

P.A. 2022

e

Bilancio di Previsione 2022

dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Sommario	2
1. Premessa	3
2. Le linee progettuali 2022	5
3. Descrizione del contesto, dati di attività e indicatori di programmazione	64
4. Piano recupero liste d'attesa	108
5. Le regole gestionali	123
6. Relazione al Bilancio di previsione 2022	130
7. Relazione descrittiva manovra del personale 2022	137
8. La formazione	142
9. Integrazione con il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2024	146

1. PREMESSA

La riforma del Servizio Sanitario Regione Friuli Venezia Giulia ha portato all'inizio del 2020 alla costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) come fusione delle aziende operanti nei territori coincidenti con le provincie di Trieste e Gorizia, area giuliana e area isontina. La ridefinizione degli ambiti territoriali ed aziendali ha determinato una modifica radicale del sistema sanitario locale sia sul fronte dell'organizzazione che degli aspetti connessi all'erogazione dei servizi ai cittadini.

Il percorso di **integrazione** in termini organizzativi è tuttora in corso di definizione e nel 2022 si prevede la ridefinizione del assetto organizzativo aziendale attraverso l'adozione del nuovo atto aziendale.

Tutto ciò, tuttavia, ha coinciso di fatto con l'insorgere e il perdurare dello stato di emergenza conseguente alla diffusione della **pandemia da SARS COV-2**, i cui effetti hanno inciso sensibilmente sulla salute dei cittadini e influenzato pesantemente la programmazione sanitaria che socio-sanitaria degli ultimi due anni trascorsi.

È motivata la preoccupazione sullo stato di salute dei cittadini e delle comunità locali esposti all'emergenza epidemiologica, e in particolare sul mancato ricorso ai servizi di prevenzione, cura e riabilitazione. Una sfida da affrontare riguarda la capacità di intercettare il bisogno inespresso e la conseguenza domanda, la quale andrà intercettata e soddisfatta con una nuova capacità di offerta in termini di servizi specialistici e di prossimità, di presa in carico e continuità nell'assistenza. Grande attenzione viene posta infatti al 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**).

L'emergenza sanitaria ha confermato e accentuato il bisogno di una presa in carico globale e multidimensionale delle persone, in particolar modo quando riconducibili a situazioni di fragilità. È evidente la necessità di rendere maggiormente efficaci le strategie e i modelli di risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza domiciliare conseguente sia agli esiti dell'emergenza epidemiologica, ma anche al graduale riavvio delle attività ordinarie di assistenza territoriale, nonché al significativo rallentamento della capacità di risposta delle strutture residenziali, in particolare di quelle destinate all'accoglimento di anziani non autosufficienti.

In tale prospettiva di azione e di contesto assume importanza strategica il progressivo sviluppo del sistema di assistenza territoriale secondo le linee strategiche e programmatiche indicate dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** presentato dal Governo e approvato dall'Unione Europea nell'anno 2021. Le linee di sviluppo del sistema si presentano, peraltro, ancora in corso di progressiva definizione, sia in termini di risorse che di modalità implementativa.

La D.G.R. 1446/2021 (*"LR 22/2019. Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale"*), come rettificata dalla successiva D.G.R. n. 1965/2021, enuclea i principi riorganizzativi generali a cui gli enti devono dare concreta e progressiva attuazione nella necessaria attività di cambiamento organizzativo, fermo restando che il cambiamento delle attuali strutture organizzative degli enti potrà concretamente definirsi solo dopo che i nuovi standard e i criteri organizzativi saranno disponibili e che sulla base degli stessi sarà operabile una adeguata redistribuzione delle risorse, soprattutto umane, rispetto alle nuove strutture organizzative

richieste. La costruzione del modello previsto dalla L.R. 22/2019, delineato nel PNRR, recepito e dettagliato nelle predette D.G.R. e che trova riscontro nella proposta di Atto Aziendale di ASUGI, deve essere accompagnata non solo dal rafforzamento delle risorse umane dedicate, ma anche e anzitutto dalla razionalizzazione e progressiva maggiore uniformità dei protocolli aziendali di presa in carico integrata sul territorio, nonché da una corrispondente ipotesi (ri)organizzativa e operativa di integrazione tra sistemi informativi e processi, funzionali a tale assetto imperniato sulla Casa della Comunità come riferimento sul territorio e sulla Centrale Operativa Territoriale come strumento dell'integrazione tra professionisti e setting di cura, ivi compreso il domicilio, che della cura deve costituire il luogo privilegiato.

Anche nel corso del 2022 ASUGI procederà nella piena attuazione dei contenuti del Programma operativo per la gestione dell'emergenza dal COVID-19 e nell'adozione di 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 sarà 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 (tra cui le *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19* del 10 marzo 2021) assicurando la somministrazione sulla base delle indicazioni ricevute sia per quanto riguarda le categorie individuate che le modalità operative

In questo contesto risulta necessario procedere nel consolidamento dell'avviato percorso di potenziamento della rete ospedaliera e dell'assistenza territoriale con l'innovazione dei servizi territoriali e dei sistemi di presa in carico dei cittadini con problemi di salute e dei soggetti fragili, in coerenza con quanto previsto dalla LR 22/2019 anche al fine di perseguire e rilanciare l'obiettivo strategico regionale di prevenire e ridurre l'istituzionalizzazione e favorire la permanenza delle persone nel proprio contesto di vita.

In attuazione di quanto disposto dall'articolo 17 della LR 18 maggio 2020, n. 9, la DGR 10 luglio 2020, n. 1028 "Linee guida per l'adozione dei piani territoriali per la riorganizzazione e gestione in sicurezza dei servizi e degli interventi per la disabilità dal rischio di contagio da COVID-19" ha fornito gli indirizzi per la stesura dei piani territoriali per la riorganizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi, relativi all'offerta sociosanitaria territoriale per la disabilità, finalizzati a garantire da un lato la continuità della presa in carico delle persone con disabilità e dall'altro l'attuazione delle misure volte alla prevenzione e al contrasto del rischio di contagio.

2. LE LINEE PROGETTUALI 2022

Le linee per la gestione per l'anno 2022 proseguono sulla traccia delineata per il precedente anno 2021 perseguendo uno sviluppo delle attività sanitarie e socio sanitarie in continuità con la precedente programmazione, in un contesto organizzativo e gestionale di cambiamento compatibilmente con le azioni intraprese per fronteggiare la pandemia.

Vengono introdotti elementi innovativi nella programmazione 2022, declinati in OBIETTIVI STRATEGICI E A GESTIONE PRIORITARIA, e già accennati in premessa:

- A. Gestione dell'emergenza Covid
- B. Reti cliniche e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali
- C. Liste d'attesa e governo della domanda di servizi sanitari extraregionali
- D. Nuova definizione delle funzioni, riorganizzazione e sviluppo territoriale in attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza
- E. Indicatori d'attività e di esito e obiettivi d'assistenza

Vi sono poi le linee progettuali ordinarie, ATTIVITÀ E OBIETTIVI DI ESERCIZIO E MANTENIMENTO che devono essere mantenute o sviluppate in rapporto agli obblighi conseguenti all'applicazione della normativa nazionale e regionale, anche ai fini della garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Grande attenzione verrà posta alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e alla verifica degli esiti di salute della popolazione assistita anche attraverso il monitoraggio di precisi indicatori, che rientrano da anni nella programmazione regionale e aziendale e che fanno capo al metodo Bersaglio del MeS, Sant'Anna di Pisa, e al Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas. Oltre a questi per l'anno 2022, verranno analizzati gli indicatori che si riferiscono al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), e in particolare quelli rientranti nel gruppo "Core", in grado di misurare le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza. Per gli indicatori l'obiettivo minimo da conseguire nell'anno 2022 è costituito dal valore migliore tra i due valori di riferimento disponibili e confrontabili: quello storico registrato dall'Ente nell'anno 2019 e il valore standard nazionale per l'anno 2022.

