carichi di lavoro adeguati.</p>	<p>Direttore SC Dirigenti Medici</p>	<p>1. Nell'ultimo trimestre 2020 viene effettuato il trasferimento a Monfalcone di almeno il 50% delle Fratture del collo del femore giunte all'Ospedale di Gorizia (2019 145 casi totali: ultimo trimestre= 36). Condizioni per la fattibilità: A. reintegro dell'équipe medica di Monfalcone (attualmente – 2 unità); B. 2 sale operatorie pomeridiane (14.30-19.30) dedicate alle settimana (anestesista, nurse, infermieri); C. permanenza di 1 SOC unica tra le 2 sedi.</p> <p>2. Nell'ultimo trimestre 2020 viene effettuato il trasferimento a Gorizia degli interventi per patologia degenerativa del piede e degli interventi per ricostruzione della cuffia dei rotatori con tecnica mini-open.</p>
<p>2. Obiettivo PAL: TRAUMA</p>	<p>1. Anche il relazione all'obiettivo 1.: trattamento della frattura di femore entro 48H in almeno l'80% dei casi giunti all'osservazione (Gorizia + Monfalcone).</p>	<p>Direttore SC Dirigenti Medici</p>	<p>Nell'ultimo trimestre 2020 l'obiettivo di PAL è raggiunto <i>(su dati 2019 stimati circa 75 casi = obiettivo 58)</i> Obiettivo raggiungibile solo se si verificano le condizioni di fattibilità dell'obiettivo precedente</p>
<p>3. Definizione dei criteri di inserimento dei pazienti nella lista di attesa chirurgica e delle relative procedure.</p>	<p>Definizione dei criteri di priorità per inserimento dei pazienti nelle liste di attesa per ogni singola classe A, B, C e tipologia di intervento per gli interventi di protesica (anca, ginocchio, spalla)</p>	<p>Direttore SC</p>	<p>1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 31 luglio. 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
4. Aggiornamento liste attesa in ADT: verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Infermieristico Area Ambulatoriale Segreterie prericovero	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
5. Degenza media pre-operatoria fratture < 1,5 gg	Organizzazione delle attività in funzione della riduzione dei tempi di attesa	Direttore SC Dirigenti Medici	Diminuzione valori 2019: Gorizia 2,09; Monfalcone 1,3
6. Attesa media pre-operatoria fratture <8gg	Organizzazione delle attività in funzione della riduzione dei tempi di attesa	Direttore SC Dirigenti Medici	Diminuzione valori 2019: Gorizia 9,7; Monfalcone 11,5
7. Tempi attesa: visita Ortopedica B, D e P 90%,	Organizzazione delle attività in funzione della riduzione dei tempi di attesa	Direttore SC Dirigenti Medici	Mantenimento volumi attività : vis Ortopedica B = 1.351
8. Completezza del foglio unico di terapia	Inserire nel foglio unico di terapia le informazioni previste	Dirigenti Medici	Miglioramento dato Dirigenti 2019 (dato annuo GO MO : 24%)
9. Sinergia con la Clinica Ortopedica dell'Ospedale di Cattinara	Stesura ed applicazione di un protocollo condiviso fra SC Ortopedia e Traumatologia Ospedale Gorizia e Monfalcone ed UCO Clinica Ortopedica Traumatologica Ospedale di Cattinara per la centralizzazione di patologie super-specialistiche: il protocollo deve disciplinare le modalità operative del trasferimento dei pazienti con le seguenti patologie: Da Gorizia/Monfalcone a Trieste: 1. Pazienti affetti da fratture complesse del cotile (colonna anteriore e/o colonna posteriore) e della pelvi 2. pazienti < 60 anni con rottura della cuffia dei rotatori/instabilità che richiedono intervento ricostruttivo in artroscopia 3. fratture complesse di omero prossimale e del cingolo scapolare	Direttore SC Dirigenti Medici Coordinatori Comparto	Stesura del protocollo entro 1 Settembre 2020  Relazione sulla casistica trasferita tra le 2 strutture dal 1.06.2020 al 31.12.2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>4. fratture esposte di gamba classificate come 3B o 3C secondo Gustilo (pazienti candidabili ad intervento ricostruttivo di ortoplastica)</p> <p>5. Altro secondo accordi fra i Direttori di Struttura</p> <p>Da Trieste a Gorizia:</p> <p>1. Trasferimento dei pazienti con patologia oncologica complessa dell'apparato locomotore</p> <p>Altro secondo accordi fra i Direttori di Struttura</p>		
10. Attivi scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni
11. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
12. Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari	Le prescrizioni di biosimilari effettuate tramite sistema PSM-iter elettronico formulate utilizzando il principio attivo. E' concesso l'uso del nome commerciale nei casi di intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cura già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)	Direttore Dirigenti Medici	≥ 80% di ricette biosimilari sono formulate con il solo principio attivo (secondo semestre - fatte salve le eccezioni documentabili)
13. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

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 – 1.1 Direttore SC  2. dirigenti medici (in collaborazione con Oculistica TS)	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre 1.1. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020 2. Evidenza della formalizzazione dei nuovi criteri
2. Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Infermieristico Area Ambulatoriale Segreterie prericovero	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
3. Ampliamento dell'offerta ambulatoriale	Controlli post. Chirurgici sabato mattina	Infermieri	apertura ambulatorio sabato con evidenza del monitoraggio dei turni
4. Riduzione liste d'attesa tomografie a coerenza ottica	Apertura ambulatorio pomeridiano tomografia	Dirigenti Infermieri	Monitoraggio delle liste dedicate all'attività clinica pomeridiana per un numero complessivo di 120 prestazioni dal 1 settembre al 31 dicembre
5. Riduzione delle liste d'attesa per la capsulotomia laser	Apertura ambulatorio pomeridiano laser	Dirigenti Infermieri	Monitoraggio delle liste dedicate all'attività clinica pomeridiana per un numero complessivo di 120 prestazioni dal 1 settembre al 31 dicembre
6. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
7. 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

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
1. Mantenimento attività	Impegno almeno a mantenere i volumi dell'anno precedente tenuto conto del personale a disposizione e dell'emergenza Coronavirus	medico	Mantenimento dei volumi del 2019 <i>Il dato deve essere rapportato al periodo dell'emergenza e alle successive disposizioni organizzative aziendali che contingentano l'accesso.</i>
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. Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship e sulle tematiche d'interesse	Provvedere all'informazione e iscrizione dei propri operatori ai corsi proposti	direttore	Evidenza della iscrizione e frequenza ai corsi organizzati dalla Formazione nel corso dell'anno
4.Esecuzione visite domiciliari di anziani non deambulanti per ridurre le spese di spostamento di ambulanze e personale addetto	Informare sulla procedura i 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 della messa a disposizione del personale medico per attività a domicilio compatibilmente con la dotazione organica 2020: report analitico dell'attività
5. Riorganizzazione dell'attività di assistenza ai disabili dell'isontino interfacciandosi con il progetto Delfino, gli istituti di accoglienza e tutte le strutture interessate all'individuazione di percorsi semplificati	Individuazione della necessità di cure odontostomatologiche di disabili afferenti agli istituti accoglienti goriziani ed attivazione dei percorsi organizzativi sino al compimento delle cure Interfacciamento con il progetto Delfino per un migliore indirizzamento degli utenti	direttore e medico	Evidenza della creazione della rete informativa e organizzazione delle prestazioni ai disabili attraverso un percorso definito
6. Coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti sul tema del rischio clinico: al momento	Fornire e spiegare ai pazienti dimessi copia delle schede compilate	medico	100 % di schede rischi compilate sul totale delle dimissioni

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
della dimissione viene compilata la scheda dei rischi disponibile in G2			
7. Completezza del nuovo foglio unico di terapia	Porre attenzione nella compilazione e firma del FUT nei campi previsti; curare l'intelligibilità delle prescrizioni	medico	100 % di completezza del foglio unico di terapia
8. Inserimento di tutti gli interventi chirurgici nel sistema ADT – Liste d'attesa. Aggiornamento liste attesa in ADT: verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Trasferimento di tutte le prenotazioni di interventi chirurgici da G2 clinico ad ADT – Liste d'attesa Avvio dell'inserimento degli interventi chirurgici nel sistema ADT -Liste d'attesa Verifica e pulizia delle liste degli interventi inseriti in G2 dal 2018	medico	Dal 01.08.20 tutte le prenotazioni di interventi chirurgici sono inserite nel sistema ADT – Liste d'attesa. Entro il 31.12.2020 il Direttore della SC comunica alla Direzione Sanitaria la validazione della lista dei pazienti che sono stati inseriti in ADT-liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
9. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
1. Riduzione lista d'attesa chirurgica	Incremento attività chirurgica rispetto 2019 se: - mantenimento 4° seduta settimanale; - rinnovo/adequamento attrezzatura obsoleta: strumentazione, lampade scialitiche, colonna endoscopica; - adeguamento supporto personale prericovero;	Dirigenza	> 20% n° interventi chir. 2019
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	1. Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
3. Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Infermieristico Area Ambulatoriale Segreterie prericovero	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
4. Tempi attesa interventi monitorati classe A - Tonsillectomia	Coordinamento in ambito ORL Aziendale su indicazioni univoche e relativi percorsi	Dirigenza	Rispetto 90% Tempi Attesa interventi monitorati classe A: Tonsillectomia
5. Tempi attesa: visita Otorino B, D	1- ritaratura offerta ambulatoriale rispetto 2019; 2- adeguamento locali Ambulatoriali PO Monfalcone	Dirigenza	Mantenimento volumi attività : vis ORL 90% compatibilmente con i periodi di emergenza COVID e con l'adeguamento dei locali
6. Completezza FUT	autocontrollo settimanale all'interno della SOC	Dirigenza	Migliorare % completezza FUT (2019 = 68,5%)

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
7. Percorso assistenziale del paziente con Ca/Nodulo tiroideo in ASUGI	Coordinamento attività clinica/assistenziale UO Chirurgia Ts/UO ORL Monfalcone-Gorizia/Endocrinologia "Aziendale": condivisione protocollo su gestione "nodulo tiroideo"	Dirigenza	Presentazione PDTA
8. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni
9. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
1. TA intervento prostata	Elaborazione di una procedura che descriva il percorso del paziente per singola patologia monitorata e indichi modalità e momento di inserimento nel registro di prenotazione ADT-liste di attesa	Direttore SC Dirigenti Medici	Procedura realizzata e applicata
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	1.Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 30 settembre 2. corretta applicazione dei criteri verificata in base alle evidenze tratte dal sistema in collaborazione con DMP al 31.12 2020
3. Gestione liste attesa	Aggiornamento liste attesa nel sistema informatico : verifica e validazione delle liste di attesa per ricovero programmato	Direttore SC Coordinatore Infermieristico Area Ambulatoriale Segreterie prericovero	Entro il 31.12.2020 comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'avvenuta validazione da parte della DMP della lista dei pazienti che sono stati inseriti nel sistema -liste attesa nel triennio 2018-2020, per tutte le priorità
4. Tempi attesa	Rispetto dei TA visita Urologica B, D 90%	Direttore SC Dirigenti Medici	Aumento / Mantenimento volumi attività : vis Urologica B =398, D 163
5. Coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti sul tema del rischio clinico	Al momento della dimissione viene compilata la scheda dei rischi disponibile in G2 >70%	Dirigenti Medici	Miglioramento dato annuale2019: 59%
6. Completezza del foglio unico di terapia	Porre attenzione al dato relativo alla completezza del FUT da parte dei Dirigenti	Dirigenti Medici	Miglioramento dato annuo 2019 dirigenti: 62,6 %
7. Percorsi intraospedalieri pz oncologici con DMO	Definire percorsi facilitati e tempistica degli accertamenti pre intervento per pz oncologici	Direttore Dirigenti Medici Comparto	Evidenza della programmazione dei percorsi
8. Emergenza covid 19	1. Chiusura delle sale operatorie dell'Ospedale di Gorizia per consentire l'apertura della rianimazione Covid con	Dir di sc Dirigenti Medici Inf. Strumentiste	1. evidenza dello spostamento dell'attività chirurgica urologica a Monfalcone

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
	<p>spostamento del personale, attrezzature e attività chirurgica a Monfalcone</p> <p>2. Ricoveri dei Pazienti operati a Monfalcone e contestuale mantenimento del Reparto di ricovero a Gorizia per ricoveri che non necessitano di terapia chirurgica.</p> <p>3. Attività di consulenza in entrambi gli ospedali per il PS e i Reparti</p> <p>4. Mantenimento dell'attività ambulatoriale a Gorizia</p> <p>5. Attività di consulenza ambulatoriale infermieristica per le stomie urologiche presso l'ospedale di Monfalcone</p> <p>6. Reperibilità distinte per l'Ospedale di Gorizia e Monfalcone</p>	<p>Dirigenti Medici</p> <p>Dirigenti Medici</p> <p>Dirigenti Medici</p> <p>Personale infermieristico</p> <p>Inf prof. Cossar Lucia</p> <p>Dirigenti Medici</p>	<p>2. evidenza di ricoveri in entrambi gli ospedali nel corso del periodo di emergenza</p> <p>3. evidenza delle consulenze</p> <p>4. evidenza dell'attività</p> <p>5. evidenza della missione</p> <p>6. evidenza di turni di reperibilità distinti</p>
9. Riduzione dei tempi operatori	<p>Monitoraggio dei vari tempi delle varie fasi dell'intervento chirurgico dalla partenza del Paziente dal reparto di degenza alla sua uscita dal blocco operatorio e loro registrazione in apposito registro .</p> <p>Predisposizione report mensile.</p> <p>Riunioni trimestrali gruppo di lavoro per predisposizione di azioni correttive</p>	<p>-personale del reparto di degenza</p> <p>-personale di sala operatoria</p> <p>-dirigenti medici urologia e anestesia</p> <p>-Direttori SC di urologia e anestesia</p> <p>-Direttore di Dipartimento chirurgico</p>	<p>1. evidenza dei report mensili a partire del 1 ottobre 2020</p> <p>2. Sintesi criticità evidenziate e programma di miglioramento</p> <p>3 verifica del risultato delle azioni correttive</p>
10. Implementazione della chirurgia oncologica laparoscopica	<p>1 Prediligere la VLS alla chirurgia a cielo aperto nelle patologie oncologiche di rene e prostata.</p> <p>2 riduzione dei gg di degenza</p>	<p>Direttore di SC</p> <p>Drssa Marcotti ff ss di laparoscopia urologica</p>	<p>1. Almeno 75% delle prostatectomie radicali VLS</p> <p>2. Almeno 40% delle nefrectomie radicali VLS</p>
11. Implementazione delle biopsie prostatiche con metodica Fusion	<p>Introduzione della modalità "FUSION"</p> <p>Per la biopsia delle lesioni sospette alla RM</p> <p>Mantenimento delle biopsie transrettali a 12 e 24 prelievi</p>	<p>Dirigenti Medici</p> <p>Infermieri dell'ambulatorio di urologia</p>	<p>Evidenza del graduale aumento della % della modalità FUSION delle biopsie prostatiche</p>
12. Protocolli con SC Radiologia	<p>Discussione multidisciplinare delle risonanze della prostata in relazione alla successiva ecografia prostatica con</p>	<p>Dirigenti medici delle SC di Urologia e Radiologia</p>	<p>almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire da settembre con evidenza delle analisi trattate</p>

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
	metodica fusion imaging per biopsia mirata		
13. Implementazione utilizzo dell'ecografia transrettale	Sostituzione del controllo cistografico post operatorio nelle prostatectomie radicali con ecografia trans rettale dinamica. Riduzione della utilizzazione di sala Radiologica. Riduzione del rischio stocastico dose indipendente nel periodo post operatorio nei pazienti oncologici	Dirigenti medici Infermieri dell'ambulatorio di urologia	Evidenza della riduzione di controlli cistografici e incremento di ecografie trans rettali
14. Incremento della attività endourologica	Aumento delle litotrisse endoscopiche dei calcoli renali. Consequente riduzione delle ESWL e dei relativi oneri di noleggio del litotritore.	Dirigente medico Dr Moro con incarico di alta specializzazione in endourologia Personale di sala operatoria	Evidenza dei trattamenti eseguiti con conseguente riduzione delle ESWL
15. 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 10% degli esami e graduale applicazione delle tecniche di cura
16. Istituzione di gruppo multidisciplinare per la diagnosi e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico	Creazione di Gruppo Multidisciplinare con specialisti di Urologia e/o Proctologia e/o Ginecologia e/o Fisiatria Fisioterapisti Dedicati. Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla costituzione del Gruppo di Lavoro per la stesura dei PDTA delle patologie da trattare	Dirigenti Medici Fisioterapisti dedicati Infermieri delle sc degli Specialisti interessati	Costituzione del Gruppo di Lavoro e stesura dei PDTA per le patologie da trattare
17. Introduzione del trattamento Sclerotizzante anterogrado 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
18. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
19. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni
20. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di

