



# **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022**

**Azienda Sanitaria Universitaria  
“GIULIANO-ISONTINA”**

## INDICE

<b>PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDERS ESTERNI E DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI .....</b>	<b>4</b>
1.1. PARI OPPORTUNITÀ E BENESSERE ORGANIZZATIVO .....	9
1.2. COINVOLGIMENTO DEGLI <i>STAKEHOLDERS</i> .....	10
1.3. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO .....	10
1.4. L'ATTIVITÀ DEL PERIODO.....	11
<b>2. ANALISI DELLE RISORSE.....</b>	<b>22</b>
2.1. LE RISORSE UMANE.....	22
2.2. IL BILANCIO AZIENDALE .....	26
2.3. TEMPISTICHE DI PAGAMENTO.....	27
<b>3. MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....</b>	<b>28</b>
3.1. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA .....	28
3.1.1. GLI OBIETTIVI ANNUALI .....	28
3.2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI .....	29
3.2.1. OBIETTIVI STRATEGICI DI RILEVANZA REGIONALE E AZIENDALE.....	30
3.3. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE .....	31
3.3.1. GLI OBIETTIVI INDIVIDUALI .....	31
3.3.2. VALUTAZIONE INDIVIDUALE ANNUALE .....	31
3.3.3. SINTESI DEI RISULTATI PER IL PERSONALE DEL COMPARTO .....	32
3.3.4. SINTESI DEI RISULTATI PER LA DIRIGENZA .....	32
<b>4. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.....</b>	<b>33</b>

## **PREMESSA**

La Relazione sulla performance è il documento attraverso il quale l'azienda rendiconta in modo chiaro, sintetico e di facile comprensione ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni risultati ottenuti nel corso dell'anno 2022, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance, in relazione agli obiettivi programmati dell'anno corrispondente, evidenziando le risorse utilizzate e gli eventuali scostamenti. Essa costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale e vuole rappresentare un'occasione per rileggere i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione.

Il presente documento, quindi, viene redatto in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10, comma 1, lettera b) del D.lgs. n. 150/2009 e s.m.i.) in relazione alla valutazione dei risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate

Si premette che il processo di programmazione e controllo delle aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia è normato dalla legge regionale 10.11.2015 n. 26 recante “Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti” e successive modifiche ed integrazioni, la quale, a seguito della modifica apportata dall'art. 8 della L.R. n. 28/2018, ha previsto le seguenti fasi:

- programmazione economica annuale (art. 41);
- gestione per budget (art. 42);
- controllo trimestrale (art. 44) e controllo annuale al 31 dicembre 2022 (art. 43).

L'Azienda, sulla base delle direttive emanate dalle Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), ha declinato le progettualità di rilievo regionale all'interno del Piano Attuativo 2022 - adottato con decreto del Direttore Generale n. 333/2022 e decreto di variazione e modifiche n. 563/22 - ed assegnato gli obiettivi di budget alle strutture con decreto del DG n. 524/22, successivamente revisionati con decreto del DG n. 1092/22.

Il monitoraggio dell'attuazione del programma annuale e del rispetto dei vincoli operativi e di bilancio è stato effettuato, secondo le disposizioni regionali, attraverso i rendiconti infra annuali e con l'adozione del bilancio consuntivo e della relazione sulla gestione 2022, approvati con decreto del D.G. n. 506 del 15.06.2022.

Nelle pagine che seguono vengono descritte, sinteticamente, in riferimento all'anno 2022, le fasi principali del processo programmatorio e gestionale, i soggetti coinvolti e le modalità mediante le quali è stato gestito il ciclo delle performance e, in particolare, come sono stati:

- individuati e definiti gli indirizzi e gli obiettivi strategici
- assegnati gli obiettivi operativi e le risorse ai diversi Centri di responsabilità e definiti i risultati attesi e gli indicatori di misurazione degli stessi
- monitorati periodicamente i costi di esercizio, le attività ed i livelli di raggiungimento degli obiettivi e delle progettualità assegnati attraverso la reportistica pubblicata
- misurati e valutati i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse impiegate, ai sensi di quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett. b) del D. Lgs. n.150/2009.

Per quanto attiene la strutturazione del documento, si evidenzia che la parte relativa alle performance a livello aziendale costituisce un estratto della Relazione sulla gestione allegata al Bilancio Consuntivo 2022 adottato con decreto del Direttore Generale di ASUGI n. 506 del 15/06/2022 “Approvazione definitiva del Bilancio di esercizio e Rendiconto finanziario 2022”.

## **1. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDERS ESTERNI E DEI PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI**

L’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (di seguito ASUGI), con sede a Trieste, si è costituita dal 1° gennaio 2020, per effetto dell’art. 11 della L.R. 27/2018 e della D.G.R. 2174 dd. 12.12.2019 che hanno previsto la soppressione, con la medesima decorrenza, dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUTIS) e dell’Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 Bassa Friulana- Isontina (AAS2). ASUGI succede, quindi, nel patrimonio dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUTIS) ed in parte del patrimonio dell’Azienda per l’Assistenza Sanitaria n. 2 “Bassa Friulana- Isontina” (AAS2) - determinata dalle sedi ospedaliere di Gorizia e Monfalcone e dalle strutture territoriali operanti nei Distretti Alto e Basso Isontino.

Gli atti aziendali relativi al ciclo di programmazione e valutazione della performance tengono conto e soddisfano i seguenti riferimenti normativi:

### PROGRAMMAZIONE

- DGR 54 del 21.01.2022: Lr 22/2019 - Linee Annuali Per La Gestione Del Servizio Sanitario Regionale Per L'anno 2022. Approvazione Preliminare
- DGR 321 del 11.3.2022: Lr 22/2019 - Linee Annuali Per La Gestione Del Servizio Sanitario Regionale Per L'anno 2022. Approvazione Definitiva.
- DGR 1682 del 11.11.2022: Lr 22/2019. Piano Attuativo e Bilancio Preventivo Economico Annuale Consolidato Degli Enti del Servizio Sanitario Regionale - Anno 2022. Approvazione.
- DGR 1869 del 2.12.2022: Centro Unico Di Produzione Degli Emocomponenti (Curpe). Ridefinizione attribuzione funzioni. Modifica DGR 1446/2021 come rettificata dalla DGR 1965/2021.
- DGR 1924 del 16.12.2022: LR 22/2019. Piano Attuativo e Bilancio Preventivo Economico Annuale Consolidato Degli Enti del Servizio Sanitario Regionale - Anno 2022. Variazione
- DGR 1809 del 24.11.2022: DPCM 502/1995, art 1, comma 5. Determinazione per l'anno 2022 del compenso integrativo del trattamento economico dei direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale e criteri per l'attribuzione.

### TEMPI DI ATTESA

- DGR 106 del 28.1.2022: L 234/2021, art 1, comma 276, dl 104/2020, art 29 e dl 18/2020, art 18. rimodulazione piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.
- DGR 365 del 18.3.2022: L 234/2021, art 1, comma 276. dl 104/2020, art 29. dl 18/2020, art 18. adeguamento della rimodulazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa
- DGR 1810 del 24.11.2022: L 234/2021, art 1, comma 276. dl 104/2020, art 29. dl 18/2020, art 18. piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa. aggiornamento.

### INVESTIMENTI

- DGR 594 del 29.4.2022: Dl 34/2020, art 2. piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19. Rimodulazione interventi edili impiantistici. approvazione preliminare.

- DGR 729 del 19.5.2022: L 67/1988, art 20. accordo di programma integrativo per il settore investimenti sanitari, sottoscritto il 12 marzo 2013 dal ministero della salute e dalla regione autonoma Friuli Venezia Giulia. modifica del quadro economico.
  - DGR 954 del 1.7.2022: Interventi di investimento finalizzati alla realizzazione delle case di comunità, degli ospedali di comunità e le eventuali opere complementari non finanziati con le risorse del PNRR e del PNC.
  - DGR 1044 del 15.7.2022: Lr 26/2015. appalto per la progettazione e realizzazione dei lavori di iii e iv lotto dell'ospedale di Udine. finanziamento straordinario per la prosecuzione delle opere in esito all'aumento dei costi delle materie prime.
  - DGR 1216 del 26.8.2022: Dl 34/2020, art 2. piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19. Rimodulazione interventi edili impiantistici. approvazione definitiva.
  - DGR 1292 del 9.9.2022: Lr 26/2015. programmazione degli investimenti sul po di latisana e riforma delle dgr 1322/2014, 561/2018 e 2371/2015.
  - DGR 1294 del 9.9.2022: Dl 34/2020, art 2. piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19. Rimodulazione della distribuzione dei posti letto di terapia intensiva e degli interventi di acquisizione di attrezzature elettromedicali. Approvazione preliminare.
  - DGR 1484 del 14.10.2022: Dl 34/2020, art 1, comma 5 e dm 77/2022. documento infermiere di famiglia o comunità: il modello assistenziale in friuli venezia giulia - policy regionale. approvazione.
  - DGR 1600 del 28.10.2022: Lr 26/2015. programmazione degli investimenti nel sssr per gli anni 2022-2023.
  - DGR 1803 del 24.11.2022: Dl 34/2020, art 2. piano per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza covid-19. Rimodulazione della distribuzione dei posti letto di terapia intensiva e degli interventi di acquisizione di attrezzature elettromedicali. approvazione definitiva.
- DGR 1807 del 24.11.2022: Lr 26/2015, art 33, comma 10. interventi di investimento non previsti nel programma triennale degli investimenti ed emergenti nel corso dell'anno.

## PERSONALE

- DGR 319 del 11.3.2022: Accordo stralcio tra l'assessore regionale alla salute politiche sociali, disabilità, cooperazione sociale e terzo settore e le oo.ss. dell'area del comparto per l'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali 2022. approvazione.
- DGR 996 del 8.7.2022: Intesa sulle risorse aggiuntive regionali personale del comparto sanità - esercizio 2022. approvazione.
- DGR 1155 del 5.8.2022: Intesa sulle risorse aggiuntive regionali del personale della dirigenza area sanità. esercizio 2022. Approvazione.
- DGR 1209 del 26.8.2022: L 234/2021, art 1, comma 268. verbale di confronto regionale per la stabilizzazione del personale del comparto. Approvazione.
- DGR 1208 del 26.8.2022: Intesa sulle risorse aggiuntive regionali area delle funzioni locali - personale della dirigenza professionale - tecnica e amministrativa. esercizio 2022. Approvazione.

## PREVENZIONE

- DGR 249 del 25.2.2022: Piano strategico regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale nel friuli venezia giulia 2021-2023. Approvazione.
- DGR 288 del 4.3.2022: Documento piano regionale della prevenzione 2021-2025 del Friuli Venezia Giulia. approvazione.

## PNRR

- DGR 550 del 22.4.2022: Pnrr, missione 6. piano operativo regionale per il friuli venezia giulia. approvazione definitiva.
- DGR 724 del 19.5.2022 Pnrr missione 6 componente 2 investimento 1.2 "verso un ospedale sicuro e sostenibile". Ricognizione della copertura finanziaria.
- DGR 750 del 24.5.2022: Pnrr, missione 6. contratto istituzionale di sviluppo (cis) per il friuli venezia giulia. approvazione.
- DGR 832 del 9.6.2022: Piano nazionale ripresa e resilienza (pnrr) - missione 6 salute dm 29 aprile 2022. adozione linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare.
- DGR 1686 del 11.11.2022: Pnrr, contratto istituzionale di sviluppo tra il ministero della salute e la regione friuli venezia giulia. Proposta di modifica ai sensi dell'art 13 del contratto istituzionale di sviluppo.
- DGR 1896 del 7.12.2022: Pnrr m6. dm 77/2022. programma regionale dell'assistenza territoriale. approvazione preliminare.
- DGR 1923 del 16.12.2022: Pnrr, contratto istituzionale di sviluppo tra il ministero della salute e la regione friuli venezia giulia. Proposta di modifica ai sensi dell'art 13.
- DGR 2042 del 29.12.2022: Pnrr m6. dm 77/2022. programma regionale dell'assistenza territoriale. approvazione definitiva.

ASUGI partecipa, nell’ambito di un sistema regionale unitario e integrato di servizi sociali, sociosanitari e sanitari, alla realizzazione di un sistema salute universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella Regione

I rapporti con l’Università degli Studi di Trieste sono disciplinati dal vigente Protocollo d’intesa tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e gli Atenei Regionali per lo svolgimento delle attività assistenziali da parte di professionisti dell’Università e dai relativi specifici accordi, nel rispetto della normativa vigente. In particolare, secondo quanto previsto dal citato Protocollo, l’Azienda svolge la sua attività in maniera integrata con il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell’Università degli Studi di Trieste per garantire le attività di assistenza, di didattica e di ricerca contribuendo così al raggiungimento delle finalità proprie dell’Università e dell’Azienda. L’Azienda persegue inoltre politiche di collaborazione con le Università degli Studi del Friuli Venezia Giulia, Italiane e Internazionali in ambito sanitario; tali collaborazioni sono finalizzate allo sviluppo di programmi didattici, assistenziali e di ricerca anche di interesse gestionale e di alta formazione.

ASUGI sviluppa la propria offerta di salute nell’ambito di due settori. il settore Polo Ospedaliero e il settore Rete Territoriale. La programmazione e il coordinamento delle attività di ciascun settore aziendale è assicurata dalla Direzione Strategica. Il settore polo ospedaliero è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie in emergenza/urgenza e in elezione e all’erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità.

Il Polo Ospedaliero si articola in Presidi Ospedalieri e Dipartimenti organizzati per specializzazioni e livelli di intensità di cura. La co-esistenza in ASUGI del Presidio Ospedaliero di II livello “Cattinara – Maggiore”, Ospedale di Cattinara e Ospedale Maggiore a Trieste e del Presidio Ospedaliero di Base “Gorizia – Monfalcone”, Ospedale “S. Polo” a Monfalcone e Ospedale “S. Giovanni di Dio” a Gorizia, è funzionale alla piena realizzazione del modello “hub & spoke” mediante la specializzazione per livelli di complessità. L’offerta ospedaliera, mantenendo un contesto unitario, si specializza nei diversi Ospedali al fine di garantire una buona efficienza produttiva in tutti i contesti aziendali attraverso un’allocazione flessibile delle risorse produttive (sale operatorie, posti letto, ambulatori, risorse umane, tecnologie) e consentire un pieno utilizzo di tutti i fattori produttivi.

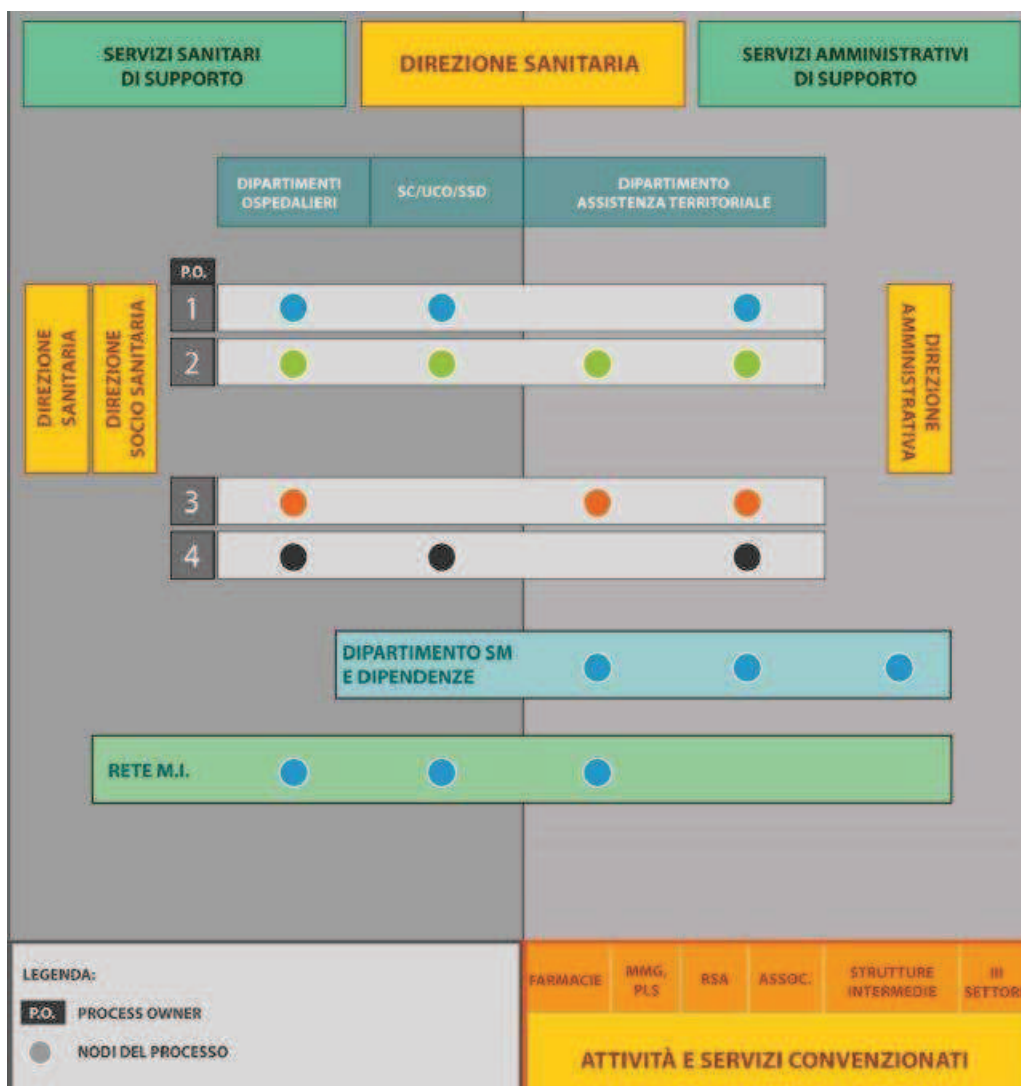


La Rete Territoriale eroga prestazioni distrettuali di diagnosi, cura e riabilitazione, di prevenzione sanitaria, specialistiche oltre alle cure intermedie, salute mentale e dipendenze ed è articolata, pertanto, al fine di poter garantire una propria offerta e una tempestiva risposta alternativa e/o complementare all’ospedale per prestazioni di intensità e complessità clinico-assistenziale proprie del setting territoriale. Le due dimensioni aziendali e i relativi assetti organizzativi sono funzionali all’esigenza di condividere le risorse produttive superandone la frammentazione e divisione fra “ospedale – territorio”, “sanitario – sociosanitario”.

L’organizzazione dipartimentale verticale costituisce l’”ossatura” di ASUGI che si muove per “processi” e pertanto viene reingegnerizzata in funzione dei principi sopra espressi con riferimento sia ai processi primari di erogazione che ai processi di supporto sanitari (diagnostica, servizio farmaceutico, risk management, ecc.) e non sanitari (sistemi informativi, acquisti, gestione risorse umane, logistica, ecc.).

ASUGI promuove il governo dei processi orizzontali che risponderanno alla Direzione Sanitaria qualora caratterizzati da una prevalente componente clinica (ad esempio reti di patologia, reti tempo dipendenti ecc.) ovvero alla Direzione Socio-Sanitaria quando fortemente collegati all’integrazione fra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario.

L’articolazione organizzativa a matrice di ASUGI è rappresentata nello schema riportato di seguito.



Il processo è una articolazione organizzativa trasversale che assicura una unitaria programmazione, organizzazione e valutazione delle attività nel relativo ambito di applicazione.

L’assetto organizzativo di ASUGI è rappresentato all’interno del quadro verde, diviso in polo ospedaliero (area sinistra) e rete territoriale (area a destra).

Le aree di produzione sanitaria e socio-sanitaria sono sviluppate nella parte alta e rappresentano i “nodi” aziendali di erogazione (strutture complesse e servizi). In ambito ospedaliero le attività cliniche possono essere organizzate verticalmente per specialità medica oppure per intensità di cure.

Nella parte a destra sono rappresentati i “nodi” di erogazione delle unità di offerta territoriale lato sensu comprensiva, quindi, anche degli “enti” che non sono strutture organizzative di ASUGI (Farmacie, RSA convenzionate, Residenze per Anziani, Terzo Settore, Associazioni di Volontariato, pazienti/familiari, ecc.).

I processi “orizzontali” di cura e assistenza, funzionali alla presa in carico delle diverse tipologie di pazienti nel contesto di percorsi clinico – assistenziali specifici possono intercettare diversi punti di erogazione.

I nodi della rete, siano essi strutture di ASUGI o no, sono intercettati dal processo di cura. Responsabile del processo di reingegnerizzazione è la Direzione Strategica. La strategia aziendale di aggregazione di processi deve avere una visione di lungo periodo e potrà variare in funzione degli obiettivi strategici (regionali, aziendali), da fattori di contesto ambientale (densità popolazione, struttura dell’offerta territoriale, bacino di utenza, ecc.) e da fattori di contesto aziendali (risorse strutturali, umane, tecnologiche, finanziarie, clinico aziendali, ecc.)

L’Azienda adotta un modello organizzativo a matrice, che prevede strutture dipartimentali che aggregano strutture complesse e semplici e piattaforme e aree assistenziali o tecnico- assistenziali, che coordinano e adeguano piani di lavoro e attività con i programmi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. L’organizzazione dell’Azienda prevede l’articolazione in:

- Dipartimenti (Assistenziali e ad Attività Integrata D.A.I.)
- Strutture Complesse (S.C. e U.C.O.)
- Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.)
- Strutture Semplici (S.S.)
- Aree Assistenziali o Tecnico Assistenziali delle Professioni Sanitarie
- Dipartimenti interaziendali
- Responsabile di processo

Il percorso di attuazione dell’Atto Aziendale è stato avviato nel 2022 e si completerà nel 2023.

Nel sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente, al link [HTTPS://ASUGL.SANITA.FVG.IT/IT/AMM\\_TRASP\\_ASUGI/01 DISPOSIZIONI GENERALI/02 ATTI GENERALI/ATTI AMMINISTRATIVI GENERALI.HTML](https://asugl.sanita.fvg.it/it/amm_trasp_asugi/01_disposizioni_generali/02_atti_generali/atti_amministrativi_generali.html) è pubblicato il nuovo Atto Aziendale e l’organigramma di ASUGI

Oltre all’assistenza ospedaliera e territoriale, ASUGI gestisce al proprio interno:

Il Centro Regionale Unico Amianto (CRUA), il Centro Collaboratore OMS e l’Area Welfare di Comunità

Il 2022 è stato l’anno che ha segnato la fine dell’emergenza pandemica da SARS-CoV- 2/COVID-19. ASUGI ha dato piena attuazione al Programma operativo per la gestione dell’emergenza dal COVID-19 e ha adottato tutte le misure necessarie a garantire il monitoraggio e la rendicontazione delle attività svolte e dei costi sostenuti, garantendo le relative attività e risultati.

Particolare impegno è stato assicurato allo svolgimento della campagna vaccinale anti SARS-CoV-2 secondo le modalità previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2/COVID 19 e



successive indicazioni ministeriali e regionali assicurando la somministrazione sulla base delle indicazioni ricevute sia per quanto riguarda le categorie individuate che le modalità operative.

È stato profuso il massimo impegno nel garantire la salute dei cittadini e delle comunità locali esposti all'emergenza epidemiologica, stante la criticità di fornire in tutti i setting servizi assistenziali senza soluzione di continuità in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini

Grande attenzione è stata posta nel recupero dei volumi delle prestazioni al livello pre- pandemico e al rispetto delle indicazioni cliniche sui tempi di attesa. A tal fine in ottemperanza alle indicazioni gestionali ministeriali e regionali ASUGI ha predisposto un piano specifico di recupero dei tempi di attesa e dei volumi delle prestazioni offerte per garantire appieno il diritto alla salute e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (Piano Aziendale per il recupero delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale), allegato al Bilancio preventivo 2022 (dcr. 333/2022) e rendicontato nella tabella n. 7 del Bilancio consuntivo 2022 (Dcr. 506/23).

## **1.1. PARI OPPORTUNITÀ E BENESSERE ORGANIZZATIVO**

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, definito per brevità CUG, ai sensi dell'art. 21, comma 1, lett. C) della L. 183/2010, sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Il CUG è dotato di compiti consultivi, propositivi e di verifica. Nell'ambito delle sue funzioni propositive aggiorna annualmente il Piano triennale delle azioni positive (PAP), il cui stato di avanzamento è contenuto nella relazione annuale inviata al Dipartimento della funzione pubblica e al Dipartimento per le pari opportunità.

Con Decreto del DG n 1149 del 31.12.2020 è stato istituito il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)" della neo-costituita Azienda sanitaria universitaria “Giuliano-Isontina”.

Esso ha composizione paritetica: è formato da sei componenti designati dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative ai sensi degli artt. 40 e 43 del D.Lgs. n.165/2001, e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione, incluso il Presidente, in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi, così come indicato nella direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica “Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia di cui all'art. 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183 ed in coerenza con i criteri disposti nelle circolari aziendali n. 1458 dd 10.02.2020 e 14442 dd 20.10.2020.

Il CUG si è insediato in data 20 gennaio 2021 ed ha provveduto all'elaborazione del Regolamento per il suo funzionamento e del Piano triennale delle azioni positive (P.A.P.), entrambi approvati con apposito decreto del D.G. 174 dd 12.03.2021.

Il P.A.P. è un documento programmatico teso a definire obiettivi, tempi, risultati attesi e risorse disponibili per realizzare progetti mirati a riequilibrare situazioni di disegualità di lavoro tra uomini e donne che lavorano

all'interno di un ente. All'interno del P.AP. 2019-2021 di ASUGI, aggiornato al 31.12.20, sono state identificate le seguenti tre linee d'intervento:

1. promozione di attività inerenti il benessere organizzativo
2. introduzione della consigliera di fiducia
3. sviluppo della cultura di genere: formazione ed informazione.

La documentazione approvata, unitamente al decreto di costituzione del CUG, sono stati pubblicati in un apposito spazio creato all'interno del sito aziendale.

Relativamente alle attività implementate, il Presidente CUG ha trasmesso all'OIV la relazione annuale 2022 del CUG sulla situazione del personale, il regolamento di funzionamento ed il Piano triennale delle Azioni Positive 2019-2021, redatto in conformità alle Direttive Ministeriali n. 2/2019 recanti “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei CUG nelle Pubbliche Amministrazioni”. L'OIV ha preso visione della documentazione ricevuta nella seduta dd 22/05/2023

## **1.2. COINVOLGIMENTO DEGLI *STAKEHOLDERS***

Il Piano di comunicazione aziendale è lo strumento di pianificazione della comunicazione interna ed esterna e incentiva l'informazione e la partecipazione dei cittadini mettendo a disposizione diverse modalità, incluse quelle digitali e, attraverso l'URP, raccoglie segnalazioni, reclami ed elogi. Il Piano di comunicazione viene gestito secondo il modello del ciclo di Deming (Plan – Do – Check – Act) identificando le criticità, implementando soluzioni appropriate, misurandone l'efficacia e implementando le azioni di miglioramento per fornire risposta al cittadino nel rispetto dei principi di trasparenza e accesso ai servizi, offrendo il supporto della comunicazione nelle situazioni di emergenza sanitaria.

La Carta dei Servizi è pubblicata sul sito aziendale e rappresenta uno strumento fondamentale di tutela dei diritti del cittadino che facilita l'informazione, l'accoglienza, la tutela dell'utente esplicitando gli standard di qualità e di performance. Essa ha lo scopo di migliorare i rapporti tra cittadini e azienda e illustra in particolare:

- l'organizzazione e la mission istituzionale;
- le informazioni sui servizi offerti: modalità di accesso, fruizione;
- le informazioni sulla continuità delle cure;
- gli impegni che l'azienda assume nei rapporti con i cittadini, e le attività di tutela.

## **1.3 IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO**

L'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina opera su un territorio coincidente con le province di Trieste e di Gorizia, con una popolazione complessiva di **366.812** abitanti (fonte dati Portale SSISSR – aggiornati al 31.12.2021), distribuiti in **31** comuni, suddivisi in **6** distretti di cui 4 nella Provincia di Trieste e 2 nella Provincia di Gorizia.

La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:

*Tab.9 Distribuzione della popolazione per fascia d'età e genere – 31.12.2021*

Classe di età	Femmine		Maschi		Totale	
0-14	19.560	10,38%	20.813	11,67%	40.373	11,01%
15-64	109.421	58,07%	114.254	64,05%	223.675	60,98%
65-(+)	59.454	31,55%	43.310	24,28%	102.764	28,02%
<b>TOTALE</b>	<b>188.435</b>	<b>100%</b>	<b>178.377</b>	<b>100%</b>	<b>366.812</b>	<b>100%</b>

Fonte: Portale SISR – anagrafe comunale anno 2021

L’Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina attualmente comprende un ambito territoriale di 678,9 kmq, costituito dai territori dei Comuni che ne fanno parte, di seguito elencati:

a) Provincia di Trieste – superficie totale di 212,5 kmq ed una popolazione residente di 228.833 abitanti (dati ISTAT al 01.01.2022). Comprende i comuni di: Duino-Aurisina, Monrupino, Muggia, San Dorligo della Valle-Dolina, Sgonico e Trieste;

b) Provincia di Gorizia – superficie di 475,4 kmq e 137.899 abitanti rilevati al 31.12.2022 (dati ISTAT). Comprende i comuni di: Capriva del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Fogliano Redipuglia, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Grado, Mariano del Friuli, Medea, Monfalcone, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Floriano del Collio, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo, Staranzano, Turriaco, Villesse.

La popolazione esente da ticket nell’esercizio 2022 (al 31/12/2022) è stata pari a 147.185 unità (67.746 per motivi di reddito, 117.863 per altri motivi).

## 1.4 ATTIVITA' DEL PERIODO

### Assistenza ospedaliera

– Posti letto

L’Assistenza Ospedaliera è garantita dai due Presidi ospedalieri, quello di Cattinara e Maggiore, con 635 p.l. alla data del 31/12/2022 (599 ordinari, 36 di day hospital) e quello di Gorizia e Monfalcone, con 383 p.l. alla data del 31/12/2022 (348 ordinari e 35 di day hospital) per un totale di 1018 posti ordinari e 71 di day surgery. Inoltre, sul territorio insistono un ospedale infantile, l’Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Speciale Burlo Garofolo e altre 3 case di cura convenzionate (240 p.l. accreditati).

PRESIDIO OSPEDALIERO CATTINARA – MAGGIORE

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA		DISCIPLINE E POSTI LETTO AL 31/12/2022					
SEDE OSPEDA LIERA	U.O./ISTITUTO	CODICE DISCIPLIN A (CODICE AZIENDA)	PRO GR. DIVI SIO NE	TIP O DIVI SIO NE	DH - DS	ORD.	TOT
O.C.	S.C. Cardiochirurgia	07	01		0	24	24
O.C.	S.C. Cardiologia	08	01		2	30	32
O.C.	S.C. Clinica Chirurgica	09	04	(2)	2	38	40
O.C.	S.C. Clinica di Chirurgia Plastica	12	01	(2)	1	13	14
O.C.	S.C. Chirurgia Toracica	13	01	(2)	1	7	8
O.C.	S.C. Clinica di Chirurgia Vascolare	14	01	(2)	1	13	14
O.C.	S.C. Ematologia Clinica	18	01		2	17	19
O.C.	S.C. Geriatria	21	01		0	24	24
O.C.	S.C. Geriatria COVID	21	02	C	0	0	0
O.C.	S.C. Malattie Infettive	24	01		2	10	12
O.C.	S.C. Malattie Infettive COVID	24	02	C	0	7	7
O.C.	S.C. Malattie Infettive COVID	24	03	C	0	0	0
O.C.	S.C. Medicina del Lavoro	25	01	(2)	1	0	1
O.C.	S.C. Clinica Medica	26	07	(2)	1	40	41
O.C.	S.C. Medicina Clinica	26	08	(2)	2	39	41
O.C.	S.C. Clinica Patologie del fegato	26	09	(2)	1	0	1
O.C.	S.C. Medicina Interna	26	10		1	40	41
O.C.	S.C. Medicina Clinica COVID	26	11	C	0	0	0
O.C.	S.C. Clinica Medica COVID	26	12	C	0	33	33
O.C.	S.C. Nefrologia e Dialisi	29	01		2	12	14
O.C.	S.C. Neurochirurgia	30	01		1	20	21
O.C.	S.C. Clinica Neurologica	32	02	(2)	1	19	20
O.C.	<i>Stroke Unit</i>	32	02	(2)	0	8	8
O.C.	<i>Neuroriabilitazione</i>	32	02	(2)	0	4	4
O.C.	S.C. Clinica Oculistica	34	01	(2)	0	9	9
O.C.	S.C. Chirurgia Maxillofaciale Odontostomatologia	35	01	(2)	2	4	6
O.C.	S.C. Clinica Ortopedica	36	02	(2)	2	35	37
O.C.	S.C. Clinica Otorinolaringoiatrica	38	01	(2)	2	14	16
O.C.	S.C. SPDC - PSICHIATRIA	40	01		0	7	7
O.C.	S.C. Clinica Urologica	43	02	(2)	3	25	28
O.C.	S.C. Anestesia e Rianimazione	49	01		0	3	3
O.C.	S.C. Anestesia, Rianimazione e T.A.	49	02	(2)	0	15	15
O.M.	TIPO - Cardiochirurgia	49	03		0	10	10
O.M.	S.C. Anestesia, Rianimazione e T.A. COVID	49	04	C	0	0	0
O.M.	S.C. Anestesia e Rianimazione COVID	49	05	C	0	3	3
O.M.	UTIC	50	01		0	9	9
O.M.	S.C. Medicina d'Urgenza	51	01		0	24	24
O.M.	S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza COVID	51	02		0	0	0
O.M.	S.C. Clinica Dermatologica	52	02	(2)	2	0	2
O.M.	S.C. Medicina Riabilitativa	56	01		2	24	26
O.M.	S.C. Gastroenterologia	58	01		1	3	4
O.M.	S.C. Oncologia	64	01		0	0	0
O.M.	S.C. Pneumologia	68	01		1	12	13
O.M.	S.C. Pneumologia COVID	68	02	C	0	0	0
O.M.	S.C. Pneumologia COVID Sub Intensiva	94	68	C	0	4	4
TOTALE					36	599	635

PRESIDIO OSPEDALIERO GORIZIA – MONFALCONE

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA PRESIDIO GORIZIA E MONFALCONE		DISCIPLINE E POSTI LETTO AL 31/12/2022					
SEDE OSPEDALIERA	U.O./ISTITUTO	CODICE DISCIPLINA (CODICE AZIEND A)	PRO GR. DIVI SIONE	TIPO DIVI SIONE	D.H.- D.S.	ORD	TOT
GO	G.-CARDIOLOGIA CON U.C.	8	1		1	16	17
GO	G.-CHIRURGIA GENERALE	9	1		2	18	20
GO	G.-MEDICINA GENERALE	26	1		4	58	62
GO	G.-MEDICINA COVID GO	26	3	C	0	0	0
GO	G.-NEFROLOGIA	29	1		2	0	2
GO	G.-NEUROLOGIA	32	1		1	15	16
GO	G.-ODONTOSTOMATOLOGIA	35	1		2	2	4
GO	G.-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	36	1		2	21	23
GO	G.-UROLOGIA	43	1		2	19	21
GO	G.-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	49	1		0	8	8
GO	G.-ANESTESIA E RIANIMAZIONE COVID	49	3	C	0	0	0
GO	G.-DEGENZA SEMINTENSIVA	51	1		0	3	3
GO	G.-MEDICINA D'URGENZA COVID GO	51	3	C	0	0	0
GO	G.-RIABILITAZIONE	56	1		0	4	4
GO	G.-RIANIMAZIONE COVID SUBINT GO	94	1	C	0	0	0
GO	G.-SUB INT COVID MEDICINA D'URGENZA GO	94	51	C	0	0	0
MONFALCONE	M.-CARDIOLOGIA CON U.C.	8	2		1	10	11
MONFALCONE	M.-CHIRURGIA GENERALE	9	2		2	28	30
MONFALCONE	M.-MEDICINA GENERALE	26	2		4	60	64
MONFALCONE	M.-OCULISTICA	34	2		2	4	6
MONFALCONE	M.-ORTOP. E TRAUMATOLOGIA	36	2		2	22	24
MONFALCONE	M.-GINECOLOGIA - OSTETRICA	37	2		4	20	24
MONFALCONE	M.-OTORINOLARINGOIATRIA	38	2		2	6	8
MONFALCONE	M.-PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	39	2		2	4	6
MONFALCONE	M.-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	49	2		0	4	4
MONFALCONE	M.-DEGENZA SEMINTENSIVA	51	2		0	2	2
MONFALCONE	M.-RIABILITAZIONE MOTORIA	56	2		0	8	8
MONFALCONE	M.-RIABILITAZIONE ESTENSIVA	60	2		0	16	16
	TOTALE				35	348	383

Il Tasso di occupazione dei posti letto complessivo è pari a 80,08%, all'84,5% nel presidio Cattinara/Maggiore mentre in quello di Gorizia e Monfalcone è pari a 72,6%.