LINEE PROGETTUALI

OBIETTIVI STRATEGICI O A GESTIONE PRIORITARIA

A.	GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID
B.	RETI CLINICHE E PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI
B.1	Rete oncologica regionale
B.1.1	Oncologia di precisione e adeguamento alla normativa nazionale
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore
C	LISTE D'ATTESA E GOVERNO DELLA DOMANDA DI SERVIZI SANITARI EXTRAREGIONALI
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento delle attività, monitoraggio e governo regionale
C.2.1	Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa
C.2.3	Monitoraggio stato delle attività di prenotazione delle prestazioni
D	NUOVA DEFINIZIONE DELLE FUNZIONI, RIORGANIZZAZIONE E SVILUPPO TERRITORIALE IN ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
D.4	Revisione e uniformazione dei modelli organizzativi e dei protocolli di presa in carico integrata e di svolgimento dell'assistenza domiciliare
E	INDICATORI D'ATTIVITÀ E DI ESITO E OBIETTIVI D'ASSISTENZA
E.1	Indicatori LEA - CORE
E.2.1	Area perinatale
E.2.2	Rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse per la Prevenzione collettiva e sanità pubblica

ATTIVITÀ E OBIETTIVI DI ESERCIZIO E MANTENIMENTO

1	1 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA
1.1.2	Governance del Piano regionale della prevenzione e programmi
1.1.3	Realizzazione delle attività dei Programmi del Piano regionale della Prevenzione
1.2	Screening Cervice Uterina
1.2	Screening Colon Retto
1.2	Screening Mammografico
1.2	Supporto logistico attività di screening
1.3	Rete HPH - ARCS
1.3	Rete HPH - Aziende
1.4	Uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria
2	2 ASSISTENZA TERRITORIALE
2.1	Assistenza primaria
2.2	Disturbi dello Spettro Autistico
2.3	Disturbi del comportamento alimentare (DCA)
2.4	Sanità penitenziaria
2.5	Progettualità Cassa AMMENDE, presa in carico delle persone in esecuzione penale
2.6	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)
2.7	Salute mentale
2.8	Odontoiatria pubblica
2.9	Emergenza urgenza territoriale
3	3 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA
3.1	Non autosufficienza
3.2	Anziani
3.3	Disabilità
3.4	Minori
3.5	Salute mentale
3.6	Dipendenze
3.7	Integrazione con la programmazione sociale

3.8	Area Welfare
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria
3.10	Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile
4	4 ASSISTENZA OSPEDALIERA
4.1.1	Indicatori di attività ospedaliera
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza
4.2	Trapianti e donazioni
4.3	Infertilità
4.4	Percorso nascita
4.5	Pediatria
4.6	Sangue ed emocomponenti
5	5 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E ACCREDITAMENTO
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG
5.2	Accreditamento
6	6 ASSISTENZA FARMACEUTICA E INTEGRATIVA
6.1	Tetti di spesa farmaceutica
6.2	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva
6.3	Appropriatezza prescrittiva – indicatori in ambito territoriale
6.4	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari
6.5	Gestione delle terapie con ormone della crescita
6.6	Attività centralizzate – ARCS
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica
6.9	Assistenza integrativa
6,9	Farmacovigilanza
7	7 SISTEMA INFORMATIVO E PRIVACY
7.1	PNRR - Digitalizzazione
7.2	Sistema informativo dei distretti
7.3	Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato
7.4	Sistema informativo clinico
7.5	Rinnovo sistemi informativi
7.6	Ricetta dematerializzata
7.7	Sicurezza asset informatici
7.8	Privacy in Sanità
7.9	PACS
8	8 FLUSSI INFORMATIVI
9	9 GLI INVESTIMENTI
9.1	Progettualità PNRR
9.2	Piano per la riorganizzazione e potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID
9.5.2	Investimenti
9.5.4	Attività di vigilanza e controllo su investimenti e patrimonio immobiliare degli Enti
9.5.5	Analisi HTA sulla dislocazione delle Unità Farmaci Antineoplastici (UFA)
10	10 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
10.1.1	Costi del personale e politiche assunzionali
10.3.2.1	Il Piano della formazione regionale
10.3.2.2	La Relazione annuale regionale
10.3.3	Formazione manageriale e formazione specialistica, tecnico-amministrativa
	Linee specifiche aziendali
AZ1	Centro Regionale Amianto

LINEE PROGETTUALI

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di ASSISTENZA TERRITORIALE	<p><i>Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale.</i></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di ASSISTENZA TERRITORIALE	<p><i>Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale.</i></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di ASSISTENZA TERRITORIALE	<p><i>Assicurare la realizzazione del piano regionale di assistenza territoriale.</i></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento dell'Assistenza domiciliare - Attività delle USCA - Avvio delle Centrali operative territoriali - Sorveglianza della circolazione SARS COV2 	31/10/2022 (3 trimestre)

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			(contact tracing e notifiche) - Utilizzo personale	
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	<p><i>Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera.</i></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	<p><i>Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera.</i></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)
A.	Gestione dell'emergenza Covid	Attuazione del Piano regionale di POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA	<p><i>Assicurare la realizzazione del piano regionale di potenziamento della rete ospedaliera.</i></p> <p>Assicurare la rendicontazione dello stato di avanzamento in uno specifico paragrafo in occasione nei rendiconti periodici sull'andamento</p>	31/10/2022 (3 trimestre)

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			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	
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
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
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.
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%
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
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%

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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%
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
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%
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
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
C.1	Attività degli Enti: azioni di miglioramento	a) Ricognizione da parte degli Enti dell'organizzazione e attuale svolgimento delle attività così	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 31/03/2022 da parte	31/03/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
	delle attività, monitoraggio e governo regionale	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	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;	
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	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
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 <i>supra</i> 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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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	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
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
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	> =90% per tipologia prestazione

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			priorità B (breve) eseguite entro 10 giorni	
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
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 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
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione e delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa	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: 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	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 < 20 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 (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 secondo mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)	>= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15% (escluse prestazioni 2019 con volume < 20) se volume non raggiunto >= 90% per specifica prestazione

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione e 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) 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 rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal secondo mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)</p>	<p>>= volumi 2019 (per periodo di pari durata) - 15%</p> <p>se volume non raggiunto >= 90% per specifico intervento</p>
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	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.	31/05/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
		assistenziale nonché delle caratteristiche operative programmate e delle modalità di funzionamento e utilizzo delle Centrali Operative Territoriali.		
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 medicina generale) dell'attività svolta negli anni 2019 (ultimo anno "ordinario", prepandemico) 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.	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.	31/05/2022
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	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).	entro 31/05/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
		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.		
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) elabora un dettagliato documento con il quale si dà conto del piano di attività 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 socio-sanitari 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).	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 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 socio-sanitari di programmata erogabilità, le tipologie di risorse, umane e materiali, di programmata messa a disposizione e impiego.	31/05/2022
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
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
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	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022
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
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
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
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
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	P15Cc Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
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
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
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
E.1	Indicatori LEA - CORE	Mantenere/migliorare i valori degli indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
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%
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%
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
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 ^a e 2 ^a dose)	> valore 2019
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: (40%)	40%
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
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
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'accoglimento dell'utenza e lo stazionamento della segreteria dell'unità mobile con un tempo massimo di adeguamento, ove ciò si	31/12/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			rendesse necessario, di 24 ore.	
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
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
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 effettuati nel 2021 entro il 31 dicembre 2022, senza compromettere l'attività ordinaria di screening prevista.	100% recupero inviti entro 31/12/22
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
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%
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%
1.2	Screening Cervice Uterina	6. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	% di casi in cui l'appuntamento per la colposcopia di II livello viene dato entro 20 giorni	>= 85%