Obiettivo generale	Azione	SC / Personale	Indicatore /risultato/tempo
		Coordinatore Comparto	pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. PAL : Ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi sotto al 52% del totale (trapiantati, + emodializzati + dialisi peritoneale)	1. Dialisi domiciliare: Promuovere la scelta del trattamento domiciliare e proporre il trapianto da vivente durante gli incontri tra paziente, medico e infermiera nell'ambulatorio di Orientamento alla terapia sostitutiva.	Nefrologia e dialisi: Personale medico e del comparto	% pazienti in emodialisi < 52 % del totale
	2. Trapianto di rene: Partecipare alle riunioni periodiche indette dal Responsabile del Centro Trapianti di Udine Audit interni periodici (almeno trimestrali) per rivalutazione eventuale recupero dell'idoneità di pazienti precedentemente esclusi al trapianto	Nefrologia e dialisi: Personale medico e del comparto	Aumento dei pazienti in lista trapianto Valore attuale: 7 Risultato atteso: inserimento in lista di almeno 2 pazienti precedentemente esclusi
	3. Dialisi peritoneale: Diffusione delle conoscenze e delle abilità nell'allestimento del materiale necessario per la dialisi peritoneale agli operatori Socio sanitari Formazione degli operatori socio sanitari per l'allestimento del materiale necessario per il trattamento sostitutivo di dialisi peritoneale	3. Responsabile infermieristico operatori socio sanitari infermiera della dialisi peritoneale	100% del personale del supporto senza limitazioni gravi è in grado di effettuare la preparazione del materiale Obiettivo da raggiungere al 50% entro agosto e 100% entro il 31 dicembre 2020
2. Compilazione scheda rischio paziente su G2	Audit interni per la rilevazione della criticità ( mancata compilazione della scheda)	Nefrologia e dialisi: Personale medico	2019: 4 compilate su 18 cartelle analizzate (22%) Aumentare la percentuale di compilazione della scheda su G2 al 50%
3. Monitoraggio infezioni accessi	Monitoraggio continuo delle infezioni in sede di accesso vascolare e peritoneale Individuazione di due referenti responsabili (uno a Gorizia e uno a Monfalcone)	Nefrologia e dialisi: Personale medico e del comparto	Riduzione del numero delle infezioni al di sotto degli attuali 10% ( n infezioni/ n pazienti/anno):

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Refertazione puntuale delle problematiche degli accessi sulla cartella. Audit interni per revisione e/o conferma dei protocolli Utilizzo delle medicazioni di prevenzione ed "avanzate"		
4. Protocolli uniformi con Ts Linea 3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG Uniformare percorsi e procedure dialitiche tra ex ASUI-Ts e ex AAS2	Percorso di job rotation tra infermieri esperti e nella dialisi peritoneale e personale OSS coinvolto nell'assistenza alla persona in trattamento peritoneale della SC Nefrologia e Dialisi di Trieste e Gorizia e produzione di una procedura condivisa per la gestione della sostituzione del Set in corso di peritonite	Coordinatori di Nefrologia e di Dialisi di Trieste e Gorizia Comparto delle Strutture di Nefrologia e Dialisi di ASUGI	Entro Dicembre 2020 sarà prodotto un documento condiviso per la procedura di sostituzione del Set in corso di peritonite.
5. Collaborazione tra SC ASUGI	1. Proseguire con il percorso di integrazione del personale medico della Nefrologia di Gorizia-Monfalcone con il personale medico della Nefrologia di Trieste.	Trieste e Gorizia Nefrologia e dialisi: Personale medico	Almeno due incontri tra i medici delle due SOC con verbale degli argomenti trattati entro dicembre 2020 ed evidenza delle buone pratiche condivise
	2. 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. 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, Nefrologia e Dialisi di Trieste personale medico e comparto	1. 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 (31 pazienti trattati nel 2019) 2. Pubblicazione del PDTA sul sito aziendale
	3. Stesura di un panel di esami laboratoristici e strumentali utili all'inquadramento diagnostico della nefropatia immunomediata. In caso di urgenza bioptica, identificare la struttura	Nefrologia e Dialisi e Chirurgia	Intercettare precocemente i pazienti interessati da nefropatia immunomediata: ridurre il tempo di attesa rispetto al 2019 per l'esecuzione della biopsia renale (attualmente circa 2 settimane)

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dipartimentale disponibile ad accogliere immediatamente il paziente. Eventuale formazione del personale del Dipartimento Chirurgico sulla gestione del paziente biopsiato renale.		
6. Protocollo continuità assistenziale con distretti	1. Presenza in carico conoscitiva dei pazienti in dialisi peritoneale a domicilio con i caratteri della fragilità 2. Stesura di protocollo condiviso 3. Azione di aggiornamento sulle metodiche peritoneali agli infermieri di altri reparti e con almeno 3 infermieri dei distretti	Nefrologia e dialisi: Personale medico e del comparto  <b>In collaborazione con i Distretti</b>	Avvio dell'attività con i distretti per il mantenimento in trattamento peritoneale nei pazienti con ridotta autonomia (almeno 1 paziente per ogni distretto seguito a domicilio e dalla SC di Nefrologia durante l'anno)
7. Promozione attività	Attivazione di un ambulatorio dedicato alla visita specialistica per lo studio del metabolismo osseo presso la SOC Nefrologia Dialisi	SC Nefrologia e Dialisi medici e comparto	Almeno mantenimento dell'attività ambulatoriale rivolta alla diagnosi e terapia della osteoporosi, rivolta in modo particolare alle pazienti con insufficienza renale.
8. Innovazione	La reoafesi per il trattamento dell'ulcera ischemica nei pazienti emodializzati affetti da arteriopatia obliterante agli arti inferiori IV stadio Leriche Fontaine, non responsivi alla terapia medica e chirurgica al fine di ridurre il rischio di amputazione maggiore	Nefrologia e dialisi: Personale medico e del comparto	Trattamento di almeno 3 pazienti
9. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
10. Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari	Le prescrizioni di biosimilari effettuate tramite sistema PSM-iter elettronico formulate utilizzando il principio attivo. E' concesso l'uso del nome commerciale nei casi di intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cura già in atto (documentate dall'utilizzo della	Direttore Dirigenti Medici	≥ 80% di ricette biosimilari sono formulate con il solo principio attivo (secondo semestre - fatte salve le eccezioni documentabili)

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)		
11. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
12. 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
<p>1. Confronto con il DBI e amministratori del territorio sulla cronicità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costruzione gruppo di lavoro DBI SOC Medicina interna per identificazione delle criticità e delle proposte di miglioramento</li> <li>• Organizzazione incontro con amministratori locali finalizzato a migliorare l'interazione tra Azienda sanitaria e strutture locali nella gestione sociosanitaria della cronicità</li> <li>• Revisionare il protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile assieme ai Distretti isontini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direttore SOC medicina interna Monfalcone</li> <li>• Coordinatori infermieristici</li> <li>• ICA/PUA DBI</li> <li>• Direttore DBI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbali incontro gruppo di lavoro DBI- Medicina interna con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento</li> <li>• organizzazione incontro con esponente della amministrazione locale competente con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento</li> </ul>
<p>2. 3.6.9 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH  Linea dedicata al personale</p>	<p>Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull'impatto dell'emergenza sanitaria per Coronavirus sul professionista e operatore sanitario.</p> <p>Realizzazione di due focus group multi professionali , area isontina e area giuliana, con la partecipazione di medici, infermieri e OSS sull'impatto nell'attività lavorativa e nel vissuto del professionista dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del Coronavirus.</p>	<p>Dirigenti Medicina Comparto Coordinatori Infermieristici del DAI di Medicina dell'ASUGI i RID</p>	<p>1. Costituzione gruppo di lavoro e strumento di indagine (formulazione della griglia semistrutturata per il focus group).</p> <p>2. Entro dicembre sarà attuata l'indagine attraverso la realizzazione dei due focus group e saranno elaborati i dati. Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati.</p>
<p>3. Gestione delle misure organizzative per la gestione dell'epidemia COVID 19</p>	<p>Adozione delle misure utili ad adattare ed applicare le linee guida nazionali, regionali ed aziendali all'interno della SOC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direttore SOC</li> <li>• RID</li> <li>• Coordinatori infermieristici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• evidenza delle misure adottate</li> </ul>

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Proposta di riorganizzazione delle degenze della Struttura in prospettiva dell'adozione del nuovo atto aziendale	Presentazione di un documento con la proposta di riorganizzazione delle degenze della Struttura nei tempi previsti per il nuovo atto aziendale Evidenza della attuazione nel caso venga approvata	Direttore SOC RID Coordinatori infermieristici	Presentazione del documento tra l'approvazione del nuovo atto aziendale e la fine dell'anno

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Organizzazione Struttura per contrarre la degenza media	Razionalizzazione attività diagnostica clinica assistenziale	Tutto il personale	Da settembre: degenza media e percentuale outliers (per i pazienti non dimessi per RSA e non in quarantena) inferiore al dato 2019 del periodo corrispondente
2. Contenimento della polifarmacoterapia	Valutazione delle prescrizioni terapeutiche alla dimissione e raccordo con i Distretti per la prosecuzione delle cure	Dirigenti Medici SC Medicina Interna	A partire da ottobre 2020: 1. Il 60% delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti.
3. Promuovere la vaccinazione antiinfluenzale tra il personale della SOC Medicina interna	Adesione alla vaccinazione antiinfluenzale in misura non inferiore rispetto a quella del 2019	Tutto il personale	Numero vaccinazioni superiore al 2019.
4. Sviluppo di percorsi per la gestione dei pazienti con patologia endocrinologica. Miglioramento dell'attuale interazione Hub/Spoke	Costruzione gruppo di lavoro Revisione dei percorsi clinici in essere Creazione di percorsi condivisi	Medici referenti dell'Ambulatorio Endocrinologico di Gorizia (dott.ssa Sabato) e Monfalcone (dott. Belgrado) Medici Medicina clinica di Trieste	1. Condivisione di un modello gestionale delle richieste di visita endocrinologica in funzione della diversa priorità e creazione di almeno due percorsi endocrinologici condivisi Hub/Spoke 2. evidenza della applicazione nel quarto trimestre 2020 3. volume attività prime visite e controlli ≥2019 relativamente alla fasce brevi
5. Uniformare i percorsi diagnostico-terapeutici relativi a problematiche cliniche con forte frequenza nelle SC di Medicina interna dell'area isontina	Costituzione gruppo di lavoro Identificare problematiche cliniche in cui le scelte diagnostico/terapeutiche risultano non uniformi Revisione linee guida e PDTA Condivisione documentazione prodotta	Medici delle Medicine dell'ospedale di Gorizia- Monfalcone  RID e coordinatori infermieristici	1. Produzione entro settembre 2020 di documentazione di sintesi di percorsi condivisi all'interno del Dipartimento medico su almeno 2 problematiche cliniche di interesse 2. Evidenza dell'attività con valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia ematologica, migliorando l'interazione Hub/Spoke	Costruzione gruppo di lavoro Individuazione di un percorso condiviso con integrazione Hub-Spoke con coinvolgimento della Ematologia di TS e delle Medicine interne di MN e GO	Direttori strutture coinvolte Medici referenti dell'Ambulatorio Ematologico di Gorizia (dott.ssa Chiozzotto, dott. De Luca) tutti i medici delle SOC coinvolte nella fase applicativa	1. Individuazione di un percorso condiviso integrato entro luglio 2020 e applicazione del protocollo nel secondo semestre con rendicontazione 2. evidenza di almeno un audit con almeno un rappresentante per struttura dopo l'inizio della fase applicativa con valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento
7. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia epatologica, migliorando l'interazione Hub/Spoke	Costruzione gruppo di lavoro Revisione dei percorsi clinici in essere Creazione di un percorso condiviso	Medico referente dell'Ambulatorio Epatologico di Gorizia (dott.ssa Gravic) Medici delle Medicine di GO e MN Medici SC Clinica Patologie del fegato di Trieste	Creazione di due percorsi epatologici condivisi Hub/Spoke
8. Aggiornamento ed applicazione del protocollo per la gestione integrata delle patologie biliopancreatiche complesse	Costituzione di gruppo di lavoro ed aggiornamento del documento Applicazione del protocollo	Direttori delle Strutture di Medicina interna e Chirurgia generale area isontina e Chirurgia generale e Gastroenterologia area triestina personale medico ed infermieristico delle Strutture summenzionate nella parte applicativa	1. Produzione dell'aggiornamento entro 31 ottobre 2. Rendicontazione dei casi nel secondo trimestre
9. Introdurre strumenti di controllo delle problematiche clinico/assistenziali che intervengono nel ricovero ospedaliero di ogni singolo paziente in ausilio al governo dei tempi di terapia e di degenza	Creazione di uno strumento cartaceo, da allagare alla cartella clinica, contenente sintesi delle problematiche clinico/assistenziali, presenti all'ingresso e motivanti il ricovero, o comparse durante la degenza	Personale medico e del comparto delle SOC di Medicina interna di Gorizia e Monfalcone	>50% delle cartelle cliniche contengono il documento di sintesi
10. Riduzione dei tempi di attesa per prima visita dermatologica in fascia breve rispetto al 2019 (fermo restando analoga presenza di personale Medico rispetto al 2019)	☒ Monitoraggio dei tempi di attesa in fascia breve	Tutto il personale	Riduzione del tempo di attesa per prima visita dermatologica in fascia breve rispetto al 2019 tenendo conto del periodo relativo all'emergenza COVID



Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
11. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
12. Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari	Le prescrizioni di biosimilari effettuate tramite sistema PSM-iter elettronico formulate utilizzando il principio attivo. E' concesso l'uso del nome commerciale nei casi di intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cura già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)	Direttore Dirigenti Medici	≥ 80% di ricette biosimilari sono formulate con il solo principio attivo (secondo semestre - fatte salve le eccezioni documentabili)
13. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
14. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni
15. 3.6.9 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH  Linea dedicata al personale	Indagine multicentrica su tre presidi ospedalieri di Trieste, Monfalcone e Gorizia sull'impatto dell'emergenza sanitaria per Coronavirus sul professionista e operatore sanitario.  Realizzazione di due focus group multi professionali , area isontina e area giuliana, con la partecipazione di medici, infermieri e OSS sull'impatto nell'attività lavorativa e nel vissuto del professionista dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del Coronavirus.	Dirigenti Medicina Comparto Coordinatori Infermieristici del DAI di Medicina dell'ASUGI i RID	1. Costituzione gruppo di lavoro e strumento di indagine (formulazione della griglia semistrutturata per il focus group). 2. Entro dicembre sarà attuata l'indagine attraverso la realizzazione dei due focus group e saranno elaborati i dati. Evidenza: documento di elaborazione dei dati con sintesi dei risultati.
16. Garantire continuità territorio ospedale territorio	Monitoraggio congiunto del tempo di attesa tra la "dimissibilità" dai reparti di	RID Dipartimento Medicina Coordinatori Medicina Team ICA PUA	Report di monitoraggio condiviso e analisi della criticità entro ottobre 2020

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Medicina Interna e la presa in carico territoriale		
17. PDTA Infermieristico principali DRG area medica Giuliano-Isontina	Individuazione principali 4 DRG Costituzione gruppo di lavoro Elaborazione Documenti Condivisione documentazione prodotta	Personale comparto medicine degenze Go-Mo/Ts	1. Almeno il 50% del personale assistenziale risponde ad 1 questionario mirato 2. Produzione di report di sintesi con evidenza delle criticità e proposte di miglioramento
18. Sensibilizzazione degli operatori sanitari su tematiche di rischio clinico organizzate da Nucleo Operativo Rischio Clinico	Formazione specifica per Operatori Comparto	Personale infermieristico SC Medicine Degenze Go-Mo	N. operatori formati /totale operatori > 10%
19. Adesione al Progetto sul lavaggio delle mani	Formazione permanente personale (3 incontri annui) tutoraggio e controllo sul campo	Personale comparto degenze mediche	Percentuale adesione lavaggio mani maggiore del 2019 report ordinativi gel idroalcolico maggiori del 2019
20. Migliorare l'Interazione Ospedale-Territorio per facilitare la presa in carico del paziente fragile e complesso all'uscita dall'Ospedale	Costruzione gruppo di lavoro Creazione di Audit clinici Revisionare il protocollo di continuità assistenziale del paziente fragile assieme ai Distretti isontini	Direttore SOC Medicina GO Medici SOC Medicina GO ICA/PUA DAI Coordinatori infermieristici Infermieri di processo Direttore DAI DAI con tutte le sue articolazioni	Almeno 2 Audit con evidenza della valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento Evidenza dell'avvio di revisione del Protocollo continuità assistenziale paziente fragile
21. Ipotizzare 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	Produzione di un progetto organizzativo
22. Applicazione delle misure organizzative per la gestione dell'epidemia COVID 19	Adozione delle misure utili ad adattare ed applicare le linee guida nazionali, regionali ed aziendali all'interno della SOC interventi organizzativi all'interno della SOC (gestione aree di degenza in base al rischio del paziente; gestione DPI; gestione visite dei famigliari; modalità del giro-visita; gestione dei meeting di reparto...)	Direttore SOC RID Coordinatori infermieristici	Evidenza delle misure adottate come da azione