**- Pronto Soccorso**

Tab. 1 Numero di accessi in Pronto Soccorso per Presidio e Area ASUGI ultimo quadriennio

<b>Accessi al PS</b>	<b>PS MAGGIORE</b>	<b>PS CATTINARA</b>	<b>PS GORIZIA</b>	<b>PS GRADO</b>	<b>PS MONFALCONE</b>	<b>PS ASUGI</b>	<b>AREA GIULIANA</b>	<b>AREA ISONTINA</b>
<b>2019</b>	<b>24.465</b>	<b>51.325</b>	<b>23.383</b>	<b>4.599</b>	<b>38.454</b>	<b>142.226</b>	<b>75.790</b>	<b>66.436</b>
2020	13.356	40.254	16.013	3.393	28.440	<b>101.456</b>	<b>53.610</b>	<b>47.846</b>
2021	14.352	46.261	17.454	3.786	31.543	<b>113.396</b>	<b>60.613</b>	<b>52.783</b>
<b>2022</b>	<b>16.996</b>	<b>52.134</b>	<b>21.073</b>	<b>2.622</b>	<b>37.824</b>	<b>130.649</b>	<b>69.130</b>	<b>61.519</b>

Tab. 2 Numero di accessi in Pronto Soccorso per priorità in ingresso - Anno 2022

<b>ACCESSI PS 2022 PER PRESIDIO</b>										
	<b>01/01/2022 - 31/03/2022</b>				<b>01/04/2022 - 31/12/2022</b>					
	<b>Bianco</b>	<b>Verde</b>	<b>Giallo</b>	<b>Rosso</b>	<b>Bianco</b>	<b>Verde</b>	<b>Azzurro</b>	<b>Arancione</b>	<b>Rosso</b>	<b>Nero</b>
PS CATTINARA	1989	6045	3203	304	4818	5206	17703	11743	1121	2
PS GORIZIA	1192	2395	838	54	3049	3087	6974	3278	205	1
PS GRADO	448	128	7		1130	592	242	69	6	
PS MAGGIORE	2035	1479	141	4	5397	2807	4518	601	14	
PS MONFALCONE	2046	4521	1353	59	4618	8823	11558	4619	224	3

Come si evince dalla tabella soprastante, nel corso dell'anno sono cambiate le linee di indirizzo sul Triage intraospedaliero e quindi si sono evidenziati i dati di accesso con il cambiamento in corso d'anno



- Attività di ricovero e attività ambulatoriale

Si riassume in una tabella di sintesi l'attività svolta nel corso del 2022, dove nelle prestazioni ambulatoriali totali sono ricomprese anche le attività di laboratorio. Si rileva un aumento di attività, in linea con gli obiettivi strategici regionali e aziendali di recupero delle prestazioni legate alle liste d'attesa monitorate dal Ministero

Tabella di sintesi dei principali indicatori di attività 2021/2022:

Prestazioni	Indicatore	2021	2022	Delta	%Delta
Ambulatoriale	Prestazioni totali	8.909.977	8.684.754	-225.223	-2,5%
	Prestazioni di cui per interni	2.720.889	2.780.065	59.176	2,2%
	Prestazioni di cui per esterni	4.938.583	4.579.151	-359.432	-7,3%
	Prestazioni di cui in emergenza	1.192.714	1.262.197	69.483	5,8%
	Prestazioni di cui visite	403.455	443.034	39.579	9,8%
	Prestazioni di cui controlli	207.754	228.423	20.669	9,9%
	Prestazioni di cui in LP	57.791	63.341	5.550	9,6%
Ricovero ordinario	Entrati	37.791	38.015	224	0,6%
	Entrati di cui accettati	28.746	29.385	639	2,2%
	Entrati di cui trasferiti	9.045	8.630	-415	-4,6%
	Usciti	37.791	37.962	171	0,5%
	di cui per decesso	2.327	2.135	-192	-8,3%
	di cui per dimissione	26.409	27.166	757	2,9%
	di cui per trasferimento	9.055	8.661	-394	-4,4%
	Casi trattati	28746	29385	639	2,2%
	Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	262.220	267.689	5.469	2,1%
	Entrati usciti lo stesso giorno	2.127	2.073	-54	-2,5%
	% DRG Chirurgici	39,74%	42,39%	0	6,7%
	% DRG Medici	60,25%	57,61%	0	-4,4%
	Peso medio DRG	1,36	1,31	0	-3,7%
	% Attrazione in regione extra ASUGI	7,6%	6,9%	0	-9,2%
% Attrazione extra regione	3,4%	4,1%	0	20,6%	
Ricoveri in DH	% DRG Chirurgici	48,84%	49,16%	0	0,7%
	% DRG Medici	51,16%	50,84%	0	-0,6%
	Peso medio DRG	0,92	0,94	0	2,2%
	% Attrazione in regione extra ASUGI	1,2%	1,2%	0	0,0%
	% Attrazione extra regione	0,8%	0,8%	0	0,0%
	Accolti in DH	4.072	4.537	465	11,4%
	Dimessi	4.068	4.520	452	11,1%
Performance in ricovero ordinario	Accessi in DH	19.892	22.129	2.237	11,2%
	Degenza media del caso netta (ordinaria)	9,1	9,1	0	0,0%
	% dimessi outlier	2,5%	2,9%	0	16,0%
	Case Mix	1,04	0,99	0	-4,8%
	Giornate di degenza outlier	11820	13466	1.646	13,9%
	% Giornate di degenza outlier	4,5%	5,1%	0	13,3%
Valore	% Ricoveri ripetuti in reparto con stesso MDC en	4,3%	0,0%	0	-100,0%
	Ricoveri (escluso LP)	177.495.369	173.490.046	-4.005.323	-2,3%
	Attività ambulatoriale (escluso LP)	167.776.307	168.871.598	1.095.291	0,7%

Nel 2022 si è assistito a un lieve incremento dei ricoveri ospedalieri rispetto all'anno precedente, ma ancora lontani dai livelli pre-covid del 2019, anno rispetto al quale in particolare il calo dei ricoveri è stato maggiore nei DRG medici, mentre è rimasto più contenuto relativamente ai DRG chirurgici. Sempre rispetto al 2019 il calo dei ricoveri è più evidente tra i residenti ultra 75enni.

Dimissioni ospedaliere. Erogato complessivo ASUGI per tutte le classi d'età  
- Esclusi Drg 391; Erogato Complessivo Asugi; Residenti Ovunque

TUTTI I RICOVERI	(ORDINARI E DH)			
EROGATO ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2019	40.756	322.593	159.439.862	7,92
2020	32.577	272.396	135.413.753	8,36
2021	32.804	284.798	141.655.377	8,68
2022	33.838	289.286	138.855.111	8,55
diff. 2022-2021	1.034	4.488	-2.800.265	-0,13
var. % 2022/2021	3,15%	1,58%	-2,07%	

DRG MEDICO (+ n.d.)	(ORDINARI E DH)			
EROGATO ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2019	23.964	212.313	76.369.532	8,86
2020	19.082	175.917	63.860.726	9,22
2021	19.396	187.787	68.931.848	9,68
2022	19.182	187.955	63.901.619	9,80
diff. 2022-2021	-214	168	-5.030.229	0,12
var. % 2022/2021	-1,10%	0,09%	-7,88%	

DRG CHIRURGICO	(ORDINARI E DH)			
EROGATO ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2019	16.792	110.280	83.070.330	6,57
2020	13.495	96.479	71.553.027	7,15
2021	13.408	97.011	72.723.529	7,24
2022	14.656	101.331	74.953.493	6,91
diff. 2022-2021	1.248	4.320	2.229.963	-0,32
var. % 2022/2021	9,31%	4,45%	3,12%	

Dimissioni ospedaliere dei residenti ASUGI OVER 75  
- Esclusi Drg 391; Esclusi Dimessi Con Trasferimento; Residenti Asugi; Dimessi Ovunque In FVG

Totale DIMISSIONI	OVER 75			
RESIDENTI ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2019	18.152	177.228	73.143.292	9,76
2020	14.468	152.197	61.214.198	10,52
2021	14.078	154.815	63.507.240	11,00
2022	14.618	156.886	63.857.265	10,73
diff. 2022-2021	-390	2.618	2.293.042	0,48
var. % 2022/2021	-2,70%	1,72%	3,75%	

DRG MEDICO	OVER 75			
RESIDENTI ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2019	12.387	133.867	44.138.834	10,81
2020	9.486	111.735	34.400.653	11,78
2021	9.161	115.221	36.676.651	12,58
2022	9.386	117.281	36.032.687	12,50
diff. 2022-2021	225	2.060	-643.963	-0,08
var. % 2022/2021	2,46%	1,79%	-1,76%	

DRG CHIRURGICO	OVER 75			
RESIDENTI ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2019	5.765	43.361	29.004.458	7,52
2020	4.982	40.462	26.813.545	8,12
2021	4.917	39.594	26.830.590	8,05
2022	5.232	39.605	27.824.577	7,57
diff. 2022-2021	315	11	993.988	-0,48
var. % 2022/2021	6,41%	0,03%	3,70%	

Specialistica ambulatoriale

Specialistica Ambulatoriale	2019		2020		2021		2022		DIFFERENZA 2022-2021		VARIAZ. % 22/21	
	qta	erogato	qta	erogato	qta	erogato	qta	erogato	qta	erogato	qta	erogato
ALTR E PRESTAZIONI	154.296	2.373.879	117.179	1.610.733	125.098	1.762.485	133.588	1.887.634	8.490	125.149	6,79%	7,10%
ANESTESIA	13.470	482.413	9.699	309.569	12.524	348.525	15.626	502.150	3.102	153.625	24,77%	44,08%
CARDIOLOGIA	99.938	4.148.351	71.967	3.246.980	80.952	3.829.352	85.623	4.083.944	4.671	254.593	5,77%	6,65%
CHIRURGIA GENERALE	19.537	754.975	13.886	610.610	15.753	705.028	15.961	711.387	208	6.359	1,32%	0,90%
CHIRURGIA PLASTICA	17.459	404.216	11.662	291.342	14.628	352.833	16.219	406.606	1.591	53.773	10,88%	15,24%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANG	5.827	201.651	4.950	221.584	6.230	250.625	6.823	320.731	593	70.106	9,52%	27,97%
DERMOSIFILOPATIA	48.424	1.167.232	34.026	863.949	39.125	1.002.404	39.605	976.356	480	-26.048	1,23%	-2,60%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:	4.817	1.414.490	4.010	1.641.309	5.477	2.267.711	5.326	2.482.466	-151	214.755	-2,76%	9,47%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:	206.443	15.033.438	155.334	12.818.602	202.856	15.869.090	220.734	17.485.258	17.878	1.616.168	8,81%	10,18%
ENDOCRINOLOGIA	37.025	892.992	35.644	865.297	42.574	1.056.960	44.804	1.125.142	2.230	68.182	5,24%	6,45%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRU	44.777	3.254.763	37.367	2.785.117	45.552	3.462.031	48.319	3.708.005	2.767	245.974	6,07%	7,10%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICH	2.981.955	18.820.743	2.606.304	17.252.623	3.332.784	22.784.664	3.480.669	23.594.344	147.885	809.680	4,44%	3,55%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZI	329.203	5.410.154	267.961	4.456.144	315.575	5.326.944	306.721	5.157.628	-8.854	-169.316	-2,81%	-3,18%
NEFROLOGIA	75.627	9.332.952	78.500	9.708.342	71.784	10.340.136	70.511	9.715.139	-1.273	-624.997	-1,77%	-6,04%
NEUROCHIRURGIA	3.901	209.968	3.197	130.455	4.537	164.317	4.722	188.180	185	23.863	4,08%	14,52%
NEUROLOGIA	85.230	1.552.390	59.435	1.095.782	78.925	1.441.543	85.106	1.489.562	6.181	48.019	7,83%	3,33%
OCULISTICA	126.917	10.944.037	80.802	7.967.575	91.754	8.980.902	98.823	11.137.824	7.069	2.156.922	7,70%	24,02%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CH	43.392	1.061.103	31.395	774.077	37.357	868.257	40.824	992.225	3.467	123.968	9,28%	14,28%
ONCOLOGIA	51.026	5.641.507	39.317	4.979.718	41.620	5.569.885	41.697	5.511.887	77	-57.998	0,19%	-1,04%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGI	75.521	2.139.419	51.580	1.581.438	59.402	1.869.738	65.834	2.079.873	6.432	210.135	10,83%	11,24%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	43.374	1.896.534	37.440	1.542.919	39.974	1.696.558	42.165	1.769.551	2.191	72.993	5,48%	4,30%
OTORINOLARINGOIATRIA	45.237	972.930	28.513	636.940	32.646	721.743	40.054	886.391	7.408	164.649	22,69%	22,81%
PNEUMOLOGIA	39.512	1.149.025	25.288	773.133	33.699	1.027.205	35.399	1.103.619	1.700	76.415	5,04%	7,44%
PSICHIATRIA	8.818	243.427	7.574	218.343	10.136	275.936	9.648	265.579	-488	-10.357	-4,81%	-3,75%
RADIOTERAPIA	50.360	5.758.721	46.346	5.550.826	65.572	8.129.258	68.671	8.303.111	3.099	173.853	4,73%	2,14%
UROLOGIA	29.799	917.176	22.306	782.747	26.058	870.542	27.138	912.908	1.080	42.366	4,14%	4,87%
<b>TOTALE</b>	<b>4.641.885</b>	<b>96.178.483</b>	<b>3.881.682</b>	<b>82.716.154</b>	<b>4.832.592</b>	<b>100.974.671</b>	<b>5.050.610</b>	<b>106.797.500</b>	<b>218.018</b>	<b>5.822.829</b>	<b>4,51%</b>	<b>5,77%</b>

Specialistica Ambulatoriale – vincolo regionale

	2020	2021	2022
<b>PRO CAPITE ( SENZA FUGA )</b>	<b>3,45</b>	<b>4,06</b>	<b>4,25</b>
<b>FUGA 2019 (senza Laboratorio)</b>	31.162	31.162	24.246
<b>TOTALE CON FUGA (senza Laboratorio)</b>	1.306.540	1.531.087	1.594.187
popolazione NON pesata	369.289	369.816	369.816
<b>INDICATORE VINCOLO PRO CAPITE</b>	<b>3,54</b>	<b>4,14</b>	<b>4,31</b>

- Assistenza territoriale

ASSISTENZA DOMICILIARE

Tutte le prestazioni Azienda di erogazione	UTENTI	2019	2020	2021	2022	Diff %	Copertura assistenziale				ACCESSI	2019	2020	2021	2022	Diff %
							2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2022 (65a.)						
ASUGI	14.599	14.881	13.852	13.108	-5,40%	12,40%	12,50%	11,70%	11,20%	198.213	195.084	154.963	176.927	14,20%		
<b>PAI</b>	<b>UTENTI</b>						<b>Copertura assistenziale</b>				<b>ACCESSI</b>					
Azienda di erogazione	2019	2020	2021	2022	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2022 (65a.)	2019	2020	2021	2022	Diff %		
ASUGI	7.825	7.521	6.471	5.216	-19,40%	6,70%	6,40%	5,60%	4,50%	163.578	158.804	121.614	116.530	-4,20%		
<b>% PAI</b>	<b>UTENTI</b>									<b>ACCESSI</b>						
Azienda di erogazione	2019	2020	2021	2022	Diff %					2019	2020	2021	2022	Diff %		
ASUGI	53,60%	50,50%	46,70%	39,80%	-14,80%					82,50%	81,40%	78,50%	65,90%	-16,10%		

– **Attività RSA e Hospice**

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

<b>RSA – attività 2022</b>	<b>Assistiti</b>	<b>Dimissioni</b>	<b>Giornate di degenza</b>
R.S.A. - Gorizia	117	129	6.029
R.S.A. - Cormons	278	288	5.889
R.S.A. - Monfalcone	327	337	8.746
RSA Ospizio Marino Degenza	152	156	4.125
<b>area isontina</b>	<b>802</b>	<b>910</b>	<b>24.789</b>
RSA Igea Degenza	709	755	24.294
RSA San Giusto	479	490	6.749
RSA Sanatorio	431	447	12.878
RSA Mademar Degenza	581	622	15.657
<b>area giuliana</b>	<b>1.903</b>	<b>2.314</b>	<b>59.578</b>
<b>ASUGI RSA</b>	<b>2.667</b>	<b>3.224</b>	<b>84.367</b>
<b>Hospice – attività 2022</b>	<b>Assistiti</b>	<b>Dimissioni</b>	<b>Giornate di degenza</b>
Hospice Monfalcone	103	111	1.712
Hospice Pineta del Carso (SIASI)	235	241	4.172
<b>ASUGI Hospice</b>	<b>338</b>	<b>352</b>	<b>5.884</b>
<b>Altre strutture</b>			
GCA - Nucleo Gravi Cerebrolesioni Acquisite	6	6	726
RSA San. Villa Sissi	46	48	1.557

– **Dipartimento di Prevenzione(DIP)**

Il DIP è costituito dalle seguenti Strutture

- SC Igiene degli Alimenti di Origine Animale
- SC Accertamenti clinici di medicina legale
- SC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- SC Igiene e Sanità Pubblica
- SC Sanità Pubblica Veterinaria
- SC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
- SSD Sicurezza impiantistica

Si riportano di seguito alcuni dei maggiori risultati raggiunti in termini di obiettivi aziendali in capo al Dipartimento nel corso del 2022 inerenti le vaccinazioni

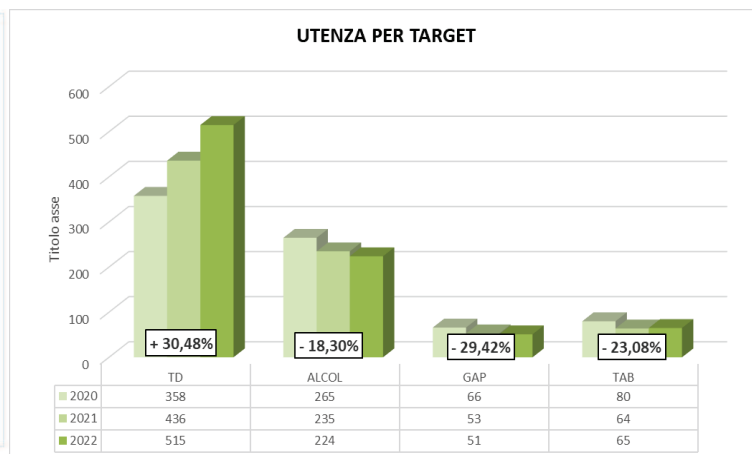
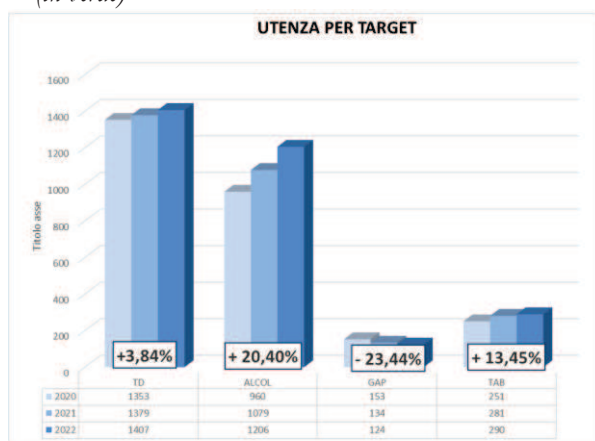
Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Rendiconto al 31/12/2022
Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	DATI 2019 - copertura vaccinale III polio a 24 mesi (coorte 2017) - 92,54 %  DATI 2022 - copertura vaccinale III polio a 24 mesi (coorte 2020) - 92.78%
Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	DATI 2019 - copertura vaccinale I MMR a 24 mesi (coorte 2017) - 92 %  DATI 2022 - copertura vaccinale I MMR a 24 mesi (coorte 2020) - 91.54 %
Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Copertura vaccinale dell'esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi	DATI 2019 - copertura vaccinale III polio a 24 mesi (coorte 2017) - 92,54 % III polio a 36 mesi (coorte 2017) - 93.17 %  DATI 2022 - copertura vaccinale III polio a 24 mesi (coorte 2020) - 92.78% III polio a 36 mesi (coorte 2019) - 94.00 %
Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	copertura vaccinale MMR (1^ e 2^ dose)	DATI 2019 - copertura vaccinale I MMR a 24 mesi (coorte 2017) - 92% II MMR a 6 anni (coorte 2013) - 84.56%  DATI 2022 - copertura vaccinale I MMR a 24 mesi (coorte 2020) - 91.54% II MMR a 6 anni (coorte 2016) - 81.14%
Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020 (coorte 1955): (30%)	Copertura vaccinale HZ coorte 1955 2021: 0.71% 2022: 20.95%
Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Vaccinazione anti herpes zoster gratuita dei soggetti con patologia come previsto dalla DGR in fase di approvazione	La vaccinazione anti HZ è stata offerta gratuitamente alla popolazione avente diritto



– Dipendenze e salute mentale

Area Dipartimento delle Dipendenze

In tabella i risultati del periodo di riferimento del Dipartimento delle Dipendenze per le due aree Area Giuliana (in blu) e Area isontina (in verde)

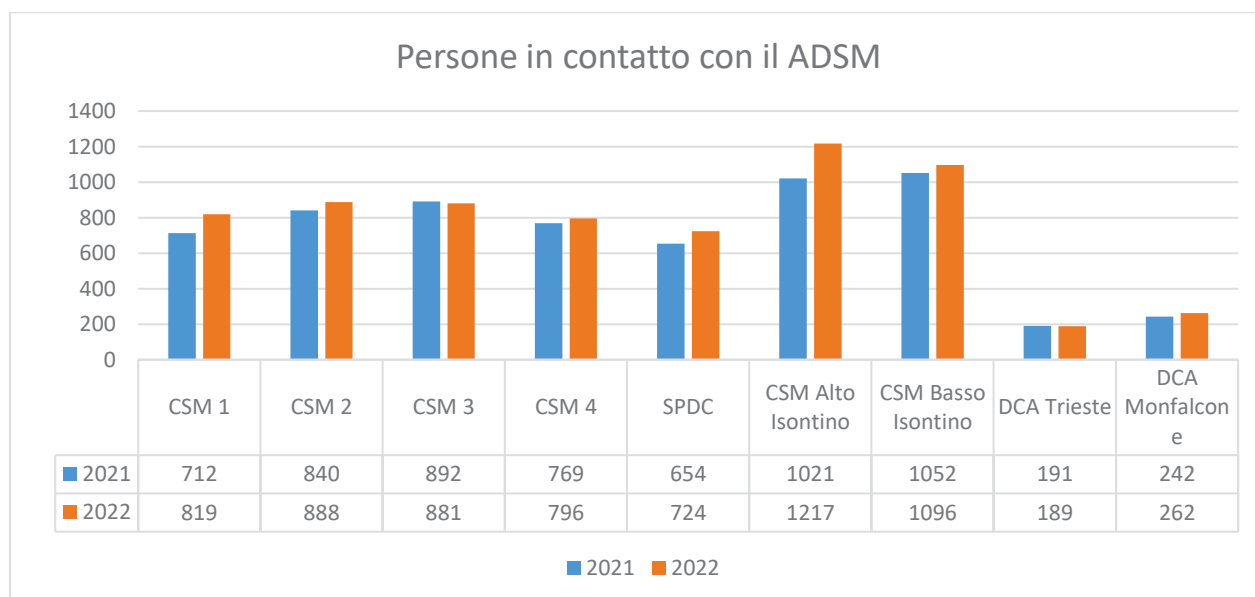


Area Dipartimentale Salute Mentale (ADSM)

Di seguito si riportano i dati principali di attività 2022 come registrati nel sistema Point pSM, provvedendo a una comparazione con il dato 2021 propedeutico alla programmazione dei servizi attraverso la lettura critica dei dati stessi.

Il numero di persone in contatto con l'ADSM di Asugi, nel 2022 è stato di 6872 persone, rispetto alle 6373 del 2021 evidenziano un incremento di persone in contatto con i servizi.

Tab 1 persone in contatto 2021 vs 2022 per servizio



## 2. ANALISI DELLE RISORSE

### 2.1. Le Risorse Umane

La manovra del personale 2022 è stata impostata in continuità con quella dell’esercizio precedente, improntata all’applicazione del processo di riordino organizzativo dell’assetto istituzionale del SSR, come delineato dalla LR 17 dicembre 2018, n. 27, che ha disposto la costituzione e l’avvio dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. Un tanto nel rispetto delle “Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l’anno 2022”, adottate in via definitiva con D.G.R. n. 321 del 11.03.2022.

Peraltro, come evidenziato anche dalle suddette Linee, la gestione del personale nel periodo di riferimento è stata ancora condizionata dall’emergenza pandemica da covid-19: sulla scorta di quanto attuato nel 2021, nella prima parte dell’anno sono proseguite le manovre di reclutamento straordinario indispensabili a garantire la prosecuzione della campagna vaccinale, a presidiare le attività di prevenzione ed a fronteggiare le ricadute della pandemia sui servizi sanitari; un tanto seguendo l’andamento altalenante della situazione emergenziale, che ha conosciuto un picco nei primi mesi dell’anno.

Inoltre, si è posta particolare attenzione al processo di recupero delle liste d’attesa, mediante adozione del Piano aziendale ai sensi della D.G.R. 106/2022, di cui si relazionerà a seguire.

Il tutto in un contesto di generalizzata difficoltà di reperimento di risorse, in particolare per i profili medici e delle professioni sanitarie.

Sono state inoltre avviate le manovre funzionali agli adempimenti previsti dal P.N.R.R., secondo le specifiche indicazioni regionali al riguardo.

L’Azienda, con Decreto n. 214 dd. 03.03.2022, ha formalmente predisposto una programmazione delle azioni finalizzate al **recupero delle liste d’attesa**, nell’ambito del “Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ex art. 29 del D.L. n. 104/2020 – rimodulazione per l’anno 2022”, approvato dalla Regione F.V.G. con D.G.R. n. 106 dd. 28.01.2022 e successivamente adeguato con D.G.R. n. 365 dd. 18.03.2022.

La dotazione di personale derivante dalle manovre realizzate nel 2022 viene analiticamente rappresentata nella seguente tabella, con separata indicazione delle risorse acquisite per l’emergenza.

Tab.10 Manovra 2022 ASUGI

MANOVRA 2022 ASUGI		Dotazione al 31/12/2021	Assunzioni 2022	Cessazioni 2022	Dotazione al 31/12/2022	Di cui personale Covid al 31/12/2022
Profilo	Cat					
<b>RUOLO SANITARIO</b>						
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO						
Medici		919	93	64	948	37
Odontoiatri		7	2	0	9	
Veterinari		17	4	2	19	
Chimici		1	0	0	1	
Farmacisti		20	2	1	21	2
Biologi		15	5	2	18	2

Psicologi		75	9	5	79	
Fisici		7	1	0	8	
Dirigenti professioni sanitarie		12	0	2	10	
<b>TOTALE Dirigenti Ruolo Sanitario</b>		<b>1073</b>	<b>116</b>	<b>76</b>	<b>1113</b>	<b>41</b>
<b>PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE</b>						
Ex. 8 BIS	DS	0	0	0	0	
Infermieri	DS	40	0	4	36	
Infermieri	D	2472	95	156	2411	243
Infermieri caposala	DS	0	0	0	0	
Infermieri pediatrici		3	0	1	2	
Ostetriche		57	6	6	57	
<b>PROFESSIONI TECNICO-SANITARIE</b>						
Tecnici audiometristi	D	5	0	1	4	
Tecnici sanitari di lab. biomedico	DS	0	0	0	0	
Tecnici sanitari laboratorio biomedico	D	182	19	19	182	27
Tecnici sanitari radiologia medica	DS	2	0	0	2	
Tecnici sanitari radiologia medica	D	142	13	14	141	
Tecnici neurofisiopatologia	D	25	2	1	26	
Tecnici Perfusionisti	D	12	6	4	14	
Igienisti dentali	D	1	0	0	1	
Odontotecnici	D	2	0	0	2	
Dietisti	DS	1	1	2	0	
Dietisti	D	20	4	3	21	
<b>PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE</b>						
Podologi	D	1	0	0	1	
Fisioterapisti	DS	2	0	0	2	
Fisioterapisti	D	160	14	6	168	
Logopedisti	D	36	6	2	40	
Ortottisti	D	7	0	0	7	
Terapisti neuro e psicomotricità età evolutiva	D	7	0	1	6	
Tecnici riabilitazione psichiatrica	D	18	27	1	44	
Terapisti occupazionali	D	2	0	0	2	
Educatori Professionali	D	11	4	0	15	

Massaggiatori non vedenti	D	5	0	0	5	
<b>PROFESSIONI SANITARIE PREVENZIONE</b>						
Tecnici prevenzione nei luoghi di lavoro	DS	3	0	0	3	
Tecnici prevenzione amb. e luoghi di lavoro	D	55	9	8	56	
Assistenti sanitari	DS	5	0	0	5	
Assistenti sanitari	D	56	5	10	51	6
<b>PROFILI A ESAURIMENTO</b>						
Infermieri Generici Esperti	C	21	0	13	8	21
Infermieri Psichiatrici Esperti	C	3	0	1	2	3
Puericultrice esperta	C	1	0	1	0	1
<b>TOTALE ruolo sanitario Comparto</b>		<b>3357</b>	<b>211</b>	<b>254</b>	<b>3314</b>	<b>276</b>
<b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>		<b>4430</b>	<b>327</b>	<b>330</b>	<b>4427</b>	<b>317</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>						
Ingegneri		15	1	1	15	
Architetti		1	0	0	1	
<b>TOTALE RUOLO PROFESSIONALE</b>		<b>16</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>0</b>
<b>RUOLO SOCIO SANITARIO</b>						
Dirigenti assistenti sociali		0	0	0	0	
Dirigenti Sociologi		1	0	0	1	
Collaboratori prof.li - assistenti sociali senior	DS	2	0	0	2	
Collaboratori prof.li - assistenti sociali	D	33	6	0	39	
Operatori socio-sanitari (OSS)	BS	998	73	51	1020	103
<b>TOTALE RUOLO SOCIO SANITARIO</b>		<b>1034</b>	<b>76</b>	<b>51</b>	<b>1062</b>	<b>103</b>
<b>RUOLO TECNICO</b>						
Dirigenti Analisti		1	0	0	1	
Collaboratori tecnici prof.li esperti	DS	1	0	0	1	
Collaboratori tecnici professionali	D	35	4	0	39	
Collab. tecnici prof.li esperti - programmatori	DS	1	0	0	1	
Collaboratori tecnici prof.li - programmatori	D	4	0	0	4	
Programmatori	C	3	0	1	2	
Assistenti tecnici	C	30	4	3	31	
Operatori tecnici specializzati esperti	C	13	0	3	10	

Operatori tecnici spec. Esp.- Autisti ambul.	C	15	0	3	12	
Operatori tecnici specializzati	BS	27	33	1	59	
Operatori tecnici specializzati- Autisti ambul.	BS	41	8	6	43	
Operatori tecnici	B	90	0	13	77	
Operatori Tecnici - Addetti Ass. (OTA)	B	13	0	2	11	
Ausiliari spec. (tecn-econ e socioassist)	A	117	2	9	110	
<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>		<b>391</b>	<b>51</b>	<b>41</b>	<b>401</b>	<b>0</b>
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>						
Dirigenti amm.vi		21	3	2	22	
Collaboratori amm.vi prof.li esperti	DS	24	0	1	23	
Collaboratori amministrativiprof.li	D	116	36	18	134	
Assistenti amministrativi	C	202	44	33	213	
Coadiutori amministrativi esperti	BS	39	0	6	33	
Coadiutori amministrativi	B	64	11	12	63	
Commessi	A	7	0	0	7	
<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>		<b>473</b>	<b>94</b>	<b>72</b>	<b>495</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>6344</b>	<b>552</b>	<b>495</b>	<b>6401</b>	<b>420</b>

La manovra del personale 2022 è stata impostata in continuità con quella dell’esercizio precedente, improntata all’applicazione del processo di riordino organizzativo dell’assetto istituzionale del SSR, come delineato dalla LR 17 dicembre 2018, n. 27, che ha disposto la costituzione e l’avvio dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. Un tanto è avvenuto in esecuzione delle “Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l’anno 2022”, adottate in via definitiva con D.G.R. n. 321 del 11.03.2022.

Rispetto alla dotazione che era stata preventivata nel Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2022 – 2024 adottato con Decreto A.S.U.G.I. n. 533 dd. 10.06.2022, nell’ambito del “Rendiconto economico infrannuale al 30.09.2022”, adottato dall’A.S.U.G.I. con Decreto n. 932 dd. 31.10.2022, in ossequio alle indicazioni regionali per la redazione del rendiconto stesso è stata proposta una rimodulazione del P.T.F.P. Detta rimodulazione ha previsto un incremento di complessive 86 unità a fine esercizio, rispetto alla dotazione che era stata preventivata nel sopra citato Piano.

Negli esercizi precedenti sono state realizzate le procedure di stabilizzazione di cui al D.Lgs. 75/2017 e s.m. e i., come ampiamente illustrato nei precedenti rendiconti e nella manovra del personale di ciascun esercizio.

Successivamente, il legislatore ha aggiornato lo scenario con vari e ripetuti interventi normativi, dapprima con L. 160/2019 e con D.L. 162/2019, in seguito con D.L. 34/2020 e con D.L. 183/2020, con D.L. 80/2021

convertito con modifiche dalla L. 113/2021, con successivo DL 228/2021 convertito con modifiche dalla L. 15/2022 e infine con DL 36/2022 convertito con modifiche dalla L. 79/2022.

Tali modifiche dell’art. 20 del D.Lgs. 75 hanno da un lato ampliato il personale destinatario, dall’altro aggiornato i termini di applicabilità della stabilizzazione e l’arco temporale sul quale proiettare il computo degli anni di servizio utili a configurare il requisito.

Attualmente, per quanto riguarda le stabilizzazioni di cui al comma 1, l’applicazione è possibile fino al 31.12.2023 e la maturazione del requisito è stabilita al 31.12.2022. Per il successivo comma 2, i termini di applicazione e maturazione del requisito sono allineati al 31.12.2024.

Complessivamente, nell’anno 2022, è stata realizzata l’assunzione a tempo indeterminato di 14/15 precari, di seguito elencati per profilo professionale:

- n. 3 unità di Fisioterapista
- n. 3/4 unità di Infermiere
- n. 2 unità di Educatore Professionale
- n. 1 unità di Tecnico Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- n. 1 unità di Assistente Sociale
- n. 1 unità di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- n. 1 unità di Dietista
- n. 1 unità di Collaboratore Tecnico professionale
- n. 1 unità di Operatore Tecnico Specializzato

A dicembre 2022 è stata altresì avviata una procedura di manifestazione di interesse del personale alla stabilizzazione *ex* L. 234/2021 in possesso dei requisiti al 30.06.2022.

La procedura di stabilizzazione introdotte dalla Legge di Bilancio 2022 (art. 1 c. 268 L. 234/2021) è una aggiuntiva ed ulteriore rispetto a quella disciplinata dai commi 1 e 2 dell’articolo 20 del D.Lgs 75/2017.