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			lavorativi dal referto positivo del primo livello	
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 colposcopia	>=85%
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
1.2	Screening Mammografico	2. Garantire la massima qualità dell'esame di approfondimenti mediante l'impiego di personale medico altamente specializzato	% degli esami di approfondimento diagnostico eseguiti dai radiologi formati	100%
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
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
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	>=80%
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	>= 95%
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%
1.2	Screening Mammografico	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato	>= 85%
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).	>= 60% della popolazione convocata

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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	> = 95%
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	> = 90%
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	> = 85%
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 trimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 31/5/2022 (1 quadrimestre)
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 trimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 30/9/2022 (2 quadrimestre)
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 trimestrali ad ARCS (entro 31/5, 30/9 e 31/1)	entro 31/1/2023 (3 quadrimestre)
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
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
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	entro 31/12/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			della salute del paziente raccolti	
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
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
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
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
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
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;	entro 31/01/2023

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			- il dettaglio delle attività eseguite su: - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, 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%
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
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%
1.5	Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria	ANAGRAFE OVI COPRINA Attuazione dei controlli come da indirizzi LEA Ministeriali	% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali	3%
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
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%

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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 incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale	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
2.1	Assistenza primaria	Sistemi di valutazione MMG	Le aziende acquisiscono ed elaborano Aziende 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
2.1	Assistenza primaria	Definizione fondi	Le Aziende effettuano la ricognizione dei fondi costituiti secondo le indicazioni degli ACN e AIR e trasmettono le relative risultanze alla DCS entro il 30.04.2022	30/04/2022
2.1	Assistenza primaria	Revisione dell'assetto organizzativo del servizio di continuità assistenziale	Entro il 30.06.2022 ASUGI, ASUIUD e ASFO trasmettono alla DCS i provvedimenti aziendali recanti il Regolamento sull'Organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale	30/06/2022
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
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
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	31/12/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			diagnosi; - composizione equipe funzionale multidisciplinare al dicembre 2022 ed eventuali variazioni nel corso dell'anno (rif. DGR 668/2017).	
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
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
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
2.5	Progettualità Cassa AMMENDE, 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
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
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	entro 45 gg applicazione misura sicurezza

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			Salute, Politiche Sociali e Disabilità	
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
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
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
2.8	Odontoiatria pubblica	Ogni centro erogatore deve fornire le prestazioni/anno;	n° prestazioni/anno erogate da ogni centro erogatore;	1400 prestazioni / anno
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
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
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
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
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
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
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)

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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)
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)
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)
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
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
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	31/10/2022
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
3.1	Non autosufficienza	<p>RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA)</p> <p>Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
3.1	Non autosufficienza	<p>RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI (PUA)</p> <p>Implementare l'integrazione socio sanitaria (sistema sociale e sistema sanitario, anche con l'eventuale collaborazione delle ASP) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; 	N° attività formative congiunte in tema di progetti personalizzati	almeno 1 attività formativa
3.1	Non autosufficienza	<p>SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO A SUPPORTO DELLA PRESA IN CARICO</p> <p>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.</p>	Evidenza del documento entro il 31.12.2022	31/12/2022
3.2	Anziani	<p>AVVIO SPERIMENTAZIONE DOMICILIARITA' COMUNITARIA</p> <p>Avviare la sperimentazione relativa alla domiciliarità comunitaria.</p>	Le Aziende hanno emanato appositi avvisi relativi al percorso di co-programmazione entro 31.12.22	31/12/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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 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 programmati, i soggetti coinvolti e i risultati attesi;	31/12/2022
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
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
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
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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	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
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	100%
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	100%
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	100%
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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	% minore accolti in struttura per i quali viene effettuata la valutazione multidimensionale	100%
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	% dei minori valutati che dispongono del relativo profilo di bisogno così come indicato nelle linee di indirizzo	100%
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	% dei minori accolti nelle strutture residenziali e semi-residenziali che dispongono di un progetto personalizzato per la presa in carica integrata	100%

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
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
3.5	Salute mentale	Mantenimento utilizzo dello strumento HONOS nell'attività ordinaria e miglioramento dell'attività di valutazione degli esiti e del grado di efficacia dello strumento del Budget di Salute	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 Terzo Settore, degli esiti e del grado di	31/12/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			efficacia dello strumento del Budget di Salute.	
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
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 31.12.21 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
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
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	1.2. Attivazione budget di salute ad esaurimento delle risorse dedicate	31/12/2022
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
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. 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 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	entro 30/06/2022
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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	entro 30/06/2022
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
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	entro 30/06/2022
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 sociosanitari o il Direttore Generale trasmette alla DCS e ad ARCS entro il 31/12 una bozza di protocollo operativo	entro 31/12/2022
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Rilasciare e gestire il portale della disabilità	Portale rilasciato e mantenuto	31/12/2022
3.8	Area Welfare	AREA WELFARE 2022 Sperimentare i profili Q-VAD	Profili Q-VAD sperimentati	31/12/2022
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
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
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
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
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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 psicossociale 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
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
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria	ADOZIONE Definizione di una ricerca sulle buone prassi nell'accompagnamento alla post adozione e al supporto che ricevono le famiglie nel tempo fino al compimento della maggiore età dei figli	Predisposizione del disegno di ricerca	31/12/2022
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria	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
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria	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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
3.9	Consultori familiari - attività sociosanitaria	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
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.	n° corsi realizzati entro il 31.12.2022.	2 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)
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 UN corso per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria	n° corsi realizzati entro il 31.12.2022.	1 per azienda (ASFO, ASUFC, ASUGI)
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
4.1.1	Indicatori di attività ospedaliera	Urgenze ortopediche	% Fratture operate entro le 48h (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio	> = 70%
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	% 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)	> =80% spoke
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	% dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde (hub) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)	> = 65% hub
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	% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (spoke) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	> = 85% spoke
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	% di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	> = 75% hub
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
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	> = 50%

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			formati/n. totale operatori PS. Standard	
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%
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.
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%
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%
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%
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Follow up post STEMI o NSTEMI a 1 anno	% 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%
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 coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia che hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata	100%

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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%
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)
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%
4.2	Trapianti e donazioni	Migliorare la comunicazione con i cittadini	Inserimento nella pagina web di ciascuna Azienda delle informazioni per facilitare gli assistiti in merito a: o Deposizione Dichiarazioni di volontà alla donazione o Donazione di sangue ed emoderivati o Donazione Cellule Staminali o Donazione di organi o Donazione di tessuti o Donazione di sangue cordonale	31/12/2022
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%
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	entro 30/06/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			farmaci galenici secondo i principi definiti con l'ASUGI	
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
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
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
4.6	Sangue ed emocomponenti	Appropriatezza	Attivazione audit nelle strutture con livelli di appropriatezza inferiori alla media dipartimentale.	31/12/2022
4.6	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	% reparti in cui è utilizzata la prescrizione trasfusionale informatizzata (EMOWARD)	> = 90%
4.6	Sangue ed emocomponenti	Sicurezza	Relazione sulla fattibilità di utilizzo di 'sistemi barriera' per la trasfusione al letto del paziente	31/12/2022
4.6	Sangue ed emocomponenti	Governo clinico	Linee guida condivise regionali sulla trasfusione.	31/12/2022
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)
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
5.1	Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Lotta alle resistenze antibiotiche	Revisione del documento sulla sorveglianza dei microrganismi sentinella.	31/12/2022
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
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
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
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'accREDITamento.	31/12/2022
5.2	Accreditamento	Partecipazione al programma di accREDITamento nazionale degli organismi tecnicamente accREDITanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accREDITamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas	31/12/2022
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
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	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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
		limite massimo di spesa pari allo 0,2%.		
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%
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> <ul style="list-style-type: none"> - <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 scompenso, diabete, BPCO etc.); - <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>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> <ul style="list-style-type: none"> - Obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato; - 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>Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)</p>	30/09/2023 (1 semestre)