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	interazioni organizzative tra SOC diverse (percorsi PS/Medicina/Radiologia) gestione dei tamponi diagnostici gestione del clima organizzativo		

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Organizzazione Struttura per contrarre la degenza media	Razionalizzazione attività diagnostica clinica assistenziale	Tutto il personale	Da settembre: degenza media e percentuale outliers (per i pazienti non dimessi per RSA e non in quarantena COVID) inferiore al dato 2019 del periodo corrispondente.
2. Contenimento della polifarmacoterapia	Valutazione delle prescrizioni terapeutiche alla dimissione e raccordo con i Distretti per la prosecuzione delle cure	Dirigenti Medici SC Medicina Interna	1. Da settembre: Il 60% delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 2. Da settembre: le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai Distretti.
3. Promuovere la vaccinazione antiinfluenzale tra il personale della SOC Medicina interna	Adesione alla vaccinazione antiinfluenzale in misura non inferiore rispetto a quella del 2019	Tutto il personale	numero vaccinazioni superiore al 2019.
4. Uniformare i percorsi diagnostico-terapeutici relativi a problematiche cliniche con forte frequenza nelle SC di Medicina interna dell'area isontina	Costituzione gruppo di lavoro Identificare problematiche cliniche in cui le scelte diagnostico/terapeutiche risultano non uniformi Revisione linee guida e PDTA Condivisione documentazione prodotta	Medici delle Medicine dell'ospedale di Gorizia- Monfalcone  RID e coordinatori infermieristici	Produzione entro novembre 2020 di documentazione di sintesi di percorsi condivisi all'interno del Dipartimento medico su almeno 2 problematiche cliniche di interesse
5. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia ematologica, migliorando l'interazione Hub/Spoke	Costruzione gruppo di lavoro Individuazione di un percorso condiviso con integrazione Hub-Spoke con coinvolgimento della Ematologia di TS e delle Medicine interne di MN e GO	Direttori strutture coinvolte Medici referenti dell'Ambulatorio Ematologico di Gorizia (dott.ssa Chiozzotto, dott. De Luca) tutti i medici delle SOC coinvolte nella fase applicativa	1. Individuazione di un percorso condiviso integrato entro settembre 2020 e applicazione del protocollo nel secondo semestre con rendicontazione 2. evidenza di almeno un audit con almeno un rappresentante per struttura dopo l'inizio della fase applicativa con valutazione delle criticità e formalizzazione delle proposte di miglioramento
6. Razionalizzare la gestione dei pazienti con patologia epatologica, migliorando l'interazione Hub/Spoke	Costruzione gruppo di lavoro Revisione dei percorsi clinici in essere Creazione di un percorso condiviso	Medico referente dell'Ambulatorio Epatologico di Gorizia (dott.ssa Gravic) Medici Medicina interna Monfalcone	Creazione di due percorsi epatologici condivisi Hub/Spoke entro il 31 dicembre

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Medici SC Clinica Patologie del fegato di Trieste	
7. Razionalizzare la gestione dei pazienti che necessitano di drenaggio toracico nel territorio isontino	Costruzione gruppo di lavoro Revisione dei percorsi clinici in essere Creazione di un protocollo condiviso	SOC di Medicina di Gorizia e Monfalcone SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone SOC di Chirurgia di Gorizia e Monfalcone SOC Pneumologia Trieste SOC di Chirurgia Toracica di Trieste	Creazione di un protocollo sulla gestione del drenaggio toracico entro il 31 dicembre
8. Aggiornamento ed applicazione del protocollo per la gestione integrata delle patologie biliopancreatiche complesse	Costituzione di gruppo di lavoro ed aggiornamento del documento Applicazione del protocollo	Direttori delle Strutture di Medicina interna e Chirurgia generale area isontina e Chirurgia generale e Gastroenterologia area triestina personale medico ed infermieristico delle Strutture summenzionate nella parte applicativa	Produzione dell'aggiornamento entro 30 settembre Rendicontazione dei casi nel l'ultimo trimestre 2020
9. Introdurre strumenti di controllo delle problematiche clinico/assistenziali che intervengono nel ricovero ospedaliero di ogni singolo paziente in ausilio al governo dei tempi di terapia e di degenza	Creazione di uno strumento cartaceo, da allagare alla cartella clinica, contenente sintesi delle problematiche clinico/assistenziali, presenti all'ingresso e motivanti il ricovero, o comparse durante la degenza	Personale medico e del comparto delle SOC di Medicina interna di Gorizia e Monfalcone	>50% delle cartelle cliniche contengono il documento di sintesi
10. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno una pubblicazione
11. Effettuazione della attività di regolamentazione e controllo delle visite dei parenti ai degenti nel periodo nel quale ne è prevista la limitazione.	Individuazione dei pazienti che necessitino di incontrare i familiari. Contatto con i familiari stessi per pianificazione della visita. Ammissione dei familiari nella Struttura previa adozione dei DPI previsti, lavaggio delle mani con gel idroalcolico e raccolta della autodichiarazione firmata dal visitatore e controfirmata da un dirigente medico.	Tutto il personale della Struttura	Evidenza della attivazione della procedura e della firma del personale sulle schede
12. Garantire continuità territorio ospedale territorio	Monitoraggio congiunto del tempo di attesa tra la "dimissibilità" dai reparti di Medicina Interna e la presa in carico territoriale	RID Dipartimento Medicina Coordinatori Medicina Team ICA PUA	Report di monitoraggio condiviso e analisi della criticità entro dicembre 2020
13.	Individuazione principali 2 DRG Costituzione gruppo di lavoro	Personale comparto medicine degenze Go-Mo	Produzione dei due PDTA entro il 31.12.2020

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
PDTA Infermieristico principali DRG area medica Isontina	Elaborazione Documenti Condivisione documentazione prodotta		
14. Sensibilizzazione degli operatori sanitari su tematiche di rischio clinico organizzate da Nucleo Operativo Rischio Clinico	Formazione specifica per Operatori Comparto	Personale infermieristico SC Medicine Degenze Go-Mo	N. operatori formati /totale operatori > 10%
15. Adesione al Progetto sul lavaggio delle mani	Formazione permanente personale (3 incontri annui) tutoraggio e controllo sul campo	Personale comparto degenze mediche	1. Percentuale adesione lavaggio mani maggiore che 2019 2. report ordinativi gel idroalcolico maggiori che 2019
16. Assistenza alla videochiamata degente-parente nel corso della emergenza covid nella fase di contingentamento delle visite.	Il personale assiste il degente non in grado di effettuare autonomamente la videochiamata quale strumento per permettere comunicazione con i parenti	Personale comparto degenze mediche	Evidenza della attivazione e della utilizzazione del servizio.
17. Effettuazione della funzione di triage all'ingresso degli ambulatori della struttura e della chiamata telefonica il giorno precedente la visita per verificare la presenza di condizioni permettenti	Il personale accoglie i pazienti degli ambulatori, fa firmare la autodichiarazione e guida la scelta della seduta in sala d'attesa nel rispetto della distanza di sicurezza. Il giorno precedente ha effettuato la chiamata telefonica di intervista.	Personale comparto degenze mediche	Evidenza della effettuazione del servizio nel periodo nel quale ne è prevista la funzione.
18. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
19. Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari	Le prescrizioni di biosimilari effettuate tramite sistema PSM-iter elettronico formulate utilizzando il principio attivo. E' concesso l'uso del nome commerciale nei casi di intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cura già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)	Direttore Dirigenti Medici	≥ 80% di ricette biosimilari sono formulate con il solo principio attivo (secondo semestre - fatte salve le eccezioni documentabili)
20. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Coordinatore Comparto	pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Garanzia continuità cure oncologiche nelle due sedi(Gorizia-Monfalcone)	Costruzione della turnistica mensile Rotazione volontaria sulle due sedi dei dirigenti medici	Dirigenti medici	Turnistica a disposizione presso le DMO Gorizia Monfalcone
2. Continuità delle visite radioterapiche dei pazienti presso il Centro HUB ASUGI (Trieste)	Elaborazione nuova procedura per gestione appuntamenti	Personale infermieristico delle 2 sedi	Report annuale pazienti inviati con evidenza utilizzo nuova procedura
3. Coordinamento attività clinica assistenziale	Avviare la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie del colon all'interno di ASUGI	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 SC Radiologia OC e OM Gastroenterologia	Attivare gruppi di lavoro omogenei per la stesura di un PDTA che armonizzi il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, in questa fase, di un algoritmo propedeutico alla stesura di un documento più articolato
4. Coordinamento attività clinica assistenziale	Avviare, la predisposizione di un PDTA per il trattamento delle neoplasie del distretto toracico all'interno di ASUGI	Dirigenti SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone In comune con SC Pneumologia Trieste e SC Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Anatomia Patologica SC Radioterapia SC Radiologia OC e OM SC Medicina Nucleare	Attivare gruppi di lavoro omogenei per la stesura di un PDTA che armonizzi il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, in questa fase, di un algoritmo propedeutico alla stesura di un documento più articolato
5. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari	Le prescrizioni di biosimilari effettuate tramite sistema PSM-iter elettronico formulate utilizzando il principio attivo. E' concesso l'uso del nome commerciale nei casi di intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cura già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)	Direttore Dirigenti Medici	≥ 80% di ricette biosimilari sono formulate con il solo principio attivo (secondo semestre - fatte salve le eccezioni documentabili)
7. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
8. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno una pubblicazione

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Garantire attività di emergenza e supporto specialistico intensivo	1. Percorso endoarterectomia in pazienti con stenosi carotidea sintomatica afferenti alla SC Neurologia di Gorizia	SC Neurologia GO/MO, SC Chirurgia Vascolare TS	Stesura ed applicazione del percorso aziendale
	2. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa nel PO di Gorizia	SC Neurologia GO/MO, SC Rianimazione GO, SC PS GO	L'attività è garantita nel 100% dei casi eleggibili
	3. applicazione procedura per l'accoglimento dei pazienti sottoposti a trombolisi e.v. presso la SU di Trieste provenienti dal territorio isontino	SC Neurologia GO/MO Clinica Neurologica TS	La procedura è applicata (fonte cartella clinica)
	4. 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	Presenza del protocollo come da azione
2. Garantire attività specialistica ambulatoriale	1. Mantenimento del numero di prestazioni (visita neurologica, EMG ed EcoDoppler dei TSA) in priorità B-D	SC Neurologia GO/MO	Numero prestazioni ≥ prestazioni 2019 (confronto tenendo conto emergenza COVID)
	2. Mantenimento dell'ambulatorio GIN	SC Neurologia GO/MO, SS Pneumologia, SC Riabilitazione	Almeno 1 ambulatorio multidisciplinare al mese riattivato entro settembre 2020
3. Formazione	formazione di un neurologo come elettromiografista	SC Neurologia GO/Mo Clinica Neurologica TS	Neurologo formato al 12/2020
4. Attività ASUGI	1. Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse neurochirurgico (compreso il trauma cranico minore)	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone SC NCH SC Neurologia Gorizia Dirigenza medica e personale infermieristico	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso entro 31 agosto 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Consolidamento della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica (ai sensi della DGR 817/2017)	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.	SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone SOC di Neurologia di Gorizia e Monfalcone SOC di Riabilitazione di Gorizia e Monfalcone	Evidenza di ambulatorio attivo (1 seduta al mese)
2. Ottimizzazione del percorso di follow – up dei pazienti con insufficienza respiratoria cronica e contestuale miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dell'ossigenoterapia domiciliare nel territorio isontino	Attivazione di un ambulatorio presso il PO di Monfalcone dedicato alla presa in carico e follow – up dei pazienti con insufficienza respiratoria cronica in ossigenoterapia domiciliare	SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone	1. Evidenza di ambulatorio attivo nell'area isontina alla data del 31/12/2020
3. Ottimizzazione del percorso di follow – up dei pazienti con versamento pleurico cronico da mesotelioma pleurico nel territorio isontino	Attivazione di un ambulatorio presso il PO di Monfalcone dedicato alla presa in carico e follow – up dei pazienti con versamento pleurico cronico da mesotelioma pleurico	SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone	2. Evidenza di ambulatorio attivo nell'area isontina alla data del 31/12/2020
4. 3.3 Assistenza Primaria: 3.3.1 Assistenza Distrettuale. Multimorbidity, complessità, fragilità, stratificazione del rischio e la conseguente intensità assistenziale e le azioni di sanità d'iniziativa sono le tematiche prioritarie dell'assistenza distrettuale e delle AFT con specifico riferimento alla promozione dell'integrazione tra le diverse specialità nella gestione del paziente cronico con pluripatologie.	Istituzione di incontri multidisciplinari periodici di confronto sulle principali malattie croniche (patologia cardio – vascolare, respiratoria e metabolica) Studio di fattibilità di una piattaforma digitale di integrazione e consulenza multidisciplinare per la gestione del paziente cronico multimorbido	SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport SOS Diabetologia Trieste	3. Evidenza di partecipazione ad almeno 2 incontri multidisciplinari e produzione di un documento di fattibilità della piattaforma digitale al 31/12/2020
5. Prosecuzione attività di realizzazione del	Presentazione di un documento sulla definizione delle aree di competenza della	Responsabile SSD RID	Presentazione del documento entro un mese dalla adozione dell'atto aziendale

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
progetto di creazione di un Centro Pneumologico Territoriale di Area Vasta	Pneumologia Territoriale di Area Vasta (Monfalcone, Trieste, Gorizia) con ipotesi organizzativa dell'attività ambulatoriale delle diverse sedi qualora prevista creazione di tale Struttura nel nuovo atto aziendale		
6. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
7. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Definizione Struttura Diabetologia-Piede diabetico	Progettualità della struttura diabetologia e piede diabetico: Diabetologia: campo d'azione, aspetti tecnologici. Piede diabetico: Analisi del personale medico infermieristico e di supporto Identificazione degli spazi Analisi reparto inpatients: definizione del numero posti sedute settimanali di sala operatoria, assistenza dei pazienti ricoverati	Responsabile	Produzione progetto della struttura con i seguenti punti: - definizione attività diabetologica - definizione attività piede - personale medico - personale infermieristico - ubicazione - definizione reparto e sala  /scadenza 30/9/2020
2. 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.	1. Organizzazione e presa in carico del paziente dializzato con piede diabetico proveniente da dialisi esterna 2. Aggiornare il PDTA tra le strutture di Nefrologia e Dialisi e il Centro Antidiabetico per la gestione del comune paziente	Medico e comparto <b>obiettivo in comune con dialisi</b>	1. n. di pazienti accolti in dialisi Mf/> 20 pazienti accolti/scadenza 31/12/2020  2. Pubblicazione del PDTA sul sito aziendale/scadenza 31/12/2020
3. La reoaferesi per il trattamento dell'ulcera ischemica nei pazienti emodializzati affetti da arteriopatia obliterante agli arti inferiori IV stadio Leriche Fontaine, non responsivi alla terapia medica e chirurgica al fine di ridurre il rischio di amputazione maggiore	Organizzazione e presa in carico del paziente dializzato con piede diabetico non rivascolarizzabile	Medico e comparto <b>obiettivo in comune con dialisi</b>	n. di pazienti sottoposti al trattamento/> 3 pazienti/scadenza 31/12/2020
4. Gestione del paziente vascolare periferico	1. Gestione del paziente ricoverato con necessità di rivascolarizzazione o intervento sul piede. 2. Facilitazione del percorso di trasferimento tra reparti	Medico e comparto <b>obiettivo in comune con ch. vascolare</b>	1. n. di pazienti accolti per trasferimento/n. Pazienti >20 /scadenza 31/12/2020
5. <b>Rete per il trattamento del "Piede Diabetico"</b>	Valutazione multidisciplinare del paziente diabetico vascolare presso la SSD F&RUV	Medico e comparto <b>obiettivo in comune con ch. vascolare Diabetologia Territoriale Trieste</b>	n. pazienti valutati collegialmente/ n.pazienti>50 /scadenza 31/12/2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Attivazione di un ambulatorio integrato interdepartimentale multidisciplinare "spoke" in area giuliana	(Formazione e Ricerca in Ultrasonografia e Patologia Vascolare).	<b>CIEU</b>	
6. Percorso territoriale del paziente con piede diabetico	1. Definizione del percorso assistenziale del paziente con piede diabetico afferente dal territorio ex ASS1 2. Presa in carico del paziente	Medico e comparto <b>obiettivo in comune con Diabetologia Territoriale Trieste</b>	1. Stesura del percorso/31/12/2020 2. n. di pazienti presi in carico/n. Pazienti >30 /scadenza 31/12/2020
7. Assistenza dietologica ai pazienti diabetici tipo 1 ad alta complessità	Valutazione dell'intervento dietetico per categorie specifiche ad alta complessità da parte dietista individuata	Medico e comparto <b>obiettivo in comune con Diabetologia Territoriale Trieste</b>	n. di pazienti presi in carico/n. Pazienti >30 /scadenza 31/12/2020
8. Gestione del paziente diabetico obeso pre e post intervento bariatrico	Percorso di gestione del paziente obeso diabetico in collaborazione con la chirurgia generale: valutazione pre-operatoria di inquadramento del controllo metabolico, partecipazione a valutazioni multidisciplinari per candidati ad intervento, assistenza post-operatoria	Medico e comparto <b>obiettivo in comune con chirurgia generale</b>	n. di pazienti presi in carico/n. Pazienti >20 /scadenza 31/12/2020
9. Educazione terapeutica del paziente diabetico	Definizione del percorso educativo del paziente diabetico a step con evidenza dell'attività svolta e del livello raggiunto	comparto	Stesura del percorso e n. di pazienti presi in carico/n. Pazienti >100 /scadenza 31/12/2020
10. Educazione terapeutica del paziente diabetico	Consulenza infermieristica specialistica per pazienti ricoverati con nuova diagnosi di diabete o avvio terapia insulinica	comparto	n. di pazienti presi in carico/n. Pazienti >30 /scadenza 31/12/2020
11. Formazione del personale infermieristico di AFT sull'educazione terapeutica del paziente diabetico	Formazione del personale infermieristico di AFT sulla gestione del diabete tipo 2 e sul percorso educativo del paziente diabetico	comparto	n.ore formative/corsi realizzati/ore>4, almeno 1 corso realizzato /scadenza 31/12/2020
12. Implementazione della formazione del paziente sull'utilizzo della tecnologia (sistemi automatici)	Corso di formazione del paziente per l'ottimizzazione dell'utilizzo dei sistemi automatici mirato al raggiungimento della massima costo/efficacia	Medico e comparto	n. corsi realizzati/ almeno 2 corsi realizzati /scadenza 31/12/2020
13. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
14. Potenziamento dell'utilizzo di farmaci biosimilari	Le prescrizioni di biosimilari effettuate tramite sistema PSM-iter elettronico formulate utilizzando il principio attivo. E' concesso l'uso del nome commerciale nei casi di intolleranza, mancata risposta, prosecuzione cura già in atto (documentate dall'utilizzo della modulistica per la richiesta di farmaci fuori prontuario, vistata dal responsabile della struttura)	Direttore Dirigenti Medici	≥ 80% di ricette biosimilari sono formulate con il solo principio attivo (secondo semestre - fatte salve le eccezioni documentabili)
15. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
16. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno una pubblicazione