La nuova disciplina di stabilizzazione è stata adottata al fine della valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l’emergenza COVID-19 nelle Aziende ed Enti del SSN, nonché di una omogenea e coerente applicazione delle procedure di stabilizzazione nell’ambito dei diversi sistemi sanitari regionali da parte delle Aziende ed Enti del SSN e si rivolge al personale del ruolo sanitario e agli operatori socio-sanitari.

## **2.2. Il Bilancio aziendale**

Preliminarmente si evidenzia che, anche dal punto di vista economico, anche l’esercizio 2022, seppur in misura decrescente, è stato caratterizzato dal perdurare dell’impatto dell’emergenza pandemica da Covid-19, che ha comportato il mutamento degli scenari consueti ed ha richiesto l’intervento di specifiche ulteriori risorse straordinarie statali e regionali attribuite per tale finalità, con DGR 1924/22, con la quale sono stati altresì assegnati altri importanti finanziamenti (finanziamento statale energia, finanziamento statale emergenza Ucraina, pay back farmaci, pay back dispositivi medici, finanziamenti sovraziendali) che hanno consentito la chiusura dell’esercizio



con un risultato di pareggio, in applicazione delle specifiche direttive regionali in merito all'impiego del finanziamento Pay back dispositivi medici nella misura necessaria al raggiungimento di tale risultato.

L'obiettivo economico dell'equilibrio di bilancio sulla gestione complessiva viene pertanto raggiunto nel 2022.

Di seguito si riporta uno schema di sintesi del conto economico dell'azienda riferito all'esercizio 2022.

Conto Economico		2022		Importi: Euro	
SCHEMA DI BILANCIO Decreto interministeriale 20 marzo 2013		Esercizio 2022	Esercizio 2021	VARIAZIONE 2022/2021	
				Importo	%
A)	VALORE DELLA PRODUZIONE	1.004.252.550,00	933.257.717,00	70.994.833,00	7,61%
B)	COSTI DELLA PRODUZIONE	998.060.664,00	946.740.020,00	51.320.644,00	5,42%
<b>DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)</b>		<b>6.191.886,00</b>	<b>- 13.482.303,00</b>	<b>19.674.189,00</b>	<b>-146%</b>
C)	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	- 27.469,00	- 43.927,00	16.458,00	-37,47%
D)	RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	-	-	-	
E)	PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	16.511.384,00	35.762.494,00	- 19.251.110,00	-53,83%
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A - B + C + D + E)</b>		<b>22.675.801,00</b>	<b>22.236.264,00</b>	<b>439.537,00</b>	<b>1,98%</b>
Y)	IMPOSTE SUL REDDITO D'ESERCIZIO	22.675.801,00	22.221.085,00	454.716,00	2,05%
<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>		<b>-</b>	<b>15.179,00</b>	<b>- 15.179,00</b>	<b>-100,00%</b>

Per le informazioni di dettaglio sulle singole voci del Bilancio consuntivo con i relativi scostamenti rispetto al preventivo 2022 si rimanda alla Relazione economico-finanziaria di corredo al Bilancio d'esercizio 2022, approvato con Decreto D.G. n. 506 del 15/06/2023, pubblicato sul sito aziendale.

### 2.3 Tempistiche di pagamento

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per l'anno 2022 calcolato secondo le disposizioni del DPCM 22 settembre 2014	
Descrizione	Valore
Numeratore = somma dell'importo di ciascuna fattura pagata nel 2022 moltiplicata per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura stessa e la data di pagamento ai fornitori	- 8.869.108.756,43
Denominatore = somma degli importi pagati nel periodo di riferimento (anno 2022)	382.710.686,61
<b>Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per l'anno 2022</b>	<b>- 23,17</b>

Tale indice è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture; pertanto essendo il valore dell'indicatore pari a -23,17 gg., significa che nell'anno 2022 l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina ha mediamente provveduto ai pagamenti con un anticipo di 23,17 gg. sulle scadenze

### **3. MISURAZIONE E VALUTAZIONE**

#### **3.1. Misurazione e valutazione della performance organizzativa**

La misurazione e la valutazione della performance nell'ASUGI ha lo scopo di favorire il miglioramento continuo del contributo che ciascuno, sia che si tratti di Centro di Responsabilità, di setting assistenziale o di singolo individuo apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda ed alla soddisfazione dei bisogni di salute della comunità per i quali la stessa è costituita.

La valutazione della performance organizzativa opera a tutti i livelli organizzativi in funzione degli ambiti di responsabilità previsti nell'Atto Aziendale, che è stato aggiornato ed adottato con decreto n. 454 dd 19/05/22, ora in fase di attuazione. Oggetto della valutazione è quindi il grado di raggiungimento degli obiettivi incentivati attribuiti nell'ambito del processo di budget.

L'entità dei fondi di risultato e incentivanti per le diverse aree contrattuali sono approvate nel Bilancio Consuntivo 2022, di cui al Dcr. N. 506/2023, pubblicato sul sito aziendale, e sono allegate alla presente relazione quale **All. 2 “Fondi premialità e risultato”**

##### **3.1.1. Gli obiettivi annuali**

La pianificazione strategica, affidata alla Direzione strategica, ha definito le finalità dell'Azienda mediante l'adozione, con Decreto del D.G. n. 333/2022 e decreto di variazione e modifiche n. 563/22 il Piano Attuativo 2022, che individua gli obiettivi e le progettualità di rilievo regionale, in attuazione delle Linee annuali per la gestione del SSR 2022, approvate in via definitiva con apposita delibera regionale (DGR n. 321 dd. 11/03/2022).

Il monitoraggio dell'attuazione del programma annuale e del rispetto dei vincoli di bilancio è stato effettuato secondo le indicazioni della L.R. n. 26 del 10.11.2015 e s.m.i., che prevede l'articolazione trimestrale del processo di controllo della gestione degli enti del Servizio Sanitario Regionale, con tre rendiconti infrannuali trimestrali e, a consuntivo, con l'adozione del Bilancio d'esercizio e della Relazione sulla Gestione per l'anno 2022

Tutti gli obiettivi rendicontati vengono valutati dalla Direzione Centrale Salute e formalizzati in un unico documento che consolida i risultati ottenuti dal SSR (economici, di attività e di gestione) denominato “Gestione del SSR nell'anno 2022 – Approvazione degli atti relativi al controllo annuale”, di approvazione con apposita delibera della Giunta Regionale.

Ad oggi non è stato ancora emanato da parte della Regione il provvedimento di determinazione dei risultati, pertanto nell'Allegato n. 1 “Le linee progettuali regionali e i risultati del monitoraggio”, si evidenzia una pre-valutazione operata da ASUGI sulla base:

- dei monitoraggi trimestrali tenuti dalla Regione
- dei report inviati dalla Regione su singoli obiettivi;
- dei dati dei sistemi informativi regionali (DWH) e aziendali;
- dei monitoraggi effettuati dai referenti aziendali degli obiettivi di budget

È evidente, quindi, che in questa fase, quanto riportato di seguito, rappresenta un’autovalutazione, che dovrà essere aggiornata alla luce del provvedimento regionale di valutazione.

Gli esiti della misurazione dei risultati conseguiti rispetto a ciascuna progettualità di PA con evidenza degli scostamenti rilevati sono consultabili nel Decreto del D.G. n. 506 del 15/06/2023 di approvazione del Bilancio d'esercizio e della Relazione sulla gestione 2022 pubblicati sul sito aziendale (link: [AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA \(ASUGI\) - BILANCIO PREVENTIVO E CONSUNTIVO](#))

### **3.2. Performance organizzativa delle strutture aziendali**

La programmazione attuativa è in capo alla SC Programmazione e Controllo di gestione che declina gli obiettivi aziendali annuali contenuti nel PA in obiettivi operativi e relative risorse a livello di ogni singola articolazione organizzativa attraverso il processo negoziale di budget. Il livello di raggiungimento di tali obiettivi determina, a consuntivo, la quota di produttività e di retribuzione di risultato spettante ai singoli componenti dell’equipe.

In merito, si rimanda al “SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE DELL’AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA “GIULIANO-ISONTINA 2020”, consultabile a questo link:

[HTTPS://ASUGL.SANITA.FVG.IT/EXPORT/SITES/AAS1/IT/AMM\\_TRASP\\_ASUGI/ALLEGATI/006\\_PERFORMANCE/SISTEMA\\_MISUR\\_VALUTAZ\\_PERFORMANCE/DCR\\_820\\_2020\\_SMVP\\_ASUGI.PDF](https://asugl.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/amm_trasp_asugi/allegati/006_performance/sistema_misur_valutaz_performance/dcr_820_2020_smvp_asugi.pdf)

L’attribuzione degli obiettivi di budget 2022 alle unità organizzative è avvenuta, a conclusione delle negoziazioni, con Decreto DG n. 624 dd. 05.07.2022, integrato e modificato con il Decreto DG n. 1092 dd. 14/12/2022 di approvazione del documento "Budget 2022 – Progetto complessivo aziendale" con cui è stata formalizzata l’assegnazione alle singole Strutture degli obiettivi operativi e delle risorse, sulla base dei Piani dei Centri di Responsabilità (di Attività e di Risorsa) “ereditati” dalle cessate Aziende. Si ricorda, infatti, che nelle more dell’adozione del nuovo Atto Aziendale di ASUGI, il Piano dei Centri di Responsabilità è quello in essere nella ex ASUTTS, adottato con decreto del Direttore Generale n. 411 dd. 8.06.2018, e nella ex AAS2, approvato con decreto del Direttore Generale n° 721 del 31.12.2015 e s.m.i., limitatamente all’ambito isontina.

In merito alla tempistica, condizionata dalla programmazione regionale, di declinazione degli obiettivi operativi alle strutture, va evidenziato che la SC Programmazione e Controllo di Gestione ha avviato e concluso gli incontri per la negoziazione del budget e degli obiettivi nei mesi di marzo – aprile, e quindi si è arrivati alla formalizzazione delle schede di budget che costituiscono il Progetto Complessivo Aziendale degli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità per l’anno 2022 (rif. Decreto DG n. 624/2022). Gli stessi sono stati successivamente modificati ed integrati con apposito Decreto DG n. 1092 del 14.12.2022 di “Presenza d’atto del monitoraggio al 31 luglio 2022 degli obiettivi di budget. Integrazione e modifica del decreto n. 624/2022”.

Va segnalato altresì che, in fase di negoziazione degli obiettivi costituenti il Progetto Complessivo Aziendale, sono stati assegnati alle strutture specifici obiettivi correlati a quanto disposto nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020 – 2022 (PTPC), in ciò costituendo raccordo tra quest’ultimo ed il ciclo delle performance come previsto dall’art. 1, comma 8-bis D.Lgs 190/2012. Ulteriormente, i dirigenti delle Strutture ed i referenti all’uopo individuati, hanno la responsabilità di elaborare, trasmettere ed aggiornare i dati di pertinenza in ottemperanza agli obblighi di pubblicazione nella sezione dedicata all’Amministrazione Trasparente.

L’intero ciclo è stato verificato dall’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) aziendale, nominato con Decreto del Direttore Generale n. 363 dd. 14.04.2020, e conclude il procedimento con la validazione della presente

Relazione Annuale, garantendo, così, la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, con particolare riferimento alla differenziazione dei giudizi nonché all'utilizzo dei premi secondo le disposizioni di cui al Titolo III del D. Lgs 150/09, della valutazione e dei progetti analizzati.

Si riporta **nell'allegato n. 3** la tabella riepilogativa con “Valutazione del Progetto Complessivo Aziendale – Percentuali di raggiungimento degli obiettivi per Centro di Responsabilità (CDR) – SINTESI”

### 3.2.1. Obiettivi strategici di rilevanza regionale e aziendale

La verifica degli obiettivi strategici di rilevanza regionale (progettualità RAR) per il comparto e la Dirigenza PTA è stata effettuata sulla base dei progetti approvati dalla Direzione Aziendale con le Rappresentanze delle Organizzazioni sindacali di categoria, risultanti dagli Accordi integrativi aziendali sottoscritti per l'anno 2022 per le diverse aree contrattuali e pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sotto-sezione dell'Amministrazione trasparente (rif. [link. HTTPS://ASUGI.SANITA.FVG.IT/IT/AMM\\_TRASP\\_ASUGI/04\\_PERSONALE/CONTRATTAZIONE\\_INTEGRATIVA.HTM L](https://asugi.sanita.fvg.it/it/amm_trasp_asugi/04_personale/contrattazione_integrativa.html)).

Gli obiettivi strategici di rilevanza regionale sia di tipo qualitativo che quantitativo sono finanziati con le risorse aggiuntive regionali (RAR) delle varie aree contrattuali e sono finalizzati alle tematiche previste dai relativi atti di intesa regionali.

Complessivamente sono stati approvati e valutati n. 543 progetti (n. 331 del personale del comparto, n. 187 della dirigenza area sanità e n. 25 della dirigenza dei ruoli professionale, tecnico, amministrativo).

Il processo istruttorio e valutativo in corso viene condotto da parte della S.C. Programmazione e Controllo di Gestione che, con apposite note ha richiesto l'invio delle relazioni di rendicontazione unitamente alla documentazione probatoria ed alla tabella con gli apporti individuali. Tutte le relazioni sono pervenute complete di valutazione di I istanza espressa dal superiore gerarchico e/o dalla figura all'uopo individuata nella scheda di progetto.

La SC Programmazione e Controllo di Gestione ha svolto l'istruttoria per la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi incentivanti per il 2022 sulla base:

- delle relazioni a consuntivo prodotte dai responsabili
- delle fonti informative ufficiali regionali o aziendali
- delle evidenze documentali prodotte o pubblicate sul portale aziendale.

La valutazione delle rendicontazioni presentate a consuntivo è stata svolta dal superiore gerarchico o dai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Socio Sanitari, ognuno per la propria competenza, ovvero da altri soggetti specificatamente identificati in sede attribuzione dell'obiettivo (valutatore di prima istanza). Tale valutazione sarà successivamente validata dall'OIV nelle apposite riunioni calendarizzate nell'ambito dei compiti previsti dal Decreto Lgs 150/09 e s.m.i.

L'esito delle valutazioni delle progettualità finanziate con le risorse aggiuntive regionali sarà rendicontato nella successiva integrazione della presente Relazione della performance

### **3.3. Misurazione e valutazione della performance individuale**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance aziendale prevede la valutazione individuale da parte del superiore gerarchico, secondo i criteri e le modalità previste negli accordi sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali.

Il processo di valutazione individuale in ASUGI è gestito e coordinato dalla SC Gestione del Personale; per l'anno 2022 l'Azienda ha ancora mantenuto due sistemi distinti per i dipendenti provenienti dall'Area Giuliana e dall'Area Isontina, applicando i regolamenti e le procedure in essere nelle cessate Aziende (ASUTTS e AAS2). Considerato infatti l'emergenza sanitaria in corso, si è ritenuto opportuno, anche per il 2022, in questa fase di progressiva unificazione dei regolamenti sulla valutazione del personale presenti nelle due precedenti Aziende, continuare ad applicare, nei rispettivi ambiti, gli strumenti valutativi già in essere (per l'area giuliana: il regolamento per la valutazione permanente delle prestazioni individuali svolte e dei risultati del personale del comparto di ASUTTS approvato con decreto del DG n. 493 dd 27.06.2018 ed i metodi di rilevazione per il personale dirigente afferente all'ex AOUTs e all'ex AAS n.1 Triestina; per l'area Isontina: il sistema di misurazione e valutazione della performance in AAS2 a valere per gli anni 2018-2019, adottato con Decreto C.S. n. 428 dd 8.08.2019).

Si dà atto tuttavia che, nell'ottica della progressiva unificazione dei sistemi di valutazione individuale in essere nei due ambiti territoriali, la SC Gestione del Personale ha già predisposto una bozza di nuovo regolamento per la valutazione individuale annuale del personale dirigente e del comparto di ASUGI, illustrandone i contenuti all'OIV nelle sedute del 19/6 e 2/10/2020, a cui, però, al momento non si è dato seguito.

La performance individuale è collegata al sistema premiante ovvero alla retribuzione di risultato per l'area della Dirigenza e della produttività per l'area del Comparto: una valutazione negativa comporta l'esclusione del dipendente dal sistema incentivante.

#### **3.3.1. Gli obiettivi individuali**

Come già scritto, all'interno della scheda di budget è stata prevista l'individuazione di un obiettivo individuale di natura manageriale che costituisce prerogativa di coloro che ricoprono funzioni e responsabilità di tipo organizzativo e gestionale (Direttori e Responsabili di Struttura semplice, complessa, dipartimento e coordinatori/referenti infermieristici), fermo restando che il Responsabile della Struttura viene comunque valutato sul livello di raggiungimento di tutti gli obiettivi della Struttura che dirige. E' stata inoltre prevista l'assegnazione di almeno un obiettivo individuale per ogni altro dirigente che eventualmente operi nella struttura

#### **3.3.2. Valutazione individuale annuale**

Il processo di valutazione individuale per l'anno 2022 è stato avviato operativamente a fine gennaio 2023 con apposita circolare trasmessa a tutti i valutatori da parte della SC Gestione del Personale con richiesta di procedere alla valutazione e fornire un ritorno alla Struttura inviante: per l'area giuliana, le relative schede sono state pubblicate on line in formato elettronico in un'apposita sezione del sito intranet aziendale; per il personale dell'area Isontina, invece, l'invio è avvenuto allegando le schede alla relativa circolare di accompagnamento. La somministrazione delle schede si è conclusa nel mese di maggio.

Complessivamente non sono state raccolte istanze di ricorso. Nella fase di valutazione di seconda istanza, l'OIV ha visionato le schede di valutazione individuale riferite al personale, sia dirigente che del comparto, rilevando la complessiva coerenza dei sistemi.

### 3.3.3. Sintesi dei risultati per il personale del comparto

#### COMPARTO AREA ISONTINA

Per il personale del comparto Isontino è stata utilizzata la scheda di valutazione articolata in tre ambiti di valutazione delle competenze: tecnico-professionali, organizzative e relazionali, con un punteggio espresso in centesimi. La valutazione di ogni item è stata graduata in quattro livelli di giudizio: insufficiente, sufficiente, buono, distinto a cui corrispondono rispettivamente i seguenti punteggi di soglia: 40, 60, 80 e 100.

Tabella : Numero dei dipendenti per ruolo valutati e relativo punteggio medio Area Isontina

DIPENDENTI PER RUOLO	NUM. DIPENDENTI	PUNTEGGIO MEDEV.	STANDARD
AMMINISTRATIVO	150	90,55	8,94
SANITARIO	1079	93,54	6,18
SOCIO-SANITARIO	358	91,79	6,86
TECNICO	95	89,25	8,63
<b>Totale complessivo</b>	<b>1682</b>	<b>92,66</b>	<b>6,89</b>

#### COMPARTO AREA GIULIANA

Per il personale del comparto giuliano è stata somministrata, invece, la scheda di valutazione definita dal Regolamento sulle Valutazioni Annuali del Comparto, approvato con decreto n. 493 dd. 27.06.2018, nella quale le scale e gli item di valutazione sono differenziati in base alla categoria di appartenenza del dipendente e ciascun valutatore esprime un giudizio di valore (1, 3, 3.5, 4) riferito alla frequenza di un certo comportamento. Tale valore viene moltiplicato per un coefficiente di pesatura che varia a seconda dell'importanza dell'item, e che consente di riportare tutte le schede ad un punteggio massimo di 100/100.

Tabella : Numero dei dipendenti per ruolo valutati e relativo punteggio medio Area Giuliana

DIPENDENTI PER RUOLO	NUM. DIPENDENTI	PUNTEGGIO MEDIO	DEV. STANDARD
AMMINISTRATIVO	328	93,96	6,18
SANITARIO	2296	94,85	5,41
SOCIO-SANITARIO	706	93,43	5,81
TECNICO	317	93,30	5,50
<b>Totale complessivo</b>	<b>3647</b>	<b>94,36</b>	<b>5,61</b>

### 3.3.4. Sintesi dei risultati per la dirigenza

Sono stati valutati n. 808 dirigenti dell'Area Giuliana e n. 372 dell'Area Isontina. Si evidenzia che quasi la totalità dei dirigenti hanno raggiunto una valutazione positiva.

Per l'area isontina, alla Dirigenza è stata somministrata la precedente scheda di valutazione, che prevede una graduazione del punteggio da A a D in maniera crescente a seconda delle caratteristiche dell'apporto individuale



al raggiungimento dei risultati, assicurato nell’anno di riferimento dal dirigente, secondo lo schema di seguito rappresentato:

- A=0% quota individuale
- B=33,33 % quota individuale
- C=66,66% quota individuale
- D=100% quota individuale

Tabella : Numero dei dirigenti valutati e distribuzione sul punteggio Area Isontina

PUNTEGGIO	AMMINISTRATIVO	PROFESSIONALE	SANITARIO ALTRI (NON MEDICI)	SANITARIO MEDICI	Totale complessivo
A				2	2
B				8	8
C			5	58	63
D	5	3	36	255	299
<b>Totale complessivo</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>41</b>	<b>323</b>	<b>372</b>

Per l’ambito giuliano sono stati applicati i metodi di rilevazione del personale dirigente afferente all’ex AOUTs e all’ex AAS n.1 Triestina con la precisazione che, ai sensi della deliberazione n. 775 dd. 21.11.2009 che aveva regolamentato il sistema di valutazione annuale della dirigenza per l’ex AAS1, erano state previste quattro tipologie di schede di valutazione in relazione al tipo di incarico ricoperto dal dirigente (incarico professionale, di Struttura semplice, di Struttura complesso o di Struttura operativa). Non è previsto un punteggio per i vari item, ma un giudizio di positivo/negativo.

Tabella : Numero dei dirigenti valutati e relativo punteggio medio Area Giuliana

DIPENDENTI PER RUOLO	NUM. DIPENDENTI	PUNTEGGIO MEDIO	DEV. STANDARD
AMMINISTRATIVO	16	100,00	0,00
PROFESSIONALE	12	100,00	0,00
SANITARIO ALTRI (NON MEDICI)	97	97,85	6,50
SANITARIO MEDICI	683	96,12	6,76
<b>Totale complessivo</b>	<b>808</b>	<b>96,46</b>	<b>6,66</b>

#### 4. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE

La SC Programmazione e Controllo di Gestione ha avviato il percorso di misurazione e valutazione finale dei risultati di performance organizzativa raggiunti, con nota n. 143 dd 24/01/2023 con cui ha richiesto a tutti i Responsabili di Dipartimento, Struttura complessa e Struttura Semplice dipartimentale di relazionare sul conseguimento degli obiettivi di budget 2022 delle rispettive strutture entro i termini previsti.

Analogamente, per le progettualità finanziate con le Risorse Aggiuntive Regionali (RAR), con nota n. 34 dd 07/02/2023 per la Dirigenza PTA, n. 35 dd 07/02/2023 per il Comparto Sanità e n. 36 dd 07/02/2023 per la Dirigenza Sanitaria, si è avviato il percorso di rendicontazione, misurazione e valutazione finale per le rispettive strutture di competenza entro i termini previsti

# 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: MARILENA FRANCIOSO  
CODICE FISCALE: FRNMLN57L54E098U  
DATA FIRMA: 29/06/2023 19:03:55  
IMPRONTA: 45B597277B7E84DAFA5E1851374043B4DE070E1C97FE186FE3FC2B7A657E5855  
DE070E1C97FE186FE3FC2B7A657E5855CF32DE792A246E3142C1978904BD174A  
CF32DE792A246E3142C1978904BD174AE60D6DC9CB860BC0013D48DFDB37DE2F  
E60D6DC9CB860BC0013D48DFDB37DE2FD2CF3C73622168110428FEEF48C542BC

NOME: ANDREA LONGANESI  
CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T  
DATA FIRMA: 30/06/2023 08:39:42  
IMPRONTA: 0952C4A0A79E26F6D84ED173AD9FC6D7DEE4BE0953855FD4398AD194FE16FBA4  
DEE4BE0953855FD4398AD194FE16FBA4CF42E57F9D315267A5D75AF557923C5A  
CF42E57F9D315267A5D75AF557923C5A252FC79D3C01CE70313FD2284FBFD122  
252FC79D3C01CE70313FD2284FBFD12276CABDDD40D64FB72F0CE209FAED16A8

NOME: ANTONIO POGGIANA  
CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F  
DATA FIRMA: 30/06/2023 09:08:53  
IMPRONTA: 11D045A9AA09BCDF6783C3E68FFA9F95E63440C2BB8F517F7B015CC95737D138  
E63440C2BB8F517F7B015CC95737D138A73D6F48227A3F61EF4DAD357E3752B7  
A73D6F48227A3F61EF4DAD357E3752B77E3B5F703502F769CFB84AE65A3699CA  
7E3B5F703502F769CFB84AE65A3699CAEF32AA316FC24DF3BD9CD53EDF427BA4

NOME: EUGENIO POSSAMAI  
CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L  
DATA FIRMA: 30/06/2023 10:59:24  
IMPRONTA: 87FBD29A69E7A23E72FE82C7F6D75E960F0EF304CBEB18E184B483292115D8F0  
0F0EF304CBEB18E184B483292115D8F09561916FABD14D4008E4E3AD6FF39311  
9561916FABD14D4008E4E3AD6FF3931127C5A081A5F80F184306480261EBF871  
27C5A081A5F80F184306480261EBF871C8A13B542B5EB8BE0D8FBE98955D9301

## LINEE PROGETTUALI

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di ASSISTENZA TERRITORIALE	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento dell'Assistenza domiciliare - Attività delle USCA - Avvio delle Centrali operative territoriali - Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche) - Utilizzo personale	31/05/2022 (1 trimestre)	Obiettivo raggiunto. Inserito in apposito paragrafo il prospetto riepilogativo dello stato di avanzamento in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione	attività realizzata
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di ASSISTENZA TERRITORIALE	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento dell'Assistenza domiciliare - Attività delle USCA - Avvio delle Centrali operative territoriali - Sorveglianza della circolazione SARS COV2 (contact tracing e notifiche) - Utilizzo personale	31/07/2022 (2 trimestre)	Obiettivo raggiunto. Inserito in apposito paragrafo il prospetto riepilogativo dello stato di avanzamento in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione	attività realizzata
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di ASSISTENZA TERRITORIALE	Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento dell'Assistenza domiciliare - Attività delle USCA - Avvio delle Centrali operative territoriali - Sorveglianza della circolazione SARS	31/10/2022 (3 trimestre)	Obiettivo raggiunto. Inserito in apposito paragrafo la relazione dello stato di avanzamento (terzo rendiconto)	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
			COV2 (contact tracing e notifiche) - Utilizzo personale			
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale - Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	31/05/2022 (1 trimestre)	Obiettivo raggiunto. Inserito in apposito paragrafo il prospetto riepilogativo dello stato di avanzamento in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale - Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	31/07/2022 (2 trimestre)	Obiettivo raggiunto. Inserito in apposito paragrafo il prospetto riepilogativo dello stato di avanzamento in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione	attività realizzata
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera. Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento della gestione (ex. art. 56 LR 22/2019) rispetto a: - Potenziamento posti letto di terapia intensiva e semintensiva, area medica - Rete emergenza e urgenza ospedaliera - Stabilizzazione dei percorsi separati nei PS della Regione - Emergenza territoriale – Assicurare trasporti sanitari dedicati ai soggetti COVID e ai soggetti fragili - Utilizzo del personale	31/10/2022 (3 trimestre)	Obiettivo raggiunto. Inserito in apposito paragrafo la relazione dello stato di avanzamento (terzo rendiconto)	attività realizzata
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Rendicontazione costi COVID-19	Adottare i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate	31/12/2022	Nel 2022 sono stati adottati i criteri di rilevazione indicati dalla Regione e da ARCS e rendicontazione dei COSTI sostenuti, in relazione alle attività svolte e alle specifiche finalità perseguite, nei tempi e con le modalità via via indicate	attività realizzata
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Campagna vaccinale anti SARS CoV 2	Assicurare le attività previste dal Piano Strategico nazionale della vaccinazione anti SARS CoV-2 e successive indicazioni ministeriali e regionali	31/12/2022	Le attività aziendali della campagna vaccinale anti SARS CoV-2/COVID-19 sono state attuate secondo le indicazioni nazionali e regionali entro i tempi stabiliti	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing	>= 1 per 10.000 ab.	L'attività aziendale è in linea con il dato regionale: 0.8 per 10.000 abitanti (Monitoraggio Fase 2 Report settimanale 138 settimana 26/12/2022 - 01/01/2023)	attività realizzata
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Monitoraggio degli indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	Numero di casi confermati di infezione nella Regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati	>= 98%	L'attività aziendale è in linea con il dato regionale: 98.8% (Monitoraggio Fase 2 Report settimanale 138 settimana 26/12/2022 - 01/01/2023)	attività realizzata
A.	Gestione dell'emergenza Covid	PIANI TERRITORIALI COVID-19 Dare attuazione a quanto previsto nei piani territoriali e mantenere costantemente informata la Regione circa l'attuazione dei piani territoriali	Le Aziende sanitarie adempiono all'onere informativo sull'attuazione dei piani nel rispetto delle scadenze previste	31/12/2022	ASUGI nel 2022 ha attuato quanto previsto nei piani territoriali e ha adempiuto all'onere informativo circa l'attuazione dei piani territoriali	attività realizzata
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa	% visita algologica in cui il tempo d'attesa è rispettato per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	>= 75%	Criticità rilevata in tutti i monitoraggi effettuati nel 2022 così come nei dati storici per quanto riguarda la classe di priorità B. In attesa dei criteri di priorità per depurare il dato. Avviati incontri con la medicina generale da riprendere nel 2023 Per le P nel la performance si attesta attorno al 98% mentre per le D sopra il 60%	attività parzialmente realizzata
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Reperibilità algologica	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare un modello per la reperibilità algologica h24, aziendale (per le Aziende sede di centro Hub algologico) o Regionale;	31/12/2022	Nominato il referente che partecipa al gruppo regionale. Alla rete del Dolore regionale viene chiesta la reperibilità solo per i centri Hub. A livello di spoke la risposta iniziale viene data dall'anestesista-Rianimatore di Guardia	attività realizzata
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Appropriatezza prescrittiva	Le aziende individuano un referente che partecipa ai lavori del gruppo regionale per: - Implementare e, messa in utilizzo (almeno in via sperimentale), di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	31/12/2022	Nominato il referente che partecipa al gruppo regionale	attività realizzata
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina/teleassistenza	% di prestazioni autorizzate alla telemedicina (es. controllo algologico) effettuate tramite l'utilizzo delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	almeno 5%	Criticità. Attività non ancora completamente avviata. Possibile il raggiungimento del target nel 2023 se il 5% è calcolato sul totale dei pazienti eleggibili per telemedicina	attività non realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Integrazione con la medicina generale	I Direttori di distretto, anche utilizzando il previsto supporto delle AFT per le funzioni programmatiche, organizzative, gestionali e di sviluppo del governo clinico, documentano con apposita relazione il livello raggiunto d'integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale.	31/12/2022	Programmati per ogni Distretto gli incontri di AFT tra la medicina generale e la terapia antalgica ospedaliera.	attività non realizzata
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative - Decessi a domicilio	% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice	>= 75%	Criticità. Difficile il target su tutta la popolazione. Dati Trieste su mortalità per tumore ISTAT 2020: 406 decessi a domicilio Hospice su 844 deceduti per tumore a Trieste pari al 48.1%. Dati di decesso a Domicilio o Hospice su pazienti presi in carico dal servizio: 406 su 507 pari al 80.1%	attività parzialmente realizzata
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative - Dotazione organica	Ogni Azienda è dotata di un numero di posti letto hospice accreditati congruo agli standard LEA (DGR 1965/2021)	0,1 pl per 1.000 abitanti	Criticità. I posti letto sono 25, 20 in area giuliana e 5 in area isontina. ASUGI rientra negli standard LEA stabiliti dalle DGR 2062/2014 e DGR 165/2017. Rispetto alla DGR 1965/21 la criticità emerge in area isontina. Sono previsti 9 posti letto aggiuntivi in area isontina per rispettare il target ministeriale nei tempi previsti.	attività parzialmente realizzata
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative - Registrazione attività cliniche	Le Aziende adottano eventuali modalità di registrazione dell'attività definite dal coordinamento regionale (attualmente non prevista dai sistemi informatici) entro il 31/12/2022	entro 31/12/2022	Il coordinamento regionale non ha ancora definito le modalità di registrazione ma ha indetto tavoli di lavoro dedicati. Rappresentanti di ASUGI fanno parte dei tavoli di lavoro dedicati garantendo la partecipazione. Attività realizzata per la parte di competenza.	attività realizzata



Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte degli Enti di una relazione sullo stato della riorganizzazione già avviata o da riavviarsi, e sulle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento indicati, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	31/03/2022	Come noto, l'avvio dell'anno 2022 è stato caratterizzato dal prolungamento delle condizioni emergenziali verificatesi nell'ultima parte del 2021, con conseguente mantenimento delle misure di contenimento e gestione sanitaria della pandemia. Come già riportato nel Piano aziendale per il recupero delle prestazioni (allegato al Bilancio preventivo 2022), la programmazione chirurgica per il primo bimestre dell'anno è stata caratterizzata da una riduzione del numero di sedute, attivata nel mese di novembre del 2021, dovuta al verificarsi del quarto picco pandemico e quindi alla riapertura dei reparti di terapia intensiva covid; l'assorbimento dei medici anestesisti e la chiusura di posti letto chirurgici per recuperare personale infermieristico, unitamente alle assenze per malattia, hanno inciso fortemente sulla programmazione chirurgica determinando una riduzione del 50% della disponibilità di sala (rispetto al periodo pre covid) per cui l'attività è stata finalizzata primariamente al trattamento delle patologie oncologiche e/o tempo correlate, oltre alle urgenze. Per quanto riguarda la radiologia diagnostica, nel 2021 grazie all'avvio di progettualità di incremento dell'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche, unitamente alla sottoscrizione dell'accordo con le strutture Private, l'attività ha registrato ad un costante incremento delle prestazioni a partire dal mese di marzo 2021 rispetto all'anno precedente. In tale contesto, fortemente condizionato dall'assenza del personale medico e infermieristico e, nel medio termine, dall'incertezza derivante dal possibile riproporsi del picco pandemico, ASUGI ha consolidato le azioni di riorganizzazione già attivate nel 2021 e volte all'incremento della disponibilità di sala operatoria e delle apparecchiature di radiodiagnostica, utilizzando le risorse straordinarie statali, come confermate dalla L 234/2021 e assegnate con DGR 365/2022.	attività realizzata
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così come esistente e elaborazione ed attuazione di ipotesi riorganizzative dello svolgimento delle attività che partendo dall'articolata strutturazione aziendale, e di quella	Attuazione entro il 30/05/2022 della riorganizzazione presentata nella relazione finalizzata ad un significativo aumento delle prestazioni erogate con valorizzazione dell'utilizzo integrato della rete aziendale e di quella regionale.	30/05/2022	Come noto, l'avvio dell'anno 2022 è stato caratterizzato dal prolungamento delle condizioni emergenziali verificatesi nell'ultima parte del 2021, con conseguente mantenimento delle misure di contenimento e gestione sanitaria della pandemia. Come già riportato nel Piano aziendale per il recupero delle prestazioni (allegato al Bilancio preventivo 2022), la programmazione chirurgica per il primo bimestre	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		dei altri presidi ospedalieri regionali, utilizzino appieno la potenzialità di costruzione di percorsi operativi distinti per la riduzione del rischio conseguente alla gestione pandemica, e ciò non solo all'interno di ogni presidio ospedaliero, ma anche per mezzo di una gestione adeguata della rete aziendale e di quella regionale			dell'anno è stata caratterizzata da una riduzione del numero di sedute, attivata nel mese di novembre del 2021, dovuta al verificarsi del quarto picco pandemico e quindi alla riapertura dei reparti di terapia intensiva covid; l'assorbimento dei medici anestesisti e la chiusura di posti letto chirurgici per recuperare personale infermieristico, unitamente alle assenze per malattia, hanno inciso fortemente sulla programmazione chirurgica determinando una riduzione del 50% della disponibilità di sala (rispetto al periodo pre covid) per cui l'attività è stata finalizzata primariamente al trattamento delle patologie oncologiche e/o tempo correlate, oltre alle urgenze. Per quanto riguarda la radiologia diagnostica, nel 2021 grazie all'avvio di progettualità di incremento dell'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche, unitamente alla sottoscrizione dell'accordo con le strutture Private, l'attività ha registrato ad un costante incremento delle prestazioni a partire dal mese di marzo 2021 rispetto all'anno precedente. In tale contesto, fortemente condizionato dall'assenza del personale medico e infermieristico e, nel medio termine, dall'incertezza derivante dal possibile riproporsi del picco pandemico, ASUGI ha consolidato le azioni di riorganizzazione già attivate nel 2021 e volte all'incremento della disponibilità di sala operatoria e delle apparecchiature di radiodiagnostica, utilizzando le risorse straordinarie statali, come confermate dalla L 234/2021 e assegnate con DGR 365/2022.	
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Elaborazione da parte degli Enti di specifica relazione - da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022	31/03/2022	La descrizione delle modalità di pianificazione operativa e della tipologia di funzionamento giornaliero delle sale operatorie è già stata trasmessa l'anno scorso con nota Prot. n. 55895/P dd. 18/6/2021 (Piano recupero prestazioni 2021); non sono intervenute modifiche all'assetto descritto in tale documento. L'ampliamento del tempo di utilizzo delle sale operatorie è stato attivato nel mese di marzo nelle sale operatorie dei blocchi operatori di Gorizia e Monfalcone per complessive 46 sedute/settimana di cui 4 sedute finanziate con risorse straordinarie statali, assegnate ad ASUGI dal Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa (DGR 365/22). L'incremento di sedute è stato avviato da aprile anche nel Complesso Operatorio di Cattinara, passando da 40 sedute/settimana a una media 40-45 sedute/settimana	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
					di cui 2-5 sedute/settimana in regime aggiuntivo. All'ospedale Maggiore, dove operano le chirurgie in regime di day surgery, oltre all'oculistica e all'odontostomatologia, le sedute operatorie sono passate da 5 a 10/settimana, da finalizzare alla chirurgia oculistica (cataratte) e agli interventi di chirurgia generale e urologica, con un ulteriore incremento di 3 sedute al mese da garantirsi con le risorse straordinarie statali, per un totale di 24 sedute aggiuntive fino al 31.12.22. La scadenza del 15/4 fissata dall'obiettivo regionale è rispettata.	
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	b) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di pianificazione operativa, tipologia di funzionamento giornaliero (a blocchi, dedicato a singola unità operativa, ovvero integrato e trasversale), orario giornaliero e settimanale, ore e giorni, di funzionamento e disponibilità delle sale operatorie, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo.	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo delle sale operatorie.	entro 15/04/2022	La descrizione delle modalità di pianificazione operativa e della tipologia di funzionamento giornaliero delle sale operatorie è già stata trasmessa l'anno scorso con Nota Prot. n. 55895/P dd. 18/6/2021 (Piano recupero prestazioni 2021); non sono intervenute modifiche all'assetto descritto in tale documento. L'ampliamento del tempo di utilizzo delle sale operatorie è stato attivato nel mese di marzo nelle sale operatorie dei blocchi operatori di Gorizia e Monfalcone per complessive 46 sedute/settimana di cui 4 sedute finanziate con risorse straordinarie statali, assegnate ad ASUGI dal Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa (DGR 365/22). L'incremento di sedute è stato avviato da aprile anche nel Complesso Operatorio di Cattinara, passando da 40 sedute/settimana a una media 40-45 sedute/settimana di cui 2-5 sedute/settimana in regime aggiuntivo. All'ospedale Maggiore, dove operano le chirurgie in regime di day surgery, oltre all'oculistica e all'odontostomatologia, le sedute operatorie sono passate da 5 a 10/settimana, da finalizzare alla chirurgia oculistica (cataratte) e agli interventi di chirurgia generale e urologica, con un ulteriore incremento di 3 sedute al mese da garantirsi con le risorse straordinarie statali, per un totale di 24 sedute aggiuntive fino al 31.12.22. La scadenza del 15/4 fissata dall'obiettivo regionale è rispettata.	attività realizzata
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di	Elaborazione di specifica relazione da sistematizzare e presentare all'interno della relazione richiesta all'obiettivo di cui supra alla lettera a) - su ipotesi riorganizzativa funzionale ampliamento dei tempi di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2022;	31/03/2022	Il piano di incremento dei tempi di utilizzo ha interessato le due RM 1,5T 3T, attive 12h per 5 giorni alla settimana, di cui due turni pomeridiani garantiti con risorse statali ex DGR 365/2022 per pazienti interni, day hospital, ambulatoriali; per quanto riguarda le TC, il tempo di utilizzo copre le 12 ore, di cui 3+3 turni pomeridiani a settimana svolti in attività aggiuntiva ex DGR 365/2022, per pazienti interni, day hospital,	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo			ambulatoriali, pronto soccorso, urgenze interne, Covid; per le Mammografie, le eco mammella e i II LIVELLI screening, due turni pomeridiani sono garantiti con risorse statali; mentre, per le Ecografie per pazienti ambulatoriali l'attivazione di turni aggiuntivi varia a seconda della disponibilità di medico radiologo. L'ampliamento dei tempi di utilizzo è stato attivato nel mese di marzo 2022, la scadenza del 15/4 fissata dall'obiettivo regionale è rispettata.	
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale	c) Ricognizione da parte degli Enti delle modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo - in termini di funzionamento orario giornaliero e settimanale, ore e giorni - sia per la diretta erogazione ai pazienti di prestazioni ambulatoriali, sia a servizio delle attività interne dei presidi ospedalieri, e implementazione della riorganizzazione delle apparecchiature diagnostiche e ampliamento del tempo di utilizzo	Attuazione entro il 15/04/2022 della riorganizzazione funzionale e dell'ampliamento di tempo di utilizzo e prestazioni erogate delle apparecchiature diagnostiche.	entro 15/04/2022	Il piano di incremento dei tempi di utilizzo ha interessato le due RM 1,5T 3T, attive 12h per 5 giorni alla settimana, di cui due turni pomeridiani garantiti con risorse statali ex DGR 365/2022 per pazienti interni, day hospital, ambulatoriali; per quanto riguarda le TC, il tempo di utilizzo copre le 12 ore, di cui 3+3 turni pomeridiani a settimana svolti in attività aggiuntiva ex DGR 365/2022, per pazienti interni, day hospital, ambulatoriali, pronto soccorso, urgenze interne, Covid; per le Mammografie, le eco mammella e i II LIVELLI screening, due turni pomeridiani sono garantiti con risorse statali; mentre, per le Ecografie per pazienti ambulatoriali l'attivazione di turni aggiuntivi varia a seconda della disponibilità di medico radiologo. L'ampliamento dei tempi di utilizzo è stato attivato nel mese di marzo 2022, la scadenza del 15/4 fissata dall'obiettivo regionale è rispettata.	attività realizzata
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività AMBULATORIALE per prestazioni garantite dal SSN	% Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA 2019-2021) di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019 con priorità B (breve) eseguite entro 10 giorni	>=90% per tipologia prestazione	La % di rispetto dei TA si attesta al 70,22% e al 70,49% per i residenti. Permangono criticità per la maggior parte delle prestazioni monitorate.	attività parzialmente realizzata
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN	% Ricoveri elettivi oncologici erogati entro i tempi previsti per le specifiche priorità	>=90% per tipologia prestazione	Permangono criticità sulla classe di priorità A, escluso il tumore utero che ha una % di rispetto al 100%. Il target viene rispettato per le altre classi di priorità.	attività parzialmente realizzata
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Gli enti devono, garantire almeno nella misura del 90% del totale per la tipologia di prestazione nei tempi di attesa previsti	% Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019) erogata nei tempi previsti	>=90% per tipologia prestazione	Permangono criticità sulla classe di priorità A, esclusi gli interventi di afferenza cardiologica - cardiocirurgica che hanno una % di rispetto > 90%.	attività parzialmente realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		Attività di RICOVERO per prestazioni garantite dal SSN				
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa	<p>In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa (diverse per tipologia e priorità da quelle indicate al precedente punto C.2.1 per le quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 per periodo di pari durata ridotti del 15 per cento (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume &lt; 20</p> <p>Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% (escluse prestazioni 2019 con volume &lt; 20)</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifica prestazione</p>	<p>Per le priorità D, P l'obiettivo viene raggiunto in termini di % di rispetto dei TA o, alternativamente, in termini di volume di prestazioni &gt; 85% del 2019. Permangono criticità per 8 prestazioni.</p>	attività parzialmente realizzata
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa	<p>In presenza di positiva variazione In presenza di positiva variazione delle condizioni di gestione pandemica nelle Strutture sanitarie tale da permettere il riavvio delle attività già considerate differibili nel rispetto del necessario positivo equilibrio costi-benefici per l'erogazione delle specifiche prestazioni sanitarie:</p> <p>Recupero dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa rispetto a percentuale dell'85 per cento dei volumi registrati per periodo di pari durata nell'anno 2019</p>	<p>Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa (diversi per tipologia e priorità da quelli indicati al precedente punto C.2.1 per i quali rimangono confermati gli obiettivi allo stesso punto indicati) uguali o maggiori dei volumi registrati nell'anno 2019 – per periodo di pari durata – ridotti del 15 per cento (Fonte: SDO)</p> <p>Qualora il volume non sia raggiunto l'Ente deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi</p> <p>(la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate</p>	<p>&gt;= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15%</p> <p>se volume non raggiunto &gt;= 90% per specifico intervento</p>	<p>Per gli interventi non oncologici in classe di priorità B, C è stata garantita una % di rispetto dei tempi di attesa &gt;90% o, alternativamente, volumi &gt; 85% del 2019. Obiettivo raggiunto.</p>	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
			rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)			
D.4	Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli e modelli organizzativi in uso nell'azienda per la PRESA IN CARICO INTEGRATA, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda per la presa in carico integrata, e definisce un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata; l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo definito dall'azienda dà anche adeguato conto delle concrete modalità di esercizio aziendale della funzione di centrale operativa quale strumento di governo della presa in carico e della continuità assistenziale nonché delle caratteristiche operative programmate e delle modalità di funzionamento e utilizzo delle Centrali Operative Territoriali.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale per i processi di presa in carico integrata.	<b>30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)</b>  <del>31/05/2022 (target da DGR 321/2022)</del>	Obiettivo raggiunto. Con nota prot. n. 56007 dd. 27.05.2022 è stato trasmesso alla DCS e all'ARCS il Piano aziendale di realizzazione dei nuovi modelli di Assistenza Territoriale. Ridefinizione delle funzioni, riorganizzazione e sviluppo territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, adottato con Decreto del Direttore Generale n. 506 di data 25.05.2022.	attività realizzata
D.4	Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei protocolli operativi, modelli organizzativi e procedure in uso nell'azienda per le attività di ASSISTENZA DOMICILIARE, di livello base e integrata, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi - misure espresse in valori assoluti, medi, minimi e massimi -, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché l'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di ASSISTENZA DOMICILIARE di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017.	<b>30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)</b>  <del>31/05/2022 (target da DGR 321/2022)</del>	Obiettivo raggiunto. Con nota prot. n. 56007 dd. 27.05.2022 è stato trasmesso alla DCS e all'ARCS il Piano aziendale di realizzazione dei nuovi modelli di Assistenza Territoriale. Ridefinizione delle funzioni, riorganizzazione e sviluppo territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, adottato con Decreto del Direttore Generale n. 506 di data 25.05.2022.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		medicina generale) dell'attività svolta negli anni 2019 (ultimo anno "ordinario", pre pandemico) e 2021 e distintamente per le varie tipologie di assistenza domiciliare di cui all'art. 22 del D.P.C.M. "LEA" 12 gennaio 2017, evidenziando uniformità e difformità delle procedure in uso nell'azienda; l'azienda definisce, altresì, un'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le varie tipologie di assistenza domiciliare.				
D.4	Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) opera una documentata revisione dei modelli organizzativi, protocolli operativi e procedure in uso nell'azienda per le attività delle UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA) di cui al vigente articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, rendendo disponibili informazioni anche su volumi e altre caratteristiche (tra cui, in via esemplificativa: numero assistiti serviti, numero e durata degli accessi – misure espresse in valori medi, risorse umane utilizzate dettagliate per profili professionali e misura di utilizzo, in particolare anche in relazione alla partecipazione alle attività da parte dei medici di medicina generale); l'azienda verifica l'uniformità del modello organizzativo e protocollo operativo in uso nelle USCA aziendali, prevedendo in caso di difformità la predisposizione un modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato a cui le USCA devono adeguarsi.	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente la documentata revisione e le informazioni richieste nonché la descrizione dell'ipotesi di modello organizzativo e protocollo operativo standard aziendale dettagliato per le attività delle UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (USCA).	<b>30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)</b>  <del>31/05/2022 (target da DGR 321/2022)</del>	Obiettivo raggiunto. Con nota prot. n. 56007 dd. 27.05.2022 è stato trasmesso alla DCS e all'ARCS il Piano aziendale di realizzazione dei nuovi modelli di Assistenza Territoriale. Ridefinizione delle funzioni, riorganizzazione e sviluppo territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, adottato con Decreto del Direttore Generale n. 506 di data 25.05.2022.	attività realizzata
D.4	Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) elabora un dettagliato documento con il quale si dà conto del piano di attività programmato	Ogni azienda territoriale (ASFO, ASU FC, ASU GI) trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31 maggio 2022 il documento contenente il piano di attività	<b>30/6/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)</b>	Obiettivo raggiunto. Con nota prot. n. 56007 dd. 27.05.2022 è stato trasmesso alla DCS e all'ARCS il Piano aziendale di realizzazione dei nuovi modelli di Assistenza	attività realizzata



Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
	carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare	per la progressiva attivazione aziendale delle CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego, e ciò per ogni Centrale Operativa Territoriale (Hub o Spoke).	programmato per la progressiva attivazione aziendale delle CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI, dettagliando specificatamente nelle varie tempistiche le fasi di attuazione operativa, le tipologie di servizi sanitari e sociosanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego.	31/05/2022 ( <del>target da DGR 31/12/2022</del> )	Territoriale. Ridefinizione delle funzioni, riorganizzazione e sviluppo territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, adottato con Decreto del Direttore Generale n. 506 di data 25.05.2022.	
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	DATI 2019 - copertura vaccinale III polio a 24 mesi (coorte 2017) - 92,54 %  DATI 2022 - copertura vaccinale III polio a 24 mesi (coorte 2020) - 92,78%	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	DATI 2019 - copertura vaccinale I MMR a 24 mesi (coorte 2017) - 92 %  DATI 2022 - copertura vaccinale I MMR a 24 mesi (coorte 2020) - 91,54 %	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P10Z Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Realizzati il 100% dei campioni programmati dal relativo Piano	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P12Z Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Realizzati il 100% dei campioni programmati dal relativo Piano	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P14C Indicatore composito sugli stili di vita (PASSI)	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	L'indicatore viene abitualmente calcolato su base regionale, perchè necessita di una numerosità campionaria minima, che non sempre viene raggiunta a livello aziendale. La base campionaria su cui è stato calcolato il valore di riferimento relativo al 2019 (38,6%; IC95%: 35,89-41,38) è rappresentata dalla popolazione target di età compresa fra 18 e 69 anni, rappresentativo delle 5 aziende sanitarie presenti nel 2019. I risultati dell'indagine 2022 non saranno disponibili prima di maggio 2024. il dato per ASUGI nel 2022 è 35,5%. il valore dell'indicatore è provvisorio in quanto pesato sulla popolazione dell'anno precedente. Sarà confermato quando l'ISS renderà disponibili i pesi relativi all'anno 2022	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Ca Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Il dato completo del 2022 non è disponibile. Considerato il dato parziale a settembre. gennaio - settembre 2022: 76,8 Gennaio - Dicembre 2019: 61,6	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Cb Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Il dato completo del 2022 non è disponibile. Considerato il dato parziale a settembre. gennaio -settembre 2022: 56,77 Gennaio - Dicembre 2019: 56,9	attività parzialmente realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Cc Proporzione di persone che hanno	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal	Il dato completo del 2022 non è disponibile. Considerato il dato parziale a giugno. Il dato non	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
			effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	rispetta il target ma è superiore al valore 2019. gennaio - giugno 2022: 52,78 Gennaio - Dicembre 2019: 47,96	
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta ( $\geq 18$ anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Gennaio - Dicembre 2022: 171,3 Gennaio - Dicembre 2019: 287,8	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D04C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica ( $< 18$ anni) per asma e gastroenterite	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Il valore di riferimento LEA 2022 è 81. Tutte le rilevazioni dimostrano il rispetto del target Gennaio - Dicembre 2022: 22,8 Gennaio - Dicembre 2019: 21,02	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Il valore per ASUGI è di 16 minuti. Tempi sovrapponibili tra area giuliana e area isontina	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	I volumi di prestazioni erogate nel 2022 sono superiori al 2021 e al 2019. La percentuale media con classe di priorità B per le prestazioni monitorate nel periodo gennaio-dicembre 2022 è pari 74,6%. Gennaio - Dicembre 2019: 70,3	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D14C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Sono continuate nel 2022 le iniziative sull'uso prudente degli antibiotici in distribuzione aziendale attraverso la lettura dei modelli richiesti laddove previsti e la raccolta dei consumi ospedalieri con la misurazione delle DDD/100 gg di degenza..	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Dato non ancora disponibile per il 2022 a seguito dell'introduzione del nuovo gestionale. Gennaio - Dicembre 2019: 5,9	richiesta stralcio
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Dato non ancora disponibile per il 2022 a seguito dell'introduzione del nuovo gestionale. Gennaio - Dicembre 2019: 1,7	richiesta stralcio
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Dato non ancora disponibile per il 2022 a seguito dell'introduzione del nuovo gestionale. Gennaio - Dicembre 2019: 1,1	richiesta stralcio
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D27C Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Gennaio - Dicembre 2022: 8,5 Gennaio - Dicembre 2019: 8,1	attività non realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Dato 2022 non calcolato. Gennaio - Dicembre 2019: 25	attività non realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D33Z Res. Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Criticità. Dato non ancora disponibile. Non calcolabile perché manca il dato sull'intensità della cura, il quale è presente solo nel flusso ministeriale NSIS	richiesta stralcio
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Gennaio - Dicembre 2022: 101,7 Gennaio - Dicembre 2019: 125,44	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H02Z Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Gennaio - Dicembre 2022: 46,9 Gennaio - Dicembre 2021: 53,83 Gennaio - Dicembre 2019: 85,5	attività non realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Gennaio - Dicembre 2022: 21,34 Gennaio - Dicembre 2019: 18,34	attività non realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H05Z Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Gennaio - Dicembre 2022: 62,65 Gennaio - Dicembre 2019: 65,23	attività non realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H13C - HUB Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Gennaio - Dicembre 2022: 64,05 Gennaio - Dicembre 2019: 74,53	attività non realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H13C - SPOKE Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Gennaio - Dicembre 2022: 55,92 Gennaio - Dicembre 2019: 53,23	attività realizzata
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H17C % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	Gennaio - Dicembre 2022: 10,77 Gennaio - Dicembre 2019: 12,73	attività realizzata
E.2.1	Area perinatale	Riduzione del numero di interventi di episiotomia non associati a parti con diagnosi di distocia di spalla o a parti vaginali operativi	indicatore Bersaglio C7.3 – percentuale di episiotomie depurate (NTSV) per punto nascita	Punti nascita che hanno registrato un valore <= 19% nell'anno 2020, il target 2022 è <= valore 2020	Gennaio - Dicembre 2022: 2,93 Gennaio - Dicembre 2019: 12,22	attività realizzata
E.2.1	Area perinatale	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali	indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Per i punti nascita SPOKE <=7%	Gennaio - Dicembre 2022: 6,54 Gennaio - Dicembre 2019: 7,85	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
E.2.2	Rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	Effettivo utilizzo del cinque per cento del finanziamento sanitario aziendale per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica	incidenza % del Valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica – sul Valore di cui alla Voce 49999 – TOTALE GENERALE  Riferimento: Modello di rilevazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza (LA) consuntivo anno 2022	>= 5%	Nel 2022 il valore dell'indicatore risulta 4,69% Storicamente il rapporto tra il valore di cui alla Voce 19999 – Totale Prevenzione collettiva e sanità pubblica – sul Valore di cui alla Voce 49999 nel modello LA non raggiunge il target. Per il 2021 il valore è stato 1,84, per il 2020 2,0, per il 2019 2,01.	attività parzialmente realizzata
1.1.2	Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi	Costituzione gruppo aziendale per lo sviluppo e realizzazione del PRP	Entro l'11 marzo 2022 trasmissione alla DCS dell'atto con i nominativi dei componenti e del coordinatore del gruppo	entro 11/3/2022	Obiettivo raggiunto. Documento trasmesso in DCS il 28 febbraio 2022 con nota prot 556/DIR SAN	attività realizzata
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro il 30.6.2022 report ad ARCS con l'avanzamento dei lavori per singolo programma	entro 30/06/2022	Report inviato all'ARCS con protocollo GENASUGI 91021	attività realizzata
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del Piano regionale della prevenzione	Entro 31.12.2022 report ad ARCS sugli obiettivi e indicatori raggiunti nei singoli programmi del PRP per l'anno 2022	entro 31/12/2022	Report inviato ad ARCS e a DCS con protocollo n. GENASUGI 409 - P di data 02.01.2023	attività realizzata
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Colmare le lacune immunitarie in tutte le fasce d'età (bambini, adolescenti, anziani) per le vaccinazioni previste dal PNPV, piano di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, calendario regionale	Predisporre un piano d'azione per il recupero delle attività vaccinali (entro il primo trimestre 2022)	entro 31/03/2022	Obiettivo raggiunto. Il piano d'azione è stato inviato in DCS nei tempi previsti	attività realizzata
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Campagna vaccinale antinfluenzale 2022-2023	Predisposizione del fabbisogno aziendale entro il 31.03.2022	entro 31/03/2022	Obiettivo raggiunto. Inviata nota entro il 31/03/2022 con la previsione del fabbisogno di vaccini per la Campagna 2022-2023	attività realizzata
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Copertura vaccinale dell'esavalente (proxy del vaccino esavalente sarà considerata la vaccinazione antipolio) a 24 e 36 mesi e 36 mesi	> valore 2019	DATI 2019 - copertura vaccinale III polio a 24 mesi (coorte 2017) - 92,54 % III polio a 36 mesi (coorte 2017) - 93,17 %  DATI 2022 - copertura vaccinale III polio a 24 mesi (coorte 2020) - 92,78% III polio a 36 mesi (coorte 2019) - 94,00 %	attività realizzata



Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	copertura vaccinale MMR (1^ e 2^ dose)	> valore 2019	DATI 2019 - copertura vaccinale I MMR a 24 mesi (coorte 2017) - 92% II MMR a 6 anni (coorte 2013) - 84.56%  DATI 2022 - copertura vaccinale I MMR a 24 mesi (coorte 2020) - 91.54% II MMR a 6 anni (coorte 2016) - 81.14%	attività parzialmente realizzata
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020 (coorte 1955): (30%)	30%	Copertura vaccinale HZ coorte 1955 2021: 0.71% 2022: 20.95%	attività parzialmente realizzata
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Migliorare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	Vaccinazione anti herpes zoster gratuita dei soggetti con patologia come previsto dalla DGR in fase di approvazione	31/12/2022	La vaccinazione anti HZ è stata offerta gratuitamente alla popolazione avente diritto	attività realizzata
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione	Piano Pan Flu (Piano Pandemico)	Messa a disposizione di almeno un referente aziendale per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale	31/12/2022	Obiettivo raggiunto. Nominati i referenti ASUGI per la stesura e realizzazione del Piano pandemico Pan Flu regionale	attività realizzata
1.2	Supporto logistico attività di screening	1. Garantire il supporto logistico per le sedi di acquisizione delle immagini per lo screening mammografico	a. In tutte le sedi di acquisizione delle immagini dello screening mammografico è a disposizione la sede per l'accogliimento dell'utenza e lo stazionamento della segreteria dell'unità mobile con un tempo massimo di adeguamento, ove ciò si rendesse necessario, di 24 ore.	31/12/2022	In tutte le sedi di acquisizione delle immagini dello screening mammografico è a disposizione la sede per l'accogliimento dell'utenza e lo stazionamento della segreteria dell'unità mobile con un tempo massimo di adeguamento, ove ciò si rendesse necessario, di 24 ore.	attività realizzata
1.2	Screening Cervice Uterina	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening della cervice uterina	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)	>= 60% delle donne convocate	Gennaio - Dicembre 2022: 59,20% Gennaio - Dicembre 2021: 56%	attività realizzata
1.2	Screening Cervice Uterina	2. Fornire le indicazioni per la formulazione delle agende della cervice con almeno due mesi di anticipo	Le aziende sanitarie inviano ad ARCS l'offerta ambulatoriale per lo screening della cervice uterina almeno due mesi prima del periodo d'interesse.	almeno 2 mesi prima del periodo d'interesse	ASUGI ha inviato ad ARCS l'offerta ambulatoriale per lo screening della cervice uterina almeno due mesi prima del periodo d'interesse.	attività realizzata
1.2	Screening Cervice Uterina	3. Recuperare gli inviti non effettuati nel 2021 per lo screening della cervice uterina	Le aziende assicurano le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non	100% recupero inviti entro 31/12/22	ASUGI ha assicurato le ore ambulatorio necessarie per consentire il 100% del recupero degli inviti non	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
			effettuati nel 2021 entro il 31 dicembre 2022, senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista.		effettuati nel 2021 entro il 31 dicembre 2022, senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista.	
1.2	Screening Cervice Uterina	4. Assicurare la tempestiva lettura pap test primari fino a completa transizione del programma verso il centro di lettura unico di ASUGI	% dei Pap-Test primari refertati entro 21 giorni, presso le sedi attuali di competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei Pap test refertati entro 21 gg dalla data dell'ultimo prelievo)  Periodo di misurazione dal 1/1/2022 al 30/6/2022	>= 80% entro 21 gg	Gennaio - Dicembre 2022: 98,40% Gennaio - Dicembre 2021: 99,16%	attività realizzata
1.2	Screening Cervice Uterina	5. Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV -Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni	% degli HPV-DNA primari e di tutte le letture dei Pap-Test di screening analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi dal 1/7/2022	100%	Gennaio - Dicembre 2022: 99,90% Gennaio - Dicembre 2021: 99,7%	attività realizzata
1.2	Screening Cervice Uterina	5. Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV -Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni	% degli HPV-DNA di triage su Ascus e HPV-DBA e Cervico-Citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi a partire dal 1/7/2022	100%	Gennaio - Dicembre 2022 100% Gennaio - Dicembre 2021 99,8%	attività realizzata
1.2	Screening Cervice Uterina	6. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Coloscopia II livello	% di casi in cui l'appuntamento per la coloscopia di II livello viene dato entro 20 giorni lavorativi dal referto positivo del primo livello	>= 85%	Gennaio - Dicembre 2022. 15,7% ASUGI - 15% Burlo (FVG 14,2%) Gennaio - Dicembre 2021: 19,9%	attività parzialmente realizzata
1.2	Screening Cervice Uterina	7. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico di II livello	% di esami istocitopatologici refertati entro 15 giorni lavorativi dalla coloscopia	>=85%	Gennaio - Dicembre 2022: 93,6% Gennaio - Dicembre 2021: 92,5%	attività realizzata
1.2	Screening Mammografico	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening: (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni)	>= 64% delle donne convocate	Il dato non è ancora disponibile. In attesa della rilevazione regionale	attività realizzata
1.2	Screening Mammografico	2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimento mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	% degli esami di approfondimento diagnostico eseguiti dai radiologi formati	100%	Tutti i radiologi dello screening sono formati. Nel 2022 sono stati formati 2 nuovi radiologi dello screening mammografico, 1 per area giuliana e 1 per area isontina	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
1.2	Screening Mammografico	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 30.06.2022 verificano internamente la necessità di formare ulteriori radiologi per la lettura di mammografie di screening e ne comunicano gli esiti ad ARCS	entro 30/06/2022	Obiettivo raggiunto. ARCS già informata della necessità di formare 2 radiologi screening per ASUGI. 2 radiologi formati	attività realizzata
1.2	Screening Mammografico	3. Garantire la formazione di un congruo numero di radiologi secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	Entro il 31.12.2022 le aziende interessate attivano il percorso formativo secondo il protocollo formativo approvato da ARCS nel corso del 2021	entro 31/12/2022	Obiettivo raggiunto. ARCS già informata della necessità di formare 2 radiologi screening per ASUGI. 2 radiologi formati	attività realizzata
1.2	Screening Mammografico	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello $\leq$ 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello	$\geq$ 80%	Dato non disponibile Gennaio Dicembre 2021: 53,16	attività non realizzata
1.2	Screening Mammografico	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	% dei casi di secondo livello chiusi correttamente	$\geq$ 95%	Gorizia non ancora in linea Trieste in linea	attività parzialmente realizzata
1.2	Screening Mammografico	4. Garantire le tempistiche diagnostiche / terapeutiche dei casi di esame mammografico di primo livello non negativo	Percentuale di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	$<$ 10%	Dato completo 2022 non ancora disponibile Gennaio - Dicembre 2021: 10,15	attività parzialmente realizzata
1.2	Screening Mammografico	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	$\geq$ 85%	Dato non disponibile Gennaio - Dicembre 2021: 78,13	attività non realizzata
1.2	Screening Colon Retto	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 45-74 anni).	$\geq$ 60% della popolazione convocata	Dato 2022 non ancora disponibile Gennaio - Giugno 2022: 43,07 Gennaio - Dicembre 2021: 53,78	attività non realizzata
1.2	Screening Colon Retto	2. Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione per gli esami di 2 livello di screening)	% di cartelle endoscopiche compilate correttamente	$\geq$ 95%	Dato 2022 non ancora disponibile Gennaio - Settembre 2022: 93,3 Gennaio - Dicembre 2021: 93,66	attività parzialmente realizzata
1.2	Screening Colon Retto	3. Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello entro 30 gg dalla positività del fobt di screening	% di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	$\geq$ 90%	Dato 2022 non ancora disponibile Gennaio - Giugno 2022: 86,61 Gennaio - Dicembre 2021: 74,37	attività parzialmente realizzata
1.2	Screening Colon Retto	4. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione della colonscopia	$\geq$ 85%	Dato 2022 non ancora disponibile Gennaio - Settembre 2022: 67,6 Gennaio - Dicembre 2021: 66,80	attività non realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
1.3	Rete HPH - Aziende	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati quadrimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 31/5/2022 (1 quadrimestre)	Obiettivo raggiunto. La scheda è stata compilata ed inviata ad ARCS il 31/05/2022 con prot. GENASUGI 56871	attività realizzata
1.3	Rete HPH - Aziende	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati quadrimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 30/9/2022 (2 quadrimestre)	La scheda è stata compilata ed inviata ad ARCS il 30/09/2022 con prot. GENASUGI 95038	attività realizzata
1.3	Rete HPH - Aziende	BENESSERE DEL PERSONALE 1. Attività dei Team Multiprofessionali di promozione della salute	I Team Multiprofessionali garantiscono la compilazione della scheda definita dal progetto "Aver cura di chi ci cura" e trasmettono i dati quadrimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 31/1/2023 (3 quadrimestre)	La scheda è stata compilata ed inviata ad ARCS il 30/01/2023 con prot. GENASUGI 9053	attività realizzata
1.3	Rete HPH - Aziende	BENESSERE DEL PERSONALE 2. Progetto "Aver cura di chi ci cura": studio fattibilità avvio team multiprofessionali II livello	Mappatura delle attività presenti presso le sedi aziendali e rivolte al personale per la promozione di sani stili di vita e la riduzione del carico da stress psicosociale (invio report aziendale ad ARCS entro 31/12/2022)	entro 31/12/2022	Obiettivo raggiunto. La mappatura è stata effettuata ed inviata ad ARCS il 30/06/2022 con prot. GENASUGI 67544	attività realizzata
1.3	Rete HPH - Aziende	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Le aziende individuano almeno una struttura aziendale presso la quale implementare il format di raccolta dati sui bisogni di promozione della salute del paziente (entro 30/6/2022)	entro 30/06/2022	Obiettivo raggiunto. Le strutture sono state individuate. La relazione è stata inviata ad ARCS il 30/06/2022 con prot. GENASUGI 67544	attività realizzata
1.3	Rete HPH - Aziende	PATIENT ENGAGEMENT 1. Studio pilota "Patient engagement"	Report entro il 31/12/2022 da inviare ad ARCS dei dati sui bisogni di promozione della salute del paziente raccolti	entro 31/12/2022	Il gruppo di lavoro ha condiviso l'utilizzo del questionario validato per avviare lo studio. Lo studio è in attesa di validazione del CERU	attività realizzata
1.4	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	Sistema Informativo Nazionale della Farmacosorveglianza Ricetta Veterinaria Elettronica (SINF-RE). Mantenimento funzionalità sistema informativo	Entro 7 giorni dal ricevimento le aziende assolvono tramite SINF-RE il 100% delle richieste pervenute di aggiornamento/nuova richiesta delle anagrafiche / nuove autorizzazioni tramite SINF-RE per le strutture veterinarie, strutture di detenzione	entro 7 gg 100% richieste	Tutte le richieste di registrazione delle strutture veterinarie e allevamenti che hanno fatto richiesta sono state registrate nell'applicativo "ricetta elettronica" del sistema Vetinfo entro 7 giorni	attività realizzata
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato a livello regionale sui MOCA.	% degli operatori SIAN formati entro il 31/12/2022	70% entro 31/12/2022	Obiettivo raggiunto. Hanno partecipato all'unica edizione programmata per il 2022 del corso di formazione sui MOCA che si è tenuto nelle giornate del 31.05 e 01.06 9 operatori	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
					affidenti alla SC Igiene Alimenti e Nutrizione. 4 operatori afferenti alla SC Igiene Alimenti e Nutrizione avevano già partecipato ai corsi di formazione sui MOCA organizzati negli anni precedenti. Risultano formati in materia totali 13 operatori deputati alle attività di controllo ufficiale (tecnici della prevenzione e dirigenti medici) su 17 (76.47%)	
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	PIANO REGIONALE DEI CONTROLLI IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONALE:  ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi previsti anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del Rischio, delle imprese alimentari (a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2019)	- n. interventi ispettivi per settore programmati per il 2022 - il n. audit per settore programmati per il 2022 - n. valutazioni del rischio programmate - n. di campionamenti di alimenti programmati per 2022 - n. dei controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni	>= n° di interventi programmati dal PRISAN	SC Igiene Alimenti e Nutrizione: obiettivo non raggiunto come segnalato già al precedente monitoraggio per gli indicatori: n. interventi per settore programmati per il 2022 e n. di controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. Il PRISAN non fornisce il n. di valutazioni del rischio programmate, ma le valutazioni del rischio delle imprese alimentari vengono di fatto eseguite e aggiornate ad ogni CU presso la sede operativa di un'impresa.  Sc Igiene degli alimenti di origine animale obiettivi raggiunti, in ordine sia al PRISAN, per gli stabilimenti riconosciuti e registrati, sia ai campionamenti.	attività parzialmente realizzata
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in Banca Dati Nazionale (BDN)	100% entro 31/12/2022	Tutti i 20 controlli sulle condizionalità previsti sono stati effettuati	attività realizzata
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	PROGETTO PICCOLE PRODUZIONI LOCALI:  rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Applicare il protocollo PPL malghe 2022 a tutti gli osa aderenti al 100% delle malghe entro il 30/6/2022.	entro il 30/6/2022 il 100% degli operatori di sicurezza alimentare (OSA) applica il protocollo al controllo delle malghe	Non sono presenti malghe nel territorio di competenza ASUGI. Obiettivo non pertinente	attività non di pertinenza
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	PROGETTO PICCOLE PRODUZIONI LOCALI:  rafforzare gli interventi in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Trasmettere entro il 31/01/2023 una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. La relazione dovrà riportare: - il numero di PPL vegetali registrate ed il numero di ispezioni; - un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio; - il dettaglio delle attività eseguite su: - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve,	entro 31/01/2023	La relazione è stata trasmessa alla Regione FVG Servizio Sanità pubblica Veterinaria	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
			prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...			
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	SISTEMA INFORMATIVO SICER: Piena funzionalità del sistema per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN	Il 100% degli operatori utilizza le principali funzioni del sistema (aggiornamento anagrafi operatori, gestione pratiche D Lgs 32/2021, registrazione C.U., agenda operatore, inserimento campionamenti, report di base)	100%	SC Igiene Alimenti e Nutrizione: obiettivo raggiunto SC Igiene degli alimenti di origine animale : raggiunto	attività realizzata
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	Accreditamento comunitario Malattia di Aujeszky	Mantenimento delle attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)	31/12/2022	E' stata realizzata l'attività di monitoraggio e controllo ai fini del mantenimento dello status di Regione indenne (Campioni di sangue presso macellazioni familiari, a spot presso macelli, di suini di provenienza fuori Regione)	attività realizzata
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	BENESSERE ANIMALE NEGLI ALLEVAMENTI E DURANTE IL TRASPORTO Attuazione dei controlli secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	% dei controlli sul benessere animale secondo indicazione Ministero della Salute	100%	Sono stati regolarmente effettuati i 23 controlli previsti, tenuto conto che una delle unità preselezionate è risultata cessata	attività realizzata
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	ANAGRAFE OVI CAPRINA Attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	3%	Sono stati svolti i 5 controlli programmati dalla Direzione regionale, una delle unità preselezionate è risultata cessata	attività realizzata
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	Genotipizzazione arieti per Scrapie .	% dei campioni di sangue sui capi target ai fini di individuare animali resistenti alla malattia, inserire in BDN il dato ed aggiornare lo status sanitario degli allevamenti entro il 31/12/2022	100% entro 31/12/2022	Tutte le genotipizzazioni richieste dagli allevatori per inserimento degli arieti nella lista dei riproduttori sono state effettuate	attività realizzata
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	Igiene Urbana Veterinaria.	% dei controlli, di tutte le attività, sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.	100%	Sono stati effettuati i quattro controlli programmati dalla Direzione regionale	attività realizzata
2.1	Assistenza primaria	Trasmissione alla DCS degli elenchi degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria, degli ambiti territoriali vacanti di continuità assistenziale e degli	Gli elenchi sono trasmessi alla DCS in tempo utile per la pubblicazione sul BUR entro il termine del 31 marzo previsto da ACN.	entro 31/03/2022	Obiettivo raggiunto. Con atti formali sono stati trasmessi alla DCS gli ambiti carenti per medici di assistenza primaria, continuità assistenziale e emergenza sanitaria territoriale entro il 31.3.2022 (DCR 248 dd. 18.3.2022 - nota 32777 dd. 30.3.2022)	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale				
2.1	Assistenza primaria	Sistemi di valutazione MMG	Le aziende acquisiscono ed elaborano i dati in tempo utile per effettuare entro il 30 aprile in sede di Comitato Aziendale ex art. 23 ACN la valutazione dei risultati sul raggiungimento degli obiettivi previsti dagli Accordi e intese regionali per i MMG	entro 30/04/2022	<p>Obiettivo raggiunto per quanto di competenza, ma non nei tempi previsti dal target. Si chiede di spostare il termine al 31/12/2022</p> <p>L'obiettivo non è stato possibile raggiungerlo completamente nei tempi in quanto non disponibili i dati relativi agli obiettivi ex art. 8, di pertinenza regionale.</p> <p>L'attività di valutazione ex art.3 è stata presentata in sede di comitato aziendale prima del termine previsto. Solo al 31/12/2022 tali dati vengono messi a disposizione delle aziende. Si chiede di spostare la data al 31/12/2022</p> <p>In dettaglio, con DCR 595 dd. 22.6.2022 si è conclusa la valutazione aziendale per gli obiettivi AFT MMG 2021 ex art. 3. Con email dd. 31.3.2022 la DCS ha comunicato che è intenzione dell'Amministrazione regionale proporre al Comitato regionale una modifica dei criteri di valutazione sul raggiungimento degli obiettivi per l'anno 2021 n. 4 "Patient summary popolazione target" e n. 5 "Monitoraggio popolazione target" basati sulla lista della popolazione target identificata con la lista 2020. La valutazione degli obiettivi 4 e 5 di cui all'Allegato 1 "Obiettivi 2020 ex art.8" dell'Intesa per la disciplina dei rapporti biennio 2020-2021 resa esecutiva con DGR 1737/2020 non è stata possibile. Gli obiettivi ex art.8 obiettivi nn. 4 e 5 sono stati ridefiniti con DGR 1205, del 26.8.2022.</p>	attività realizzata
2.1	Assistenza primaria	Promozione telemedicina	Entro il 31.12.2022 le Aziende inviano un report sulla promozione da loro effettuata nei confronti dei medici convenzionati	31/12/2022	L'attività è prevista si sviluppi a partire dal 2023 in considerazione dell'adeguamento della strumentazione informatica anche in base a quanto previsto dal DM77	attività non realizzata
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico	Valutazione multiprofessionale (PLS e/o MMG, Servizi sanitari aziendali e Servizi sociali) del 100% dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA) attraverso una calendarizzazione concordata tra servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta.	Entro il 31.12.2022 invio di relazione al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute sulle progettualità elaborate per la fase di transizione dei soggetti con DSA.	31/12/2022	L'attività è stata realizzata e la relazione è stata prodotta per ogni distretto di residenza.	attività realizzata



Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)	RETE ASSISTENZIALE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE  Le Aziende rendono operativa la rete di offerta dei servizi DCA in coerenza a quanto previsto dalla DGR 668/2017	Report inviato entro il 31.12.2022 ad ARCS con le seguenti indicazioni: - referenti DCA aziendali per l'età adulta e per l'età evolutiva; - data attivazione Centri diurni DCA per età adulta e per età evolutiva e utenti in carico ai servizi nel corso del 2022 per sesso, età e diagnosi; - composizione equipe funzionale multidisciplinare al dicembre 2022 ed eventuali variazioni nel corso dell'anno (rif. DGR 668/2017).	31/12/2022	1) Sono state individuate le referenti aziendali per l'età adulta e dell'età evolutiva; 2) Data attivazione Centri diurni DCA per età adulta ed età evolutiva: sede di Monfalcone 16 ottobre 2018; sede di Trieste 14 novembre 2022; 3) relazione trasmessa	attività realizzata
2.4	Sanità penitenziaria	Composizione della rete interaziendale per la Giustizia Minorile, e definizione delle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	Entro il 30.06.2022, invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, dei nominativi per la rete interaziendale di giustizia minorile	30/06/2022	In data 08/10/2021 con nota gen.asugi 90948 prot. n. 2172 sono stati trasmessi i nominativi dei referenti sanità penitenziaria art.3 c1 giustizia minorile alla DCS. Nella Casa Circondariale di Gorizia non è previsto l'accoglimento di minori	attività realizzata
2.4	Sanità penitenziaria	Composizione della rete interaziendale per la Giustizia Minorile, e definizione delle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	Entro il 31.12.2022 invio alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di un report sulle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale	31/12/2022	Il report sulle procedure per l'inserimento in comunità dei minori e giovani adulti sottoposti a procedimento penale è stato inviato alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera.	attività realizzata
2.4	Sanità penitenziaria	Ulteriore sviluppo della telemedicina in carcere, con particolare attenzione ai detenuti con bisogni complessi e/o con problematiche di salute mentale e di dipendenza	Entro il 31.12.2022 invio di un report alla DCS, all'attenzione del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, di almeno n. 1 nuovo progetto di telemedicina con indicazione degli interventi effettuati.	31/12/2022	Nel corso del 2022 è stato realizzato uno studio per l'individuazione della progettualità di telemedicina da implementare all'interno dell'istituto penitenziario. Dall'analisi delle consulenze specialistiche effettuate nel corso dell'anno 2021 è emersa la necessità di implementare la progettualità del teleconsulto con la medicina specialistica. Nelle more delle linee guida regionali è stata predisposta una procedura interna per la gestione del tele consulto che si allega. Si è avviato un confronto con la medicina specialistica convenzionata e un confronto con la Clinica dermatologica ASUGI.	attività realizzata
2.5	Progettualità Cassa AMMENDI, presa in carico delle persone in esecuzione penale	Realizzazione delle attività previste dal progetto da parte dei Dipartimenti di prevenzione, per quanto riguarda i corsi di cui al D.Lgs 81/2008	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022	31/12/2022	L'obiettivo è stato già raggiunto per quanto riguarda la realizzazione delle attività previste, ovvero i corsi di cui al D.lgs 81/2008. La SCPSAL, in accordo con la direzione della Casa Circondariale di Trieste e Gorizia, ha svolto n.21 corsi di formazione, con n.84 ore complessive di lezioni esauendo così il finanziamento specifico complessivo di 2.880,00 € assegnato a questa azienda. I detenuti beneficiari sono stati n.121 di cui 10 donne	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
2.5	Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale	Realizzazione delle attività previste dal progetto a favore di persone in esecuzione penale con problemi di dipendenza	Evidenza delle attività realizzate nel report di monitoraggio al 31.12.2022	31/12/2022	L'attività è stata conclusa e l'obiettivo raggiunto. Inviata nota conclusiva alla Regione in data 15/06, con firma digitale, via mail alla Direzione centrale salute	attività realizzata
2.6	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Predisposizione dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono le modalità operative, la stesura e l'invio alla competente autorità, entro 45 giorni dall'applicazione della misura di sicurezza in REMS, del PTRI, e lo inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	entro 45 gg applicazione misura sicurezza	Riapertura REMS di Aurisina in data 28/11 e contestuale inserimento di 2 persone in misura di sicurezza. PTRI in predisposizione per le due persone accolte. Predisposto verbale con modalità operative per la stesura del PTRI e invio al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità	attività realizzata
2.6	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Criteri per le priorità di ingresso in REMS delle persone soggette a misura di sicurezza ed in lista d'attesa	Predisposizione dei criteri per le priorità di ingresso ed invio al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 30/06/2022	30/06/2022	Incontri svolti, come da verbali, nei quali sono state discusse le modalità di ingresso in REMS in FVG, la redazione dei PTRI e l'invio in Direzione Centrale Salute	attività realizzata
2.6	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	Predisposizione di progetti finalizzati per l'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (misure alternative), nei confronti delle persone soggette a misura di sicurezza	Le Aziende predispongono ed inviano alla competente autorità progetti per le misure alternative, e li inoltrano per conoscenza al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità; tali progetti riguardano almeno l'80% delle persone soggette a misura di sicurezza di propria competenza territoriale al 31/12/2022	31/12/2022	REMS di Aurisina riaperta il 28/11/22, con contestuale inserimento di due persone in Misura di sicurezza. I PTRI finalizzati all'adozione di misure alternative in favore delle due persone attualmente soggette a misura di sicurezza sono in predisposizione, nei tempi previsti dalla Legge 81/14.	attività realizzata
2.7	Salute mentale	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	Trasmissione alla DCS di un report sulle attività di collaborazione tra NPIA e DDSM relative alla presa in carico e di cura dei disturbi mentali nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta, entro il 31/12/2022	31/12/2022	Nel corso del 2022 i servizi del DSM hanno partecipato al 100% delle UVM convocate da parte delle strutture coinvolte nell'obiettivo. Complessivamente, nel corso dell'anno hanno preso avvio oltre 30 percorsi di transizione dall'età evolutiva a quella adulta, in collaborazione con i servizi territoriali relativi all'area minori e con la neuropsichiatria infantile (ex AAS2). E' stata realizzata almeno una UVM per ogni situazione segnalata da parte dei diversi servizi, con la conseguente presa in carico o assunzione in cura da parte dei servizi del DSM, sulla base dei bisogni rilevati in equipe. La relativa documentazione è presente nel sistema informativo POINT PSM.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
2.7	Salute mentale	Monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, mediante l'utilizzo della scheda già predisposta ed inviata alle Aziende sanitarie con Nota del Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, prot n. 10669 del 05/05/2020	Entro 31.08.2022: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e il monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, riferito al primo semestre 2022	31/08/2022	Gli indicatori sono stati rilevati. Il report riferito al primo semestre 2022 è stato inviato con il monitoraggio al 31.08.22	attività realizzata
2.7	Salute mentale	Monitoraggio degli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali, mediante l'utilizzo della scheda già predisposta ed inviata alle Aziende sanitarie con Nota del Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, prot n. 10669 del 05/05/2020	Entro 01.02.2023: ogni DSM invia alla DCS un report sugli indicatori riferiti alle indicazioni organizzative e gestionali per i Servizi per la salute mentale e sullo stato di avanzamento del monitoraggio epidemiologico delle persone risultate positive all'infezione da Sars-Cov-2 in carico ai DSM regionali riferito al secondo semestre 2022	01/02/2023	Gli indicatori sono stati rilevati e il report è stato inviato il 1 febbraio 2023 alla DCS vedi allegati	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	n° prestazioni/anno erogate da ogni centro erogatore;	1400 prestazioni / anno	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve essere mantenuta al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	mantenimento valore 2019 se l'azienda aveva già raggiunto il target > 1,5	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere valore > 1.5 nelle Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	> =1,5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1,0 e 1,5	Attività non di pertinenza	attività non di pertinenza

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
2.8	Odontoiatria pubblica	La media dei singoli centri erogatori e la media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra deve raggiungere il valore di almeno 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1;	media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra	>= 1,3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1	Attività non di pertinenza	attività non di pertinenza
2.8	Odontoiatria pubblica	La media aziendale annua di prestazioni/riunito non deve essere inferiore a 1400;	media aziendale annua prestazioni per riunito	1400 prestazioni/riunito	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	La percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate deve essere inferiore al 30% per ASUGI	% aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate	< 30% per ASUGI	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le Aziende devono sottoscrivere entro il 31.3.2022 la convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	Sottoscrizione da parte delle Aziende entro il 31.3.2022 della convenzione con ASUGI per le prestazioni extra-LEA	31/03/2022	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre	30/04/2022 (dati 1 trimestre)	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre	31/07/2022 (dati 2 trimestre)	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre	31/10/2022 (dati 3 trimestre)	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	Tutte le aziende devono fornire alla Direzione centrale salute per il tramite del Coordinamento regionale una comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre;	31/01/2023 (dati 4 trimestre)	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
2.8	Odontoiatria pubblica	ASUGI: apertura dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia	Apertura da parte di ASUGI dell'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia	31/12/2022	L'obiettivo è stato raggiunto. ASUGI ha aperto l'ambulatorio di Monfalcone con attivazione dell'attività di odontoiatria pediatrica ed ortognatodonzia	attività realizzata
2.8	Odontoiatria pubblica	definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Tutte le aziende devono definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	31/12/2022	L'obiettivo è raggiunto	attività realizzata
2.9	Emergenza urgenza territoriale	Predisporre il Piano regionale dell'emergenza urgenza territoriale	Arcs coordina le attività e trasmette la proposta di Piano alla DCS entro il 31/10/2022	<b>30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)</b> <del>31/10/2022 (target da DGR 321/2022)</del>	Obiettivo che non dipende da ASUGI ma da SORES (ARCS). ASUGI garantisce la partecipazione per quanto di competenza.	attività non di pertinenza
3.1	Non autosufficienza	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA Assicurare il corretto utilizzo delle risorse destinate del Fondo nazionale per la non autosufficienza attraverso la certificazione delle persone in condizione di disabilità gravissima	Per tutte le persone prese in carico sono raccolte e trasmesse le informazioni previste ai sensi dell'art. 3 del DM 26 settembre 2016 per certificare la condizione di disabilità gravissima.	31/12/2022	I dati sono stati raccolti e inviati in Regione alla scadenza del 15 marzo parzialmente, perché distretto alto isontino non ha inviato i dati e quindi 5 distretti su 6 hanno	attività parzialmente realizzata
3.1	Non autosufficienza	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA) Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per: • Punti Unici di Accesso • Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale • Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager • Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari;	Evidenza di un accordo formale tra SSC e Distretto per definire le procedure le sinergie in termini di modalità operative e risorse	31/12/2022	Sono stati fatti degli incontri tra ASUGI e Comune di Trieste producendo un documento per la condivisione delle procedure in essere, rimandando al 2023 incontri per rivedere le procedure a fronte dell'applicazione della L14/2022	attività realizzata
3.1	Non autosufficienza	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA)	N° attività formative congiunte in tema di progetti personalizzati	almeno 1 attività formativa	Fatti 2 incontri ( 25/07 e 13/09) tra Distretti, SC Medicina Riabilitativa e Comune di Trieste, per condividere le procedure di valutazione e presa in	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punti Unici di Accesso</li> <li>• Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale</li> <li>• Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager</li> <li>• Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari;</li> </ul>			carico propedeutica alla formazione che verrà effettuata nel 2023	
3.1	Non autosufficienza	SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO A SUPPORTO DELLA PRESA IN CARICO Definizione da parte del gruppo tecnico (composto da referenti dei Distretti e dei Servizi sociali dei Comuni) della proposta di documento progettuale che includa tutte le caratteristiche e le modalità del sistema per la definizione di linee guida.	Evidenza del documento entro il 31.12.2022	31/12/2022	In attesa degli atti regionali per l'applicazione della LR14/2022 la formazione verrà fatta nel 2023	attività non realizzata
3.2	Anziani	AVVIO SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITA' COMUNITARIA Avviare la sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.	Le Aziende hanno emanato appositi avvisi relativi al percorso di co-programmazione entro 31.12.22	31/12/2022	L'attività aziendale è stata in linea con l'obiettivo	attività realizzata
3.2	Anziani	SI FA RETE. SOSTENIAMO INSIEME LA FRAGILITA' DELL'ANZIANO Collaborare alla progettazione locale con le associazioni individuate dal progetto per la presa in carico precoce dell'anziano fragile	Partecipazione agli incontri per la definizione delle modalità operative di realizzazione delle singole azioni progettuali	31/12/2022	La partecipazione è stata garantita	attività realizzata
3.2	Anziani	PRISMA 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani	Le AAS definiscono i contenuti della seconda fase del programma - intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità, anche alla luce della epidemia sanitaria, con indicazione del numero di anziani coinvolti, gli interventi	31/12/2022	ASUGI ha partecipato attivamente a tutte le azioni previste dal tavolo regionale.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		individuati quali potenzialmente fragili.	programmati, i soggetti coinvolti e i risultati attesi;			
3.2	Anziani	PRISMA 7 Sviluppo della seconda fase del Programma-intervento consistente nella sorveglianza leggera e presa in carico anticipata degli anziani individuati quali potenzialmente fragili.	Le AAS svolgeranno le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani non ancora coinvolti.	31/12/2022	ASUGI ha svolto le attività connesse alla fase di screening rivolta agli anziani non ancora coinvolti. Il Distretto ha garantito la valutazione congiunta con gli operatori del Servizio sociale del Comune di appartenenza per la verifica delle necessità rilevate con Prisma 7.	attività realizzata
3.2	Anziani	PROGETTI DI ABITARE INCLUSIVO Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti	31/12/2022	Tutti i progetti di abitare inclusivo autorizzati dalla Regione sono attuati previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti coinvolti.L'attività aziendale è in linea (rinnovate tutte le convenzioni in essere e stipulata una convenzione successiva all'autorizzazione regionale di una nuova soluzione domiciliare) .	attività realizzata
3.2	Anziani	PROGETTI DI ABITARE INCLUSIVO Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo	Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo	31/12/2022	Tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di Abitare Inclusivo hanno attivato nel 2022 un budget di salute . Durante il corso del 2022 5 persone sono state accolte beneficiando con il finanziamento dei budget di salute (la DGR 27.09.2019 n. 1625) per un totale di 10 persone che attualmente godono del finanziamento dedicato.	attività realizzata
3.2	Anziani	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	n° visite di audit approfondite per azienda	2 visite di audit	L'attività aziendale è stata in linea con l'obiettivo. Le visite sono state realizzate secondo quanto previsto.	attività realizzata
3.2	Anziani	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	E' stata redatta e trasmessa entro il primo semestre del 2022 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2021.	30/06/2022	Obiettivo raggiunto. Nota inviata alla DCS	attività realizzata
3.2	Anziani	TELEASSISTENZA DOMICILIARE Migliorare l'appropriatezza del servizio di teleassistenza e la presa in carico delle persone	Le aziende sanitarie implementano il piano di miglioramento predisposto nel 2021.	31/12/2022	L'attività aziendale è stata in linea con l'obiettivo	attività realizzata
3.3	Disabilità	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a	Le AAS hanno identificato, attraverso il raccordo con gli Enti Gestori dei servizi per la disabilità, le persone da valutare con Q-VAD	31/12/2022	Tutte le persone con disabilità inserite in strutture residenziali e semiresidenziali sono state valutate con Q-VAD e i file inviati in Area Welfare	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica				
3.3	Disabilità	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	<b>85% (target modificato con DGR 1682/2022)</b>  400% (target da DGR 321/2022)	Sempre con la supervisione di Area Welfare viene utilizzato il sistema informatizzato per l'inserimento dei dati	attività realizzata
3.3	Disabilità	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone in carico alle sperimentazioni valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	<b>85% (target modificato con DGR 1682/2022)</b>  400% (target da DGR 321/2022)	Tutte le persone con disabilità inserite in strutture residenziali e semiresidenziali sono state valutate con il Q-VAD utilizzando il sistema informatizzato	attività realizzata
3.3	Disabilità	VALUTAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON Q-VAD Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020, la Valutazione Multi Dimensionale a tutte le persone prese in carico, sull'apposita piattaforma informatica	% persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi) valutate con lo strumento Q-VAD, versione informatizzata, come stabilito dal DC n. 2071/SPS/2018	<b>85% (target modificato con DGR 1682/2022)</b>  400% (target da DGR 321/2022)	Non ci sono stati inserimenti e progettualità " Dopo di Noi" durante l'anno	attività realizzata
3.3	Disabilità	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le ASS hanno accolto eventuali richieste di partenariato da parte di soggetti interessati finalizzate alla costruzione condivisa di proposte progettuali;	31/12/2022	ASUGI non ha avuto richieste di partenariato per attuazione di progetti per percorsi innovativi per la disabilità ( art 20 bis L41/96) ma ipotizzato percorsi innovativi con strutture per disabilità che volevano modificare il progetto di struttura, verosimilmente si potrà attuare nel 2023	attività parzialmente realizzata
3.3	Disabilità	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere l'innovazione dei servizi attraverso la sperimentazione di percorsi innovativi	Le ASS, valutata l'opportunità di proseguire in tal senso, hanno costruito in partenariato e, laddove previsto, presentato in veste di soggetto capofila le proposte progettuali all'Amministrazione regionale.	31/12/2022	Per mancanza di partner non sono stati attuati percorsi innovativi	attività non realizzata
3.3	Disabilità	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Progetti personalizzati sperimentali attivati e co-finanziati.	31/12/2022	Sono stati attivati percorsi innovativi di domiciliarità finanziati con BDS sanitario	attività realizzata



Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
3.3	Disabilità	REALIZZAZIONE DI PERCORSI INNOVATIVI PER LA DISABILITA' (art. 20 bis LR 41/96) Promuovere e sostenere percorsi innovativi atti ad assicurare i trattamenti socio-riabilitativi sperimentali a favore di persone con disabilità utilizzando lo strumento del budget di salute (quota sanitaria).	Per i soggetti ex art. 26 che aderiscono ai progetti sperimentali le Aziende procedono, utilizzando le rispettive quote, a un graduale passaggio dal sistema di finanziamento attuale a quello previsto dai LEA.	31/12/2022	L'attività non è stata attivata	attività non realizzata
3.3	Disabilità	SICUREZZA CURE FARMACOLOGICHE Condurre e valutare attività sperimentali finalizzate a gestire in sicurezza il processo di somministrazione e di aiuto all'assunzione della terapia farmacologica per le persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con l'utilizzo di un applicativo dedicato	Ogni Azienda Sanitaria ha trasmesso alla direzione centrale il report con l'esito della sperimentazione condotta in almeno due strutture entro il 31.12.22	31/12/2022	L'attività aziendale è stata in linea con l'obiettivo	attività realizzata
3.4	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIO SANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	% minore accolti in struttura per i quali viene effettuata la valutazione multidimensionale	100%	Tutti i minori con bisogni socio-sanitari accolti in struttura ricevono la valutazione multidimensionale. 100%	attività realizzata
3.4	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIO SANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	% dei minori valutati che dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo	100%	I minori valutati che dispongono del relativo profilo di bisogno sono 100%	attività realizzata
3.4	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIO SANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	% dei minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali che dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata	100%	Il 100% dei minori inseriti nelle strutture residenziali e semi-residenziali dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata (minori in carico ad ASUGI)	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
3.4	Minori	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	N° e Tipologia dei progetti personalizzati, sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	31/12/2022	Area giuliana 12 budget di salute individuali Area isontina 10 budget di salute individuali in totale 22 BDS in ASUGI per 196 ore oer CD di cui 100 in area giuliana e 96 in area isontina	attività realizzata
3.4	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	N° dei nuclei familiari presi in carico e dell'impatto che il programma ha avuto	31/12/2022	In ASUGI 5 nuclei familiari in area giuliana nei distretti 1,2,3. Gli altri distretti non partecipano a P.I.P.P.I	attività realizzata
3.4	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Presenza dell'equipe multiprofessionale dedicata e stabile con la declinazione delle figure professionali coinvolte	31/12/2022	In ASUGI 5 equipe multidisciplinari identificate dedicate su singolo caso in area giuliana nei distretti 1,2,3. Gli altri distretti non partecipano a P.I.P.P.I	attività realizzata
3.4	Minori	PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Partecipazione alle iniziative formative annuali previste dal programma	31/12/2022	La formazione 2022 è stata dedicata solo ad assistenti sociali del SSC.	attività realizzata
3.5	Salute mentale	PROGRAMMI ABILITATIVI PER LE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE Promozione e sistematizzazione dei programmi di abilitazione e riabilitazione nelle aree dell'abitare, della formazione e inserimento lavorativo, del protagonismo e socializzazione.	Partecipazione dei referenti del Tavolo Tecnico alla stesura di un documento unico dei DSM regionali, condiviso dagli Enti del Terzo settore, e dagli stakeholders contenente gli elementi qualificanti dei programmi abilitativi attivati, quali: criteri di inclusione dei destinatari, linee di indirizzo progettuali, caratteristiche specifiche degli interventi, metodologie, attività valutativa, strumenti di integrazione/rete/networking (evidenza di coprogettazioni, strumenti integrati di intervento, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione, convenzioni, contributi, ecc.).	31/12/2022	L'obiettivo 3.5 ha coinvolto rappresentanti del Servizio Abilitazione e Residenze, della Direzione ADSM, dei CSM di Gorizia e di Monfalcone. Nel corso del 2022 si è garantita la partecipazione dei referenti individuati a tutti gli incontri convocati dalla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità (vedi elenco incontri in allegato) con l'obiettivo di mettere a punto i criteri di inclusione, gli elementi qualificanti dei programmi abilitativi attivati e le linee di indirizzo progettuali, le caratteristiche specifiche degli interventi, metodologie, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione, convenzioni e programmi di ricerca.	attività realizzata
3.5	Salute mentale	Mantenimento utilizzo dello strumento HONOS nell'attività ordinaria e miglioramento dell'attività di valutazione degli esiti e	Partecipazione dei referenti dei DSM alle attività finalizzate alla stesura di un documento unico regionale relativo alla costruzione di un disegno di ricerca per la covalutazione con i destinatari e il	31/12/2022	Partecipazione dei referenti ai lavori del Tavolo regionale convocato dalla DCS relativamente alle attività di ricerca sugli esiti e il grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute (con utilizzo dello strumento HONOS) previste dalle Linee di gestione	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute	Terzo Settore, degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute.		2022. Date convocazioni: _18/03/2022 _01/07/2022 _22/11/2022 I lavori del tavolo hanno riguardato: - sintesi e restituzione dell'attività valutativa regionale 2021 coordinata dalla DCS/SPSS (vedi materiali allegati); - condivisione ipotesi e costruzione di nuova attività valutativa regionale 2023 in relazione a: efficacia strumenti di intervento, esiti, attività di tipo partecipato, target specifici (vedi proposta DSM ASUGI allegata) - adesione al Progetto CCM (Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie Ministero della Salute) su sperimentazione e valutazione BIS che si realizzerà nel 2023 con ASUGI individuato quale ENTE ATTUATORE E GESTORE per conto della Regione FVG	
3.5	Salute mentale	Supportare le sperimentazioni e i progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi promossi dai servizi.	Realizzazione di interventi formativi e di coinvolgimento delle figure dei peer support workers e delle persone con esperienza nelle attività abilitative orientate alla recovery e consolidamento delle progettualità con la partecipazione del Terzo settore e in particolare delle Associazioni dei familiari e delle persone in contatto con i servizi. (Report 31.12)	31/12/2022	1. Realizzati n. 5 eventi formativi con il coinvolgimento dei peer support workers e delle persone con esperienza nelle attività abilitative orientate alla recovery. 2. Report realizzato	attività realizzata
3.5	Salute mentale	Garantire alle persone con bisogni complessi in carico ai DSM l'attivazione di un progetto personalizzato di tipo terapeutico riabilitativo.	Inserimento nel sistema informativo Point pSM dei progetti personalizzati entro il 31.12.22 per tutte le persone con bisogni complessi in carico ai DSM. Stima indicativa del target: 30% del totale delle persone in carico ai DSM.	30% totale persone in carico al DSM entro 31/12/2022	Sono state identificate n. 1793 persone con bisogni complessi in carico al DSM. Il 30% di 1793 è pari a n. 538 persone con bisogni complessi. Relativamente a tutte le 538 persone è stato inserito il PTRI nel sistema POINT. Fonte dato: Business Object.	attività realizzata
3.6	Dipendenze	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.1. Adozione formale di un modello comune di PTRI per la presa in carico di utenti con bisogni complessi	31/12/2022	E' stato predisposto un modello regionale comune di Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) per la presa in carico di utenti con bisogni complessi. Nel corso dell'anno il Gruppo Operativo PTRI, coordinato dalla SOC Welfare di Comunità e costituito dai referenti tecnici dei Servizi per le Dipendenze di ASUFC, ASFO e ASUGI, si è riunito per condividere e definire i contenuti da prevedere nel format regionale. Nella riunione di data 19 dicembre 2022 presso l'Area Welfare di Comunità è stato presentato ai direttori di Dipartimento il lavoro del gruppo operativo PTRI e il format definito	attività realizzata
3.6	Dipendenze	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA	1.2. Attivazione budget di salute ad esaurimento delle risorse dedicate	31/12/2022	Le risorse sovraziendali 2022 disponibili sono state pari ad € 48.000,00. Sono stati attivati n. 25 budget per un costo complessivo pari ad € 57.560,60 (il maggior	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica			impegno di spesa è stato imputato alla voce BDS del bilancio del DDD anno 2022)	
3.6	Dipendenze	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 1. Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica	1.3 % delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti a cui è stato eseguito il test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio	70% persone testabili	Nel corso del 2022 i soggetti testabili risultavano n. 1.084, hanno eseguito il testing secondo protocollo PIT n. 799, pari al 73,71%	attività realizzata
3.6	Dipendenze	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti, incremento delle competenze degli operatori	2.1 Relazione sui dati degli inserimenti in struttura intra ed extra regionale, con motivazione espressa per gli invii fuori regione e con evidenza degli esiti dell'attività di collaborazione con le Comunità terapeutiche regionali in termini di miglioramento del tasso di occupazione dei posti disponibili rispetto all'esercizio precedente	31/12/2022	Predisposta la relazione sui dati relativi agli inserimenti in strutture residenziali e le attività di collaborazione con le CT regionali. implementato il sistema di monitoraggio per la gestione dell'attività specifica, di cui si allega report da database dedicato	attività realizzata
3.6	Dipendenze	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 2. Qualificazione dell'offerta regionale dei servizi e integrazione fra le diverse componenti, incremento delle competenze degli operatori	2.2 n° eventi di formazione congiunta e intersettoriale in tema di nuove dipendenze tecnologiche, con particolare riguardo al target giovanile	almeno 1 evento formativo	E' stato organizzato un evento formativo in collaborazione con tutte le aziende sanitarie regionali. L'evento "Adolescenti e nuove dipendenze: sfide emergenti e possibili interventi" è stato organizzato in n. 3 edizioni e per ASUGI il corso si è tenuto il 28.09.2022	attività realizzata
3.6	Dipendenze	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 3. Passaggio al nuovo sistema informativo GEDI	3.1. Predisposizione Hardware secondo il cronoprogramma condiviso.	31/12/2022	Tutti i PC dipartimentali sono stati sostituiti ed i dati sono stati trasferiti e resi disponibili nel server aziendale condiviso e protetto.	attività realizzata
3.6	Dipendenze	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA 3. Passaggio al nuovo sistema informativo GEDI	3.2 % degli operatori formati all'utilizzo del gestionale	>= 40% operatori	Tutto il personale è stato formato e sono state consegnate credenziali di accesso a n. 156 operatori, che hanno utilizzato in continuità il nuovo gestionale dal 10/05/2022 con l'inserimento di n. 244.387 prestazioni	attività realizzata
3.7	Integrazione con la programmazione sociale	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 1. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la	1. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire le modalità di presa in carico integrata. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi	<b>30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)</b>	Il Tavolo di coordinamento interistituzionale è stato costituito tra ASUGI e Ambiti Territoriali di riferimento in data 03.05.2022. Con nota prot. n. 52048 dd. 17.05.2022 è stato richiesto ad ogni Ambito di identificare dei nominativi per la costituzione del tavolo finalizzato a definire le modalità di presa in carico	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		condivisione della presa in carico integrata	sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	<del>30/06/2022 (target da DGR 321/2022)</del>	integrata. Sono stati forniti i nominativi dagli Ambiti Triestino e Carso Giuliano, non sono pervenuti, causa elezioni amministrative e relativa riorganizzazione, quelli degli ambiti Collio-Alto Isonzo e Carso-Isonzo-Adriatico. Stante questa situazione, non dovuta alla volontà di Asugi, si ritiene raggiunto al 100% per quanto attiene la responsabilità di Asugi.	
3.7	Integrazione con la programmazione sociale	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 1. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione della presa in carico integrata	1. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.	entro 31/12/2022	In linea per quanto concerne la costituzione dei tavoli gli ambiti con gli ambiti di area giuliana e Isontina per la condivisione dei protocolli. Incontro con l'Ambito basso isontino tenutosi il 30 Novembre 2022; incontro con l'ambito alto isontino tenutosi il 1° dicembre 2022.	attività realizzata
3.7	Integrazione con la programmazione sociale	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione del modello di PUA	2. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire il modello di presa in carico del PUA. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	<b>30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)</b> <del>30/06/2022 (target da DGR 321/2022)</del>	Il Tavolo di coordinamento interistituzionale è stato costituito tra ASUGI e Ambiti Territoriali di riferimento in data 03.05.2022. Con nota prot. n. 52048 dd. 17.05.2022 è stato richiesto ad ogni Ambito di identificare dei nominativi per la costituzione del tavolo finalizzato a definire il modello di presa in carico del PUA. Sono stati forniti i nominativi dagli Ambiti Triestino e Carso Giuliano, non sono pervenuti, causa elezioni amministrative e relativa riorganizzazione, quelli degli ambiti Collio-Alto Isonzo e Carso-Isonzo-Adriatico. Stante questa situazione, non dovuta alla volontà di Asugi, si ritiene raggiunto al 100% per quanto attiene la responsabilità di Asugi.	attività realizzata
3.7	Integrazione con la programmazione sociale	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione del modello di PUA	2. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo.	entro 31/12/2022	In linea per quanto concerne la costituzione dei tavoli gli ambiti con gli ambiti di area giuliana e Isontina per la condivisione dei protocolli. Incontro con l'Ambito basso isontino tenutosi il 30 Novembre 2022; incontro con l'ambito alto isontino tenutosi il 1° dicembre 2022.	attività realizzata
3.7	Integrazione con la programmazione sociale	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 3. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione di protocolli relativi alle dimissioni protette	3. Presso ogni azienda sanitaria (ASFO, ASU FC, ASU GI) è costituito un tavolo di lavoro con i SSC di riferimento finalizzato a definire un modello organizzativo per le dimissioni protette. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 30 giugno 2022 un documento di sintesi degli esiti dei lavori del tavolo	<b>30/11/2022 (target modificato con DGR 1682/2022)</b> <del>30/06/2022 (target da DGR 321/2022)</del>	Il Tavolo di coordinamento interistituzionale è stato costituito tra ASUGI e Ambiti Territoriali di riferimento in data 03.05.2022. Con nota prot. n. 52048 dd. 17.05.2022 è stato richiesto ad ogni Ambito di identificare dei nominativi per la costituzione del tavolo finalizzato a definire il modello organizzativo per le dimissioni protette. Sono stati forniti i nominativi dagli Ambiti Triestino e Carso Giuliano, non sono pervenuti, causa elezioni amministrative e relativa riorganizzazione, quelli degli ambiti Collio-Alto Isonzo e Carso-Isonzo-Adriatico. Stante questa situazione, non	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
					dovuta alla volontà di Asugi, si ritiene raggiunto al 100% per quanto attiene la responsabilità di Asugi.	
3.7	Integrazione con la programmazione sociale	INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 3. Tutte le Aziende si confrontano con i Servizi sociali dei Comuni di riferimento territoriale per la condivisione di protocolli relativi alle dimissioni protette	3. Per ogni Azienda il Direttore dei servizi socio-sanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo	entro 31/12/2022	In linea per quanto concerne la costituzione dei tavoli gli ambiti con gli ambiti di area giuliana e Isontina per la condivisione dei protocolli. Incontro con l'Ambito basso isontino tenutosi il 30 Novembre 2022; incontro con l'ambito alto isontino tenutosi il 1° dicembre 2022.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Accompagnare all'utilizzo attraverso percorsi formativi gli operatori che si occupano di VMD con strumento Val.Graf-FVG	n° corsi di formazione realizzati.	>= 1 corso formazione	Nel corso dell'anno si sono realizzati n. 4 corsi VALGRAF. Documentazione agli atti della SC Area Welfare.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Accompagnare e monitorare l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento nelle strutture residenziali per anziani	Documento con proposta nuove regole di finanziamento	31/12/2022	È stata predisposta una prima bozza di regolamento del nuovo sistema di finanziamento, nonché le prime simulazioni d'impatto delle nuove regole ipotizzate. Documentazione agli atti della SC Area Welfare.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Accompagnare e monitorare l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento nelle strutture residenziali per anziani	Proposta piano di accompagnamento all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e relativo monitoraggio	31/12/2022	È stata predisposta una proposta di piano di accompagnamento all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e relativo monitoraggio. Documentazione agli atti della SC Area Welfare.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Realizzazione accompagnamento, monitoraggio e valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.	Proposta di documento relativo al piano per l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.	31/12/2022	È stata predisposta una proposta di piano per l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione delle sperimentazioni di domiciliarità comunitaria. Oltre al piano di accompagnamento è stata elaborata una bozza di accordo di programma tra AAS e Azienda sanitaria per la realizzazione delle sperimentazioni e una bozza di avviso di co-programmazione. Documentazione agli atti della SC Area Welfare.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Predisporre bozze incrementalmente di proposta della Legge di riforma della disabilità (LR 41/96) e supporto il percorso di condivisione.	Bozze di proposta di riforma della LR 41/96, bozze di piano di condivisione e materiali a supporto della stessa.	31/12/2022	La riforma della LR 41/96 è stata approvata con la LR n.16 dd 14.11.22. Sono disponibili agli atti della SC Area Welfare l'elenco degli incontri svolti con i soggetti istituzionali coinvolti (EG, Aziende Sanitarie, Ambiti, Consulta, ecc.), i file di presentazione della proposta di legge di riforma ed il testo finale approvato con la LR 16/22.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Realizzazione accompagnamento, monitoraggio e valutazione nell'ambito delle sperimentazioni di cui all'art.20 bis della LR 41/96.	Proposta di documento relativo al piano per l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione nell'ambito della sperimentazione della domiciliarità comunitaria.	31/12/2022	Nel corso del 2022 è stato predisposto il documento contenente l'analisi delle proposte progettuali ai fini della valutazione da parte della relativa Commissione	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Rilasciare e gestire il portale della disabilità	Portale rilasciato e mantenuto	31/12/2022	il portale regionale disabilità ( <a href="https://disabilita.regione.fvg.it/it/">https://disabilita.regione.fvg.it/it/</a> ) è stato presentato a TS il 1/4/22, alla presenza del Ministero per le disabilità, del Presidente della Regione e dell'Assessore alla salute. Successivamente è stato mantenuto e progressivamente implementato. Agli atti della SC Welfare i report mensili degli accessi da aprile (avvio) a dicembre 2022.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Sperimentare i profili Q-VAD	Profili Q-VAD sperimentati	31/12/2022	Profili Q-VAD sperimentati in ASUFC: per il 2023 si prevede l'estensione della sperimentazione in ASFO al fine di ottenere il numero di casi necessario per provvedere alla validazione degli stessi	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Accompagnare il rilascio dello strumento Q-VAD in versione informatizzata	Manuale di utilizzo e realizzazione di almeno un corso di formazione	31/12/2022	E' stato redatto il manuale per l'utilizzo della Q-VAD ed è stato reso disponibile sul portale regionale della disabilità; è stato realizzato 1 corso per esperti Q-VAD in data 17 febbraio 2022 e ha coinvolto 3 operatori per ogni azienda sanitaria per un totale di 9 persone	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Monitorare il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, nonché le condizioni di vita delle persone che ne fruiscono	Report annuale contenente i dati di flusso del sistema dell'offerta e i dati relativi alle condizioni di vita delle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali, e semiresidenziali.	31/12/2022	E' stato predisposto il Report annuale contenente i dati di flusso del sistema dell'offerta e i dati relativi alle condizioni di vita delle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali, e semiresidenziali (agli atti della SC Area Welfare).	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Offrire gli elementi tecnici per l'implementazione e la simulazione d'impatto del nuovo Fondo Unico (FAP, SLA, Gravissimi)	Documenti contenenti gli elementi tecnici di supporto all'implementazione e simulazioni d'impatto.	31/12/2022	E' stato predisposto il Report annuale contenente i dati di flusso del sistema dell'offerta e i dati relativi alle condizioni di vita delle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali (agli atti della SC Area Welfare).	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Definire un modello condiviso a livello regionale di progetto personalizzato per la presa in carico delle persone con dipendenze patologiche	Modello di progetto personalizzato condiviso a livello regionale.	31/12/2022	Sono stati prodotti i documenti richiesti dalla DCS contenenti gli elementi tecnici di supporto all'implementazione e simulazioni d'impatto	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Dotare di un nuovo sistema informativo i servizi per le dipendenze patologiche	Piano di rilascio e adeguamento.	31/12/2022	Di concerto con i servizi per le Dipendenze patologiche della regione, con Insiel, Ciditech e DCS, è stato definito il piano di rilascio del nuovo Sistema Gestionale delle Dipendenze GeDi (agli atti le slide di "Presentazione piano di rilascio GeDi" del 7 aprile 2022). Successivamente è stata avviata la formazione specifica sull'utilizzo e l'attivazione dell'accompagnamento (help desk) a partire dai giorni successivi al rilascio (vedi punto successivo). Il rilascio su tutti i servizi della regione si è concluso all'inizio di ottobre.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Dotare di un nuovo sistema informativo i servizi per le dipendenze patologiche	n° corsi di formazione.	>= 1 corso formazione	Coerentemente con il piano di rilascio del nuovo Sistema Gestionale delle Dipendenze GeDi, si è realizzata in data 28 aprile la formazione da remoto in plenaria che coinvolgeva tutti gli operatori dei servizi per le dipendenze patologiche della regione e che aveva la finalità di fornire una prima panoramica del sistema informativo di prossimo rilascio e delle sue funzionalità. A questo primo appuntamento formativo sono seguiti 3 percorsi distinti, uno per ogni singola Azienda, comprendenti: - una formazione specifica on-line sulle funzionalità più rilevanti per garantire le consuete attività dei servizi in fase di rilascio e rispondere ad eventuali domande specifiche emergenti (ASUGI 2 maggio; ASFO 16 giugno; ASUFC 14 settembre) - una formazione/supporto on-job nei primi giorni del rilascio, nelle diverse sedi dei servizi (ASUGI 4 e 10 maggio, ASFO 28 e 29 giugno; ASUFC 27 e 28 settembre ex Medio Friuli, 29 e 30 settembre ex Alto Friuli, 5 e 6 ottobre ex Bassa Friulana; - l'attivazione dell'accompagnamento (help desk) a partire dai giorni successivi al rilascio. Il rilascio su tutti i servizi della regione si è concluso pertanto all'inizio di ottobre. Nei mesi di novembre e dicembre si sono realizzate, inoltre, le attività preliminari alla realizzazione della formazione degli esperti territoriali.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Monitorare il flusso dei minori fuori famiglia (accolti in comunità e in affidamento familiare) in carico ai SSC e delle AS della regione e di quelli accolti nelle comunità per minori della regione FVG	Report questionari ISTAT presidi per minori della regione FVG (anno 2021)	31/12/2022	I monitoraggio dei minori accolti in strutture residenziali e dei minori in affidamento familiare è stato svolto attraverso l'analisi dei dati registrati nell'applicativo della Cartella Sociale Informatizzata e attraverso l'elaborazione dei questionari della rilevazione ISTAT. Tali dati sono stati utilizzati per la predisposizione del Rapporto Sociale Regionale 2021.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Monitorare il flusso dei minori fuori famiglia (accolti in comunità e in affidamento familiare) in carico ai SSC e delle AS della regione e di quelli accolti nelle comunità per minori della regione FVG	Report dati relativi ai minori in carico ai SSC e AS con intervento di affidamento familiare e di accoglienza in comunità (fonte Cartella sociale informatizzata 2021)	31/12/2022	E' stato elaborato il Report dati su minori con interventi di affidamento familiare e accoglienza in comunità rilevati dalla Cartella Sociale informatizzata 2021, agli atti della SC Welfare.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Monitoraggio delle sperimentazioni di Abitare inclusivo e domiciliarità innovativa avviate in regione FVG	Disegno di valutazione e strumenti di monitoraggio	31/12/2022	E' stato elaborato il report con la sintesi del monitoraggio delle sperimentazioni; sviluppati questionari specifici sugli aspetti gestionali e architettonici per la sostenibilità dell'abitare inclusivo; effettuate interviste ai soggetti gestori, ai Distretti	attività realizzata



Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
					sanitari, ai servizi sociali dei territori coinvolti, ad alcuni abitanti e ai loro familiari e curato le trascrizioni per argomentare e sostenere il disegno di valutazione.	
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Monitoraggio delle sperimentazioni di Abitare inclusivo e domiciliarità innovativa avviate in regione FVG	Report di monitoraggio delle sperimentazioni in corso	31/12/2022	Sono stati effettuati i sopralluoghi e la stesura delle relazioni riferite ad ogni singola sperimentazione, a supporto della Direzione Centrale Salute.	attività realizzata
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Erogare il finanziamento definito con commi 33,34,35,36 articolo 9 Legge regionale 30 dicembre 2020 n. 26, per sostenere il sistema di mobilità e accessibilità a favore delle persone con limitata autosufficienza o anziane, ricoverate presso i servizi residenziali per anziani non autosufficienti resi dai Comuni, dalle Aziende sanitarie, dalle Aziende pubbliche di servizi alla persona e dai soggetti di cui all'articolo 14, commi 2 e 3, della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, a esclusione dei soggetti privati aventi scopo di lucro, aventi sede nel territorio regionale.	Contributi previsti dall'art.9 LR 26/2020 erogati.	31/12/2022	Il Bando per la presentazione delle domande è stato inizialmente approvato con decreto ASUGI n. 200 dd. 3.03.2022 ma è andato deserto. Pertanto, in accordo con la Regione, come definito nel decreto n. 3248/SPS dd. 29.11.2021 con il quale l'Amministrazione regionale ha provveduto al trasferimento dei fondi ad ASUGI, si è provveduto alla riapertura dei termini della procedura per l'impiego delle quote non utilizzate (decreto ASUGI n. 795 dd. 8.09.2022) dando la possibilità, ai soggetti interessati, di presentare nuova istanza di contributo entro il 12 ottobre 2022; tuttavia, anche in questo caso, non sono pervenute domande. Con nota pec n.103365 dd. 28.10.23 è stata inviata all'Amministrazione regionale la relazione sull'attività svolta e la dichiarazione sull'utilizzo dei fondi.	attività realizzata
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Progettazione integrata tra SSC e Consultori per la realizzazione di interventi e attività di supporto psicosociale e socioeducativo, rivolti a minori e famiglie fragili	Evidenza della programmazione integrata sociosanitaria territoriale tra i servizi sanitari e socioassistenziali per la presa in carico delle famiglie vulnerabili.	31/12/2022	Sono state costituite le cabine di regia tra i Consultori Familiari aziendali e i relativi Ambiti Sociali ed è stato elaborato un Piano condiviso sugli interventi multidisciplinari da attuare in ottica di presa in carico delle famiglie fragili.	attività realizzata
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria	SVILUPPO DELLA PRESA IN CARICO INTEGRATA DELLE FAMIGLIE VULNERABILI Rinforzo e sviluppo dei servizi sociosanitari attraverso il potenziamento di interventi professionali socio-psicopedagogici aventi lo scopo di offrire risposte multiprofessionali	N° e Tipologia degli interventi professionali di tipo socio-psicopedagogico realizzati per singola azienda al 31.12.2022	31/12/2022	Durante l'anno 2022 sono stati progettati interventi di potenziamento delle attività multiprofessionale per le famiglie vulnerabili divise per fasce d'età, nell'ambito del lavoro integrato con i SSC e della gestione del Fondo Politiche della Famiglia per i quali è stata recentemente richiesta ed approvata una proroga dalla Regione FVG. Sarà dato avvio all'attività professionale nel corso del 2024 a seguito dell'acquisizione del personale ad hoc attraverso l'utilizzo dei suddetti fondi.	attività realizzata
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria	ADOZIONE Definizione di una ricerca sulle buone	Predisposizione del disegno di ricerca	31/12/2022	La predisposizione del progetto di ricerca è a cura del Tavolo di coordinamento regionale per l'adozione	richiesta stralcio

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		prassi nell'accompagnamento alla post adozione e al supporto che ricevono le famiglie nel tempo fino al compimento della maggiore età dei figli			nazionale e internazionale. Nel corso del 2022 il Tavolo Regionale non è stato mai convocato.	
3.9	Consultori familiari - attività socio-sanitaria	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento dei servizi per gli autori di violenza già esistenti sul territorio del FVG al fine di aumentare la capacità di risposta alle richieste di intervento sugli uomini maltrattanti	N° incontri di coordinamento con le diverse associazioni che si occupano del tema degli uomini che agiscono violenza	31/12/2022	A seguito di una serie articolata d'incontri a carattere psicosociale, in ottica multidisciplinare ed in collaborazione con l'associazionismo ed in particolare con L'Istrice è stato elaborato un documento programmatico che prevede nel 2023 una fase formativa rivolta al personale socio-sanitario ed una seconda fase legata alla condivisione di modalità di lavoro congiunte finalizzate all'attivazione di un centro dedicato.	attività realizzata
3.9	Consultori familiari - attività socio-sanitaria	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Potenziamento dei servizi per gli autori di violenza già esistenti sul territorio del FVG al fine di aumentare la capacità di risposta alle richieste di intervento sugli uomini maltrattanti	Condivisione stesura scheda di raccolta dati monitoraggio continuo sugli uomini presi in carico.	31/12/2022	Nel 2022 è stato possibile attuare gli interventi propedeutici alle attività relative a questo obiettivo.	richiesta stralcio
3.9	Consultori familiari - attività socio-sanitaria	INTERVENTI PER LA TUTELA DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA E PER IL CONTRASTO E LA PREVENZIONE DI ATTI VIOLENTI E DISCRIMINATORI Formazione del personale sulla violenza di genere, sull'esistenza di stereotipi e pregiudizi legati al genere, sugli strumenti di valutazione del rischio	N° eventi formativi realizzati	31/12/2022	Nel 2022 è stato possibile attuare gli interventi propedeutici alle attività relative a questo obiettivo.	richiesta stralcio
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	FORMAZIONE OPERATORI SOCIO-SANITARI (OSS) A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza DUE corsi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario da 1000 ore secondo la vigente normativa.	<b>Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022</b> n° corsi realizzati entro il 31.7.2023. <del>n° corsi realizzati entro il 31.12.2022 (risultato atteso da DGR 321/2022)</del>	2 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)	In linea con i tempi stabiliti. Il percorso formativo OSS 1000 ore ha completato i tirocini e si completerà entro l'anno in corso	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	FORMAZIONE OPERATORI SOCIOSANITARI (OSS) A seguito dell'approvazione del progetto da parte della Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione e famiglia ogni Azienda (ASFO, ASU FC, ASU GI) realizza UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria	<b>Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022</b> n° corsi realizzati entro il 31.7.2023.  <del>n° corsi realizzati entro il 31.12.2022 (risultato atteso da DGR 321/2022)</del>	1 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)	Il corso di formazione complementare OSS è in linea con i tempi stabiliti. Sono state attuate le selezioni per i candidati e stabilito il calendario delle lezioni.	attività realizzata
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Promozione di rapporti di collaborazione tra Enti del SSR con ETS, Fondazioni e ASP nell'ambito delle attività sanitarie e sociosanitarie ritenute strategiche	Evidenza degli atti di collaborazione formalizzati al 31.12.2022 a seguito di iniziativa propria o richiesti da ETS, Fondazioni e ASP	31/12/2022	Gli atti di collaborazioni sono stati formalizzati e sono pubblicati sull'Albo Pretorio. Il numero complessivo è in linea con l'attività dei precedenti esercizi. L'Azienda nell'annualità oggetto di rilevazione ha deliberato e pertanto è addivenuta alla formalizzazione di almeno 29 collaborazioni con con ETS, Fondazioni e ASP come risultante dai relativi provvedimenti deliberativi debitamente pubblicati ex lege nell'albo pretorio telematico aziendale.	attività realizzata
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Valutazione di coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria e sociosanitaria aziendale delle progettualità e iniziative proposte dagli ETS per concorrere alle risorse messe a disposizione dalla Regione FVG	Le aziende per il tramite delle proprie articolazioni effettuano tutte le valutazioni formali che vengono loro sottoposte dagli ETS nel rispetto dei tempi procedurali	31/12/2022	Tutte le iniziative proposte dagli Enti del Terzo settore vengono valutate nei tempi previsti e coerentemente con gli obiettivi di programmazione sanitaria e sociosanitaria	attività realizzata
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile	RAPPORTI CON ENTI DEL TERZO SETTORE, LE FONDAZIONI, LE ASP Adozione di un regolamento aziendale che disciplina i rapporti con gli ETS	Adozione del documento entro il 31.12.2022	entro 31/12/2022	ASUGI ha adottato il regolamento aziendale già nel 2021. Non è prevista una sua rimodulazione nel presente esercizio. L'obiettivo è da intendersi già raggiunto.	attività realizzata
4.1.1	Indicatori di attività ospedaliera	Urgenze ortopediche	% Fratture operate entro le 48h  (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	>= 70%	Il dato 2022 per ASUGI è 64,2% con miglioramento rispetto al 2021 (Gennaio - Dicembre 2021 60,14%) e in tendenza migliorativa nel corso dell'anno verso il superamento del target. In particolare negli ultimi mesi del 2022 in area isontina è stato superato l'80% del target considerato. In area giuliana si procede verso la performance precovid (>70%)	attività parzialmente realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	<b>Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022</b> - C16.3.NA: percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti - C16.2.NA: percentuale di accessi in Pronto Soccorso co codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti  % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	<b>SPOKE</b> <b>C16.3.NA: &gt;= 75%</b> <b>C16.2.NA: &gt;= 80%</b> <b>(2° semestre)</b>  <b>(target modificato con DGR 1682/2022)</b>  >=80% spoke (target da DGR 321/2022)	Dato non ancora disponibile. ASUGI non rispetta il target	attività non realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	<b>Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022</b> - C16.3.NA: percentuale di accessi in Pronto soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti - C16.2.NA: percentuale di accessi in Pronto Soccorso co codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti  % dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)	<b>HUB</b> <b>C16.3.NA: &gt;= 65%</b> <b>C16.2.NA: &gt;= 70%</b> <b>(2° semestre)</b>  <b>(target modificato con DGR 1682/2022)</b>  >=65% hub (target da DGR 321/2022)	Il tempo medio nel secondo semestre per codice verde (priorità 4) è di 118,09, per codice azzurro (priorità 3) è 152,92 Dato non ancora disponibile	attività non realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	<b>Risultato atteso modificato con DGR 1682/2022</b> - C16.4.1.N: Percentuale di dimessi (non inviati al ricovero) con permanenza in PS <= 8 ore  % di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke)	<b>SPOKE</b> <b>&gt;= 92%</b> <b>(2° semestre)</b>  <b>(target modificato con DGR 1682/2022)</b>  >=85% spoke	Dato non ancora disponibile. ASUGI non rispetta il target	attività non realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
			<del>(media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)</del>	(target DGR 321/2022)		
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	<del>% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke)</del> <del>(media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio) (Risultato atteso da DGR 321/2022)</del>	<b>HUB</b> <b>&gt;= 88%</b> <b>(2° semestre)</b>  <b>(target modificato con DGR 1682/2022)</b>  <b>&gt;= 75% hub</b> <del>(target DGR 321/2022)</del>	Dato non ancora disponibile. ASUGI non rispetta il target	attività non realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza.	31/12/2022	I PS garantiscono la presa in carico e la gestione della donna vittima di violenza. E' stato prodotto un protocollo aziendale	attività realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne FVG inserire 2019)	Assicurare la partecipazione alla formazione degli operatori di PS (come da indicazioni ministeriali). Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard	>= 50%	La partecipazione è garantita.	attività realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	% di presenza e completezza dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	> 95%	La modalità di raccolta dei dati prevede la compilazione di scheda cartacea all'arrivo del paziente e durante la procedura; l'inserimento degli orari nel data-set PACS avviene al momento della refertazione dell'esame sul software gestionale di sala emodinamica (Estensa); la percentuale attuale di compilazione è del 96%	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	% di pazienti con STEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 1 mese dalla dimissione. Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	>= 80% (fonte PDTA) oppure aumento del 10% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.	La % di pazienti con STEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 1 mese dalla dimissione supera il target prefissato	attività realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	% di pazienti con STEMI e PTCA primaria che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti. Il calcolo dell'indicatore avviene per erogatore. (fonte: flusso emodinamica)	>= 75%	Il calcolo del tempo di esecuzione della PCI primaria in corso di STEMI è dato dall'intervallo temporale tra l'esecuzione dell'ECG diagnostico ed il passaggio del filo guida oltre la lesione coronarica responsabile di infarto; tale intervallo temporale è risultato inferiore o uguale a 90 minuti nel 74% dei casi.	attività realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	% di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	>= 60%	La % di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione supera l'80%	attività realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Follow up post STEMI o NSTEMI a 3 mesi	% di pazienti con STEMI o NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 3 mesi dalla dimissione (fonte PDTA). Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	> 50%	La % di pazienti con STEMI o NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 3 mesi dalla dimissione (fonte PDTA) supera il 50%	attività realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Follow up post STEMI o NSTEMI a 1anno	% di pazienti con STEMI o NSTEMI ed esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione (fonte PDTA). Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	> 75%	La % di pazienti con STEMI o NSTEMI ed esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione (fonte PDTA) supera il 75%	attività realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - NSTEMI Utilizzo in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di	% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia che hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	100%	Tutti i casi di NSTEMI provenienti dal territorio isontino vengono segnalati mediante agenda CUP dedicata (presa in carico in Emodinamica)	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.				
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	% di pazienti con diagnosi di STEMI che hanno evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione	>= 60%	La % di pazienti con diagnosi di STEMI che hanno evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione supera il 70%	attività realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - SINDROME AORTICA ACUTA Utilizzo dei sistemi di telemedicina (teleradiologia, teleconsulto radiologico, teleconsulto cardiocirurgico) nei pazienti con Sindrome Aortica Acuta trasferiti dai centri Spoke ai Centri Hub	% di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina (2 semestre 2022).	>= 75% (2° semestre)	La % di pazienti con SAA trasferiti dai centri Spoke ai centri hub per i quali è stato utilizzato il sistema di telemedicina (2 semestre 2022) supera il target del 75%	attività realizzata
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	RENE Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare:  Indicatore: % pazienti in emodialisi presso i centri dialisi sul totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale)  (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	<= 52%	L'attività aziendale ha raggiunto l'obiettivo al 100% al 31/12/2022 In particolare nell'Area Giuliana il numero totale dei pazienti in trattamento erano 306 di cui emodializzati 140, trapiantati 140, peritoneali 26. Pertanto la percentuale dei pazienti in emodialisi nel nostro centro Giuliano è del 45,7% ( nettamente inferiore al 52% richiesto). In Area Isontina il numero totale di pazienti è 171. di cui emodializzati 71, trapiantati 82, peritoneali 18. Percentuale di emodializzati 41%.	attività realizzata
4.4	Percorso nascita	Comitato percorso nascita	Le Aziende per il tramite dei loro rappresentanti collaborano alle attività del Comitato e partecipano attivamente ai lavori dei sottogruppi. Indicatore: % di presenza dei referenti aziendali alle riunioni	>80%	La partecipazione ai lavori del comitato percorso nascita è stata garantita. (Riunione: 30/06,6/07,28/09,22/12)	attività realizzata
4.5	Pediatria	Tutte le aziende Farmaci galenici pediatrici	Entro il 30/6/2022 le aziende regionali condividono il modello per la centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	entro 30/06/2022	Obiettivo raggiunto. Il documento è stato elaborato e condiviso con il Burlo e viene regolarmente applicato.	attività realizzata
4.6	Sangue ed emocomponenti	Mantenimento autosufficienza emocomponenti labili e contributo a quella nazionale	Raccolta sangue: Il DIMT contribuirà alla raccolta di sangue con valori pari alla media tra quelli 2019-2020	31/12/2022	L'attività aziendale è risultata in linea per quanto riguarda gli emocomponenti labili, la autosufficienza regionale e dipartimentale è garantita, le donazioni di sangue intero a livello dipartimentale sono aumentate rispetto al 2021 del 0,9% a fronte di un calo del consumo di unità di globuli rossi a livello	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
					dipartimentale del 7,3%. Il FVG anche al contributo dei donatori del DIMT di ASUGI ha permesso di garantire anche nel 2022 il supporto alle regioni carenti.	
4.6	Sangue ed emocomponenti	Emoderivati da piano sangue	Tutte le aziende: % di contribuzione alla raccolta plasma	20% (DIMT ASUGI) 25%(DIMT ASFO) 45% (DIMT ASFC) 10% (CURPE) sul totale di 27.500kg come previsti dal documento di programmazione	La regione FVG con il conferimento di 28.581 kg di plasma ha superato l'obiettivo preciso dal documento di programmazione, confermandosi con 23.8 kg per 1000 abitanti la regione più virtuosa assieme alle Marche. Per quanto riguarda le donazioni di Plasma e Plasma Piastrine il DIMT ASUGI ha raccolto 4214 unità che rappresentano il 19% del totale regionale.	attività realizzata
4.6	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Monitoraggio appropriatezza Il DIMT continuerà anche nel 2022, a promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali, con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive. Report trimestrali riportanti i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali.	4 report trimestrali	I Report sono stati resi disponibili a sistema. Il dato globale della inapproprietezza delle richieste trasfusionali è dello 0.3% nell'area Giulianina e di 0.4% nell'area isontina. Per questi livelli estremamente bassi non si è ravvisata la necessità di azioni correttive oltre alle raccomandazioni in sede di COBUS	attività realizzata
4.6	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	31/12/2022	Non vi sono state criticità particolari in strutture specifiche per quanto riguarda l'appropriatezza. In collaborazione con l'Unità di Rischio Clinico sono state attivate delle Audit per le UUOO nelle quali sono stati rilevati errori, incidenti o near miss.	attività realizzata
4.6	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	% reparti in cui è utilizzata la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	>= 90%	In area giuliana l'attività è da anni implementata ed è stato raggiunto durante tutto l'anno l'obiettivo di avere > 90% delle richieste informatizzate In area isontina l'attività è stata sviluppata nel corso del 2022 e a dicembre è stata superato il 90% delle richieste. Le criticità riguardano la configurazione di alcune stampati di etichette specialmente nell'Isontino.	attività parzialmente realizzata
4.6	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2022	Studio di fattibilità già stato presentato nel 2020-2021. L'obiettivo è da intendersi già raggiunto	attività realizzata
4.6	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.	31/12/2022	In attesa di attivazione di gruppo regionale	attività non realizzata
4.6	Sangue ed emocomponenti	Rimodulazione modelli raccolta sangue	Tutte le aziende: n° sperimentazione di nuove modalità organizzative di raccolta condivise con le Associazioni	1 sperimentazione per DIMT	Criticità Realizzato nel mese di agosto un primo incontro del CRS con DCS per la ridistribuzione delle attività tra sedi fisse e sedi mobili. Tavolo di lavoro aperto.	attività parzialmente realizzata



Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
4.6	Sangue ed emocomponenti	Costituzione di una rete trasfusionale unica regionale	Tutte le aziende: L'azienda collabora alla definizione del progetto vi partecipa attivamente per quanto di competenza.	31/12/2022	In attesa delle indicazioni regionali	richiesta stralcio
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento della Rete Cure Sicure FVG	Invio dei nominativi dei RM e dei RAP identificati dall'Azienda entro il 31 gennaio.	31/01/2022	Obiettivo raggiunto. I nominativi sono stati inviati alla Direzione Centrale Salute in data 24.02.2022 (prot. N. 0020884-P)	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Inserimento e compilazione della scheda A e B secondo le tempistiche richieste dal SIMES.	31/12/2022	Gli eventi sentinella sonostati inseriti nei tempi previsti	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)	Avvio di azioni di sensibilizzazione e formazione alla segnalazione degli eventi sentinella.	31/12/2022	Il personale è stato sensibilizzato alla segnalazione mediante: aggiornamento e diffusione della procedura di segnalazione, formazione dei link professional	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali, misurazione e verifica della loro adozione	Partecipazione alla survey AGENAS secondo le tempistiche indicate a livello regionale.	31/12/2022	ASUGI ha partecipato alla Survey AGENAS	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Effettuazione del monitoraggio degli indicatori	Invio degli indicatori concordati su base semestrale/annuale secondo indicazioni regionali.	31/12/2022	ASUGI ha inviato gli indicatori sulla sicurezza delle cure rispettando le scadenze previste	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Identificazione di almeno una buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)	n° buone pratiche inserite nel database online di Agenas secondo i tempi indicati dalla call Agenas.	almeno 1 per azienda	La buona pratica (intitolata "Riconciliazione farmacologica in fase di dimissione; il ruolo del farmacista ospedaliero") è stata inserita nel sito AGENAS	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Garanzia di trasparenza come indicato dalla Legge 24/2017	Pubblicazione sul sito web aziendale entro il 31 marzo dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio e della relazione predisposta seguendo le indicazioni regionali.	entro 31/03/2022	I dati sono stati pubblicati sul sito web nei tempi previsti.	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Miglioramento dei programmi di gestione del rischio clinico	n° di standard non complianti alla valutazione CARMINA 2021 migliorato	>=1	ASUGI ha realizzato il miglioramento di uno standard del Carmina	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza	31/12/2022	Gli obiettivi di lotta alle resistenze antimicrobiche indicati nel piano regionale della resistenza sono stati raggiunti	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Studio di prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture territoriali (RSA e coinvolgimento case di riposo) attraverso il protocollo ECDC HALT3.	31/12/2022	ASUGI ha partecipato allo studio ECDC HALT-3	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione dei documenti sulla gestione terapeutica delle infezioni secondo le priorità identificate a livello regionale.	31/12/2022	Obiettivo stralciato dal livello regionale	richiesta stralcio
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella.	31/12/2022	ASUGI ha revisionato il documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze.	31/12/2022	I report sul consumo di antibiotici e sulla prevalenza delle resistenze sono stati diffusi (pubblicazione su intranet, presentazione a corsi di formazione)	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Diffusione dei risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti).	31/12/2022	I risultati 2020 della PPS (prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza negli ospedali per acuti) sono stati diffusi (pubblicazione su intranet, presentazione a corsi di formazione)	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Implementazione della sorveglianza di incidenza delle infezioni del sito chirurgico	31/12/2022	La sorveglianza è stata effettuata	attività realizzata
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Uso sicuro dei farmaci	Avvio di un programma per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali secondo le indicazioni regionali.	31/12/2022	Obiettivo stralciato dal livello regionale	richiesta stralcio
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	Prosecuzione del programma secondo le indicazioni regionali.	31/12/2022	ASUGI ha partecipato ai gruppi di lavoro regionali	attività realizzata
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute.	>= 5 giornate	I dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento hanno partecipato ai sopralluoghi, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
5.2	Accreditamento	Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento.	31/12/2022	ASUGI ha messo a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, che hanno preso parte al percorso formativo dei valutatori dell'accredimento.	attività realizzata
5.2	Accreditamento	Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inerti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accredimento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	31/12/2022	ASUGI non ha valutatori inseriti nell'albo nazionale	richiesta stralcio
5.2	Accreditamento	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	31/12/2022	La componente ASUGI dell'OTA regionale, ha svolto le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017	attività realizzata
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 8,00% del FSR, comprensiva della spesa per acquisto diretto dei gas medicinali ATC V03AN, che ha a sua volta l'ulteriore specifico limite massimo di spesa pari allo 0,2%.	Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione – monitoraggi AIFA periodici.	8% a livello regionale	Trattasi del tetto complessivo regionale di spesa per Farmaci relativi alla farmaceutica acquisti diretti (ospedaliera, diretta e DPC). La SC Farmacia AG ha posto in essere tutte le iniziative di competenza per coinvolgere la Direzione Aziendale e i Decisori di spesa sul contenimento della spesa finalizzata a non superare i tetti regionali. Sono stati elaborati e trasmessi Report periodici sull'andamento dei consumi farmaceutici con i costi, note sull'appropriatezza prescrittiva e supporto alle scelte decisionali dei medici.	attività parzialmente realizzata
6.1	Tetti di spesa farmaceutica	Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,00 % del FSR.	Rispetto dei vincoli regionali (monitoraggio bimestrale degli indicatori delle linee di gestione a cura della DCS)	7%	Trattasi del tetto complessivo regionale di spesa per Farmaci relativi alla farmaceutica convenzionata. La SC Farmacia AG ha utilizzato i report della DCS, recependone i contenuti, per dare pronta contezza a tutti i decisori di spesa dei fattori determinanti l'andamento.	attività parzialmente realizzata
6.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno: - <u>1 obiettivo in ambito territoriale</u> anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo	Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano: - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento	30/09/2022 (1 semestre)	Il report dettagliato della attività del I semestre 2022 è stato trasmesso il 29.09.2022	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
		<p>scompenso, diabete, BPCO etc.);</p> <p>- <u>1 obiettivo in ambito ospedaliero</u> volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.)</p> <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre).</p> <p>Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)</p>			
6.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	<p>Al fine di favorire i percorsi di appropriatezza prescrittiva sia nel setting ospedaliero che territoriale, le Aziende individueranno:</p> <p>- 1 obiettivo in ambito territoriale anche volto alla promozione presso la medicina generale dell'aderenza alle terapie dell'area della cronicità (es. terapie ipolipemizzanti, antipertensivi, farmaci per lo scompenso, diabete, BPCO etc.);</p> <p>- 1 obiettivo in ambito ospedaliero volto a favorire l'impiego delle molecole dal miglior profilo costo efficacia in aree di forte impatto di spesa (es. medicinali innovativi, terapie intravitreali, rafforzamento utilizzo biosimilari in aree quali malattie reumatiche/gastroenterologiche autoimmuni, oncologia etc.)</p> <p>Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting</p>	<p>Invio alla DCS di due report di sintesi sull'attività entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) da cui si evincano:</p> <p>- Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato;</p> <p>- Evidenza delle azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei medicinali e al contenimento della spesa sia a medio che a lungo termine (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre).</p> <p>Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: si/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 70%)</p>	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	Il report dettagliato della attività del 2022 è stato trasmesso il 14.04.2023	attività realizzata
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale	Pazienti in terapia con antidepressivi	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi (target mantenimento 2020)	23,07	ASUGI raggiunge il valore di 23,48 a fronte di un target assegnato di 23,07. Pur non raggiungendo il target assegnato, ASUGI migliora il valore del 2021, che era di 23,76.	attività parzialmente realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale	Indicatori di aderenza al trattamento con farmaci antidiabetici nella popolazione di età ≥45 anni nell'anno di analisi e variazione rispetto all'anno precedente (criteri OSMED)	Per il 2022 i valori target di aderenza a cui tendere sono rappresentati dai valori del raggruppamento delle regioni benchmark del Nord riportati nella Tabella 3.3.1e del Rapporto OSMED 2020: alta aderenza ≥ 33,4%, bassa aderenza ≤ 24,6%. In corso d'anno la DCS di concerto con ARCS elaborerà l'indicatore su base regionale e disaggregato per Azienda, ai fini di un successivo monitoraggio puntuale. Modalità di valutazione complessiva: 2 indicatori a target= raggiunto; 1 indicatore a target= parzialmente raggiunto; 0 indicatori a target: non raggiunto	alta aderenza >=33,4% bassa aderenza <= 24,6%	ASUGI raggiunge entrambi gli indicatori. L'alta aderenza è stata del 42,92% (superiore al target minimo assegnato del 33,4%) e rappresenta il valore migliore raggiunto a livello regionale. La bassa aderenza è stata del 20,72% (inferiore rispetto al target massimo assegnato del 24,6%).	attività realizzata
6.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriatezza si rimanda all'obiettivo 7.2). Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): sì/no (peso 70%)	30/09/2022 (1 semestre)	Il report dettagliato della attività del I semestre 2022 è stato trasmesso il 29.09.2022	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
6.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR, con particolare riferimento al rafforzamento del loro utilizzo in aree quali ad es. l'artrite reumatoide e le malattie infiammatorie croniche intestinali, l'oncologia, il diabete (es. insulina glargine, lyspro etc.)	<p>Invio alla DCS di due report di sintesi entro il 30/09/2022 (I semestre) e entro il 15/04/2023 (II semestre e sintesi annuale) con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego (I semestre vs ultimo semestre anno precedente e II semestre vs I semestre) nei relativi setting di utilizzo (diretta, DPC e convenzionata), nonché le relative ricadute economiche. (per la parte appropriata si rimanda all'obiettivo 7.2).</p> <p>Lo schema predisposto dalla DCS sarà integrato in corso d'anno con una proposta di dashboard regionale per la rilevazione dei dati, nell'ambito del progetto multiregionale VALORE (AIFA-Regioni)</p> <p>Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati (rafforzamento impiego biosimilari): sì/no (peso 70%)</p>	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)	Il report dettagliato della attività del 2022 è stato trasmesso il 14.04.2023	attività realizzata
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e caregiver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	<p>Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.</p> <p>Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: sì/no</p>	31/07/2022 (1 semestre)	Nel corso del 2021 è stata attivata la revisione del centro prescrittore di ASUGI, proseguita nel 2022. Con DGR n 1415 del 30/09/2022 sono stati rivisti i centri prescrittori. Per ASUGI è quindi cessato il precedente centro ed è stato identificato il nuovo (SS Endocrinologia, SC Medicina Clinica - Trieste).	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita	L'Ente nella gestione delle terapie con ormone della crescita mantiene attivo un team aziendale (composto almeno da un medico e un infermiere) che garantisce la formazione dei nuovi pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori per la somministrazione dell'ormone della crescita presenti nella graduatoria dell'accordo quadro regionale.	Invio alla DCS di report semestrali (entro il 31/7/2022 per l'attività svolta nel I semestre 2022 e entro il 28/02/2023 per l'attività svolta nel II semestre 2022) sull'attività di formazione svolta nel 2022, con evidenza degli autoiniettori proposti e selezionati.  Modalità di valutazione: Invio di entrambi i report semestrali nei termini: si/no	28/2/2023 (2 semestre)	Con nota prot. 3469 del 13/01/2023 ASUGI ha comunicato alla DCS l'istituzione del team aziendale per la formazione dei pazienti e care-giver al corretto uso degli autoiniettori a fine 2022. In data 23/02/2023 ASUGI ha inviato alla DCS il report sull'attività svolta nel II semestre 2022.	attività realizzata
6.6	Attività centralizzate – ARCS	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Avvio del tavolo di lavoro entro il 31/3/2022.  Modalità di valutazione: avvio del tavolo: si/no (peso 30%) report inviato entro i termini: si/no (peso 70%)	entro 31/03/2022	Obiettivo di competenza di ARCS. ASUGI mette a disposizione professionisti e competenze in base alle indicazioni ricevute. Si ricorda di coinvolgere la SC Approvvigionamenti che gestisce l'acquisizione e la distribuzione dei dispositivi medici.	attività non di pertinenza
6.6	Attività centralizzate – ARCS	In collaborazione con la DCS, ARCS avvia un tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa dei consumi dei dispositivi medici/ivd.	Presentazione di una relazione sulle attività svolte e sviluppo di un report di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici entro il 31/12/2022.  avvio del tavolo: si/no (peso 30%) report inviato entro i termini: si/no (peso 70%)	entro 31/12/2022	Obiettivo di competenza di ARCS. ASUGI mette a disposizione professionisti e competenze in base alle indicazioni ricevute. Si ricorda di coinvolgere la SC Approvvigionamenti che gestisce l'acquisizione e la distribuzione dei dispositivi medici.	attività non di pertinenza
6.6	Attività centralizzate – ARCS	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ARCS, in collaborazione con i Servizi Farmaceutici aziendali, definisce i parametri a cui allineare le giacenze dei farmaci gestiti a buffer. Sono esclusi dalla rilevazione: - farmaci acquistati ad hoc per un Ente (es. farmaci esteri) - farmaci obbligatori da detenere in Farmacia - antidoti - farmaci salvavita e per emergenze.  Modalità di valutazione: ARCS trasmette entro il 30/6/2022 alla DCS e agli Enti un documento di	entro 30/06/2022	La prima parte dell'obiettivo è di competenza di ARCS. Le farmacie di ASUGI (area giuliana ed isontina) hanno partecipato all'incontro organizzato da ARCS in data 01/06/2022, finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
			formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.			
6.6	Attività centralizzate – ARCS	Ridurre, ove possibile, il numero di referenze ed i relativi livelli di scorta dei farmaci gestiti da ciascun Buffer aziendale al fine di rendere efficienti le scorte complessive di Magazzino.	ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO allineano almeno l'80% delle giacenze delle referenze di ciascun Buffer secondo i criteri e i parametri definiti con ARCS. Eventuali scostamenti sono autorizzati da ARCS. l'inventario informatico del Buffer dell'Ente al 30/11/2022 evidenzia l'avvenuta applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.  ASFO, ASU GI, ASU FC, BURLO, CRO trasmettono entro il 28/2/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer.	28/02/2023	AREA GIULIANA: A seguito del ricevimento del file Buffer da parte di ARCS con indicato il turnover dei farmaci gestiti (11/07/2022), almeno l'80% delle giacenze risulta allineato ai criteri ARCS sia per il buffer di Cattinara che per il buffer del Maggiore (98% Buffer 15-2 Cattinara e 80% Buffer 15-1 Maggiore), come comunicato ad ASUGI da ARCS con mail raggiungimento obiettivo del 19/01/2023. L'inventario del buffer di Carrinara è stato effettuato il 4-5 ottobre 2022 e quello del buffer del Maggiore il 10-17 ottobre 2022. ASUGI ha trasmesso il 09/02/2023 alla DCS e ad ARCS adeguata evidenza dell'applicazione dei criteri e parametri definiti per la gestione delle giacenze a Buffer (protocollo gen n. 12824 scaf 497).	attività realizzata
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Accordo quadro regionale della DPC dei medicinali (DGR 12/2018), prorogato al 31/12/2022 (DGR 1725/2021)	le Aziende recepiscono la proroga con proprio atto	31/01/2022	Il recepimento è stato effettuato con decreto 1019/2021 e trasmesso il 6/12/21 via pec alla DCS	attività realizzata
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	entro 30/09/2022 (1 semestre)	Il report dettagliato della attività del I semestre 2022 è stato trasmesso il 29.09.2022	attività realizzata



Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	In coerenza con le modalità organizzative conseguenti alla situazione pandemica da Covid19, le Aziende garantiscono azioni che nell'ambito della distribuzione diretta e della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR	Invio alla DCS di una relazione sull'attività del primo semestre, entro 30/09/2022 e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2023 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS) Modalità di valutazione: Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 30%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	entro 15/04/2023 (attività annuale)	Il report dettagliato della attività del 2022 è stato trasmesso il 14.04.2023	attività realizzata
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendale/interaziendale volti a sostenere l'impiego di farmaci dal miglior rapporto di costo-efficacia all'interno di categorie terapeutiche ad elevato impatto di spesa (es. ipoglicemizzanti, antitrombotici etc.)	Identificazione delle categorie omogenee dei medicinali su cui individuare delle priorità prescrittive e trasmissione alla DCS degli esiti delle valutazioni multidisciplinari con relativi impatti sulla sostenibilità economica. Documento da inviare entro il 31.12.2022. Modalità di valutazione: Documento inviato nei termini: sì/no (peso 30%) Interventi congruenti in base all'obiettivo assegnato: sì/no (peso 70%)	entro 31/12/2022	ASUGI ha istituito il Gruppo Cardionefrometabolico, allo scopo di: - fungere da punto di riferimento per ASUGI nell'utilizzo delle seguenti categorie di farmaci: ARNI; SGLT2; GLP1 AR; Nuovi farmaci per il trattamento dell'iperkaliemia - produrre documenti specifici per l'utilizzo nella pratica clinica delle 4 categorie suddette di farmaci. Il team multidisciplinare ha prodotto, nel corso del 2022, 4 documenti sulle 4 categorie terapeutiche identificate. I documenti sono stati inviati alla DCS il 14/04/2023 (prot. FarmCatt 147/2023).	attività realizzata
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di garantire l'appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	Inserimento di tutti i dati richiesti a registro con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta ovvero attraverso la normale compensazione dopo la scadenza dell'innovatività. Per i registri che prevedono la compilazione della scheda richiesta farmaco e della scheda di dispensazione, gli Enti ne assicureranno la compilazione, anche al fine di consentire l'allineamento dei dati tra piattaforme (AIFA e sistemi regionali), con conseguente invio corretto dei flussi informativi. Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici	inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro	Tutte le erogazioni di medicinali soggetti a registro AIFA sono state effettuate dopo registrazione delle prescrizioni e con registrazione delle dispensazioni a registro. Alle richieste di chiarimento della DCS è stato risposto nei tempi previsti.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
			effettuati, nell'ambito dei percorsi aziendali in essere, per la risoluzione di eventuali criticità legate al mancato/ritardato inserimento dei pazienti in piattaforma. La DCS potrà avviare un monitoraggio periodico sull'allineamento tra dati dei registri e applicativi regionali Modalità di valutazione: Evidenza dei monitoraggi/percorsi aziendali per la gestione delle eventuali criticità in tutti gli Enti del SSR e dell'inserimento di tutti i dati richiesti: si/no			
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria gli Enti assicureranno l'inserimento della residenza del paziente all'atto dell'erogazione/somministrazione. Un tanto al fine di assicurare la completezza dei dati per la mobilità interregionale	Erogazione/somministrazione dei farmaci di cui alle Tabelle B1 e B2 dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria con inserimento del dato di residenza del paziente.  Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto - dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%	Tutti gli scarichi relativi ai farmaci ad alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 (Farmaci ad alto costo oncologici infusionali) e B2 (Farmaci ad alto costo non oncologici infusionali) dell'Accordo interregionale per la mobilità sanitaria sono stati effettuati con l'inserimento del dato di residenza del paziente. Le uniche eccezioni sono rappresentate dai farmaci Azacitidina e Bortezomib, vista la recente generizzazione e l'abbattimento del loro costo, per i quali comunque il dato nominale riportante la residenza del paziente è disponibile a livello aziendale e potrà essere inviato alla DCS quando necessario. Di tale eccezione è stata data comunicazione via mail alla DCS in data 04/05/2022, con riscontro positivo nella stessa data.	attività realizzata
6.9	Farmacovigilanza	Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%) L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture non coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.  * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione	Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture non coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).  Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.	rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021	Il servizio di Farmacovigilanza aziendale ha organizzato, coinvolgendo anche il Risk Manager aziendale, un incontro con i referenti di struttura della farmacovigilanza, per presentare i dati sull'andamento delle segnalazioni di ADR in ASUGI e sensibilizzare le strutture che non hanno effettuato segnalazioni, anche attraverso la testimonianza di alcuni colleghi che durante il 2021 hanno avuto occasione di segnalare numerose ADR da farmaco e/o vaccino. L'incontro è stato effettuato in modalità on-line in due edizioni (per favorire la massima partecipazione): PRIMA EDIZIONE Venerdì 13 Maggio 2022 ORE 14.00 - 16.00, SECONDA EDIZIONE Martedì 17 Maggio 2022 ORE 14.00 - 16.00. Inoltre, nel mese di giugno è stato condotto un incontro dedicato con la SC Cardiologia, nel quale sono stati presentati e discussi i dati relativi alle segnalazioni di farmacovigilanza di specifico interesse per la struttura. Le ADR da farmaco segnalate dalle strutture	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
					ASUGI (medici aziendali, infermieri aziendali, farmacisti aziendali ed altri operatori sanitari aziendali), ad eccezione del Dipartimento di Prevenzione, sono passate da 251 (2021) a 294 (2022), con un aumento del +17%, nonostante il cambio di piattaforma per la segnalazione avvenuto a metà 2022, che ha rallentato l'inserimento delle nuove segnalazioni. Relativamente alle ADR gravi, in particolare, le segnalazioni sono passate da 88 (2021) a 107 (2022), con un incremento del +22%.	
6.9	Farmacovigilanza	Gli Enti avvieranno specifiche attività di sensibilizzazione, al fine di favorire un incremento delle segnalazioni di possibili segnalazioni di ADR da farmaco, considerata la riduzione registrata nel 2021 vs 2020 di oltre il 20% su base regionale con particolare riferimento alle ADR gravi (2021 vs 2020 – 44%) L'attività riguarderà in particolare realtà/ reparti/strutture <u>non</u> coinvolti in progetti in itinere di farmacovigilanza*.  * sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione	Sensibilizzazione dei prescrittori alla segnalazione di possibili ADR da farmaco (in particolare gravi) in reparti/strutture <u>non</u> coinvolte nei progetti in essere di FV, con conseguente incremento della % di segnalazione da farmaco rispetto al dato del 2021 (riferimento dati al 30 novembre 2021 – dati DCS).  Modalità di valutazione: Estrazione dati ADR da farmaco 2022 (gravi e totali) mediante applicativi del CRFV. Estrazione dati ADR da farmaco 2022 con dettagli sul reparto di origine della segnalazione mediante applicativi del CRFV.	- rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021 - evidenza della segnalazione di ADR in reparti/strutture/realtà diversi dal PS e dal dip. di prevenzione. Il RLFV validerà la scheda con indicazione del reparto nella sezione "indirizzo"	Le ADR da farmaco effettuate da operatori sanitari ASUGI riportano il dettaglio del reparto segnalante nella sezione "indirizzo" o "dipartimento" nel 100% dei casi	attività realizzata
6.9	Assistenza integrativa	Le Aziende monitorano i dati di spesa dei dispositivi ad alto costo per i pazienti affetti da patologia diabetica (microinfusori, SAP, CGM, FGM)	Presentazione alla DCS di una relazione sintetica entro il 28/2/2023  Modalità di valutazione: Evidenza di effettuato monitoraggio nel corso dell'anno 2022 e dei suoi esiti come da relazione inviata nei termini: si/no	entro 28/02/2023	ASUGI ha garantito la partecipazione alle convocazioni pervenute dal gruppo di lavoro.	attività realizzata
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	% Partecipazione alle riunioni convocate.	>= 90%	Il progetto in capo alla Regione. ASUGI ha garantito la partecipazione alle attività laddove richieste.	attività realizzata
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.1.- CASE DELLA SALUTE per la parte sistemi informativi e tecnologie informatiche.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	Progetto in capo alla Regione. ASUGI ha garantito la partecipazione alle attività laddove richieste.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	attività avviate in coerenza con le tempistiche regionali	attività realizzata
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEADI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	Progetto in capo alla Regione. ASUGI ha garantito la partecipazione alle attività laddove richieste.	attività realizzata
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	Progetto in capo alla Regione. ASUGI ha garantito la partecipazione alle attività laddove richieste.	attività realizzata
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	Al momento ad ASUGI non risulta alcuna azione definita, né cronoprogramma pianificato. ASUGI garantisce la partecipazione alle attività laddove richieste.	attività realizzata
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022	ASUGI ha garantito le attività necessarie all'analisi in base alle indicazioni regionali.	attività realizzata
7.2	Sistema informativo dei distretti	Contribuire all'attività di analisi dei processi e di disegno del servizio per la raccolta dei requisiti delle altre funzioni distrettuali da attivare nel nuovo sistema informativo (PAI, AFIR, PROTESICA, UVD, VALGRAF residenziale, ecc. ).	Individuazione dei referenti aziendali per i diversi gruppi di lavoro entro 31.3.2022	31/03/2022	ASUGI ha garantito la partecipazione alle convocazioni pervenute dal gruppo di lavoro.	attività realizzata
7.2	Sistema informativo dei distretti	Contribuire all'attività di analisi dei processi e di disegno del servizio per la raccolta dei requisiti delle altre funzioni distrettuali da attivare nel nuovo sistema informativo (PAI, AFIR, PROTESICA, UVD, VALGRAF residenziale, ecc. ).	% di presenza alle riunioni convocate	> = 90%	ASUGI ha garantito le attività necessarie all'avviamento come da cronoprogramma.	attività realizzata
7.2	Sistema informativo dei distretti	Avviamento altre funzioni su piattaforma distretti.	Avviamento secondo cronoprogramma delle altre funzionalità con conclusione entro il 31/12/2022.	31/12/2022	ASUGI ha garantito le attività necessarie all'avviamento come da cronoprogramma.	attività realizzata
7.2	Sistema informativo dei distretti	Avviamento VALGRAF residenziale e registro unico.	Avviamento entro il 31/12/2022.	31/12/2022	ASUGI ha garantito le attività necessarie all'avviamento come da cronoprogramma.	attività realizzata
7.2	Sistema informativo dei distretti	Integrazione con le reti di patologia.	Valutazione integrazioni con le reti di patologia entro 30/06/2022	30/06/2022	ASUGI ha garantito la partecipazione alle convocazioni pervenute dal gruppo di lavoro.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alla analisi dei processi e raccolta requisiti per la configurazione del sistema.	% Partecipazione alle riunioni convocate.	>= 90%	ASUGI ha garantito la partecipazione alle convocazioni pervenute dal gruppo di lavoro.	attività realizzata
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Attuazione del modello di gestione delle anagrafiche centralizzate regionali coordinato da ARCS.	Partecipazione alle attività coordinate da ARCS.	31/12/2022	ASUGI ha garantito la partecipazione alle convocazioni pervenute dal gruppo di lavoro.	attività realizzata
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Validazione del prototipo del sistema propedeutico all'avviamento dei siti pilota.	Validazione prototipo (verbale) entro 31/05/2022.	31/05/2022	ASUGI ha partecipato agli incontri di presentazione del prototipo che sono iniziati a maggio e proseguiti nei mesi successivi. ASUGI ha restituito i propri feedback puntualmente.	attività realizzata
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Avviamento nelle aziende del SSR secondo cronoprogramma definito.	Avviamento entro 31/12/2022.	31/12/2022	ASUGI è azienda pilota ma l'avvio è stato spostato al 2023.	richiesta stralcio
7.4	Sistema informativo clinico	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	% partecipazione alle riunioni convocate	>= 90%	ASUGI ha garantito la partecipazione alle convocazioni pervenute dal gruppo di lavoro.	attività realizzata
7.4	Sistema informativo clinico	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.	30/06/2022	In linea con l'attività regionale, cui fa capo il progetto.	attività realizzata
7.4	Sistema informativo clinico	Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.	31/12/2022	In linea con l'attività regionale, cui fa capo il progetto	attività realizzata
7.5	Rinnovo sistemi informativi	Avviamento nuovo sistema informativo delle Dipendenze GEDI	Avviamento entro il 30/06/2022	30/06/2022	Il sistema è stato avviato a maggio 2022.	attività realizzata
7.6	Ricetta dematerializzata	Avviamento ricetta elettronica non SSN dematerializzata (ricetta bianca elettronica)	70% sul totale delle ricette elettroniche non SSN dal mese successivo alla partenza	70%	Il modulo PSM per ricetta bianca dematerializzata è stato avviato il 6/4/22.	attività realizzata
7.7	Sicurezza asset informatici	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/05/2022.	entro 30/05/2022	Le indicazioni non sono mai pervenute	richiesta stralcio
7.7	Sicurezza asset informatici	Aggiornamento del censimento periodico degli asset informatici secondo le indicazioni regionali.	Trasmissione censimento secondo indicazioni regionale entro 30/10/2022.	entro 30/10/2022	Le indicazioni non sono mai pervenute	richiesta stralcio
7.7	Sicurezza asset informatici	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Recepimento indicazioni regionali entro il 30/04/2022.	30/04/2022	Assessment in corso tutto l'anno secondo le indicazioni regionali	attività realizzata
7.7	Sicurezza asset informatici	Assessment sulla sicurezza informatica e sulle misure di sicurezza	Partecipazione alle attività di assessment entro 30/06/2022.	30/06/2022	Assessment in corso tutto l'anno secondo le indicazioni regionali, anche nei termini anche temporali concordati con la regione, garantita la partecipazione a tutte le riunioni regionali e ristrette su alcune aziende	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
7.7	Sicurezza asset informatici	Indicazioni degli asset informatici da sostituire con indicazioni delle caratteristiche	Trasmissione elenco entro il 30/10/2022	30/10/2022	Richiesta ruoter doppia alimentazione reiterata	attività realizzata
7.8	Privacy in Sanità	Convocazione incontri trimestrali (4 all'anno)	n° di incontri a cui si è partecipato con condivisione e attestazione del verbale predisposto dal segretario.	almeno 3 su 4 programmati	ASUGI ha garantito la partecipazione alle convocazioni pervenute dal gruppo di lavoro.	attività realizzata
7.9	PACS	Referto multimediale e refertatore vocale	<b>Risultato atteso modificato con DGR 1682 del 11/11/2022</b> Il dispiegamento dovrà essere portato a regime prima presso il CRO e poi presso almeno il presidio ospedaliero Cattinara / Maggiore di ASUGI entro il 31/12/2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità e con il coordinamento di ARCS  <del>Il dispiegamento dovrà essere completato in tutto il SSR entro il 31.12.2022 con il necessario supporto delle Aziende nell'attivazione della nuova funzionalità presso i vari reparti di radiologia e con il coordinamento di ARCS (obiettivo da DGR 321/2022)</del>	31/12/2022	Sistema avviato sia nell'area giuliana che nell'area isontina.	attività realizzata
7.9	PACS	Estensione della soluzione referto multimediale in altri ambiti diagnostici	Avvio del dispiegamento della soluzione del referto multimediale nel settore dell'endoscopia digestiva nelle Aziende del SSR entro il 31.12.2022, fatto salvo il completamento dello sviluppo, per la quota parte di specifica necessità, delle soluzioni di integrazione da prevedere per lo scenario relativo al sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027. ARCS coordina le attività di sviluppo e di integrazione tra i fornitori chiamati in causa e fornisce le indicazioni operative alle Aziende per la fase di implementazione della soluzione.	31/12/2022	ASUGI ha collaborato con ARCS come candidato sito pilota alle attività da quest'ultima programmate.	attività realizzata
7.9	PACS	Sistema PACS regionale per il periodo 2023-2027	Le aziende garantiscono, a supporto di ARCS, la predisposizione entro 31.07.2022 degli allegati tecnici della documentazione di gara in merito agli aspetti logistici, impiantistici,	31/07/2022	Relazione inviata con GENASUGI-GEN-2022-0077311-P, in data 01.08.2022, come da indicazioni di ARCS contenute nella nota di ARCS del 28.07.2022 (prot.IT 4203-A/2022) che specifica i temi per i quali è richiesto il supporto.	attività realizzata

Cap.	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	Target	Rendiconto al 31/12/2022	Sintetico
			organizzativi e gestionali. INSIEL garantisce: • entro il 30.06.2022 la definizione delle specifiche di sviluppo delle soluzioni di integrazione del SIO secondo i profili definiti dai framework IHE. • entro il 31.12.2022 il completamento dello sviluppo delle nuove soluzioni di integrazione.			
7.9	PACS	Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020	Il gruppo tecnico nominato da DCS completa entro marzo 2022 la predisposizione della documentazione tecnica di gara.	31/03/2022	ASUGI ha partecipato agli incontri convocati dal gruppo tecnico e fornito tutti i contributi richiesti.	attività realizzata
8	Flussi informativi	Assicurare la corretta e tempestiva codifica dei reparti e dei relativi posti letto nel sistema gestionale	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati con aggiornamento mensile	mensile	Tutti i reparti e le sezioni che registrano movimenti di ricovero devono avere il corretto codice disciplina associato e un numero di posti letto assegnati con aggiornamento mensile	attività realizzata
8	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	>=98%	Criticità. L'attività per la parte di competenza viene garantita nei tempi. Le schede di morte vengono inserite di norma in tempo reale, ovvero appena pervenute. Un eventuale ritardo è dovuto in via esclusiva ai tempi dei Comuni nel trasmettere ad ASUGI le informazioni	attività parzialmente realizzata
8	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	ASUGI: completamento dell'inserimento delle schede di morte 2020 e 2019 entro il 30.04.2022	30/04/2022	Obiettivo raggiunto. Eventuali carenze riguardano schede di morte con informazioni parziali per una percentuale minima rispetto al totale di schede trattate	attività realizzata
8	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	ASUGI: % delle schede di morte del 2018 inserite entro il 31.12.2022	100%	Obiettivo raggiunto. Eventuali carenze riguardano schede di morte con informazioni parziali per una percentuale minima rispetto al totale di schede trattate	attività realizzata
9.5.2	Investimenti	Programmazione 2023	Gli enti del SSR dovranno adottare il PPI 2023 entro il 15 settembre 2022 completo di una relazione illustrativa che evidenzia le finalità e le priorità degli interventi previsti.	15/09/2022	Obiettivo raggiunto. Il PPI 2023 completo di relazione illustrativa è stato adottato con decreto n.798 dd 15/09/2022	attività realizzata
10.1.1	Costi del personale e politiche assunzionali	Funzioni di pediatria e ostetricia	Avvio delle attività funzionali agli scorpori e ai trasferimenti delle funzioni	30/04/2022	Obiettivo raggiunto. L'avvio delle attività funzionali agli scorpori e ai trasferimenti delle funzioni è formalmente definito dalla Nota Prot ASUGI 673 dd. 29/04/2022 a firma Direzione amministrativa inviata all'IRCCS BURLO GAROFOLO in riscontro della Nota Prot 4498 29/04/22	attività realizzata





# 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: MARILENA FRANCIOSO  
CODICE FISCALE: FRNMLN57L54E098U  
DATA FIRMA: 29/06/2023 19:03:52  
IMPRONTA: 193E26064114BA96467DD24DD3F6A7342249E8AFDEBED2365163B618218F54FA  
2249E8AFDEBED2365163B618218F54FACD814A985BB09486E5F8DB9040AEF8AC  
CD814A985BB09486E5F8DB9040AEF8ACE1C74764F836EEA1A1F89D9DDFA80109  
E1C74764F836EEA1A1F89D9DDFA8010910FBB4DB997DA784FD00EC1D9238BB79

NOME: ANDREA LONGANESI  
CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T  
DATA FIRMA: 30/06/2023 08:39:39  
IMPRONTA: 52E83A17C54474BFE69166AC2706FA2B7B19678864EBFB855A2A4AD01265AE4F  
7B19678864EBFB855A2A4AD01265AE4F5E6C0CAF735F1719D6756AB24A431810  
5E6C0CAF735F1719D6756AB24A431810DE2BFF5B877E8B44FE907005041413EF  
DE2BFF5B877E8B44FE907005041413EFF56F9F93EF32DEE0BC7825B1C09C321D

NOME: ANTONIO POGGIANA  
CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F  
DATA FIRMA: 30/06/2023 09:08:50  
IMPRONTA: AA1E571D3629F8590BC3D1E1BD8E83A0E3747662D3E9845B7D0450CD133EFA99  
E3747662D3E9845B7D0450CD133EFA9923DE0B27AA2828AD8BFD9C8877D023C2  
23DE0B27AA2828AD8BFD9C8877D023C2ACD5B1016A2098058513D43CC95E5256  
ACD5B1016A2098058513D43CC95E5256F1BC272993A46205AD792570EAB774A6

NOME: EUGENIO POSSAMAI  
CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L  
DATA FIRMA: 30/06/2023 10:59:21  
IMPRONTA: 2DCB574F6D73FAD92BB79DB521BA3C319C18657771C12754A8F419696436DAD0  
9C18657771C12754A8F419696436DAD0BD38E4B075DFB41AC61C3BF32DE18D32  
BD38E4B075DFB41AC61C3BF32DE18D3275DF83D94B44C4400CBE39EFD67B65AC  
75DF83D94B44C4400CBE39EFD67B65AC4EEA3BD9F9A114471695BC180EEBB1C4

**PERSONALE DEL COMPARTO SANITA'**  
**Fondo premialità e fasce**  
**ART. 81 CCNL 21/05/2018 - ESERCIZIO 2022**

riferimento CCNL 2018	VOCI	ASU GI	
Art. 81, c. 2, lett. a)	<b>Risorse destinate al finanziamento delle fasce retributive (art. 81, c. 2, lett. a CCNL 2018)</b> - ASUI TS: contratto integrativo aziendale dd. 22.12.2017, comprese quote non disponibili per eventuale rientro part time (€ 117.094,17), contratto integrativo dd. 22.11.2018 e decreto 376-2018; - AAS 2:decreti n. 181-2019 e n. 719-2019	<b>9.082.731,73</b>	
Art. 81, c. 2, lett. a) e c. 6	Risorse destinate alla copertura dei differenziali retributivi del personale che abbia conseguito la progressione economica in anni precedenti (p.v.), <b>combinato disposto di cui all'art. 81, c. 2, lett. a), e c. 6. CCNL 2018</b> (decreto ASUITS 376-2018)	<b>660.412,86</b>	
Art. 81, c. 2, lett. b)	<b>Fondo storico consolidato produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali (art. 81, c. 2, lett. b CCNL 2018)</b> (decreto ASUITS 376-2018 e decreti AAS2 181-2019 e 719-2019)	<b>4.035.679,02</b>	
	Trasferimenti EGAS	-17.652,68	
	Trasferimenti funzioni CUVB/CURPE da ASUI UD e AAS5	35.585,79	
	Trasferimenti funzioni CUVB/CURPE da ASUI TS	-1.939,81	
	Atto di intesa con IRCCS Burlo per trasferimento medicina di laboratorio (10 tecnici di laboratorio dal 01/01/2017)	5.737,10	
	Istituzione SC Welfare di Comunità (da 2018 non più sovra-aziendale)	36.796,90	fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17
	<b>totale trasferimenti</b>	<b>58.527,30</b>	
	<b>Totale risorse stabili precedente fondo produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali (art. 81, c. 2, lett. b CCNL 2018) di cui, per l'area isontina, € 400.000,00 destinati in via permanente alle fasce a decorrere dall'anno 2020 (CCIA 23/07/2020 di cui all'ipotesi 30/04/2020)</b>	<b>4.094.206,32</b>	
	<b>Totale 1 - Fondo storico premialità e fasce (art. 81 CCNL 2018)</b>	<b>13.837.350,90</b>	
	<b>Incrementi stabili (art. 81, c. 3 CCNL 2018)</b>		
Art. 81, c. 3, lett. a)	Importo calcolato in rapporto al nuovo valore fasce attribuite (art. 81, c. 3, lett.a CCNL 2018)	380.381,00	fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17
	<b>Totale 2 fondo</b> (compresi incrementi stabili ex art. 81, c. 3, lett. a), fuori limite ex art. 23, c. 2 D.Lgs.75/2017, come stabilito dall'art. 11, c. 1, lett. a) D.L.135/2018, convertito in L. 12/2019)	<b>14.217.731,91</b>	
Art. 81, c. 3, lett. b)	Incremento ex art. 39, c. 4, lett. b) e d) e c. 8 CCNL 07.04.1999 (art. 81, c. 3, lett. b CCNL 2018)	0,00	
	<b>Totale 3 fondo</b> (con incrementi di cui all'art. 81, c. 3, lett.a)-b)	<b>14.217.731,91</b>	
	<b>Incrementi variabili (art. 81, c. 4 CCNL 2018)</b>		
Art. 81, c. 4, lett. c)	Quota dei risparmi conseguiti e certificati in attuazione dell'art. 16, c. 4,5 e 6 D.L. 98/2011 (art. 81, c. 4 lett c CCNL 2018)	0,00	
Art. 81, c. 4, lett. e)	Importo corrispondente ai ratei di RIA del personale cessato dal servizio nel corso dell'anno precedente (2021), calcolati in misura pari alle mensilità residue dopo la cessazione (art. 81, c.4, lett.e)	55.066,42	voci soggette a verifica limite art.23, c. 2 D.Lgs. 75/17
	<b>Totale incrementi variabili ex art. 81, c. 4 lett.c) e e) CCNL 2018</b>	<b>55.066,42</b>	
	<b>Sub totale fondo</b> (comprensivi incrementi di cui all'art. 81, c. 4 lett.c e e)	<b>14.272.798,33</b>	
	Quota annua trasferimento ARCS CEFORMED 3 unità area isontina (nota ARCS 29512/2020)	-11.631,82	
	<b>Sub totale fondo al netto del trasferimento</b>	<b>14.261.166,51</b>	
Art. 81, c. 7	Residui 2021 "Fondo condizioni di lavoro e incarichi" (art. 81, c. 7 CCNL 21.05.2018)	1.584.929,00	fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17
Art. 81, c. 7	Residui 2021 "Fondo premialità e fasce" (art. 81, c. 7 CCNL 21.05.2018)	1.343.224,24	fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17
	<b>Sub totale fondo con residui</b>	<b>17.189.319,76</b>	
	<b>Incrementi variabili (art. 81, c. 4 CCNL 2018)</b>		
Art. 81, c. 4, lett. a)	Risorse aggiuntive regionali 2022 (escluse da applicazione limite ex art. 23, c. 2 D.Lgs.75/2017, come da Delib.n. 40/2018/PAR Corte dei Conti, Sez. Controllo FVG)	4.702.196,46	fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17
	<b>Sub totale fondo con RAR</b>	<b>21.891.516,22</b>	
Art. 81, c. 4, lett. a)	Risorse non consolidate regionali derivanti dall'applicazione art. 38, c.4, lett.b) e c. 5 CCNL 07/04/1999, come modificato dall'art. 33, c.1 CCNL 19/04/2004 (1% m.s. 1997 - diff. 0,4%su m.s.2001 - diff.1,2% su m.s.2001 (al netto della quota annua AI trasferita ad ARCS CEFORMED per n. 3 unità)	1.130.975,92	fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17
	<b>Primo totale fondo 2022</b>	<b>23.022.492,14</b>	
Art. 81, c. 4, lett. b)	Risorse derivanti dall'applicazione art. 43 L. 449/1997 (incremento variabile art. 81, c. 4, lett. b) CCNL 21/05/2018) incentivi c/terzi (valore 2022 liquidato fino a stip 03/2023 - bilancio consuntivo 2022)	862,23	fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17
Art. 81, c. 4, lett. d)	Risorse derivanti da disposizioni di legge che prevedano specifici trattamenti economici in favore del personale (art. 81, c. 4 lett d CCNL 2018): art. 11, D.Lgs. 50/2016 incentivi funzioni tecniche (valore 2022 liquidato fino a stip. 03/2023 - bilancio consuntivo 2022)	22.560,16	fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17
	<b>Incremento ex art. 101, c. 2 CCNL 02/11/2022:</b>		
	Al fine di garantire la corresponsione a carico del Fondo premialità e fasce dell'intero valore delle fasce attribuite, il predetto Fondo è incrementato di un importo calcolato in rapporto all'incremento delle fasce disposto dall'art. 97, comma 1 (Incrementi degli stipendi tabellari) con le scadenze ivi previste: incrementi fasce 2019, 2020 e 2021 ex tabella A allegata a CCNL 2022	353.969,07	fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17
	<b>Incremento fondo 2022 ex art. 11, c.1 DL 35/2019 convertito in L. 60/2019</b>	0,00	
	<b>Totale fondo premialità e fasce 2022</b>	<b>23.399.883,60</b>	
	<b>Voci di alimentazione del fondo soggette a vincolo di spesa 2022 nel rispetto dell'art. 23, c. 2 D.Lgs.75/2017, tenendo conto dell'art. 11, c. 1, DL 35/2019 (c. 5 artt. 80 e 81)</b>	-44.601,14	
	<b>Totale risorse utilizzabili fondo 2022</b>	<b>23.355.282,46</b>	