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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: - 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.); - 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.) Gli obiettivi possono essere anche trasversali su entrambi i setting	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 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). Modalità di valutazione: Report inviati nei termini: sì/no (peso 30%) Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 70%)	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)
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
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%

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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)
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).	15/04/2023 (2 semestre e sintesi annuale)

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			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%)	
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: sì/no	31/07/2022 (1 semestre)
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: sì/no	28/2/2023 (2 semestre)
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: sì/no (peso 30%) report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	entro 31/03/2022
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: sì/no (peso 30%)	entro 31/12/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			report inviato entro i termini: sì/no (peso 70%)	
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 formalizzazione e rendicontazione degli esiti delle attività di coordinamento svolta e di definizione di criteri e parametri di allineamento delle giacenze.	entro 30/06/2022
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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)
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)
6.7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali	Definizione, nell'ambito di gruppi multidisciplinari, di percorsi di appropriatezza prescrittiva aziendali/interaziendali 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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>REGISTRI AIFA FARMACI INNOVATIVI E RECUPERO RIMBORSI</p> <p>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 garantirne 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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Indicatore: -Monitoraggi/controlli periodici 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</p> <p>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</p>	<p>inserimento del 100% dei casi e del 100% delle dispensazioni nel registro</p>
6.8	Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica	<p>FARMACI ALTO COSTO IN EROGAZIONE OSPEDALIERA</p> <p>Per tutti i medicinali innovativi (oncologici e non) e per i farmaci alto costo infusionali inseriti nelle Tabelle B1 e B2 del Accordo interregionale per la mobilità sanitaria gli Enti assicureranno l'inserimento della residenza del paziente all'atto dell'erogazione/somministrazione</p>	<p>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.</p> <p>Modalità di valutazione: Target rilevati dalla DCS. - dato residenza / spesa > 90%: raggiunto</p>	<p>Rilevazione della spesa di competenza (ente erogante) con copertura del dato della AS di residenza > 90%</p>

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
		. Un tanto al fine di assicurare la completezza dei dati per la mobilità interregionale	- dato residenza /spesa tra 85% e 90%: parzialmente raggiunto - dato residenza/spesa < 85%: non raggiunto	
6.9	Farmacovigilanza	<p>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*.</p> <p>* sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>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).</p> <p>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.</p>	rilevazione % ADR da farmaci (gravi) 2022 vs 2021
6.9	Farmacovigilanza	<p>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*.</p> <p>* sono attualmente coinvolti in progetti di FV i reparti di PS e dip. di prevenzione</p>	<p>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).</p> <p>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.</p>	<p>- 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"</p>

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Costituzione gruppo di lavoro regionale per coordinare i progetti del PNRR sul tema della digitalizzazione	% Partecipazione alle riunioni convocate.	> = 90%
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
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 1 Investimento 1.2 – TELEMEDICINA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.1. - DIGITALIZZAZIONE OSPEDALI DEA DI I E II LIVELLO.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 6 "Salute" Componente 2 Investimento 1.3. – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 1 Componente 2 Investimento 3 - PIANO SANITÀ CONNESSA.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022
7.1	PNRR - Digitalizzazione	Missione 1 Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione – Progetti con destinatari enti del SSN.	Attuazione secondo cronoprogramma PNRR.	31/12/2022
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
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%
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
7.2	Sistema informativo dei distretti	Avviamento VALGRAF residenziale e registro unico.	Avviamento entro il 31/12/2022.	31/12/2022
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
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%
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
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
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
7.4	Sistema informativo clinico	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	% partecipazione alle riunioni convocate	> = 90%
7.4	Sistema informativo clinico	Raccolta requisiti funzionali del nuovo sistema informativo clinico.	Validazione raccolta requisiti entro 30/06/2022.	30/06/2022
7.4	Sistema informativo clinico	Definizione piano con modalità e cronoprogramma degli avviamenti.	Documento validato entro 31/12/2022.	31/12/2022
7.5	Rinnovo sistemi informativi	Avviamento nuovo sistema informativo delle Dipendenze GEDI	Avviamento entro il 30/06/2022	30/06/2022
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%
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
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
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

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
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
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
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
7.9	PACS	Referto multimediale e refertatore vocale	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	31/12/2022
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
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, 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	31/07/2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			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
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
8	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	% delle schede di morte inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	>=98%
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
8	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	ASUGI: % delle schede di morte del 2018 inserite entro il 31.12.2022	100%
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
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
10.1.1	Costi del personale e politiche assunzionali	Funzioni di pediatria e ostetricia	Conclusione degli scorpori e trasferimento delle attività	31/12/2022
10.3.2.1	Il Piano della formazione regionale	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno alla trasmissione del Piano alla DCS entro il 31 marzo 2022	31/03/2022
10.3.2.1	Il Piano della formazione regionale	Piano della Formazione Regionale	Le aziende provvederanno all'eventuale aggiornamento del Piano entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano	entro 30 gg

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso/ indicatore	target
			della Formazione Regionale (PFR)	
10.3.2.2	La Relazione annuale regionale	Relazione annuale regionale	I provider regionali provvederanno alla redazione ed invio della Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.	31/05/2022
AZ1	Centro Regionale Amianto	Funzioni di sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Invio alla Direzione Centrale Salute - Commissione regionale amianto richieste di iscrizione al registro regionale amianto	31/12/2022
AZ1	Centro Regionale Amianto	Funzioni di sorveglianza sanitaria ex esposti amianto	Garantire la sorveglianza sanitaria entro 30gg in entrambi gli ambulatori di Palmanova e Monfalcone	31/12/2022
AZ1	Centro Regionale Amianto	Svolgere i corsi informativi / formativi richiesti dalle singole aziende sanitarie	Relazionare sui corsi svolti	31/12/2022

3. DESCRIZIONE DEL CONTESTO, DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI DI PROGRAMMAZIONE

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

a) Area Giuliana (corrispondente alla Provincia di Trieste) – superficie totale di 212,5 kmq ed una popolazione residente di 230.689 abitanti (dati ISTAT al 01/01/2021). Comprende i seguenti comuni: Duino-Aurisina/Devin Nabrezina, Monrupino/Repentabor, Muggia, San Dorligo della Valle-Dolina, Sgonico/Zgonik, Trieste;

b) Area Isontina (corrispondente alla Provincia di Gorizia) – superficie di 475,4 kmq e 139.070 abitanti rilevati al 01/01/2021. Comprende i seguenti comuni: Capriva del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago/Doberdò, 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/Števerjan, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo/Sovodnje ob Soci, Staranzano, Turriaco, Villesse.