## SC Riabilitazione GO-MO

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia – Rete Ictus Utilizzo degli strumenti di screening su G2 per la raccolta di tutte le valutazioni con NIHSS, indice di Barthel (BI) e mRS	Inserimento in G2 della scala NIHSS, Barthel, e mRS in tutti i pazienti ricoverati con ictus	Dirigenti medici Comparto	A partire da 01.07.2020 presenza in G2 della Barthel, NIHSS e mRS nell' 80% dei pazienti con ictus ricoverati presso la SC Riabilitazione Fonte: G2
2. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia - Mammella Presenza in carico riabilitativa in fase pre e postoperatoria	1. Revisione del Protocollo presa in carico riabilitativa delle donne operate per carcinoma mammario 2. Attivazione del nuovo Protocollo	1. Direttore Coordinatore area riabilitativa 2. Dirigenti medici Comparto <b>Obiettivo in comune con</b> Chirurgia Plastica Trieste, SS Dipartimentale Breast Unit e SC Riabilitazione Trieste	1. Protocollo disponibile entro il 01.09.2020 2. Entro.09.2020, presa in carico riabilitativa secondo le nuove procedure nel 100% delle donne segnalate operate per carcinoma mammario Fonte: database pazienti interno SC Riabilitazione
3. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia – Malattie Rare Agevolare la diagnosi e la presa in carico riabilitativa di pazienti con linfedema primario	1. Elaborazione di un percorso di presa in carico 2. Presa in carico riabilitativa dei pazienti secondo protocollo	1. Direttore Coordinatore area riabilitativa 2. Dirigenti medici Comparto <b>Obiettivo in comune con</b> Medicina Clinica Trieste, Referente area riabilitativa e Coordinatore area riabilitativa Trieste, SSD Riabilitazione D4, SC Riabilitazione Trieste, Cl. Pediatrica Burlo	1. Procedura disponibile entro 31.10.2020 2. A partire dal 5.11.2020 il 100% dei pazienti con linfedema primario presi in carico seguiranno la procedura definita. Fonte: database SC Riabilitazione e SSD Riabilitazione D41.
4. 3.7 Rapporto con i cittadini Coinvolgimento degli utenti sul tema del rischio clinico	Per i pazienti ricoverati nei posti letto della SC riabilitazione, al momento della dimissione verrà compilata la scheda dei fattori di rischio	Dirigenti medici	A partire dal 01.09.2020 per l'80% dei pazienti dimessi dalla SC Riabilitazione verrà compilata la scheda dei fattori di rischio in dimissione Fonte: G2
5. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia	1. Elaborazione di un percorso di presa in carico individuando le responsabilità nei	Direttore Coordinatore area riabilitativa	Procedura disponibile entro 15.10.2020.



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Agevolare la diagnosi, la presa in carico riabilitativa e la continuità ospedale /territorio di pazienti neurologici con problematiche di linguaggio	diversi setting e le modalità di continuità riabilitativa. 2. Presa in carico dei pazienti secondo protocollo	<b>Obiettivo in comune con SC Cl.</b> Neurologica Trieste, Referente area riabilitativa Trieste, SSD di Riabilitazione Territoriali Trieste, SC Riabilitazione Trieste	
6. 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia Condivisione di percorsi/procedure all'interno delle Strutture di Riabilitazione ASUGI con lo scopo di migliorare/uniformare ed agevolare la risposta agli utenti	1.Incontri mensili di condivisione di procedure/percorsi evidenziando eventuali criticità in essere ed apportando le dovute azioni di miglioramento 2.Stesura della relazione sulle relative azioni di miglioramento messe in atto	Direttore Coordinatore area riabilitativa  <b>Obiettivo in comune con SC Riabilitazione Trieste, Referente area riabilitativa Trieste</b>	1.Incontri a cadenza mensile a partire da maggio 2020  2.Invio alla Direzione Sanitaria di un documento con le modifiche apportate entro 31.12.2020
7. Istituzione di gruppo multidisciplinare per la diagnosi e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico	Creazione di Gruppo Multidisciplinare con specialisti di Urologia e/o Proctologia e/o Ginecologia e/o Fisiatria Fisioterapisti Dedicati. Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla costituzione del Gruppo di Lavoro per la stesura dei PDTA delle patologie da trattare	Dirigenti Medici Fisioterapisti dedicati Infermieri delle sc degli Specialisti interessati	Costituzione del Gruppo di Lavoro e stesura dei PDTA per le patologie da trattare
8. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
9. 3.6.1 Governo clinico Informatizzazione della Scheda Riabilitativa da utilizzare nei reparti di degenza e negli ambulatori.	1. Inserimento della cartella riabilitativa nel sistema G2 2. Addestramento del personale all'utilizzo dello strumento 3. Presa in carico informatizzata dei nuovi pazienti utilizzando la nuova Scheda Riabilitativa.	1. Coordinatore area riabilitativa ospedaliera GO - MO 2. Comparto (fisioterapisti) GO – MO 3. Personale di Segreteria	1. Inserimento della cartella riabilitativa nel sistema G2 da agosto 2020. 2. Entro agosto 2020 formazione del personale 3. Presa in carico dell' 80% dei pazienti riabilitativi degenti e ambulatoriali utilizzando la nuova Scheda Riabilitativa dal 01/09/2010 al 31/12/2020. <i>Fonte: database G2 clinico dei reparti di degenza con intervento riabilitativo e degli ambulatoriali</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
11. Attività scientifica e di ricerca	duzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno una pubblicazione

SC PS Medicina d'urgenza Monfalcone

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Armonizzazione del sistema dell'emergenza ASUGI	Definizione di protocolli condivisi di sistema per la gestione degli accessi, in particolare per i codici bianchi e verdi e per i percorsi brevi	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	Formalizzazione di almeno tre protocolli condivisi
	1. Mobilità formativa e di aggiornamento del personale medico tra le tre Strutture 2. Certificazione ATLS e ACLS dirigenti medici 3. Audit clinici tra le Strutture	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	1.1 Studio di fattibilità mobilità formativa medici tra le tre Strutture entro il 30 aprile 1.2 Evidenza dell'attività al 31.12 2. 1 Conseguimento ATLS per i nuovi assunti dirigenti medici, refresh per i medici già certificati 3. Audit clinici multidisciplinari almeno mensile a partire da settembre per il personale medico e infermieristico: evidenza dei temi trattati
2. vincoli regionali e indicatori nazionali: tempi attesa e abbandoni	Migliorare le performance su: a) A) Visite entro 1 ora dei codici verdi b) B) Risoluzione dei codici verdi entro 4 ore (tranne ricoverati e osservazione) c) C) Abbandoni	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	Target regionale raggiunto <i>(l'obiettivo si intende conseguito per il 2020 se ogni sede PS ASUGI migliora ognuno dei tre indicatori almeno del 30% rispetto ai dati 2019)</i>
3. Gestione delle emergenze spoke-hub	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse neurochirurgico (compreso il trauma cranico minore)	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone SC NCH SC Neurologia Gorizia	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		(Dirigenza medica e personale infermieristico)	
	Definizione di protocolli condivisi sulla gestione del trauma toracico	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone SC Chirurgia Toracica (Dirigenza medica e personale infermieristico)	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse vascolare	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone SC Chirurgia Vascolare SSD Radiologia Interventistica (Dirigenza medica e personale infermieristico)	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
4. Gestione dell'emergenza cardiologica	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse cardiologico per pazienti che necessitano di immediata centralizzazione presso hub di Cattinara con particolare attenzione alle procedure e responsabilità del trasporto con ambulanza	Direttore PS Monfalcone Direttore SC Cardiologia GO/Monf Direttore SC Cardiologia Cattinara	3. Formalizzazione di un protocollo condiviso entro 31 agosto 4. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
5. Tempi di attesa: gestione dei codici gialli	Riduzione dei tempi di attesa dei codici gialli prima della presa in carico	PS Monfalcone (dirigenti)	1. Riduzione del tempo di attesa <26' 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
6. Gestione dei casi sociali con necessità assistenziali	Definizione di un protocollo per l'accesso diretto alla RSA di casi selezionati	PS Monfalcone (dirigenti) Responsabile SS RSA Monfalcone	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso con DBI entro 31 agosto 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
7. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
8. Emergenza COVID	mantenimento attività di triage e pretriage durante la pandemia COVID, con funzione di filtro e differenziazione dei percorsi.	Dirigenti Comparto	Evidenza dei risultati come da azione

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Armonizzazione del sistema dell'emergenza ASUGI	Definizione di protocolli condivisi di sistema per la gestione degli accessi, in particolare per i codici bianchi e verdi e per i percorsi brevi	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	Formalizzazione di almeno tre protocolli condivisi
	1. Mobilità formativa e di aggiornamento del personale medico tra le tre Strutture 2. Certificazione ATLS e ACLS dirigenti medici 3. Audit clinici tra le Strutture	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	1.1 Studio di fattibilità mobilità formativa medici tra le tre Strutture entro il 30 aprile 1.2 Evidenza dell'attività al 31.12 2. 1 Conseguimento ATLS per i nuovi assunti dirigenti medici, refresh per i medici già certificati 3. Audit clinici multidisciplinari almeno mensile a partire da settembre per il personale medico e infermieristico: evidenza dei temi trattati
2. vincoli regionali e indicatori nazionali: tempi attesa e abbandoni	Migliorare le performance su: g) A) Visite entro 1 ora dei codici verdi h) B) Risoluzione dei codici verdi entro 4 ore (tranne ricoverati e osservazione) i) C) Abbandoni	PS Cattinara PS Gorizia PS Monfalcone (Dirigenza medica e personale infermieristico)	Target regionale raggiunto <i>(l'obiettivo si intende conseguito per il 2020 se ogni sede migliora ognuno dei tre indicatori almeno del 30% rispetto ai dati 2019)</i>
3. Gestione delle emergenze spoke-hub	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse neurochirurgico (compreso il trauma cranico minore)	Ps Cattinara: Furlanis Scaramucci NCh Baldo-Impusino PS Mn: Ferrari Ps Go Armini Pizzi Neur Go-Bianchi  Personale infermieristico	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
	Definizione di protocolli condivisi sulla gestione del trauma toracico	PS TS. Serafino-Cappelli Ps MN Mariza PS Go Malacrea Rova	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Personale infermieristico	2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse vascolare	PS Ts Pistan Baskjera PS Mn Panella Ps Go Roseano Miconi  Personale infermieristico	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso e sua attivazione dal 15 settembre 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
4. Mantenimento attività di medicina d'urgenza	Obiettivo prestazionale: Ricoveri in Medicina d'Urgenza	PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA (Dirigenza medica e personale infermieristico)	Evidenza del numero di ricoveri > 3% rispetto al 2019 (223) fonte software g2clinico e contestuale riduzione delle degenze lunghe >72 ore in OBI.
5. Foglio unico di terapia per OBI/Medicina d'Urgenza	Riformulazione della grafica con evidenza della riconciliazione del farmaco.	OBI/medicina d'Urgenza Direttore	Presenza grafica riformulata e suo utilizzo a partire da settembre 2020
6. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
7. Cartella di accettazione della Medicina d'Urgenza	Riformulazione della cartella di accettazione della medicina d'Urgenza.	Medicina d'Urgenza Direttore	Presenza cartella riformulata e suo utilizzo a partire da settembre 2020
8. Tempi di attesa dei codici gialli	Migliorare le performance su: tempi medi di attesa alla visita dei codici gialli	Dirigenza medica	Report annuale tempo medio di attesa con riduzione del 10% rispetto al 2019 (nel 2019: tempo medio di attesa 26,8 minuti)
9. Emergenza COVID	mantenimento attività di triage e pretriage durante la pandemia COVID, con funzione di filtro e differenziazione dei percorsi.	Dirigenti Comparto	Evidenza dei risultati come da azione
10. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

## SC Anestesia Rianimazione Gorizia

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID19	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliamento Terapia Intensiva sino a 15 posti con monitoraggio e ventilatori da sala operatoria</li> <li>2. Costituzione ed ampliamento di Team infermieristico anche da dipartimenti non affini.</li> <li>3. Estrema collaborazione con scambio di medici e di tipologia di attività tra i presidi di Gorizia e Monfalcone</li> <li>4. Iniziative di formazione</li> </ol>	SC Anestesia e Rianimazione GO Dirigenza e comparto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza condivisione GO-MN di Dirigenti medici con aumento della turnistica ed a copertura delle urgenze interne extra Covid-19 (copia turni)</li> <li>2. Evidenza della turnistica infermieristica ampliata</li> <li>3. Evidenza della formazione agli infermieri di altre strutture direttamente sul campo.</li> <li>4. Allestimento di una stanza di isolamento temporaneo per un paziente intubato.</li> </ol>
2. Percorso dei pazienti sottoposti ad incannulamento con catetere centrale ad inserimento periferico (PICC)	<p><u>Risparmio economico</u> (atteso &gt;5000euro/anno su ≈100 incannulamenti da letteratura).</p> <p><u>Riduzione Esposizione</u> radiologica del paziente.</p> <p>Tecnico di Radiologia impegnabile maggiormente in S.O.-</p>	Direttore SC SC Anestesia e Rianimazione GO/ SC Radiologia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riunificazione in Unica seduta settimanale con 3 slot a disposizione di pazienti interni e d esterni con infermiere dedicato.</li> <li>2. Controllo posizionamento attraverso segnale ECG e Magnetico evitando controllo RX torace (<i>previa autorizzazione DMO</i>)</li> </ol>
3. Monitoraggio delle infezioni in Terapia Intensiva	<p>Attivazione registro informatizzato</p> <p>Registrazione dati clinici</p> <p>Registrazione dati microbiologici</p>	Dott. Milanese Marco, Dirigenti medici e comparto SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	<p>Produzione di monitoraggi comprendenti:</p> <p>Confronto storico (statistiche 2018 e 2019 presenti)</p> <p>Report infezioni 2020</p> <p>Report germi MDR 2020</p> <p>Attivazione registro</p>
4. Aumento di Produttività in ambito Terapia del Dolore*	Aumento a 4 sedute settimanali	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	Aumento numero visite rispetto al 2019
5. Mantenimento dell'azione di "procurement" come da indicazione CRT	Proc. 1 donatori effettivi/decessi per lesione cerebrale acuta	Dirigenti e Comparto SC Anestesia e rianimazione GO e DMO	Proc. 1 > 16-25% Proc 2. > 21-40%