<b>DIRIGENZA AREA SANITA'</b> <b>Fondo per la retribuzione di risultato</b> <b>ART. 95 CCNL 19/12/2019 - ESERCIZIO 2022</b>		
rif.to CCNL 2019	<b>Risorse consolidate 2019 (art. 95, c. 2 CCNL 2019)</b>	<b>ASU GI</b>
art. 95, c. 2, l.a)- b)	Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale, di cui all'art. 11 CCNL 06/05/2010 <b>Area IV Medico-Veterinaria</b> - valore consolidato 2019	2.098.584,83
art. 95, c. 2, l.c)	Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale, di cui all'art. 10 CCNL 06/05/2010 e art. 8, c. 6 CCNL 17/10/2008 <b>Area III Dirigenza Sanitaria e Professioni Sanitarie</b> - valore consolidato 2019	473.775,41
	<b>Totale 1 - Fondo storico per la retribuzione di risultato (art. 95, c. 2 CCNL 2019)</b>	<b>2.572.360,24</b>
	<b>Incrementi stabili (art. 95, c. 3 CCNL 2019)</b>	
	Incremento pari a € 162,50 per le unità di personale destinatarie del CCNL (dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie) in servizio al 31.12.2015, a decorrere dal 31.12.2018, a valere dall'anno 2019 - DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI: ex asuists: 584 unità; ex aas 2: 273 unità	139.262,50
art. 95, c. 3, l.a)	Incremento pari a € 162,50 per le unità di personale destinatarie del CCNL (dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie) in servizio al 31.12.2015, a decorrere dal 31.12.2018, a valere dall'anno 2019 - DIRIGENTI SANITARI: ex asuists: 78 unità; ex aas2: 39 unità (dir.san.+prof.san.)	19.012,50
	Incremento pari a € 162,50 per le unità di personale destinatarie del CCNL (dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie) in servizio al 31.12.2015, a decorrere dal 31.12.2018, a valere dall'anno 2019 - DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE: ex asuists: 9 unità; ex aas2: 39 unità (dir.san.+prof.san.)	1.462,50
	<b>Sub totale incrementi art. 95, c. 3, lett.a)</b> <i>(fuori dal limite art. 23, c. 2 D.Lgs.75/2017, ex art. 11, c. 1, lett.a) D.L.135/2018, convertito in L.12/2019)</i>	<b>159.737,50</b>
art. 95, c. 3, l.b)	Risorse determinate, a partire dall'anno di costituzione del fondo (2020), in applicazione dell'art. 50, c. 2, lett. a) CCNL 08/06/2000 (quota eventuali minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica), tenuto conto di quanto previsto dall'art. 6, c. 1, lett.a) CCNL 2019	-
art. 95, c. 3, l.c)	Risorse determinate, a partire dall'anno di costituzione del fondo, in applicazione dell'art. 53, c. 1 CCNL 08/06/2000 (Finanziamento dei fondi per incremento delle dotazioni organiche)	-
	<b>Totale incrementi stabili art. 95, c. 3, CCNL 2019</b>	<b>159.737,50</b>
	<b>Totale 2 fondo (compresi incrementi stabili ex art. 95, c. 3 CCNL 2019)</b>	<b>2.732.097,74</b>
art. 95, c. 9	<b>Risorse trasferite stabilmente dal 2020 al Fondo per la retribuzione degli incarichi ex art. 95, c. 9 CCNL 2019 - DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI</b> (30% delle risorse MV di cui all'art. 95, c.2 lett.a) - b) e c. 3, lett.a) CCNL 2019)	-669.501,70
	<b>Risorse trasferite stabilmente dal 2021 al Fondo per la retribuzione degli incarichi ex art. 95, c. 9 CCNL 2019 - DIRIGENTI SANITARI E PROFESSIONI SANITARIE</b> (30% delle risorse SAN/PROF.SAN. di cui all'art. 95, c.2 lett.a) - b) e c. 3, lett.a) CCNL 2019)	-148.275,12
	<b>Totale 3 fondo (al netto della riduzione stabile ex art. 95, c. 9 CCNL 2019)</b>	<b>1.914.320,91</b>
	<b>Incrementi variabili (art. 95, c. 4 CCNL 2019)</b>	
art. 95, c. 4, l.a)	Importo corrispondente ai ratei di RIA ed agli assegni personali, di cui all'art. 50, c. 2, lett.d) CCNL 08/06/2000 del personale cessato dal servizio nel corso dell'anno precedente, calcolati in misura pari alle mensilità residue dopo la cessazione, computandosi a tal fine, oltre ai ratei di tredicesima mensilità, le frazioni di mese superiori ai quindici giorni: - ratei RIA DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI cessati nel 2021	59.983,14
	- ratei RIA DIRIGENTI SANITARI e PROFESSIONI SANITARIE cessati nel 2021	952,36
art. 95, c. 4, l.b)	Risorse di cui all' art. 53, c. 2 CCNL 08/06/2000 (Finanziamento dei fondi nel caso di attivazione di nuovi servizi anche ad invarianza di dotazione organica con riferimento al trattamento accessorio)	0,00
art. 95, c. 4, l.d)	Risorse derivanti dall'applicazione dell'articolo 43 della legge 449/1997	0,00
art. 95, c. 4, l.e)	Quota di risparmi conseguiti e certificati in attuazione dell'articolo 16, commi 4, 5 e 6 del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98	0,00
art. 95, c. 4, l.f)	Risorse derivanti da disposizioni di legge che prevedono specifici trattamenti economici in favore del personale, coerenti con le finalità del fondo	0,00
	<b>Totale incrementi variabili art. 95, c. 4, lett.a), b), d), e), f) CCNL 2019</b>	<b>60.935,50</b>
	<b>Totale 4 fondo</b>	<b>1.914.320,91</b>
	Quota annua trasferimento ARCS 1 medico dal 01/03/2020 (nota ARCS 4829/2020)	-6.042,40
	<b>Sub totale fondo</b>	<b>1.969.214,01</b>
art. 95, c. 7, l.e)	Risorse annualmente trasferite al Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro ai sensi dell'art. 96, c. 4, lett.c) - DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	-130.193,77
	Risorse annualmente trasferite al Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro ai sensi dell'art. 96, c. 4, lett.c) - DIRIGENTI SANITARI E PROFESSIONI SANITARIE	-204.907,46
art. 95, c. 8	Risorse residue dei fondi di cui agli artt. 94 e 95, stanziati a bilancio 2021 ex art. 11, c. 1 D.L. 35/2019 e certificate dagli organi di controllo, qualora non sia stato possibile utilizzarle integralmente, le quali sono vincolate a retribuzione di risultato: - quota DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	1.666.061,46
	- quota DIRIGENTI SANITARI E PROFESSIONI SANITARIE	226.824,43
	<b>Sub totale fondo con residui</b>	<b>3.526.998,68</b>
	<b>Risorse aggiuntive regionali 2022 di cui all'Accordo regionale dd. 29.06.2022 approvato con DGR 1155/2022</b> (escluse da applicazione limite ex art. 23, c. 2 D.Lgs.75/2017, come da Del.n. 40/2018/PAR Corte dei Conti, Sez. Controllo FVG)	
	- quota DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI RAR turni notturni Pronto Soccorso	273.750,00
	- quota DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	1.606.854,52
	- quota DIRIGENTI SANITARI E PROFESSIONI SANITARIE	222.044,24
	<b>totale RAR 2022</b>	<b>2.102.648,76</b>
	<b>Sub totale fondo con RAR</b>	<b>5.629.647,44</b>
art. 95, c. 4, l.c)	<b>Risorse di cui all'art. 52, c. 5, lett. b) CCNL 08/06/2000 (1% come tetto massimo del monte salari annuo, calcolato con riferimento al 1997) - incremento variabile ex art.95, c.4,lett.c)</b> - quota DIRIGENTI MED.VET. (per AI al netto della quota annua trasferimento ARCS 1 medico)	398.064,84
	- quota DIRIGENTI SANITARI E PROFESSIONI SANITARIE	45.504,40
	<b>Incremento fondo 2022 ex art. 11, c.1 DL 35/2019 convertito in L. 60/2019</b> (tabella 26E monitoraggio tetto fondi - bilancio consuntivo 2022)	985.382,60
	<b>Incrementi variabili, ex Documento confronto regionale dd. 08/02/2023 (DGR 280/2023):</b> - quota 2022 risorse DIRIGENTI MEDICI per le finalità di cui all'art. 1, c. 527, legge 30,12,2018 n. 145 attribuita ad ASUGI a seguito di riparto regionale - Ipotesi CCIA dd 29/03/2023	83.073,51
	<b>Totale fondo per la retribuzione di risultato 2022</b>	<b>7.141.672,78</b>
	<b>Voci del fondo soggette a vincolo di spesa 2022 nel rispetto dell'art. 23, c. 2 D.Lgs.75/2017, tenuto conto dell'art. 11, c. 1, DL 35/2019 (c. 6 artt. 94, 95, 96 CCNL 2019)</b>	-60.935,50
	<b>Totale risorse utilizzabili fondo 2022</b>	<b>7.080.737,28</b>

fuori dal limite art. 23,  
c. 2 D.Lgs. 75/17voci soggette a  
verifica limite art. 23,  
c. 2 D.Lgs. 75/17voci soggette a  
verifica limite art. 23,  
c. 2 D.Lgs. 75/17fuori dal limite art. 23,  
c.2 D.Lgs. 75/17adeguamento limite  
art.23, c.2 D.Lgs. 75/17fuori dal limite art. 23,  
c.2 D.Lgs. 75/17

<b>AREA FUNZIONI LOCALI - DIRIGENTI AMMINISTRATIVI, TECNICI E PROFESSIONALI</b>		
<b>Fondo retribuzione di risultato e altri trattamenti accessori</b>		
<b>ART. 91 CCNL 17/12/2020 - ESERCIZIO 2022</b>		
rif.to CCNL 2020	<b>Risorse consolidate 2020 (art. 91, c. 2, CCNL 2020)</b>	<b>ASUGI</b>
Art.91, c.2, l.a)	Risorse del "Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale" di cui all'art.10 del CCNL 6/5/2010 dell'Area III destinate alla sola dirigenza PTA e, quindi, al netto di quelle che sono state destinate, ad invarianza complessiva di spesa, alla dirigenza appartenente all'ex Area III ed attualmente ricompresa nel campo di applicazione del CCNL Area Sanità sottoscritto il 19/12/2019 (Decreto ASUGI 565 dd. 30/06/2021)	198.921,05
Art.91, c.2, l.b)	Risorse del Fondo delle condizioni di lavoro di cui all'art. 9 del CCNL 6.5.2010, biennio economico 2008-2009 dell'Area III destinate alla sola dirigenza PTA e, quindi, al netto di quelle che sono state destinate, ad invarianza complessiva di spesa, alla dirigenza appartenente all'ex Area III ed attualmente ricompresa nel campo di applicazione del CCNL Area Sanità sottoscritto il 19/12/2019 (Decreto ASUGI 565 dd. 30/06/2021)	12.097,23
	<b>Totale 1 - Fondo storico consolidato (art. 91, c. 2)</b>	<b>211.018,29</b>
	<b>Incrementi stabili (art. 91, c. 3 CCNL 2020)</b>	
Art.91, c.3, l.a)	Importo, su base annua, pari a € 559,00 per ogni dirigente PTA in servizio alla data del 31/12/2015, a decorrere dal 31/12/2018: - area giuliana: n. 30 dirigenti PTA - area isontina: n. 8 dirigenti PTA	21.242,00
Art.91, c.3, l.b)	Risorse determinate, a partire dall'anno di costituzione del Fondo (2021), in applicazione dell'art. 50, c. 3, lett. a) del CCNL 8/6/2000 dell'Area III, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 65 c. 1, lett. a) e tenendo conto dei soli posti di organico relativi alla dirigenza PTA	-
Art.91, c.3, l.c)	Risorse determinate, a partire dall'anno di costituzione del Fondo (2021), in applicazione dell'art. 53, c. 1 del CCNL 8/6/2000 (Finanziamento dei fondi per incremento delle dotazioni organiche) dell'Area III, tenendo conto dei soli posti di organico relativi dirigenza PTA	-
	<b>Totale incrementi stabili ex art. 91, c. 3 CCNL 2020</b>	<b>21.242,00</b>
	<b>Totale 2 fondo (comprensi incrementi stabili ex art. 91, c. 3 CCNL 2020)</b>	<b>232.260,29</b>
Art. 91, c.10	Risorse trasferite stabilmente dal 2022 al Fondo retribuzione di posizione (art. 90) ex art. 91, c. 10 CCNL 2020 (in misura pari al 22% delle risorse di cui ai cc.2 e 3, art. 91)	-51.097,26
	<b>Totale 3 fondo (al netto della riduzione stabile ex art. 91, c. 10 CCNL 2020)</b>	<b>181.163,02</b>
	<b>Incrementi variabili (art. 91, c. 4 CCNL 2020)</b>	
Art.91, c.4, l.a)	Importi corrispondenti ai ratei di RIA dei dirigenti PTA cessati dal servizio nel corso dell'anno precedente, calcolati in misura pari alle mensilità residue dopo la cessazione, computandosi a tal fine, oltre ai ratei di tredicesima mensilità, le frazioni di mese superiori a quindici giorni: ratei RIA dirigenti cessati nel 2021	434,01
Art.91, c.4, l.b)	Risorse di cui all'art. 53, comma 2 CCNL 8/6/2000 dell'Area III con riferimento alla sola dirigenza PTA	-
Art.91, c.4, l.d)	Risorse derivanti dall'applicazione dell'articolo 43 della legge n. 449/1997 (incremento variabile ex art. 91, c.4, lett.d) CCNL 2000)	-
Art.91, c.4, l.e)	Quota di risparmi conseguiti e certificati in attuazione dell'articolo 16, commi 4, 5 e 6 del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98	-
	<b>Totale incrementi variabili ex art. 91, c. 4, lett.a), b), d), e)</b>	<b>434,01</b>
	<b>Prima quantificazione fondo 2022</b>	<b>181.597,03</b>
Art.91, c.9	Risorse residue del fondo di cui all'art. 90, stanziata a bilancio e certificate dagli organi di controllo, qualora non sia stato possibile utilizzarle integralmente nell'anno di riferimento (2022), le quali sono vincolate a retribuzione di risultato	-
	<b>Sub totale fondo</b>	<b>181.597,03</b>
	Risorse aggiuntive regionali 2022 ex Intesa Regionale 08/08/2022 - DGR 1208/2022 (escluse da applicazione limite ex art. 23, c. 2 D.Lgs.75/2017, come da Del.n. 40/2018/PAR Corte dei Conti, Sez. Controllo FVG)	84.504,16
	<b>Sub totale fondo con RAR</b>	<b>266.101,19</b>
	<b>Incrementi variabili (art. 91, c. 4 CCNL 2020)</b>	
Art.91, c.4, l.c)	Risorse di cui all'art. 52, comma 5, lett. b) del CCNL 8/6/2000 dell'Area III calcolate con riferimento al monte salari della dirigenza PTA (incremento variabile ex art. 91, c.4, lett.c) CCNL 2000)	13.191,17
Art.91, c.4, l.f)	Risorse previste da disposizioni di legge, coerenti con le finalità del presente fondo (valore 2022 liquidato fino a stip. 03/2023 - bilancio consuntivo 2022)	70.673,03
	<b>Totale incrementi variabili ex art. 91, c. 4, lett.c) e f)</b>	<b>83.864,20</b>
	Incremento fondo 2022 ex art. 11, c.1 DL 35/2019 convertito in L.60/2019	-
	<b>Totale fondo retribuzione di risultato e altri trattamenti accessori 2022</b>	<b>349.965,40</b>
	<b>Voci del fondo soggette a vincolo di spesa 2022 nel rispetto dell'art. 23, c. 2 D.Lgs.75/2017, tenuto conto dell'art. 11, c. 1, DL 35/2019 (c. 7 artt. 90 e 91 CCNL 2020)</b>	-434,01
	<b>Totale risorse utilizzabili fondo 2022</b>	<b>349.531,39</b>

fuori dal limite art. 23, c. 2 D.Lgs. 75/17

voci soggette a verifica limite art. 23, c. 2 D.Lgs. 75/17

fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17

fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17

fuori dal limite art. 23, c.2 D.Lgs. 75/17

# 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: MARILENA FRANCIOSO

CODICE FISCALE: FRNMLN57L54E098U

DATA FIRMA: 29/06/2023 19:03:46

IMPRONTA: 6E69EB6632845ECC643F5F74BC9154E7EA4546E4471251B986F3A3894B1C9960  
EA4546E4471251B986F3A3894B1C99604F65B515A0D45296A9CDCBF898C9B8D5  
4F65B515A0D45296A9CDCBF898C9B8D50ADC797943C4A898B1CB11019EB9362B  
0ADC797943C4A898B1CB11019EB9362B2524CB265261B3B83D736A44655F349E

NOME: ANDREA LONGANESI

CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T

DATA FIRMA: 30/06/2023 08:39:33

IMPRONTA: 6CBEEA4074B30543B68668130145ED623230D55BB142A1A6C9FC758FCACD0EB0  
3230D55BB142A1A6C9FC758FCACD0EB02BB47F75F482373F19ED5CAC8DB72BD8  
2BB47F75F482373F19ED5CAC8DB72BD8BC4D27DCB79B33AA986DD84DA8387180  
BC4D27DCB79B33AA986DD84DA83871808706EF53066B8675D150F69DA5A8C1C8

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 30/06/2023 09:08:44

IMPRONTA: 20BB8E4F7BAC5BE9983EF18FE579B49ACD3B8AAEF8315EE82B0C459A5370FD83  
CD3B8AAEF8315EE82B0C459A5370FD831184ABCA3B8D36E259FC36B884447FD9  
1184ABCA3B8D36E259FC36B884447FD983474360DD65AEDCC1D504F71993FC4E  
83474360DD65AEDCC1D504F71993FC4EBCF7B2BB35C58F7E3C7CAC228D2F6357

NOME: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 30/06/2023 10:59:14

IMPRONTA: 3BC195321F8E7E555DDB4AD0C62E64A440EF21A311F7E0C342C955F2610CF775  
40EF21A311F7E0C342C955F2610CF7755EDD807D82A7FC314C7985C3C992901A  
5EDD807D82A7FC314C7985C3C992901AC6536E6C5F7A31A8BF3F90D835D877D7  
C6536E6C5F7A31A8BF3F90D835D877D7E58F67C25295E8748D847ECF7E1EE4C8

## Valutazione del Progetto Complessivo Aziendale – Percentuali di raggiungimento degli obiettivi per Centro di Responsabilità (CDR) - SINTESI

LIV3 - Direzioni	% RAGGIUNGIMENTO
(1125) Direzione Amministrativa	98,44
(1126) Direzione dei Servizi Sociosanitari	100,00
(1127) Direzione Sanitaria	97,49
(3826) Direzione Generale	99,84
<b>Totale complessivo</b>	<b>97,68</b>

LIV7 – STRUTTURE - Centri di responsabilità (CDR)	% RAGGIUNGIMENTO
<b>(1125) Direzione Amministrativa</b>	<b>98,44</b>
<b>(140) Dipartimento Tecnico</b>	<b>97,96</b>
(1197) SC Gestione gare e contratti acquisizione lavori, beni e servizi - Area Isontina	94,44
(1198) SC Gestione patrimonio e tecnologie - Area Isontina	96,67
(1240) SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	99,87
(1320) SC Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio	93,11
(1340) SC Ingegneria Clinica	99,23
(1360) SC Informatica e Telecomunicazioni	99,66
<b>(6004) Dipartimento Amministrativo</b>	<b>99,17</b>
(1160) SC Gestione del Personale	100,00
(1180) SC Affari Generali e Legali ed Assicurazioni	100,00
(1200) SC Economico Finanziaria	95,83
(1201) SC Convenzioni, affari generali e ufficio legale - Area Isontina	100,00
(1202) SSD Libera professione - Area Isontina	100,00
(5313) SSD Convenzioni, rapporti con il terzo settore, acquisizione e valorizzazione immobiliare	100,00
<b>(1126) Direzione dei Servizi Sociosanitari</b>	<b>100,00</b>
(393) Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	100,00
(1190) SC Area Welfare di Comunità	100,00
(6001) Direzione dei Servizi Sociosanitari	100,00
<b>(1127) Direzione Sanitaria</b>	<b>97,49</b>
<b>(1207) Dipartimento di Assistenza Primaria (DAP) (Area Isontina)</b>	<b>98,89</b>
(741) Distretto Basso Isontino	100,00
(489) Distretto Alto Isontino	96,67
(1063) SSD Cure palliative (Area Isontina)	100,00
(1066) SC Neuropsichiatria infantile (ex AAS 2)	100,00
(1069) SC Età evolutiva, famiglia e disabilità (Area Isontina)	100,00

LIV7 – STRUTTURE - <b>Centri di responsabilità (CDR)</b>	% RAGGIUNGIMENTO
<b>(1361) Dipartimento di Prevenzione</b>	<b>100,00</b>
(1241) SSD Medicina legale - Area Isontina	100,00
(1242) SC Igiene e Sanità Pubblica - SS Igiene Ambientale - Area Isontina	100,00
(1401) Deontologia e Responsabilità Professionale	100,00
(441) SSD Medicina del Lavoro	100,00
(5299) Dipartimento di Prevenzione	100,00
(6043) SSD Sicurezza Impiantistica	100,00
(6044) SC Igiene e Sanità Pubblica	100,00
(6045) SC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	100,00
(6046) SC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	100,00
(6047) SC Sanità Animale	100,00
(6048) SC Igiene degli Alimenti di Origine Animale	100,00
(6049) SC Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche - Area Giuliana	100,00
(981) SC Centro Regionale Unico Amianto - CRUA	100,00
(1072) SC Servizio Professioni Sanitarie - Area Isontina	100,00
(1141) SC Farmacia Unica Aziendale	100,00
(1185) SC Epidemiologia, Risk Management, Qualità e Comunicazione	100,00
(1224) Servizio Riabilitativo Aziendale	100,00
(1225) SS Area delle classificazioni	100,00
(1363) SS Gestione Verifica Tempi di Attesa del Governo Clinico e...	100,00
(1400) SC Assistenza Farmaceutica	100,00
(3538) SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	100,00
<b>(5277) DAO - Presidio Ospedaliero di Cattinara e Maggiore</b>	<b>96,50</b>
<b>(1204) Strutture DAO - Presidio Ospedaliero di Cattinara e Maggiore</b>	<b>98,69</b>
(1380) SC Direzione Medica di Presidio	100,00
(3576) SC Medicina Legale (UCO)	95,30
<b>(5306) Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO) - Presidio Ospedaliero di Cattinara e Maggiore</b>	<b>100,00</b>
<b>(221) DAI Emergenza, Urgenza e Accettazione</b>	<b>94,79</b>
(1181) DAI Emergenza, Urgenza e Accettazione	95,00
(1701) SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	95,33
(2320) Complesso Operatorio	91,67
(2340) SC Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica (UCO)	93,79
(2360) SC Anestesia e Rianimazione	90,47
(3580) Day Surgery	100,00
(5266) SSD Anestesia e Rianimazione Cardiovascolare	100,00
(5267) SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e gestione delle urgenze territoriali	100,00
<b>(270) DAI Diagnostica per immagini</b>	<b>100,00</b>
(1980) SC Fisica Sanitaria	100,00
(2020) SC Medicina Nucleare	100,00
(2080) SC Radiologia diagnostica interventistica (UCO)	100,00
(2100) SC Radiologia	100,00
(3448) DAI Diagnostica per immagini	100,00



LIV7 – STRUTTURE - Centri di responsabilità (CDR)	% RAGGIUNGIMENTO
(3829) SSD Radiologia interventistica endovascolare	100,00
<b>(3420) DAI Chirurgia Specialistica</b>	<b>94,64</b>
(1640) SC Clinica Otorinolaringoiatrica (UCO)	92,31
(1660) SC Clinica di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia (UCO)	100,00
(1680) SC Clinica Oculistica (UCO)	92,86
(3396) SC Clinica di Chirurgia Plastica (UCO)	92,86
(3460) DAI Chirurgia Specialistica	100,00
<b>(3423) DIP di Medicina Trasfusionale</b>	<b>95,00</b>
(5279) SC Medicina Trasfusionale	95,00
<b>(5263) DAI Cardiotoracovascolare</b>	<b>96,70</b>
(1940) SC Pneumologia	97,22
(2260) SC CardioChirurgia	100,00
(2280) SC Cardiologia	100,00
(3428) SC Clinica di Chirurgia Vascolare (UCO)	92,86
(3429) SC Chirurgia Toracica	89,58
(464) DAI Cardiotoracovascolare	100,00
(5264) SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	97,37
<b>(5268) DAI Medicina</b>	<b>99,88</b>
(1800) SC Clinica Medica (UCO)	100,00
(1820) SC Medicina Clinica (UCO)	100,00
(1920) SC Nefrologia e Dialisi	100,00
(2140) SC Geriatria	100,00
(240) SC Medicina Interna	99,29
(462) DAI Medicina	100,00
<b>(5269) DAI Ematologia, Oncologia e Infettivologia</b>	<b>97,26</b>
(1760) SC Ematologia	98,20
(1840) SC Clinica Dermatologica (UCO)	87,08
(1880) SC Malattie Infettive	97,73
(2180) SC Oncologia	100,00
(2200) SC Radioterapia	99,83
(461) DAI Ematologia, Oncologia e Infettivologia	100,00
(5270) SC Centro Sociale Oncologico (CSO) - Oncologia Senologica e dell'Apparato riproduttivo Femminile (OSARF)	100,00
<b>(5272) DAI Chirurgia</b>	<b>90,29</b>
(1480) SC Clinica Chirurgica (UCO)	84,00
(1580) SC Clinica Urologica (UCO)	87,59
(2000) SC Gastroenterologia	85,80
(3426) SC Clinica Patologie del Fegato (UCO)	100,00
(3822) SSD Breast Unit	100,00
(465) DAI Chirurgia	100,00
<b>(5273) DAI Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lavoro</b>	<b>95,71</b>
(1540) SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	91,07
(1620) SC Neurochirurgia	83,33
(1860) SC (UCO) Clinica Neurologica	99,77
(1900) SC (UCO) Medicina Del Lavoro	100,00



LIV7 – STRUTTURE - <b>Centri di responsabilità (CDR)</b>	% RAGGIUNGIMENTO
(1960) SC Riabilitazione	100,00
(451) DAI Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lavoro	100,00
(5274) SSD Centro di Formazione e Ricerca per la prevenzione negli operatori del SSR	100,00
<b>(5275) DAI Medicina Servizi</b>	<b>97,32</b>
(3522) SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica	94,44
(3568) SC Microbiologia Virologia	100,00
(463) DAI Medicina dei Servizi	98,00
(5281) SC Igiene e Sanità pubblica	100,00
(5282) SC Laboratorio Unico Asugi	98,89
(5283) Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)	99,47
(1206) Strutture del Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)	100,00
<b>(452) Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)</b>	<b>100,00</b>
(5291) SC Gestione prestazioni sanitarie e progettazione ed attività socio-sanitarie	100,00
<b>(5284) Distretto 1</b>	<b>97,22</b>
(5293) Distretto 1	100,00
(6011) SC Tutela Salute Adulti e Anziani - D1	95,45
(6019) SC Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie - D1	98,38
(8001) SSD Servizio Infermieristico Distrettuale - D1	80,00
(8004) Servizi amministrativi - D1	100,00
(885) SSD Riabilitazione - D1	100,00
(894) SS Centro Diabetologico Distrettuale - D1	100,00
<b>(5285) Distretto 2</b>	<b>100,00</b>
(446) Distretto 2	100,00
(6012) SC Tutela Salute Adulti e Anziani - D2	100,00
(6021) SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne e Famiglie - D2	100,00
(6027) SSD Rete delle Cure Palliative - D2	100,00
(887) SSD Riabilitazione - D2	100,00
(896) SS Centro Diabetologico Distrettuale - D2	100,00
<b>(5286) Distretto 3</b>	<b>100,00</b>
(1136) Sanità Penitenziaria	100,00
(447) Distretto 3	100,00
(6013) SC Tutela Salute Adulti e Anziani - D3	100,00
(6022) SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne e Famiglie - D3	100,00
(8002) SSD Servizio Infermieristico Distrettuale - D3	100,00
(8006) Servizi amministrativi - D3	100,00
(891) SSD Riabilitazione - D3	100,00
(898) SS Centro Diabetologico Distrettuale - D3	100,00
<b>(5287) Distretto 4</b>	<b>100,00</b>
(448) Distretto 4	100,00
(6014) SC Tutela Salute Adulti e Anziani - D4	100,00
(6023) SC Tutela Bambini Adolescenti Donne e Famiglia - D4	100,00
(8007) Servizi amministrativi - D4	100,00
(889) SSD Riabilitazione - D4	100,00

LIV7 – STRUTTURE - Centri di responsabilità (CDR)	% RAGGIUNGIMENTO
(900) SS Centro Diabetologico Distrettuale - D4	100,00
<b>(5288) Dipartimento delle Dipendenze</b>	<b>100,00</b>
(5297) Dipartimento delle Dipendenze	100,00
<b>(5289) Dipartimento di Salute Mentale</b>	<b>100,00</b>
(449) Dipartimento di Salute Mentale	100,00
<b>(6111) DAO - Presidio Ospedaliero di Gorizia e Monfalcone</b>	<b>97,00</b>
<b>(1124) DIP Materno Infantile - Area Isontina</b>	<b>100,00</b>
(1196) DIP Materno Infantile - Area Isontina	100,00
(351) SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	100,00
(356) SC Pediatria (Gorizia-Monfalcone)	100,00
<b>(1210) DIP Chirurgico del Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone</b>	<b>94,49</b>
(1211) DIP Chirurgico del Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone	99,17
(343) SC Nefrologia e Dialisi (Gorizia-Monfalcone)	100,00
(345) SSD Odontostomatologia (Gorizia-Monfalcone)	100,00
(347) SC Urologia (Gorizia-Monfalcone)	87,50
(349) SC Chirurgia generale (Gorizia-Monfalcone)	93,33
(353) SC Oculistica (Gorizia-Monfalcone)	100,00
(354) SC Ortopedia e Traumatologia (Gorizia-Monfalcone)	93,18
(355) SC Otorinolaringoiatria (Gorizia-Monfalcone)	91,67
<b>(1212) DIP Medico del Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone</b>	<b>99,46</b>
(1213) DIP Medico del Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone	100,00
(342) SC Medicina Interna (Gorizia)	100,00
(344) SC Neurologia (Gorizia-Monfalcone)	100,00
(350) SSD Diabetologia (Gorizia-Monfalcone)	100,00
(352) SC Medicina Interna (Monfalcone)	100,00
(357) SC Riabilitazione (Gorizia-Monfalcone)	100,00
(621) SSD Pneumologia (Gorizia-Monfalcone)	100,00
(623) SC Oncologia (Gorizia-Monfalcone)	96,15
<b>(1214) DIP Emergenza del Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone</b>	<b>94,26</b>
(1215) DIP Emergenza del Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone	100,00
(327) SC Anestesia e Rianimazione (Gorizia)	84,33
(328) SC Cardiologia (Gorizia-Monfalcone)	99,41
(348) SC Anestesia e Rianimazione (Monfalcone)	93,33
(358) SC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza (Gorizia)	100,00
(942) SC Pronto Soccorso e Medicina Urgenza (Monfalcone)	95,75
<b>(1216) Direzioni del Presidio Ospedaliero di Gorizia-Monfalcone</b>	<b>98,72</b>
(1192) SC Direzione medica ospedaliera - Gorizia e Monfalcone	100,00
(1193) SC Direzione Amministrativa Unica di Presidio - Gorizia e Monfalcone	96,67
<b>(882) DIP Servizi diagnostici - Area Isontina</b>	<b>100,00</b>
(624) SC Radiologia (Gorizia-Monfalcone)	100,00

LIV7 – STRUTTURE - <b>Centri di responsabilità (CDR)</b>	% RAGGIUNGIMENTO
<b>(3826) Direzione Generale</b>	<b>99,84</b>
(1221) Strutture della Direzione Generale	99,84
(3100) Ufficio di Segreteria della Direzione Strategica ASUGI	100,00
(3437) SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	98,57
(6002) SC Staff, innovazione, sviluppo organizzativo e formazione	100,00
(6007) Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa (CREUS)	100,00
(7001) SC Programmazione e Controllo di Gestione	100,00
(7002) SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	100,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>97,68</b>

# 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: MARILENA FRANCIOSO

CODICE FISCALE: FRNMLN57L54E098U

DATA FIRMA: 29/06/2023 19:03:49

IMPRONTA: 1B11AF68C7F3DB03AD835A6E854ADB37227B0BB54610E16CD7CB9003E3683B08  
227B0BB54610E16CD7CB9003E3683B08B8E504AB0510EC1186AFDFDC7AA3470D  
B8E504AB0510EC1186AFDFDC7AA3470D0646B3AF5F9D1481F833137E52C7B935  
0646B3AF5F9D1481F833137E52C7B935B4F2A4925FDAA4AB8370A43EB8F5FD02

NOME: ANDREA LONGANESI

CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T

DATA FIRMA: 30/06/2023 08:39:36

IMPRONTA: 798C2A1B8E7105D57E445CB3085C8278C213FE2C87AEAC4E4B79E0480BE83E6A  
C213FE2C87AEAC4E4B79E0480BE83E6A3B6E0B66C526C42DAB4CC739E54287E5  
3B6E0B66C526C42DAB4CC739E54287E503B58B81055B7C5FAA31BC8F190FE9B5  
03B58B81055B7C5FAA31BC8F190FE9B5AEA4509DC963DD78CB8C7092DDD560D3

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 30/06/2023 09:08:46

IMPRONTA: 502D82BF1B3B470EEE9B992CE760FBAF95334779D2EACF9F898B78CF67F997CD  
95334779D2EACF9F898B78CF67F997CDCC06C89B8AB7FE46DC0518F26FDF8BAE  
CC06C89B8AB7FE46DC0518F26FDF8BAE4E04C7C2CA51B057BADFA84474ED40D4  
4E04C7C2CA51B057BADFA84474ED40D4E04479E166C67F99202067267CA6CDAC

NOME: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 30/06/2023 10:59:17

IMPRONTA: 1921FD39559E0DBC2F53B453D5CCD3EEDDF69611BDB6947B18F015943E401CE  
EDDF69611BDB6947B18F015943E401CEB7B92D85A9DF8E85B9D9C147DC77D250  
B7B92D85A9DF8E85B9D9C147DC77D250D57CEB8C8C73A1E015D0DFF57A398BB0  
D57CEB8C8C73A1E015D0DFF57A398BB01E2055FD730323588E406062873349C9