Popolazione ASUGI al 01/01 Comune di Residenza	2020	2021		Var. % 21/20	Sup. kmq	Densità abitativa	
	totale	maschi	femmine				totale
Gorizia	137.795	68.735	70.335	139.070	0,90%	475,4	292,8
Trieste	231.445	110.976	119.713	230.689	-0,30%	212,5	1097,8
Trieste							
Duino Aurisina-Devin Nabrežina	8.321	4.033	4.340	8.373	0,60%	45,3	185,9
Monrupino-Repentabor	859	427	430	857	-0,20%	12,6	68,4
Muggia	12.934	6.252	6.714	12.966	0,20%	13,9	939,4
San Dorligo della Valle-Dolina	5.722	2.939	2.893	5.832	1,90%	24,2	235,7
Sgonico-Zgonik	1.996	1.027	1.025	2.052	2,80%	31,4	64,6
Trieste	201.613	96.298	104.311	200.609	-0,50%	85,1	2388,1
Gorizia							
Capriva del Friuli	1.644	782	840	1.622	-1,30%	6,3	259,7
Cormons	7.162	3.437	3.813	7.250	1,20%	35,1	208
Doberdò del Lago-Doberdob	1.350	636	704	1.340	-0,70%	27,1	49,9
Dolegna del Collio	328	174	151	325	-0,90%	12,9	25,6
Farra d'Isonzo	1.662	834	864	1.698	2,20%	10,3	163,3
Fogliano Redipuglia	2.986	1.439	1.538	2.977	-0,30%	7,9	383,6
Gorizia	33.569	16.528	17.559	34.087	1,50%	41,3	824,8
Gradisca d'Isonzo	6.385	3.034	3.339	6.373	-0,20%	11,2	571,7
Grado	8.065	3.805	4.154	7.959	-1,30%	119,5	67,4
Mariano del Friuli	1.485	736	739	1.475	-0,70%	8,6	171,9
Medea	978	484	481	965	-1,30%	7,4	132,8
Monfalcone	28.290	15.157	14.076	29.233	3,30%	20,6	1395,8
Moraro	713	343	350	693	-2,80%	3,6	199,1
Mossa	1.555	726	799	1.525	-1,90%	6,2	250,1
Romans d'Isonzo	3.709	1.833	1.873	3.706	-0,10%	15,5	239
Ronchi dei Legionari	11.811	5.821	6.030	11.851	0,30%	17,1	697,7
Sagrado	2.166	1.050	1.105	2.155	-0,50%	13,9	156,5
San Canzian d'Isonzo	6.129	3.022	3.088	6.110	-0,30%	33,9	182
San Floriano del Collio-Števerjan	756	373	374	747	-1,20%	10,6	71
San Lorenzo Isontino	1.540	765	753	1.518	-1,40%	4,4	349
San Pier d'Isonzo	1.998	1.007	970	1.977	-1,10%	9	220,3
Savogna d'Isonzo-Sovodnje ob Soci	1.672	919	821	1.740	4,10%	17	100,2
Staranzano	7.309	3.617	3.649	7.266	-0,60%	18,8	389,3
Turriaco	2.855	1.370	1.438	2.808	-1,60%	5,2	552,1
Villesse	1.678	843	827	1.670	-0,50%	12,1	139,8

Distribuzione della popolazione per fasce di età:

Popolazione al 1/1/2019	Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	19.913	10,48	21.080	11,73	40.993	11,08
15-64	110.244	57,99	115.336	64,18	225.580	61,00
65-74	25.449	13,39	21.540	11,99	46.989	12,71
ultra75	34.493	18,14	21.761	12,11	56.254	15,21
Totale	190.099	100	179.717	100	369.816	100

Distribuzione per fasce di popolazione per Distretto:

Classi di età	Distretto 1						Distretto 2					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.195	10,22	3.377	11,54	6.572	10,86	2.769	9,87	3.037	11,27	5.806	10,56
15-64	18.104	57,9	18.383	62,82	36.487	60,28	16.467	58,71	17.881	66,33	34.348	62,44
65-74	4.303	13,76	3.779	12,91	8.082	13,35	3.721	13,27	3.029	11,24	6.750	12,27
ultra75	5.667	18,12	3.726	12,73	9.393	15,52	5.090	18,15	3.012	11,17	8.102	14,73
Totale	31.269	100	29.265	100	60.534	100	28.047	100	26.959	100	55.006	100

Classi di età	Distretto 3						Distretto 4					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.035	9,93	3.140	11,11	6.175	10,5	3.094	10,33	3.208	12,02	6.302	11,13
15-64	16.753	54,83	17.107	60,55	33.860	57,57	17.572	58,67	17.275	64,73	34.847	61,53
65-74	4.748	15,54	3.902	13,81	8.650	14,71	3.634	12,13	2.962	11,1	6.596	11,65
ultra75	6.020	19,7	4.106	14,53	10.126	17,22	5.650	18,86	3.242	12,15	8.892	15,7
Totale	30.556	100	28.255	100	58.811	100	29.950	100	26.687	100	56.637	100

Classi di età	Distretto Alto Isontino						Distretto Basso Isontino					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.498	10,42	3.712	11,67	7.210	11,03	4.305	11,71	4.552	12,33	8.857	12,02
15-64	19.552	58,22	20.315	63,86	39.867	60,96	21.636	58,87	24.359	65,97	45.995	62,43
65-74	4.597	13,69	4.004	12,59	8.601	13,15	4.561	12,41	4.006	10,85	8.567	11,63
ultra75	5.936	17,68	3.780	11,88	9.716	14,86	6.250	17,01	4.007	10,85	10.257	13,92
Totale	33.583	100	31.811	100	65.394	100	36.752	100	36.924	100	73.676	100

Indicatori di struttura della popolazione al 01/01/2021

PROVINCE	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza totale	Indice di dipendenza giovanile	Indice di dipendenza senile	Indice di struttura età attiva	Indice di ricambio età attiva	Indice di mascolinità	Età media (anni)
Gorizia	231,16	61,97	18,71	43,26	163,11	152,21	97,73	48,2
Trieste	265,19	65,15	17,84	47,31	156,62	171,03	92,67	49,1
FVG	227,13	62,04	18,96	43,07	158,07	155,83	95,15	47,9

Fonte Istat

INDICATORE	D1	D2	D3	D4	DAI	DBI	ASUGI	FVG
dip. giovanile (%)	18,01	16,9	18,24	18,08	18,09	19,26	18,17	18,96
dip. Senile (%)	47,89	43,24	55,45	44,45	45,95	40,93	45,77	43,07
popol. attiva (%)	165,61	143,53	179,28	149,1	172,22	155,68	159,05	158,07
Carico (%)	21,8	21,99	22,31	22,53	22,22	25,53	22,96	22,71
Dipendenza (%)	65,91	60,14	73,69	62,53	64,03	60,18	63,94	62,04
Fecondità (%)	3,76	4,24	4,13	4,34	4,04	5,11	4,35	4,24
Vecchiaia (%)	265,9	255,8	304,06	245,76	254,05	212,53	251,89	227,13
sostituzione (%)	163,86	183,5	174,02	167,2	163,11	143,15	163,57	155,83

Assistenza Ospedaliera

L'Assistenza Ospedaliera è garantita dai due Presidi ospedalieri, quello di Cattinara e Maggiore, con 630 p.l. alla data del 31/12/2021 (596 ordinari, 34 di day hospital, di cui 16 di day surgery) e quello di Gorizia e Monfalcone, con 388 p.l. alla data del 31/12/2021 (353 ordinari e 35 di day hospital).

Inoltre, insiste sul territorio un ospedale infantile, l'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Speciale Burlo Garofolo (136 p.l.) e altre 3 case di cura convenzionate (altri 321 p.l. accreditati).

Il Presidio Cattinara/Maggiore è costituito da due complessi ospedalieri, uno denominato Ospedale di "Cattinara" ed uno denominato Ospedale "Maggiore". È sede del Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste.