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Proc. 2 numero di accertamenti - AMC = (donatori utilizzati + opposizioni + procurati) / decessi per lesione cerebrale acuta		
6. Obiettivo SOS di SC : Sepsi Team Aziendale	Creazione di protocollo condiviso di gestione degli stati settici con insufficienza d'organo e ottimizzazione della Golden Hour 1. Riunioni tecniche Dirigenti medici ed infermieri 2. Rimodulazione del carrello di rianimazione e preparazione check-list 3. Creazione dei percorsi intraospedalieri	Dott. Piacente Nicola, SC Anestesia e Rianimazione GO/ SC Pronto Soccorso-Med.Urg GO Comparto SC rianimazione GO	Presenza del -PDTA condiviso come da azione ed evidenza creazione percorsi
7. Riduzione tempi operatori	monitoraggio tempi su apposito registro predisposizione report mensile riunioni trimestrali gruppo di lavoro per predisposizione misure	- Comparto (inf.sala e nurse GoMo) - Responsabile Blocchi Operatori - Direttore Dipartimento Chirurgico In comune con anestesia GoMo	Evidenza report mensili con analisi dei dati a partire dall'1 ottobre 2020 con sintesi delle Criticità e programma di miglioramento
8. Incremento del numero di sale operatorie assegnate al Dipartimento Chirurgico di GOMO e conseguente aumento complessivo dell'attività *	1. Stesura di un programma di riorganizzazione dell'attività chirurgica per attivare la quinta sala operatoria di Gorizia e una seduta prolungata fino alle 20 per settimana a Monfalcone 2. Assegnazione del personale della dirigenza e del comparto necessario per raggiungere l'obiettivo, eventuale attività aggiuntiva*	Direttore e RID Dipartimento  In comune con Responsabile Blocco Operatorio Direttori SOC Anestesia Coordinatori Blocchi operatori GOMO	1. Stesura di un protocollo entro il 30.09.2020 2. Attivazione delle sedute operatorie entro il 31.12.2020.
9. Revisione Checklist peri-operatoria	1. Identificazione gruppo di lavoro multidisciplinare e pianificazione incontri annuali. 2. Elaborazione cartella peri-operatoria e Check-List 3. Utilizzo sperimentale su tutto il Dipartimento Chirurgico della cartella peri-operatoria e Check-list	Coordinatrici e personale del Dipartimento chirurgico GOMO Blocchi Operatori e Degenza. Direttori di Anestesia e Rianimazione Direttore Dipartimento Chirurgico	Elaborazione nuova cartella peri-operatoria e Check-List condivisa e relazione finale della fase di sperimentazione 31 Dicembre 2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Espletamento di interventi a bassa complessità (flebologici) senza la presenza di Medico Anestesista in S.O. e senza visita anestesiológica preoperatoria	Esecuzione degli interventi previsti dal documento mantenendo inalterata la sicurezza del paziente. Predisposizione scheda monitoraggio parametri vitali in assenza di anestesista monitoraggio eventi avversi predisposizione scheda rilevazione soddisfazione pazienti	SC Anestesia e Rianimazione PO Gorizia/MN in comune con: SC Dipartimento chirurgico PO GO/MN	1. Presenza della scheda monitoraggio almeno nel 60% dell'intera attività flebologica 2. Evidenza della registrazione degli eventi avversi 3. Presenza della scheda di rilevazione della soddisfazione pazienti
11. Linee guida gestione dei pazienti con versamento pleurico nel territorio isontino	1. Costruzione gruppo di lavoro 2. Revisione dei percorsi clinici in essere 3. Creazione di un PDTA condiviso	SOC di Chirurgia di Gorizia e Monfalcone In comune con. SOC di Medicina di Gorizia e Monfalcone SSD di Pneumologia di Gorizia-Monfalcone SOC Pneumologia Trieste SOC di Chirurgia Toracica di Trieste Anestesia GOMO	Creazione di un PDTA sulla gestione del drenaggio toracico
12. 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 Neurologia GO/MO, SC Rianimazione GO, SC Rianimazione MO	Presenza del protocollo come da azione
13. Consolidamento del programma di Patient Blood Management (PBM)	Incontri con i dirigenti medici sul PBM e condivisione del protocollo 2. Applicazione del protocollo a tutti gli ambiti chirurgici di ASUGI (sedi Giuliane e Isontine) 3. Analisi dei dati di consumo e di appropriatezza della trasfusione di emocomponenti ed emoderivati	Direttore e Dirigenti Medici DIMT  <u>In comune con</u> DIREZIONE SANITARIA, Direttori e Dirigenti Medici delle Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione GO/MN e di tutte le Chirurgie di ASUGI, sedi Giuliane e Isontine	Condivisione tra tutte le strutture del protocollo per il PBM in pazienti chirurgici Produzione di report annuale sui consumi di emocomponenti ed emoderivati, sull'appropriatezza delle richieste trasfusionali, e sui pazienti arruolati nel programma PBM. Presentazione dei report ai COBUS. Riduzione delle trasfusioni peri-operatorie (riduzione sullo storico)
14. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
15. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## SC Anestesia Rianimazione Monfalcone

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza Covid 19	Allestimento di una stanza di isolamento temporaneo per un paziente intubato. Rimodulazione turno infermieristico.	Dirigenti medici e comparto	1. Evidenza accoglimento dei pazienti positivi o sospetti in isolamento temporaneo. 2. Turno infermieristico (evidenza di un infermiere in più nel turno notturno).
	1. Svolgimento dell'attività chirurgica in urgenza e non differibile proveniente anche dall'ospedale di Gorizia. 2. Supporto all'attività medica presso la T.I. Covid Ospedale di Gorizia. 3. Risposta alle chiamate notturne in medicina in sostituzione dei medici di PS	Dirigenti medici	1. Evidenza dalla programmazione dell'attività chirurgica come da azione 2. Evidenza dai turni di servizio 3. Evidenza dello svolgimento dell'attività da inizio emergenza Covid 19 al 20 Luglio 2020.
2. Riorganizzazione ambulatorio anestesia	Analisi del volume di attività dell'ambulatorio e riorganizzazione delle sedute. Programmazione visita anestesiologicala dopo il completamento degli esami.	Direttore SC	1. Riduzione sedute ambulatorio anestesia con mantenimento attività. 2. Idoneità ad intervento formulata a fine visita e eliminazione della procedura di revisione cartelle.
3. Prevenzione eventi critici in sala operatoria	Analisi settimanale delle liste operatorie. Verifica delle caratteristiche dei pazienti e degli interventi in programma. Predisposizione delle competenze e delle attrezzature necessarie.	Direttore SS	Evidenza della programmazione degli eventi critici: - Ricovero postoperatorio in Terapia Intensiva. - Predisposizione competenze e attrezzature per intubazione difficile. - Predisposizione recupero sangue intraoperatorio.
4. Incremento prime visite terapia antalgica	Spostamento sedute pomeridiane al mattino. Incremento del numero di sedute.	Dirigenti medici e comparto	Esecuzione di almeno 80 prime visite di terapia antalgica durante l'anno 2020.
5. Monitoraggio delle infezioni in Terapia Intensiva	Attivazione registro informatizzato Registrazione dati clinici Registrazione dati microbiologici	Dirigenti medici e comparto	Evidenza del registro da luglio 2020 con: - Report infezioni secondo semestre 2020 - Report germi MDR secondo semestre 2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Protocollo analgesia postoperatoria	Raccolta dati schede Acute Pain Service. Revisione delle procedure in essere. Analisi della letteratura. Incontro con i dirigenti medici.	Dirigenti medici	Presenza del protocollo come da azione
7. Protocollo partoanalgesia	Revisione delle procedure in essere. Analisi della letteratura. Incontro con i dirigenti medici.	Dirigenti medici	Presenza del protocollo come da azione
8. Consolidamento del programma di Patient Blood Management (PBM)	Incontri con i dirigenti medici sul PBM e condivisione del protocollo. Applicazione del protocollo a tutti gli ambiti chirurgici di ASUGI (sedi Giuliane e Isontine). Analisi dei dati di consumo e di appropriatezza della trasfusione di emocomponenti ed emoderivati	Dirigenti medici (in comune con Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Direzione sanitaria, Strutture Complesse Anestesia e Rianimazione e Chirurgia ASUGI)	- Condivisione tra tutte le strutture del protocollo per il PBM in pazienti chirurgici. Produzione di report annuale sui consumi di emocomponenti ed emoderivati, sull'appropriatezza delle richieste trasfusionali, e sui pazienti arruolati nel programma PBM. Presentazione dei report ai COBUS. Riduzione delle trasfusioni peri-operatorie (riduzione sullo storico)
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.	Dirigenti medici (in comune con SC Neurologia GO/MO, SC Anestesia e Rianimazione GO)	Presenza del protocollo come da azione
10. Riduzione tempi operatori	Monitoraggio tempi su apposito registro. Predisposizione report mensile. Riunioni trimestrali gruppo di lavoro per predisposizione misure.	Direttore SC (in comune con Direttore SC Anestesia e Rianimazione Gorizia, Direttore Dipartimento Chirurgico, Responsabile Blocchi Operatori, Comparto -inf.sala e nurse GoMo-).	- Evidenza report mensili con analisi dei dati a partire dall'1 ottobre 2020 con sintesi delle criticità e programma di miglioramento.
11. 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 per settimana a Monfalcone. Assegnazione del personale della dirigenza e del comparto necessario per raggiungere l'obiettivo, eventuale attività aggiuntiva.	Direttore SC e Direttore SS (in comune con Direttore e RID Dipartimento Chirurgico, Responsabile Blocco Operatorio Direttore SC Anestesia e Rianimazione Gorizia, Coordinatori Blocchi operatori Gorizia e Monfalcone).	1. Stesura di un protocollo entro il 30.09.2020 2. Attivazione delle sedute operatorie entro il 31.12.2020.
12. Revisione Checklist peri-operatoria	Identificazione gruppo di lavoro multidisciplinare e pianificazione incontri	Direttore SC e Direttore SS ( in comune con Direttore Dipartimento Chirurgico,	Elaborazione nuova cartella peri-operatoria e Check-List condivisa e

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>annuali.</p> <p>Elaborazione cartella peri-operatoria e Check-List.</p> <p>Utilizzo sperimentale su tutto il Dipartimento Chirurgico della cartella peri-operatoria e Check-list.</p>	Direttore SC Anestesia e Rianimazione Gorizia, Coordinatrici e personale del Dipartimento chirurgico GOMO (Blocchi Operatori e Degenza).	relazione finale della fase di sperimentazione 31 Dicembre 2020.
13. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
14. Espletamento di interventi a bassa complessità (flebologici) senza la presenza di Medico Anestesista in S.O. e senza visita anestesiológica preoperatoria	<p>Esecuzione degli interventi previsti dal documento mantenendo inalterata la sicurezza del paziente.</p> <p>Predisposizione scheda monitoraggio parametri vitali in assenza di anestesista.</p> <p>Monitoraggio eventi avversi.</p> <p>Predisposizione scheda rilevazione soddisfazione pazienti.</p>	Dirigenti medici (in comune con SC Anestesia e Rianimazione Gorizia, Dirigenti Medici SC Chirurgia GOMO, Nurse Anestesia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presenza della scheda monitoraggio almeno nel 60% dell'intera attività flebologica</li> <li>2. evidenza della registrazione degli eventi avversi.</li> <li>3. Presenza della scheda di rilevazione della soddisfazione pazienti.</li> </ol>
15. Linee guida gestione dei pazienti con versamento pleurico nel territorio isontino	<p>Costruzione gruppo di lavoro.</p> <p>Revisione dei percorsi clinici in essere.</p> <p>Creazione di un PDTA condiviso.</p>	Dirigenti medici (in comune con SC Chirurgia Gorizia e Monfalcone, SC Medicina Gorizia e Monfalcone, SSD Pneumologia Gorizia-Monfalcone, SC Pneumologia Trieste, SC Chirurgia Toracica Trieste).	Creazione di un PDTA sulla gestione del drenaggio toracico.
16. Standardizzazione del percorso di continuità assistenziale	<p>Condivisione procedura con gli Infermieri di Continuità Assistenziale.</p> <p>Modifica dei documenti assistenziali in funzione della continuità assistenziale e dell'identificazione precoce dei casi di dimissione protetta.</p> <p>Introduzione e utilizzo della nuova scheda di continuità assistenziale.</p>	Comparto Anestesia e Rianimazione (elenco a consuntivo)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza della procedura di dimissione protetta con evidenza dei documenti modificati.</li> <li>2. Analisi del fenomeno (n casi, destinazione dei pazienti, attivazioni effettuate) al 31/12/2020</li> </ol>
17. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno una pubblicazione
18. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Tempi d'attesa: visita cardiologica fascia B, D 90%, Ecocardio fascia D, P 90%	A parità d'organico medico e infermieristico, mantenimento offerta per cardiologia territoriale, nonostante l'incremento dei controlli cardiologici per patologia	Dirigenza Cardiologia Go/Mo Comparto Gorizia e Monfalcone	Evidenza delle azioni messe in atto per almeno il mantenimento volumi attività visita cardiologica 2019, ecocardio 2019: dati riparametrati considerando il periodo dell'emergenza COVID
2. Rete cuore: diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco	Integrazione tra PDTA azienda ex AAS2 e PDTA regionale	Dirigenza Cardiologia Go/Mo	Non appena disponibile il documento regionale è effettuata la revisione del percorso del paziente in ASUGI per quanto di competenza
3. STEMI: strutturazione percorso di riabilitazione	Agenda dedicata per riabilitazione cardiologica con data dimissione, data segnalazione, data prima visita in riabilitazione	Dirigenza e Comparto SC Cardiologia Go/Mo	Inserimento in agende dedicate entro 3 sett dalla dimissione di almeno il 80% dei pz con STEMI. dati riparametrati considerando il periodo dell'emergenza COVID.
4. NSTEMI: strutturazione percorso di riabilitazione	Agenda dedicata per riabilitazione cardiologica con data dimissione, data segnalazione, data prima visita in riabilitazione	Dirigenza e Comparto SC Cardiologia Go/Mo	Inserimento in agende dedicate entro 4sett dalla dimissione di almeno il 80% dei pz NSTEMI di tipo 1: dati riparametrati considerando il periodo dell'emergenza COVID
5. Migliorare la disponibilità di posto letto in Cardiologia garantendo la degenza per intensità di cure	Protocollo condiviso con la Medicina di Gorizia e la Medicina di Monfalcone per il trasferimento dei pazienti da UTIC	Dirigenza Cardiologia Go-Mo Direttore SC Medicina Monfalcone Direttore SC Medicina Gorizia	1- Protocollo condiviso con criteri trasferibilità entro 31/08/2020 2- Aderenza al protocollo e audit di verifica da parte della Direzione di Presidio entro 12/2020
6. Introduzione protocollo per la Consulenza Cardiologica dell'Area Giuliano-Isontina	Produzione documento ed approvazione da parte delle Direzioni Presidio ASUGI	Dirigenza Ts e Go/Mo	Compliance al documento ed evidenza di miglioramento del processo
7. Introduzione protocollo inquadramento e gestione Cardiomiopatie dell'Area Giuliano-Isontina	Produzione documento ed approvazione da parte delle Direzioni Presidio ASUGI	Dirigenza e Comparto Ts e Go/Mo	Disponibilità documento Compliance al documento
8. Modello organizzativo inters presidio: Progetto di fattibilità interventi con 9.	1 - Documento organizzativo integrato di fattibilità relativo alle attività di aritmologia, CVE ed EF interventistica	Direttore TS e GO	1 – disponibilità del documento in accordo con le indicazioni dei 2 Responsabili delle

“Equipe integrate di Area Vasta per EF interventistica”	2 – Realizzazione procedure con team medico-tecnico-infermieristico integrato SC cardiologia Cattinara e SC Cardiologia Gorizia		sezioni di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione ASUGI TS e Go 2 – effettuazione di almeno 2 procedure entro il 12.2020 con team medico-tecnico-infermieristico integrato SC Cardiologia Cattinara e SC Cardiologia Gorizia
10. Gestione dell'emergenza cardiologica	Definizione di un protocollo condiviso sui temi di interesse cardiologico per pazienti che necessitano di immediata centralizzazione presso Hub di Cattinara con particolare attenzione alle procedure e responsabilità del trasporto con ambulanza	Direttore PS Monfalcone Direttore PS Gorizia Direttore SC Cardiologia GO/Monf Direttore SC Cardiologia Cattinara	1. Formalizzazione di un protocollo condiviso entro 31 luglio 2. Audit di verifica con evidenza dei dati al 31.12
11. Gestione del paziente in regime di DH cardiologico	Assistenza infermieristica ai pazienti sottoposti a: cardioversione elettrica, sostituzione del dispositivo impiantabile, posizionamento e rimozione Loop-recorder	Coordinatore e Comparto Go	≥ 90% pz gestiti in Cardiologia degenza (dati da registro interno)
12. Assistenza paziente portatore del pace-maker/ICD sottoposto alla RM	Programmazione del PM/ICD pre e post risonanza magnetica e monitoraggio durante l'esame	Coordinatore e Comparto Go	Registro delle RM eseguite in pazienti portatori di device
13. Monitoraggio sezione ospedaliera del PDTA Scopenso cardiaco	1. Costituzione di un registro informatizzato e identificazione dei casi. 2. Attivazione della pianificazione assistenziale standardizzata e focalizzata sull'obiettivo NOC “Adesione al regime terapeutico” 3. Modifica dei documenti assistenziali e implementazione della tassonomia NNN (diagnosi – obiettivo – intervento) 4. Implementazione della diagnosi infermieristica “gestione inefficace del regime terapeutico”. 5. Applicazione set di interventi codificati (NIC) e della scheda prevista dal PDTA in essere. 6. Verifica dell'outcome	Coordinatore Cardiologia degenza Monfalcone e Comparto Cardiologia degenze Monfalcone	1. Evidenza del registro e dello strumento di pianificazione standardizzato 2. Evidenza dell'outcome (NOC Adesione al regime terapeutico) e descrizione del fenomeno. 01/08/2020 - 31/12/2020