Il Presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone è composto da 2 stabilimenti: l'Ospedale Fatebenefratelli di Gorizia e l'Ospedale San Polo di Monfalcone.

Le sale operatorie del presidio ospedaliero Maggiore/Cattinara sono in totale 22 (due dedicate completamente ad attività di chirurgia "ambulatoriale" e "day surgery" presso l'ospedale Maggiore). Le sale operatorie del presidio ospedaliero di Gorizia e Monfalcone sono in totale 12 (di cui 2 dedicate ai piccoli interventi chirurgici in regime "ambulatoriale" e di "day surgery"). Al Complesso Operatorio di Cattinara sono collegati 15 p.l. di "recovery-room". Al Complesso Operatorio di Gorizia e Monfalcone sono collegati 8 p.l. di "recovery-room".

L'emergenza Cardiologica viene assicurata presso il Polo Cardiologico di Trieste (altri 15.000 m²) che dispone di 3 sale emodinamiche e di 9 p.l. di UCIC. Nello stesso Polo è operativa la Cardiochirurgia (24 p.l.) con due sale operatorie e terapia intensiva (altri 10 p.l.) e nel presidio di Gorizia e Monfalcone viene assicurata attraverso 8 p.l. di terapia intensiva cardiologica (4 per stabilimento) e 10 p.l. di terapia semintensiva cardiologica (4 a Gorizia e 6 a Monfalcone). Inoltre nel Presidio di Cattinara è attiva l'unica Camera Iperbarica regionale con una capienza di 12 p.l.

L'attività dialitica è garantita presso il presidio Cattinara/Maggiore attraverso 52 p.l. "tecnici" in cui vengono erogate sedute emodialitiche in regime ambulatoriale o, se necessarie, per pazienti ricoverati.

Presso il presidio di Gorizia e Monfalcone, invece, l'attività dialitica è garantita attraverso 34 p.l. "tecnici" (16 a Gorizia e 18 a Monfalcone) in cui vengono erogate sedute emodialitiche in regime ambulatoriale o, se necessarie, per pazienti ricoverati.

Il Tasso di occupazione dei posti letto complessivo è pari a 78,9%, all'80,6% nel presidio Cattinara/Maggiore mentre in quello di Gorizia e Monfalcone è pari a 75,8%.

L'Azienda, inoltre:

1. accoglie in Pronto Soccorso (PS) una media di 166 cittadini/giorno nell'area giuliana e 145 cittadini al giorno nell'area isontina;
2. ricovera, dopo primo intervento presso il PS, una media di 29 pazienti/giorno (ricovero ordinario) nell'area giuliana e 15 nell'area isontina;
3. accetta in ricovero ordinario programmato circa 23 pazienti/giorno; in ricovero in regime diurno (Day Hospital o Day Surgery) 7 nell'area giuliana e 5 nell'area isontina;
4. per la specialistica ambulatoriale (per esterni):
 - offre una media di 2.858 (nell'area giuliana) e 1.688 (nell'area isontina) prestazioni di specialistica ambulatoriale/giorno (sia visite che prestazioni strumentali o chirurgiche ambulatoriali, escluso quindi la Medicina dei Servizi e la Diagnostica per Immagini);
 - eroga una media di 8.445 prestazioni di diagnostica di laboratorio/giorno per pazienti operando anche per il bacino di utenza dell'Istituto Burlo Garofolo;
 - eroga una media di 244 (nell'area giuliana) e 137 (nell'area isontina) prestazioni di diagnostica per immagini/giorno.

I dati sono riferiti all'anno 2021.

Nel territorio gestito da ASUGI, l'attività ambulatoriale viene erogata in più di 180 ambulatori specialistici di tipo clinico, organizzati per discipline (112 per l'area giuliana e 73 per quella isontina).

Negli ambulatori dell'area giuliana vengono erogate oltre 230.000 visite e controlli/anno per esterni (di cui oltre il 45% sono prime visite).

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini dell'area giuliana eroga oltre 200.000 prestazioni/anno, quello di Medicina dei Servizi oltre 4.000.000 esami/anno (l'attività di Laboratorio viene svolta anche per l'Istituto Burlo Garofolo dal 2018) e l'Anatomia Patologica referta oltre 30.000 esami/anno.

Nel territorio isontino l'attività specialistica ambulatoriale viene erogata negli ambulatori ospedalieri di Gorizia e Monfalcone e nei poliambulatori distrettuali di Cormons, Gradisca d'Isonzo, Gorizia, Monfalcone e Grado, organizzati per discipline.

Negli ambulatori dell'area isontina vengono erogate oltre 110.000 visite e controlli/anno per esterni (di cui oltre il 55% sono prime visite).

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini dell'area isontina eroga oltre 94.000 prestazioni/anno, quello di Medicina dei Servizi oltre 2.000.000 esami/anno (l'attività di Laboratorio viene svolta anche per l'Istituto Burlo Garofolo dal 2018).

L'azienda opera mediante 2 presidi a gestione diretta e 2 case di cura convenzionate.

I posti letto direttamente gestiti sono pari a 1.018 unità, quelli convenzionati sono pari a 321 unità.

PRESIDIO OSPEDALIERO CATTINARA – MAGGIORE

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA		DISCIPLINE E POSTI LETTO AL 31/12/2021					
SEDE	U.O./ISTITUTO	CODICE DISCIPLINA (CODICE AZIENDA)	PROGR. DIV.	TIPO DIV.	DH - DS	ORD.	TOT
O.C.	S.C. Cardiocirurgia	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	28	30
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.M.	S.C. Ematologia Clinica	18	01		2	17	19
O.M.	S.C. Geriatria	21	01		0	0	0
O.M.	S.C. Geriatria COVID	21	02	C	0	22	22
O.M.	S.C. Malattie Infettive	24	01		2	2	4
O.M.	S.C. Malattie Infettive COVID	24	02	C	0	30	30
O.M.	S.C. Medicina del Lavoro	25	01	(2)	1	0	1
O.C.	S.C. Clinica Medica	26	07	(2)	0	0	0
O.C.	S.C. Medicina Clinica	26	08	(2)	2	36	38
O.C.	S.C. Clinica Patologie del fegato	26	09	(2)	1	0	1
O.C.	S.C. Medicina Interna	26	10		2	80	82
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	15	16
O.C.	S.C. Clinica Neurologica	32	02	(2)	1	19	20
O.C.	Stroke Unit	32	02	(2)	0	8	8
O.C.	Neuroriabilitazione	32	02	(2)	0	4	4
O.M.	S.C. Clinica Oculistica	34	01	(2)	0	9	9
O.M.	S.C. Chirurgia Maxillofacciale 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.M.	S.C. SPDC - PSICHIATRIA	40	01		0	6	6
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.C.	TIPO - Cardiocirurgia	49	03		0	10	10
O.C.	S.C. Anestesia, Rianimazione e T.A. COVID	49	04	C	0	12	12
O.C.	UTIC	50	01		0	9	9
O.C.	S.C. Medicina d'Urgenza	51	01		0	24	24
O.C.	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		0	0	0
O.C.	S.C. Gastroenterologia	58	01		1	3	4
O.M.	S.C. Oncologia	64	01		0	0	0
O.C.	S.C. Pneumologia	68	01		1	8	9
O.C.	S.C. Pneumologia COVID	68	02	C	0	0	0
O.C.	S.C. Pneumologia COVID Sub Intensiva	94	68	C	0	26	26
TOTALE					34	596	630