14. Standardizzazione del percorso di dimissione protetta	1. Condivisione procedura con gli Infermieri di Continuità Assistenziale 2. Modifica dei documenti assistenziali in funzione della continuità assistenziale e dell'identificazione precoce dei casi di dimissione protetta 3. Introduzione e utilizzo della nuova scheda di continuità assistenziale	Coordinatore Cardiologia degenza Monfalcone e Comparto Cardiologia degenze Monfalcone (nominativi a consuntivo)	1. Evidenza della procedura di dimissione protetta e dei documenti modificati 2. Analisi del fenomeno (n casi, destinazione dei pazienti, attivazioni effettuate, criticità e non conformità). 31/12/2020
15. Prescrizioni personalizzate PSM iter elettronico.	Le confezioni erogate in distribuzione ospedaliera nominale o diretta primo ciclo hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico	Direttore Dirigenti Medici	≥ 90% di ricette PSM (secondo semestre) come da azione
16. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Comparto	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
17. Attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca	Tutta la struttura	Almeno due pubblicazioni

## DIREZIONE SOCIO SANITARIA

### Direzione dei Servizi Sociosanitari

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Piano Pandemico Aziendale	Relativamente all'obiettivo assegnato a tutte le Strutture riguardo la declinazione del Piano Pandemico ASUGI, controllo della presenza del documento in tutte le realtà nei termini previsti e della congruità con il Piano. Eventuali correzioni/integrazioni richieste alle Strutture.	Tutta la Struttura	Evidenza della valutazione dei documenti di tutte le Strutture con eventuali richieste di correzione e integrazione entro due mesi dall'approvazione del Piano Pandemico ASUGI
2. Costruzione di progetti e definizione di percorsi innovativi di inclusione per persone con disabilità (DGR775/20), caratterizzati da personalizzazione della risposta appropriata ai bisogni e sviluppo integrale della persona, in integrazione con i partner locali.	1. Ricognizione dell'offerta di servizi e dei percorsi esistenti 2. raccolta di progetti innovativi in particolare per: - transizione adolescente-giovane adulto - giovani adulti con disabilità in uscita dal nucleo familiare 3. Co-progettazione di nuovi percorsi innovativi con i partner locali	Personale in staff alla DSS  In comune con Cristiano Stea Marin Francioso  In collaborazione con personale dell' area riabilitativa dei distretti e personale dell' Area Welfare	1. Ricognizione e raccolta di progetti innovativi esistenti in linea con DGR 775 2. Proposta di almeno un progetto/percorso innovativo per il target di disabilità individuato.
3. Indicazioni procedurali per aiutare le persone ad assumere i farmaci prescritti (Linea di gestione 2020, 3.5.3 Disabilità)	Partecipazione alle progettualità messe in campo dalla Direzione regionale	Personale in staff alla DSS Giuliana Pitacco  In collaborazione con Referente aziendale per l' Area Riabilitativa Personale dei Distretti	Partecipazione al seminario online promosso dalla Direzione regionale Definizione procedura aziendale Avvio del percorso di formazione sul campo e della sperimentazione nei tempi indicati dalla Direzione Regionale
4. Elaborazione bozza del nuovo regolamento ASUGI relativo agli accessi degli ospiti/volontari per attività di ricerca/ approfondimento/ studio	1. Ricerca documentale della normativa e dei precedenti regolamenti pregressi ex ASUITs e ex AAS2 Bassa-Friulana - Isontina 2. Integrazione del materiale in un unico documento	Donatella Ferluga	Entro il 31 ottobre 2020 conclusione del percorso di approfondimento/studio/comparazione dei precedenti regolamenti

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Elaborazione della bozza del nuovo regolamento inerente gli accessi degli ospiti/volontari da presentare alla Direzione Sociosanitaria		Entro il 31 dicembre 2020 inoltra alla Direzione dei Servizi Sociosanitari della bozza del nuovo Regolamento
5. Coordinamento delle attività previste dal Progetto “Buone pratiche contro la pedofilia” ai sensi della L.R. 20/04 art 21 (capofila Comune di TS, Comuni di Muggia e Duino Aurisina, IRCCS Burlo, USSM, MIUR, GOAP)	1. Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del progetto per la definizione delle azioni in ambito formativo e informativo da svolgere nell’anno. 2. Attività di formazione, informazione e sensibilizzazione mirata alla prevenzione di fenomeni di violenza, bullismo e cyberbullismo rivolta a preadolescenti e adolescenti da realizzarsi in ambito scolastico ed extrascolastico anche durante il periodo di chiusura delle scuole causa COVID. 3. Elaborazione dati dei questionari attività “Bulli di sapone” e condivisione agli istituti comprensivi coinvolti ai fini della programmazione delle attività e degli interventi.	Valentina Iurman  <i>In rete con il personale degli Enti partner dedicati al progetto</i>	Relazione sulle attività realizzate in collaborazione con gli istituti comprensivi aderenti all’azione progettuale. Materiali prodotti e condivisi Entro il 31 dicembre 2020
6. Elaborazione della procedura ASUGI – BURLO finalizzata all'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati	1. Raccordo con l’IRCCS Burlo per la stesura della procedura da attuarsi per l’accertamento multidisciplinare dell’età dei presunti minori stranieri non accompagnati 2. Partecipazione alla commissione multidisciplinare per l’accertamento dell’età dei minori	Valentina Iurman  <i>in collaborazione con il personale preposto dall’IRCCS BURLO</i>	Stesura procedura per l’accertamento olistico multidisciplinare dell’età dei Minori Stranieri Non Accompagnati condiviso con l’IRCCS BURLO. Entro il 31 dicembre 2020
7. Proporre dei miglioramenti da applicare all’offerta di servizi erogati dalle Associazioni di volontariato in relazione ai bisogni dell’utenza.	1. Procedere ad una ricognizione delle associazioni di volontariato afferenti alle strutture di ASUGI; 2. Costruire una griglia che riporti per ogni associazione di volontariato la tipologia di utenza e le attività del progetto presentato ad ASUGI;	Fabiola Caputo  <b>in comune con Giuseppe Romano (Direzione Sanitaria)</b>	Entro il 31.12.2020: trasmettere con nota@ alla dott.ssa Corti il Report finale sull’”Proposte per il miglioramento dell’offerta di servizi erogati dalle Associazioni di volontariato”.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. rilevare le criticità legate ai bisogni dell'utenza con relative proposte di miglioramento.		
8. Implementazione del nuovo sistema di programmazione e progettazione di Servizio Civile Universale	Coordinamento della redazione e presentazione delle proposte progettuali aziendali in attuazione delle nuove disposizioni per la programmazione e progettazione di servizio civile emanate dal Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale	Sari Massiotta	Evidenza dei programmi di intervento e relativi progetti, da realizzare nel 2021, elaborati e presentati sulla base delle tempistiche dell'Avviso agli Enti emanato dal Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale
9. Sviluppo dei sistemi di monitoraggio e valutazione dei progetti di Servizio Civile Universale	Sviluppo di strumenti di valutazione e attestazione delle competenze sulla base delle disposizioni del Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale	Sari Massiotta	Entro dicembre 2020 è prodotto il report delle attività effettuate con i volontari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per ogni Struttura afferente al Dipartimento/Distretto/Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutto il Dipartimento/Distretto/Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura
2. Messa a disposizione dell'elenco aggiornato delle Residenze per anziani autorizzate all'esercizio anno 2020	1. Verifiche su universo di BO 2. Sollecito strutture inadempienti 3. Data entry 4. Predisposizione elenco	SOC	Elenco 2020 strutture residenziali per anziani
3. Messa a disposizione dell'elenco aggiornato delle Comunità socioeducative ed educative integrate per minori anno 2020	1. Verifica del vecchio elenco tramite confronto con funzionario referente regionale per l'indagine Istat sui presidi socioassistenziali e referenti regionali area minori 2. Contatto con le nuove comunità emerse dal confronto con i referenti regionali per acquisizione delle informazioni censite dall'elenco 3. Integrazione dell'elenco con inserimento delle nuove comunità	SOC	Elenco 2020 Comunità socioeducative ed educative integrate per minori
4. Messa a disposizione dell'elenco aggiornato delle Unità di offerta per persone con disabilità anno 2020	1. Verifiche su DB offerta 2. Sollecito EG inadempienti 3. Data entry 4. Predisposizione elenco	SOC	Elenco 2020 Unità di offerta per persone con disabilità
5. Attività di interfaccia finalizzata allo sviluppo della versione informatizzata dello strumento di valutazione multidimensionale Q-VAD	1. Predisposizione documenti finalizzati alla condivisione con Insiel degli obiettivi(specifiche) 2. Incontri di condivisione 3. Test dello strumento 4. Stesura indicazioni di miglioramento	SOC	Evidenza specifiche tecniche e documento contenente indicazioni di miglioramento
6. Uniformare le regole di convenzionamento dei rapporti giuridici ed economici tra azienda sanitaria e enti gestori di residenze per anziani non	1. Predisposizione prima bozza 2. Condivisione con Azienda prima bozza e 3. Raccolta osservazioni e eventuale revisione bozza	Dose Rita Ferrario Barbara Ponta Sandra Vignola Francesca Zanin Carlo	Evidenza bozza convenzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
autosufficienti	4. Stesura documento finale	Zenarolla Anna	
7. Sistematizzazione e restituzione dei dati inseriti dai servizi per le dipendenze	1. Scarico dati aggregati da applicativo MFP 2. Raccordo con i servizi per recupero dei dati non censiti all'interno dell'applicativo MFP 3. Analisi dei dati 4. Sistematizzazione dati per la produzione del documento finale	Dose Rita Ferrario Barbara Ponta Sandra Vignola Francesca Zanin Carlo Zenarolla Anna	Predisposizione del Rapporto 2019 su Consumo, dipendenza da sostanze e comportamenti di addiction in Friuli Venezia Giulia
8. Rilevazione dei dati relativi al personale in servizio presso le residenze per anziani attraverso una scheda informatizzata sviluppata all'interno del gestionale SIRA	1. Produzione specifiche tecniche per lo sviluppo 2. Supporto nell'utilizzo della nuova funzione attraverso helpdesk 3. Supporto nell'implementazione dei dati	Dose Rita Ferrario Barbara Ponta Sandra Vignola Francesca Zanin Carlo Zenarolla Anna	Evidenza specifiche tecniche per sviluppo in SIRA di una scheda informatizzata finalizzata alla rilevazione dei dati sul personale in servizio presso le residenze per anziani
9. Produzione portale regionale disabilità	1. Progettazione portale 2. Formazione all'utilizzo di CMS 3. Interfaccia con Hattiva Lab e Insiel 4. Predisposizione materiali e documenti 5. Implementazione portale in ambiente di produzione	Cecotti Erica	Evidenza di materiali e documenti caricati su portale in ambiente di produzione

## 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
Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e comparto	Entro 31/08/2020- Presentazione alla Direzione Strategica di un crono programma per uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali e di una proposta per adozione di soluzioni organizzative nell'ottica della fusione delle Strutture
Emergenza COVID 19	Adempimenti dinamici connessi alla gestione dell'emergenza	Dirigenza e comparto	Entro 30/06/2020 - Relazione del Responsabile della Struttura alla Direzione Strategica sull'attività svolta in particolare per consentire il lavoro e le comunicazioni a distanza
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Aggiornamento del documento dei rischi a seguito della fusione delle due Strutture ex ASUITS ed ex AAS 2 come da Atto Aziendale ASUGI	Direttore SC e referente per la corruzione	Entro 31/12/2020 - Invio all'RPCT del documento di valutazione dei rischi rivalutato relativamente alla Struttura unificata
Reti patologia fegato	LINEE DI GESTIONE 2020 3.6.1 GOVERNO CLINICO E RETI DI PATOLOGIA Configurazione in G2 Clinico della scheda regionale per le diagnosi epatologiche in regime ambulatoriale sui reparti indicati dalla Regione (SC Clinica Patologie del Fegato (HUB), SC Gastroenterologia, SC	Dirigenza e comparto	Entro 30/06/2020 - Sistema configurato e disponibile all'uso

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Medicina interna, SC Medicina Clinica, SC Malattie infettive)		
Reti patologia ictus	LINEE DI GESTIONE 2020 3.6.1 GOVERNO CLINICO E RETI DI PATOLOGIA Configurazione in G2 Clinico della scheda regionale per la rilevazione delle scale di valutazione per i pazienti con ictus in ambito di ricovero sui reparti indicati dalla Regione (SC Clinica Neurologia /Stroke Unit Cattinara/GO, Clinica Medica Cattinara, S.C. Medicina Interna Catt/GO, S.C. Riabilitazione Cattinara/Magg/GO)	Dirigenza e comparto	Entro 30/06/2020 - Sistema configurato e disponibile all'uso
Cartella clinica	Le linee di Gestione 2020 prevedono l'istituzione di un gruppo di lavoro che, assieme ai tecnici di Insiel, provvederà alla stesura del capitolato tecnico per l'acquisizione di un sistema sw di cartella clinica ospedaliera.	Dirigenza e comparto	Entro 31/12/2020 - Partecipazione agli incontri convocati a livello regionale, se richiesto supporto alla predisposizione del documento conclusivo
Nuovo sistema Valgraf	Analisi dati per migrazione da sistema precedente e configurazione per avviamento regionale nuovo sistema sw scheda Valgraf.	Dirigenza e comparto	Entro 31/12/2020 - Sistema avviato
Analisi di almeno 2 percorsi ex-ASUGI ex-AAS2, ricerca eventuali difformità operative e individuazione attività per uniformare (percorso creazione nuovi cdc MAGREP, accorpamento anagrafico)	Legge regionale 27/2018 Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale	Dirigenza e comparto	Entro 31/12/2020 - Redazione delle procedure per i 2 percorsi indicati
Applicazione normativa sulla privacy	Predisposizione di una griglia di valutazione e delle istruzioni da dare alle Strutture per la definizione e la descrizione nel dettaglio di almeno 2 trattamenti critici e peculiari di dati effettuati nei reparti	Direttore di SC e Responsabile per la privacy	Entro 30/09/2020 comunicazione alle Strutture della griglia e delle istruzioni



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Applicazione normativa sulla privacy	Diffusione alle Strutture ove ci sia un RUP di un link statico al modello standard e delle istruzioni per la compilazione per la nomina a responsabile trattamento dati di tutti i soggetti aggiudicatari di servizi e forniture di ogni genere per il contratti attivati o rinnovati nel secondo semestre	Direttore di SC e Responsabile per la privacy	Entro 30/09/2020 comunicazione alle Strutture del link e delle istruzioni
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi (ex ASUITS) e 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
Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e Comparto	Presentazione alla Direzione Strategica entro 30/09/2020 di un crono programma per uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali e di una proposta di adozione di soluzioni organizzative nell'ottica della fusione delle Strutture
Emergenza COVID 19	Adempimenti dinamici connessi alla gestione dell'emergenza - Assicurare nell'emergenza la operatività della Struttura	Dirigenza e comparto	Entro 31/08/2020 - compatibilmente con il periodo di durata dell'emergenza. Relazione del Responsabile della Struttura alla Direzione Strategica sull'attività svolta per garantire tempestive risposte agli utenti interni, adeguare l'organizzazione allo smart working e alla necessità di dare riscontro all'ordinaria gestione, parallelamente alle attività straordinarie legate all'emergenza epidemiologica
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI per i DEC/RUP	Dirigenza e comparto in comune con Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio (ASUITS) e Gestione Patrimonio Edilizio e Tecnologie (AAS 2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI per gli affidamenti sotto soglia (art. 36 D.Lgs. 50/2016)	Dirigenza e comparto in comune con Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio (ASUITS) e Gestione Patrimonio Edilizio e Tecnologie (AAS 2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI per le commissioni di gara	Dirigenza e comparto in comune con Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio (ASUITS) e Gestione Patrimonio Edilizio e Tecnologie (AAS 2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un patto di integrità ASUGI	Dirigenza e comparto in comune con Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio (ASUITS) e Gestione Patrimonio Edilizio e Tecnologie (AAS 2)	Proposta di patto inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Applicazione normativa sulla privacy	Vengono definiti e descritti nel dettaglio almeno 2 trattamenti critici e peculiari di dati effettuati nel reparto indicando per ciascuno le criticità e le azioni messe in atto per ridurre al minimo il rischio secondo il GDPR secondo le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy	Dirigenza	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
Applicazione normativa sulla privacy	Ove ci sia un RUP, questo deve garantire la nomina a responsabile trattamento dati secondo il modulo standard e la procedura standard (scambio di pec e codifica di protocollo RESPOTD) e le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy di tutti i soggetti aggiudicatari di servizi e forniture di ogni genere per il contratti attivati o rinnovati nel secondo semestre	Dirigenza e RUP	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio (ex ASUITS) e SC Gestione Patrimonio e Tecnologie (ex AAS2)