PRESIDIO OSPEDALIERO GORIZIA – MONFALCONE

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA		DISCIPLINE E POSTI LETTO AL 31/12/2021						
SEDE	U.O./ISTITUTO	CODICE DISCIPLINA (CODICE AZIENDA)	PROGR. DIV.	TIPO DIV.	D.H.-D.S.	ORD.	TOT	
GO	G.-CARDIOLOGIA CON U.C.	8	1		1	8	9	
GO	G.-CHIRURGIA GENERALE	9	1		2	18	20	
GO	G.-MEDICINA GENERALE	26	1		4	32	36	
GO	G.-MEDICINA COVID GO	26	3	C	0	25	25	
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	8	8	
GO	G.-DEGENZA SEMINTENSIVA	51	1		0	0	0	
GO	G.-MEDICINA D'URGENZA COVID GO	51	3	C	0	4	4	
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	4	4	
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 - OSTETRICIA	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	3	3	
MONFALCONE	M.-RIABILITAZIONE MOTORIA	56	2		0	8	8	
MONFALCONE	M.-RIABILITAZIONE ESTENSIVA	60	2		0	16	16	
TOTALE						35	353	388

Assistenza Territoriale

ASUGI è articolata in sei Distretti, quattro per l'area giuliana e due per l'area isontina. L'offerta dei servizi nelle strutture distrettuali è finalizzata a garantire ai cittadini:

- assistenza sanitaria di base; - autorizzazione e distribuzione di farmaci e di altri presidi sanitari; - assistenza protesica;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare;
- continuità terapeutica ed assistenziale Ospedale – Territorio;
- assistenza sanitaria nelle strutture residenziali e semiresidenziali, sanitarie e socio assistenziali;
- assistenza sanitaria e sociosanitaria rispetto a specifici bisogni della persona o della famiglia;
- attività amministrative dirette all'utenza.

I Servizi distrettuali lavorano in stretta integrazione con i Dipartimenti dei Presidi di Cattinara/Maggiore e di Gorizia/Monfalcone, con l'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste, con i pediatri, le scuole, i servizi sociali dei Comuni, il Tribunale dei minori.

Presso il Distretto 2 di ex ASUITS è attiva la struttura Tutela salute bambini e adolescenti di lingua Slovena, Slovenška socio-psiho-pedagoška služba (Servizio socio-psiico-pedagogico sloveno), cui possono rivolgersi le famiglie di tutto il territorio aziendale di Trieste, indipendentemente dal Distretto di appartenenza.

Le Cure ambulatoriali e domiciliari vengono garantite in stretta integrazione con i servizi sanitari e sociali, per realizzare valutazioni e interventi che coinvolgono diversi professionisti, di diverse discipline.

I principali servizi offerti coprono:

- il coordinamento delle attività svolte dai medici di assistenza sanitaria di base;
- la definizione di percorsi diagnostici-terapeutici condivisi tra medici di medicina generale e specialisti;

- attività sanitarie specialistiche ambulatoriali;
- la continuità assistenziale e l'integrazione tra ospedale e medicina generale;
- la possibilità, sulle 24 ore, di ricevere cure mediche ed infermieristiche (nel territorio isontino le cure infermieristiche vengono garantite sulle 12 ore) ;
- autorizzazione e distribuzione di farmaci e di altri presidi sanitari.

Presso ogni Distretto è attiva l'Assistenza domiciliare (a casa e presso le strutture residenziali per anziani), per evitare l'istituzionalizzazione delle persone fragili, per consentire loro di rimanere in sicurezza nel normale contesto di vita, senza perdere o limitare le proprie abitudini e relazioni sociali. L'Assistenza Domiciliare viene attuata anche attraverso il Servizio infermieristico domiciliare. ASUGI ha disponibilità di servizi specifici di Medicina specialistica domiciliare, per le prestazioni di Chirurgia, Chirurgia vascolare, Dermatologia, Ginecologia ed Ecografia ostetrico-ginecologica, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia Fisiatria, Cure Palliative e terapia del dolore alle quali si accede attraverso le richieste del medico di Medicina generale. Le Cure ambulatoriali e domiciliari, infine, prevedono le autorizzazioni e la distribuzione di farmaci e altri presidi ai cittadini che ne fanno richiesta.

Le principali forme di assistenza distrettuale attive sul territorio giuliano riguardano:

- Servizio infermieristico domiciliare (SID)
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)
- Pronto intervento domiciliare
- Centro diurno convenzionato
- Infermiere di comunità

In ognuno dei quattro Distretti afferenti all'ex ASUITS è attiva almeno una Microarea (unità territoriale dai 1.000 ai 1.500 residenti dove si sperimenta medicina proattiva: nata nel 2005 all'interno di un progetto, promosso dall'Azienda territoriale assieme al Comune e all'ATER di Trieste, che si sviluppa sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e di alcuni programmi europei. Il progetto coinvolge altri enti pubblici e privati per intervenire nei settori determinanti per la salute: sanità, educazione, habitat, lavoro e la democrazia locale. L'assistenza agli anziani nel territorio giuliano viene offerta attraverso l'accoglimento dell'anziano presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Come servizio alla persona anziana è disponibile, inoltre, una variegata offerta di Residenze socioassistenziali (case di riposo), classificate in:

- Casa albergo (struttura dedicata a persone autosufficienti)
- Residenza polifunzionale (anziani con problemi di non autosufficienza che non necessitano di cure medico-infermieristiche continuative, eventualmente fornite dalle strutture distrettuali)
- Residenza polifunzionale di fascia A (persone non autosufficienti che necessitano di prestazioni di assistenza infermieristica)
- Residenza protetta (persone con elevati livelli di non autosufficienza e con necessità di assistenza sanitaria continuativa)

Nell'anno 2021 l'azienda ha operato mediante 96 presidi a gestione diretta e 90 strutture convenzionate.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 2, per complessivi 53 posti letto residenziali e 6 posti letto semiresidenziali.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Relativamente alla Medicina Generale, ASUGI, nel 2022, opera mediante 218 medici di medicina generale (MMG) e 31 pediatri di libera scelta (PLS).

La Salute mentale nell'area giuliana è garantita attraverso il Dipartimento per la tutela della Salute Mentale (DSM)

Presso il DSM vengono organizzati gli interventi rivolti alla tutela e alla promozione della salute mentale dei cittadini e della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria. Il Dipartimento è inoltre Collaborative Center WHO.

Il DSM è organizzato in

- Centri di Salute Mentale (CSM)
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) con posti letto presso il Presidio del Maggiore
- Servizio Abilitazione e Residenze (SAR)
- Clinica Psichiatrica, sede universitaria per le attività di tirocinio per gli studenti di medicina e di tirocinio professionalizzante per i medici specializzandi in psichiatria.

Nell'area isontina vi sono due CSM (Alto Isontino e Basso Isontino).

Il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) si rivolge alle persone che vivono un problema legato al consumo o alla dipendenza da sostanze legali, illegali, da gioco d'azzardo e da tecnologie (come internet, videogiochi, social network).