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riordino SSR	Gestione volture di utenze e trascrizioni di proprietà	Dirigenza e comparto	Relazione sull'attività svolta a cura del Responsabile delle Strutture che contenga anche l'elenco dei beni oggetto di voltura. Invio della relazione entro 15/07/2020 alla Direzione Strategica
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI per gli affidamenti sotto soglia (art. 36 D.Lgs. 50/2016)	Dirigenza e comparto in comune con Approvvigionamenti e Gestione Servizi (ASUITS) e Gestione gare e contratti, acquisizione lavori, beni e servizi (AAS2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI per i DEC/RUP	Dirigenza e comparto in comune con Approvvigionamenti e Gestione Servizi (ASUITS) e Gestione gare e contratti, acquisizione lavori, beni e servizi (AAS2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Riordino SSR	Proposta di un regolamento ASUGI per la distribuzione degli incentivi	Dirigenza e comparto	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI per le commissioni di gara	Dirigenza e comparto in comune con Approvvigionamenti e Gestione Servizi (ASUITS) e Gestione gare e contratti, acquisizione lavori, beni e servizi (AAS2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Riordino SSR	Proposta di un regolamento ASUGI su contestazioni e riserve	Dirigenza e comparto	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un patto di integrità ASUGI	Dirigenza e comparto in comune con Approvvigionamenti e Gestione Servizi (ASUITS) e Gestione gare e contratti, acquisizione lavori, beni e servizi (AAS2)	Proposta di patto inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Riordino SSR	Attuazione/riprogrammazione degli investimenti con fondi anni pregressi	Dirigenza e comparto	Relazione sull'attività svolta a cura del Responsabile delle Strutture che contenga anche l'elenco degli investimenti oggetto di riprogrammazione :invio della relazione entro 31/12/2020 alla Direzione Strategica

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Applicazione normativa sulla privacy	Vengono definiti e descritti nel dettaglio almeno 2 trattamenti critici e peculiari di dati effettuati nel reparto indicando per ciascuno le criticità e le azioni messe in atto per ridurre al minimo il rischio secondo il GDPR secondo le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy	Dirigenza	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
Applicazione normativa sulla privacy	Ove ci sia un RUP, questo deve garantire la nomina a responsabile trattamento dati secondo il modulo standard e la procedura standard (scambio di pec e codifica di protocollo RESPOTD) e le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy di tutti i soggetti aggiudicatari di servizi e forniture di ogni genere per il contratti attivati o rinnovati nel secondo semestre	Dirigenza e RUP	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività relativa alla gestione e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali	Dirigenza e Comparto	Entro 31/10/2020 - Presentazione alla Direzione Strategica di un crono programma per uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali e di una proposta per adozione di soluzioni organizzative nell'ottica della fusione delle Strutture
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Assicurare gli adempimenti di competenza previsti nel Piano secondo modalità e tempistica definiti nello stesso	Dirigenza e comparto	Rispetto delle scadenze previste dal PTPCT, verificato con i monitoraggi periodici della Prevenzione alla Corruzione e Trasparenza
Acquisizione e installazione impianto cardioangiografico presso la Cardiologia dell'Ospedale di Cattinara	Definizione dei requisiti, supporto tecnico alla ditta fornitrice per l'installazione delle apparecchiature, verifica funzionale, collaudo e messa in funzione	Dirigenza e DEC	Sistema collaudato e funzionante entro il 31/12/2020
Aggiornamento elettrocardiografi per la connessione al PACS aziendale	Aggiornamento di n.47 elettrocardiografi per la gestione in remoto e configurati per poter ricevere worklist DICOM	Dirigenza e comparto	Lista degli elettrocardiografi aggiornati con relativa attestazione entro il 31/12/2020
Software per la gestione delle attività dell'Ingegneria Clinica area giuliana	Configurazione e messa in funzione fino al raggiungimento dell'operatività quotidiana del nuovo software per la gestione delle apparecchiature elettromedicali	Comparto area giuliana	Software utilizzato da tutto il personale della struttura entro il 31/12/2020
Installazione pensili presso la Terapia Intensiva dell'ospedale di Monfalcone	Supporto tecnico alla ditta fornitrice per l'installazione delle apparecchiature, verifica funzionale, collaudo e messa in funzione	Comparto area isontina	Sistema collaudato e funzionante entro il 31/12/2020
Applicazione normativa sulla privacy	Vengono definiti e descritti nel dettaglio almeno 2 trattamenti critici e peculiari di dati effettuati nel reparto indicando per ciascuno le criticità e le azioni messe in atto per ridurre al minimo il rischio secondo il GDPR secondo le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy	Dirigenza	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Applicazione normativa sulla privacy	Ove ci sia un RUP, questo deve garantire la nomina a responsabile trattamento dati secondo il modulo standard e la procedura standard (scambio di pec e codifica di protocollo RESPOTD) e le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy di tutti i soggetti aggiudicatari di servizi e forniture di ogni genere per il contratti attivati o rinnovati nel secondo semestre	Dirigenza e RUP	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

SC Economico Finanziario

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e Comparto	<p>1. Definire per le due macro aree "Ciclo attivo" e "Ciclo passivo", le modalità per garantire l'operatività nelle more dalla riorganizzazione della struttura. Indicatore: Ciclo attivo: definizione attribuzioni competenze alle due articolazioni territoriali e definizione delle regole di contabilizzazione dei documenti relativi ai bilanci 2019 di ex ASUITS e ex AAS2, con riflesso su ASUGI. Ciclo passivo: definizione delle regole di contabilizzazione dei documenti relativi ai bilanci 2019 di ex ASUITS e ex AAS2, con riflesso su ASUGI. Ciclo attivo: entro 31/7/2020 con aggiornamento entro 30/9. Ciclo passivo: entro 31/7//2020.</p> <p>2. Assorbimento delle attività riconducibili alla SCEF, svolte in regime di vigenza della convenzione con ASUFC. Indicatore: relazione attività assorbite entro 31/10/2020.</p> <p>3, Soluzioni organizzative idonee a superare le determinazioni assunte nella fase transitoria legate all'area territoriale. Indicatore: proposta nuovo assetto</p>



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			organizzativo della SCEF entro 31/12/2020.
Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Censimento, pulizia e riorganizzazione dei cassetti informatici del Sistema di Interscambio Dati (SDI) di ASUGI	Dirigenza e Comparto	Evidenza di tutte le modifiche apportate, delle richieste di attivazione e cessazione di nuove strutture e/o operatori. Indicatore: confronto architetture ASUITS/AAS2 con ASUGI entro 31/12/2020.
Attività propedeutiche al passaggio del patrimonio in ASUGI	Verifica ed eventuale abbinamento dei fondi presenti in AAS2 e ASUITS 2. Identificare i dati/campi ritenuti essenziali a corredo degli introiti 3. Identificazione dell'effettiva data di carico, per i beni trasferimento da AOOTS in ASUITS recupero dato storico (con il necessario supporto di Insiel)	Ufficio uscite – patrimonio	1. Predisposizione in ASCOT WB Economato ASUGI dell'associazione voce/conti nella gestione classi fondi in PCCFV entro 30/9/2020. 2. Richiesta di implementazione dei campi individuati per ogni singolo introito in aggiunta al campo note entro 30/9/2020. 3. Implementazione del campo DATA INSERIMENTO con data introito e per i beni ex AOOTS "recuperata la data storica di inserimento" (non più la data convenzionale del 02/05/2016) entro 31/12/2020.
Emergenza COVID 19	Adempimenti dinamici connessi alla gestione dell'emergenza	Dirigenza e comparto	Entro 31/10/2020 - compatibilmente con il periodo di durata dell'emergenza. Relazione del Responsabile della Struttura alla Direzione Strategica sull'attività svolta con in particolare l'analisi delle spese specifiche
Riordino SSR	Proposta di un regolamento ASUGI per le casse economiche	Dirigenza	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020.
Riordino SSR	Mappatura e proposta di nomina degli agenti contabili di ASUGI	Dirigenza	Proposta di nomina formale degli agenti contabili alla Direzione Strategica. Indicatore: invio elenco agenti contabili proposti per la nomina entro 31/12/2020

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Trasmissione dei dati e degli aggiornamenti dei dati, ai fini della pubblicazione oggetto di pubblicazione obbligatoria, all'Ufficio Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle scadenze previste dal PTPCT	Dirigenza e comparto	Rispetto delle scadenze di aggiornamento dei dati previste dal PTPCT
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Aggiornamento del documento dei rischi a seguito della fusione delle due Strutture ex ASUITS ed ex AAS 2 come da Atto Aziendale ASUGI	Direttore SC e referente per la corruzione	Entro 31/12/2020 invio all'RPCT del documento di valutazione dei rischi rivalutato relativamente alla Struttura unificata
Applicazione normativa sulla privacy	Vengono definiti e descritti nel dettaglio almeno 2 trattamenti critici e peculiari di dati effettuati nel reparto indicando per ciascuno le criticità e le azioni messe in atto per ridurre al minimo il rischio secondo il GDPR secondo le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy	Dirigenza	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
Applicazione normativa sulla privacy	Ove ci sia un RUP, questo deve garantire la nomina a responsabile trattamento dati secondo il modulo standard e la procedura standard (scambio di pec e codifica di protocollo RESPOTD) e le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy di tutti i soggetti aggiudicatari di servizi e forniture di ogni genere per il contratti attivati o rinnovati nel secondo semestre	Dirigenza e RUP	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.</p>	<p>Unificazione della gestione delle pratiche legate alla concessione dei permessi / congedi per l'handicap (L. 104/92) , già trattate da personale ASUFC in convenzione;</p>	<p>Scrigni; Crnigoj</p>	<p>1. Unificazione delle procedure della gestione della L.104/92 (concessione permessi e congedi straordinari retribuiti) per il personale ex AAS2 Area Isontina; 2. Acquisizione di tutti i fascicoli L.104/92 e gestione a Trieste entro la scadenza della convenzione con ASUFC ( 1/4/2020)</p>
<p>2. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.</p>	<p>Predisposizione bozza di regolamento unico sui permessi studio</p>	<p>Carneseccchi Pelos Monti Scrigni Crnigoj Biancotto Schiavuzzi</p>	<p>Presentazione bozza di regolamento entro il 31.8.2020</p>
<p>3. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.</p>	<p>Predisposizione bozza di regolamento unico sul part time comparto</p>	<p>Carneseccchi Pelos; Contento ; Monti, De feo; Plancher</p>	<p>Presentazione bozza di regolamento entro il 31.7.2020</p>
<p>4. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.</p>	<p>Assorbimento della Gestione delle pratiche maternità ex AAS2 /Isontina già trattate da personale ASUFC in convenzione</p>	<p>Schiavuzzi / Mancuso /Biancotto</p>	<p>1. Unificazione delle procedure della gestione della maternità del personale ex AAS2 Area Isontina; 2. Acquisizione di tutti i fascicoli maternità e gestione a Trieste alla scadenza della convenzione con ASUFC ( 1/4/2020)</p>
<p>5. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.</p>	<p>Assorbimento della Gestione delle pratiche DIRITTO ALLO STUDIO ex AAS2 /Isontina già trattate da personale ASUFC in convenzione</p>	<p>Schiavuzzi / Mancuso/Biancotto</p>	<p>Ev. graduatoria unica per il personale ASUGI per il Diritto allo Studio 2020; lettere anche al personale ex AAS2 Area Isontina e acquisizione di tutte le domande e verifica e inserimento dei permessi studio 2020 entro gennaio 2020</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.	INFORTUNI	Puissa / Pelos/ Baressi/Giffoni	Confronto con procedure ex AAS2 , allineamento della reportistica da inviare agli uffici, relazione finale entro 30.9;
7. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.	Riassegnazione attività stati di servizio ex ASUITS	Puissa / L'Abbate /Macera	Trasmissione competenze per la redazione di stati di servizio ex ASUITS_ entro 30/7/2020, produzione autonoma stati di servizio comparto e verifica responsabile SS
8. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.	Unificazione dei 4 archivi dell'Area Triestina: 1 ex ASS1 e 3 ex AOUTs Ad oggi insistono ancora 2 archivi ex AAS1 ed ex AOUTs (di cui questo diviso tra medici, personale sanitario e personale amministrativo).	Depangher / L'Abbate	Unificazione dei 4 archivi e posizionamento in ordine alfabetico di tutti gli archivi dei fascicoli personali ex AAS ed ex AOUTs entro 30/6/2020.
9. Attuazione del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2020/2022	Predisposizione bozza di un Regolamento unico sugli incarichi extraistituzionali ex art. 53 D.Lgs 165/2001	Carnesecchi, Scrigni, Monti	Presentazione bozza Regolamento entro il 31/08/2020
10. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.	Unificazione e gestione delle procedure stipendiali del personale dipendente	Tutto il personale dell'Ufficio Trattamento Economico anche dell'area isontina (Pacorini, Barzilai, Rosa, Frare, Franco, Minieri, Pennetta, Macaluso, Carboni, Felati, Piani, De Sanits)	Unificazione delle procedure della gestione stipendiale entro il 31/12/2020 del personale dipendente
11. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.	Revisione del Regolamento Trattenute al personale dipendente	Scrocco Fabiana Giorgio Valentina Saccavino Elena Sinico Roberta	Presentazione bozza revisione Regolamento Trattenute entro il 30/09/2020
12. Riordino istituzionale.	-Sospensione della convenzione con ASUFC sulla gestione delle malattie con contestuale trasferimento di un'unità da	Ufficio Presenze/Assenze anche dell'area isontina (Schiauzzi, Castrigno, Cusumano, Glavina Emanuela, Moratto,	Evidenza dell'inserimento delle assenze per malattie del personale GO/MO in

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.	Palmanova a Trieste, attivazione psw per l'accesso al server inps come datore di lavoro per due unità delle P/A di Trieste e scarico dal sito inps di tutte le assenze per malattia di tutta ASUGI	Puzzer, De Santi, Zenone, Glavina Daniele, Giffoni, Marega, Baressi)	modo automatico attraverso la procedura INSIEL già in uso in ex ASUITS1
	Implementazione graduale dei alcuni giustificativi nel ssd per GOMO		Implementazione di codici relativi alle trasferte tra ex aas2 e ex asuits e inserimento dei codici specifici per le richieste di beneficio per permessi di cui al DL18 dd 17/03/20 (covid)
13. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.	Predisposizione di un Regolamento unico sull'orario di lavoro (comparto/dirigenza)	Carnesecchi Alessandra Pikiz Elisa Schivavuzzi Susanna	Presentazione della bozza sul Regolamento dell'orario di lavoro entro il 30/09/2020
14. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività. Personale in quiescenza: Riliquidazione PENSIONI e riliquidazione TFS/TFR DIRIGENZA ASUITS e BURLO anni 2016/2017/2018	Invio aggiornamenti economici all'INPS	Tutto il personale afferente l'ufficio Gestione del Trattamento Previdenziale anche dell'area isontina (Berri, Sentieri, Salamone, Scroccaro, Busatta, Petruz)	1. Chiusura di 142 pratiche di 71 pensionati (pratica di liquidazione e pratica di pensione) entro 31/12/2020 2. Definizione di un percorso con ASUFC entro il 30.09.20
15. Gestione Emergenza Covid e adempimenti correlati	Gestione pratiche autorizzative del telelavoro per i dipendenti ex art 87 D.L. 18/2020 ed ex art 263 dl 34/2020	Segreteria (Mandarano Patrizia, Bassim Mervat e Mikeucic Laura)	Report attivazioni lavoro agile ex art 87 dl 18/2020 entro il 30/09/2020 e Report attivazioni lavoro agile ex art 263 dl 34/2020 entro il 31/12/2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
16. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.	Monitoraggio mantenimento tempi determinati dirigenza medica e sanitaria al disotto del 5% del totale complessivo al 31.12.20	tutto il personale della SS Acquisizione e Carriera del Personale anche dell'area isontina (Bosazzi, Ciciulla, Ponton, De Candido, Zorzin, Fuccaro, Quagliarella, Zanfini, Trifoni, Macera) e Ufficio P/A	Evidenza del monitoraggio mensile
17. Attuazione del Piano Triennale prevenzione corruzione trasparenza	Introduzione nei contratti individuali dei dirigenti di SC tecnico amministrativa clausola di cui all'art. 3 del D.Lgs 39/2013	tutto il personale della SS Acquisizione e Carriera del Personale anche dell'area isontina (Bosazzi, Ciciulla, Ponton, De Candido, Zorzin, Fuccaro, Quagliarella, Zanfini, Trifoni, Macera)	Predisposizione clausola contrattuale entro il 30/09/2020 – ed applicazione nel caso di stipula contratto individuale
18. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.	Predisposizione di un regolamento sugli incarichi di cui all'art. 7 comma 6 del D.Lgs 165/2001	Bosazzi e Rajko	Presentazione della bozza sul Regolamento incarichi D.Lgs 165/2001, art. 7, comma 6 entro il 30/11/2020
19. Adempimenti di cui al Piano Triennale prevenzione corruzione trasparenza 2020/2022	Predisposizione Codice di comportamento ASUGI	Direttore SC, Rajko, Pikiz	Proposta della bozza entro il 31/12/2020

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>20. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.</p>	<p>Svolgimento delle funzioni dirigenziali in materia di personale convenzionato anche con riferimento alla gestione giuridico amministrativa del personale convenzionato dell'Area Isontina, in aggiunta alla gestione giuridico amministrativa del personale convenzionato dell'Area giuliana.</p>	<p>Dirigenza e comparto Medicina Convenzionata (Farina, Minkush, Adducci, Gorini, Giurini, Zimolo, Dionisi, Battiston, Salvaro, Zaritto, Falconer)</p>	<p>1. Definizione delle attività degli istituti contrattuali giuridici, anche con riferimento al personale convenzionato ex aas2 Area Isontina, finalizzati alla gestione degli stessi entro il 31.10.2020 2. Evidenza dell'acquisizione della Gestione operativa degli Istituti contrattuali giuridici del personale convenzionato dell'Area Isontina in aggiunta alla gestione degli istituti contrattuali giuridici del personale convenzionato dell'Area giuliana.</p>
<p>21. Riordino istituzionale. Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende costituenti l'ASUGI e uniformare le attività.</p>	<p>Svolgimento delle funzioni dirigenziali in materia di personale convenzionato anche con riferimento alla gestione economica del personale convenzionato dell'Area Isontina, in aggiunta alla gestione economica del personale convenzionato dell'Area giuliana (ad eccezione degli istituti contrattuali incentivanti annualità 2019 per accordi sottoscritti con AAS2).</p>	<p>Dirigenza e comparto Medicina Convenzionata (Farina, Minkush, Adducci, Gorini, Giurini, Zimolo, Dionisi, Battiston, Salvaro, Zaritto, Falconer)</p>	<p>1. Definizione delle attività degli istituti contrattuali economici, anche con riferimento al personale convenzionato ex aas2 Area Isontina, finalizzati alla gestione degli stessi entro il 31.10.2020 2. Evidenza dell'acquisizione della Gestione operativa degli Istituti contrattuali economici del personale convenzionato dell'Area Isontina in aggiunta alla gestione degli istituti contrattuali economici del personale convenzionato dell'Area giuliana.</p>
<p>22. Definizione dei fondi contrattuali 2020 del personale dipendente dell'ASU GI. Applicazione del CCNL Area Sanità dd.19.12.2019</p>	<p>Analisi della normativa contrattuale di riferimento e degli atti di scorporo AAS2. Quantificazione del valore dei fondi 2020 sulla base degli elementi noti alla Struttura.</p>	<p>Tutto il personale della SS Relazioni Sindacali (Bearzi, Ulieni e Rabaccio)</p>	<p>Predisposizione delle tabelle di quantificazione dei valori dei fondi 2020 per ciascuna area negoziale (Comparto, Area Sanità e PTA), in applicazione dei CCNL vigenti e degli atti di scorporo (Decreti AAS2 n. 593/2019 e n. 719/2019) e loro presentazione entro il 30.09.2020.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
23. Accordo regionale sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali 2020 personale del comparto.	Predisposizione della proposta di accordo aziendale.	Tutto il personale della SS Relazioni Sindacali (Bearzi, Ulieni e Rabaccio)	Presentazione della proposta di contratto integrativo aziendale di definizione delle regole generali di attribuzione delle risorse aggiuntive regionali 2020, entro 1 mese dalla data della DGR di approvazione del testo.
24. Applicazione degli AIR 2019 sulla continuità assistenziale e per la medicina specialistica e le altre professionalità.	Predisposizione delle proposte di accordo attuativo aziendale per l'applicazione di: 1. Par. 10 AIR Continuità assistenziale dd. 03.10.2019 (DGR n. 1718/2019); 2. Par. 16 AIR medicina specialistica dd. 10.12.2019 (DGR 2137/2019);	Il Responsabile della SS Relazioni Sindacali	1. Inoltro al Comitato Aziendale MMG della proposta di accordo attuativo aziendale entro il 31.05.2020; 2. Predisposizione proposta di accordo entro 5 giorni dalla trasmissione da parte della Direzione Sanitaria della proposta di obiettivo
25. Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura



SC Affari Generali e Legali Assicurativi e Assicurazioni (ex ASUITS) e SC Convenzioni, Affari Generali e Ufficio Legale (ex AAS 2)

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e comparto	Entro 30/9/2020. Presentazione alla Direzione Strategica di un crono programma per uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali e di una proposta per adozione di soluzioni organizzative nell'ottica della funzione delle Strutture
Emergenza COVID 19	Adempimenti indiretti che non richiedono attività aggiuntiva connessi all'emergenza	Dirigenza e comparto	Entro 31/08/2020 - compatibilmente con il periodo di durata dell'emergenza. Relazione del Responsabile della Struttura alla Direzione Strategica sull'attività svolta
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI sull'affidamento di incarichi di consulenza legale	Dirigenza e comparto	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di regolamento ASUGI sull'accesso alla documentazione detenuta da ASUGI	Dirigenza e comparto in comune con SC Staff, Innovazione, Sviluppo organizzativo e formazione	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI sulla libera professione intramuraria	Dirigenza e comparto. In comune con SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione (ASUITS)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020.
Applicazione normativa sulla privacy	Vengono definiti e descritti nel dettaglio almeno 2 trattamenti critici e peculiari di dati effettuati nel reparto indicando per ciascuno le criticità e le azioni messe in atto per ridurre al minimo il rischio secondo il GDPR secondo le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy	Dirigenza	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione
Applicazione normativa sulla privacy	Ove ci sia un RUP, questo deve garantire la nomina a responsabile trattamento dati secondo il modulo standard e la procedura standard (scambio di pec e codifica di protocollo RESPOTD) e le istruzioni comunicate dal Responsabile della Privacy di tutti i soggetti aggiudicatari di servizi e	Dirigenza e RUP	Entro 31/12/2020 relazione al Responsabile del Trattamento dati Personali con evidenza dell'analisi svolta secondo l'azione

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	forniture di ogni genere per il contratti attivati o rinnovati nel secondo semestre		
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

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

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riordino SSR	Proposta di regolamento ASUGI recante la disciplina dell'erogazione dei contributi alle associazioni di volontariato e dei rapporti con le associazioni stesse e di promozione sociale tramite progettualità	Dirigenza e comparto in comune con SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 30/11/2020
Riordino SSR - Scorporo funzioni amministrative ex AAS 2	Assorbimento da parte di ASUGI delle attività gestite dalla cessata AAS 2 oggetto della convenzione tra le cessate AAS 2 - ASUITS e ASUIUD per le materie di competenza della SC Convenzioni, AAGG e Legali	Dirigenza e comparto	invio relazione alla Direzione amministrativa entro il 31/10/2020

## SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e Comparto	Presentazione alla Direzione Strategica di un crono programma per uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali e di una proposta per adozione di soluzioni organizzative nell'ottica della revisione dell'assetto aziendale delle Strutture: La relazione è presentata entro il 31/10/2020.
Riordino SSR	Proposta di regolamento ASUGI recante la disciplina dell'erogazione dei contributi alle associazioni di volontariato e dei rapporti con le associazioni stesse e di promozione sociale tramite progettualità	Dirigenza e comparto in comune con SC Convenzioni Affari Generali e Ufficio Legale (AAS2)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 30/11/2020
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di regolamento ASUGI sull'accesso alla documentazione detenuta da ASUGI	Dirigenza e comparto in comune con SC Staff, Innovazione, Sviluppo organizzativo e formazione	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/10/2020
Miglioramento dei processi amministrativi	Elenco immobili ATER: predisposizione report in formato excel con l'individuazione delle appartecchiature televisive ai fini del calcolo dell'imposizione RAI	Comparto	Invio report al Responsabile della SSD entro il 10/12/2020
Miglioramento dei processi amministrativi	Gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato per la concessione dei contributi aziendali: implementazione del file comparativo delle richieste di contributi e delle relative concessioni/erogazioni aziendali dal 2010 e archiviazione delle posizioni chiuse al 15.12.2019	Comparto	Invio file al Responsabile della SSD entro il 10/12/2020
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riordino SSR	Uniformare le procedure e le regolamentazioni delle due ex Aziende ed unificare le attività	Dirigenza e Comparto	Presentazione alla Direzione Strategica di un crono programma per uniformare le procedure e le regolamentazioni aziendali e di una proposta per adozione di soluzioni organizzative nell'ottica della revisione dell'assetto aziendale delle Strutture: La relazione è presentata entro il 31/10/2020.
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-22	Proposta di un regolamento ASUGI sulla libera professione intramuraria	Dirigenza e comparto. In comune con SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione (ASUITS)	Proposta di regolamento inviata alla Direzione Strategica entro 31/12/2020.
Emergenza COVID: Piano Aziendale	Declinazione per Struttura delle attività previste dal Piano Pandemico ASUGI	Tutta la Struttura	Entro 1 mese dall'approvazione del piano aziendale: presenza di un documento di pianificazione delle azioni obbligatorie di competenza della Struttura

# 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: ANTONIO POGGIANA  
CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F  
DATA FIRMA: 04/12/2020 13:08:37  
IMPRONTA: 52959172DFDE707713A27A606E99993C2643D247DDDC0DDC31E96F634FFBA145  
2643D247DDDC0DDC31E96F634FFBA145C5BF7C68678678EC69D44B0A266A158E  
C5BF7C68678678EC69D44B0A266A158E0361C09B685E9482DE8ECEFE5CC8E9A7  
0361C09B685E9482DE8ECEFE5CC8E9A756C59F56FFF85D39C0EDAE26C0189DA4

NOME: EUGENIO POSSAMAI  
CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L  
DATA FIRMA: 04/12/2020 13:40:06  
IMPRONTA: 184A06AB5F6CB1ABD9CCB01CD8512F19F5725A6FD102D4B983F9C2F0A67222E5  
F5725A6FD102D4B983F9C2F0A67222E5EEE27210404C0DEA843EB9947EBA33C8  
EEE27210404C0DEA843EB9947EBA33C8F7ADD3992831ABF2968720FF00DEFED8  
F7ADD3992831ABF2968720FF00DEFED8DBFE173B487022FCFBA6C390832346A5

NOME: ANDREA LONGANESI  
CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T  
DATA FIRMA: 04/12/2020 13:54:32  
IMPRONTA: 230DD2F96FDB19B783F7CF5D99213285D54DA3062EA90BBEDB1967144F2195FC  
D54DA3062EA90BBEDB1967144F2195FC5CB7891DEE1C527023652BDBDD8C09DA  
5CB7891DEE1C527023652BDBDD8C09DAB6C387751C3F77CC544F3440E603E540  
B6C387751C3F77CC544F3440E603E5404C5673F231499A22DB9F0BAA893A6490

NOME: MARIA-CHIARA CORTI  
CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I  
DATA FIRMA: 04/12/2020 14:08:37  
IMPRONTA: C01B782160DAD1617C0EC4CA61B1A0B1757D12D976DC7D63C353DADCCF4D0F54  
757D12D976DC7D63C353DADCCF4D0F54D4DE431897FBBA48924A74A5F4C9EE79  
D4DE431897FBBA48924A74A5F4C9EE79B381EDAE8E9771C4B1065343EC196232  
B381EDAE8E9771C4B1065343EC196232FBE6D7BB30E2B7964F4CC2EDBBDA768C

**PERSONALE DEI CORSI DI LAUREA - OBIETTIVI RAFP e TUTOR DIDATTICI 2020**

**REFERENTE AZIENDALE CORSI DI LAUREA**

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso
<p>1. Organizzare e coordinare il progetto delle attività formative professionalizzanti e di tirocinio del triennio coerentemente alla programmazione didattica definita dal Consiglio di Corso. A tal proposito il RAFP mantiene e sviluppa livelli di integrazione e coordinamento con le Strutture che compongono la rete formativa di inserimento con cui identifica con cadenza annuale e preventiva il fabbisogno di tutor di tirocinio, di sedi di tirocinio e di numerosità degli studenti da ospitare e comunica al termine di ogni anno l'andamento delle attività per gli adempimenti necessari.</p>	<p>1. Identificare tutor e sedi di tirocinio dei CdL in coerenza con il progetto di tirocinio 2. Fare preventivo dei costi per le attività didattiche (lezioni, esercitazioni, laboratori, tirocini ...) 3. Definire il n. di ore e il rapporto tutor studenti per U.O. e monitorare la coerenza tra attività preventivata e svolta</p>	<p>RAFP dei CdL in INF, FT, LOG, TERP, TSRM, TSLB, ID</p>	<p>1. I tutor identificati sono inseriti in un elenco approvato dal Consiglio di Corso entro il 30/09/20. Elenco tutor inviato all'Azienda per i necessari provvedimenti. 2. Invio all'Azienda del Preventivo di spesa per l'anno 2021. Entro il 31/10/2020 3. Invio periodico del rendiconto delle attività tutoriali svolte dai tutor al fine della liquidazione delle competenze</p>
<p>2. Garantire che gli studenti in tirocinio siano in possesso dei pre-requisiti necessari alla sicurezza dei pazienti e coordinare le iniziative volte a garantire la sicurezza degli studenti nei contesti di tirocinio con quanto previsto nell'art.17 del Protocollo d'Intesa.</p>	<p>Garantire che gli studenti ammessi in tirocinio, abbiano superato l'Esame del corso di prevenzione e sicurezza nei luoghi di cura e lavoro</p>	<p>RAFP dei CdL in INF, FT, LOG, TERP, TSRM, TSLB, ID</p>	<p>L'attestato che attesta il superamento del test è presente nel fascicolo personale degli studenti. Viene inviata all'Azienda nota che attesta il superamento e l'elenco degli studenti ammessi al tirocinio.</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso
3. Organizzare e progettare in accordo con i centri di formazione continua delle strutture del SSr che appartengono alla rete di riferimento del Corso di Laurea programmi di formazione continua per Tutor Didattici e per Tutor di Tirocinio al fine di assicurare la più elevata qualità dei processi di apprendimento degli studenti	Progettazione di corso di formazione accreditati ECM per Tutor clinici e didattici	RAFP di almeno due CdL	Svolgimento di almeno una iniziativa di aggiornamento accreditata ECM
4. Contributo alla formazione interna anche accreditata ECM in raccordo con i programmi aziendali	Formazione sul campo e/o Residenziale rivolta a personale ASUGI	RAFP e Tutor didattici dei CdL	Svolgimento da parte dei Tutor, anche congiuntamente tra i CdL, di almeno tre attività formative o di aggiornamento entro il 31.12.2020
5. Progettare e condurre percorsi di ricerca su problematiche cliniche/tecniche o didattiche in collaborazione con le strutture operative	Progettare nuovi progetti di ricerca o sviluppare quelli già in atto.	RAFP e Tutor didattici di almeno due CdL	Report delle attività svolte, presentazioni a convegni scientifici, produzione di almeno un articolo su riviste scientifiche

# 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: ANTONIO POGGIANA  
CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F  
DATA FIRMA: 04/12/2020 13:08:44  
IMPRONTA: 1739BB4FBF29AC973712419202837D3E63478103BC41E6D8781CC9FD98E7BECE  
63478103BC41E6D8781CC9FD98E7BECE3F7FC77EE8FDD2699CA0234F23CCEC13  
3F7FC77EE8FDD2699CA0234F23CCEC1396CB5A3E6B9598402DDCEA45972BD400  
96CB5A3E6B9598402DDCEA45972BD40096CB8BD829FBEEC9247258E9FEFBC9A8

NOME: EUGENIO POSSAMAI  
CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L  
DATA FIRMA: 04/12/2020 13:40:11  
IMPRONTA: 6DC810EB65E25602A9D759085185DFD92FE327E1BF0CD3DB36D47949EA94F64C  
2FE327E1BF0CD3DB36D47949EA94F64C99AD8983D9557AF244D40A994DA19269  
99AD8983D9557AF244D40A994DA19269CC892B0E0E148D17B032944823D73275  
CC892B0E0E148D17B032944823D73275B3856ECD9B3A86A7220D63864F4668E6

NOME: ANDREA LONGANESI  
CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T  
DATA FIRMA: 04/12/2020 13:54:37  
IMPRONTA: 77B3BFEB47E44C5FC044D43CE266D6ECC019918AA1F05B9F1AF52A83875CA209  
C019918AA1F05B9F1AF52A83875CA20957D616A80F80E63435F20C08B0901E71  
57D616A80F80E63435F20C08B0901E71CA1C712DC391CBD39AFEFBBF20244B3F  
CA1C712DC391CBD39AFEFBBF20244B3FF0C99CFBD4C27717471B9031B977B46A

NOME: MARIA-CHIARA CORTI  
CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I  
DATA FIRMA: 04/12/2020 14:08:42  
IMPRONTA: 809DA60273BEB673D06D2A35BBB2E06E966283F45EA741D49A378F20BE3AEF0D  
966283F45EA741D49A378F20BE3AEF0DD251AB851932E15BF37257AFE1C143A3  
D251AB851932E15BF37257AFE1C143A30E42A2D76B694FBA319722D35B9F80B4  
0E42A2D76B694FBA319722D35B9F80B432E15A253D78DADA2E941386D284F621