La Prevenzione primaria e salute pubblica è garantita dal Dipartimento di Prevenzione (DIP) che ha la finalità di garantire la prevenzione e la tutela della salute pubblica e l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. In particolare il Dipartimento di Prevenzione garantisce le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica quali: profilassi delle malattie infettive e parassitarie; tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale; tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; tutela della salute nelle attività sportive. Contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO
Dimissioni ospedaliere dei residenti ASUGI per tutte le classi d'età

 - Esclusi Drg 391; Esclusi Dimessi Con Trasferimento; **Residenti Asugi**; Dimessi Ovunque In FVG

Totale DIMISSIONI residenti ASUGI		tutte le età			
RESIDENTI ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA	
2019	49.194	349.242	169.677.079	7,10	
2020	40.082	298.117	147.134.883	7,44	
2021	38.990	295.772	143.344.760	7,59	
diff. 2021-2020	-1.105	-2.388	-3.714	0,15	
var. % 2021/2020	-2,76%	-0,80%	0,00%		

Dimessi con DRG MEDICO		tutte le età			
RESIDENTI ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA	
2019	27.673	243.835	85.483.878	8,81	
2020	22.236	203.938	67.644.364	9,17	
2021	21.391	204.921	68.204.407	9,58	
diff. 2021-2020	-845	983	560.044	0,41	
var. % 2021/2020	-3,80%	0,48%	0,83%		

Dimessi con DRG CHIRURGICO		tutte le età			
RESIDENTI ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA	
2019	21.521	105.407	84.193.201	4,90	
2020	17.859	94.222	75.704.109	5,28	
2021	17.599	90.851	75.140.352	5,16	
diff. 2021-2020	-260	-3.371	-563.757	-0,11	
var. % 2021/2020	-1,46%	-3,58%	-0,74%		

DIMISSIONI per DISTRETTO DI RESIDENZA		tutte le età				
RESIDENTI ASUGI	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione % 2021/2020	
Distretto 1	7.864	6.312	6.286	-26	-0,41%	
Distretto 2	7.425	5.952	5.742	-210	-3,53%	
Distretto 3	8.775	7.123	6.993	-130	-1,83%	
Distretto 4	8.320	6.413	6.167	-246	-3,84%	
Distretto Alto Isontino	7.808	6.702	6.028	-674	-10,06%	
Distretto Basso Isontino	8.786	7.458	7.666	208	2,79%	

Dimessi con DRG MEDICO		tutte le età				
RESIDENTI ASUGI	2019	2020	2021	differenza	variazione %	
Distretto 1	4.408	3.431	3.306	-125	-3,64%	
Distretto 2	4.354	3.371	3.279	-92	-2,73%	
Distretto 3	5.005	3.819	3.754	-65	-1,70%	
Distretto 4	4.979	3.685	3.469	-216	-5,86%	
Distretto Alto Isontino	4.135	3.700	3.220	-480	-12,97%	
Distretto Basso Isontino	4.651	4.146	4.288	142	3,42%	

Dimessi con DRG CHIRURGICO		tutte le età				
RESIDENTI ASUGI	2019	2020	2021	differenza	variazione %	
Distretto 1	3.456	2.881	2.980	99	3,44%	
Distretto 2	3.071	2.581	2.463	-118	-4,57%	
Distretto 3	3.770	3.304	3.239	-65	-1,97%	
Distretto 4	3.341	2.728	2.698	-30	-1,10%	
Distretto Alto Isontino	3.673	3.002	2.808	-194	-6,46%	
Distretto Basso Isontino	4.135	3.312	3.378	66	1,99%	

Dimissioni ospedaliere dei residenti ASUGI OVER 75

- Esclusi Drg 391; Esclusi Dimessi Con Trasferimento; Residenti Asugi; Dimessi Ovunque In FVG

Totale DIMISSIONI residenti ASUGI		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	13.744	151.180	60.168.715	11,00
diff. 2021-2020	-724	-1.017	-1.045.483	0,48
var. % 2021/2020	-5,00%	-0,67%	-1,71%	

Dimessi con DRG MEDICO		OVER 75		
RESIDENTI ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2019	12.387	133.867	44.138.834	10,81
2020	9.490	111.843	34.468.214	11,79
2021	8.921	112.920	33.974.345	12,66
diff. 2021-2020	-569	1.077	-493.870	0,87
var. % 2021/2020	-6,00%	0,96%	-1,43%	

Dimessi con DRG CHIRURGICO		OVER 75		
RESIDENTI ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2019	5.765	43.361	29.004.458	7,52
2020	4.978	40.354	26.745.984	8,11
2021	4.823	38.260	26.194.370	7,93
diff. 2021-2020	-155	-2.094	-551.613	-0,17
var. % 2021/2020	-3,11%	-5,19%	-2,06%	

DIMISSIONI per DISTRETTO DI RESIDENZA		OVER 75			
RESIDENTI ASUGI	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione % 2021/2020
Distretto 1	3.055	2.332	2.257	-75	-3,22%
Distretto 2	2.872	2.102	2.039	-63	-3,00%
Distretto 3	3.303	2.527	2.527	0	0,00%
Distretto 4	3.222	2.413	2.134	-279	-11,56%
Distretto ALTO ISONTINO	2.761	2.511	2.136	-375	-14,93%
Distretto BASSO ISONTINO	2.910	2.562	2.635	73	2,85%

Dimessi con DRG MEDICO		OVER 75			
RESIDENTI ASUGI	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione %
Distretto 1	2.089	1.507	1.378	-129	-8,56%
Distretto 2	2.050	1.375	1.349	-26	-1,89%
Distretto 3	2.201	1.578	1.600	22	1,39%
Distretto 4	2.269	1.590	1.385	-205	-12,89%
Distretto ALTO ISONTINO	1.813	1.721	1.402	-319	-18,54%
Distretto BASSO ISONTINO	1.946	1.707	1.796	89	5,21%

Dimessi con DRG CHIRURGICO		OVER 75			
RESIDENTI ASUGI	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione %
Distretto 1	966	825	879	54	6,55%
Distretto 2	822	727	690	-37	-5,09%
Distretto 3	1.102	949	927	-22	-2,32%
Distretto 4	953	823	749	-74	-8,99%
Distretto ALTO ISONTINO	948	790	734	-56	-7,09%
Distretto BASSO ISONTINO	964	855	839	-16	-1,87%

Dimissioni ospedaliere. Erogato complessivo ASUGI per tutte le classi d'età

- Esclusi Drg 391; Erogato Complessivo Asugi; Residenti Ovunque

Totale 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	129.128.185	8,36
2021	31.900	275.987	131.628.721	8,65
diff. 2021-2020	-677	3.591	2.500.536	0,29
var. % 2021/2020	-2,08%	1,32%	1,94%	

Ricoveri con DRG MEDICO	(ORDINARI E DH)			
EROGATO ASUGI	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2019	23.964	212.313	76.369.532	8,86
2020	19.106	176.922	58.503.833	9,26
2021	18.783	182.721	61.644.839	9,73
diff. 2021-2020	-323	5.799	3.141.006	0,47
var. % 2021/2020	-1,69%	3,28%	5,37%	

Ricoveri con 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	13.471	95.474	70.624.352	7,09
2021	13.117	93.266	69.983.882	7,11
diff. 2021-2020	-354	-2.208	-640.470	0,02
var. % 2021/2020	-2,63%	-2,31%	-0,91%	

Dimissioni residenti ASUGI in Regione FVG:

- Esclusi Dimessi con Trasferimento; Residenti Asugi; Compresi Drg 391

Residenti ASUGI	2021		2020		diff. 2021-2020		Var.% 2021/2020	
	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN	299	718.632	172	438.273	168	451.466	-4	13.194
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	111	326.011	65	146.134	45	76.991	-20	-69.143
IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	39	873.723	39	1.264.559	37	1.153.698	-2	-110.861
P.O. LATISANA E PALMANOVA	812	2.206.790	436	1.173.606	362	1.070.803	-74	-102.804
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	174	539.405	128	443.207	118	371.800	-10	-71.407
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD	2.310	10.200.424	1.810	8.815.158	1.605	7.767.665	-205	-1.047.493
I.R.C.C.S. CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO	333	1.148.910	271	944.817	311	1.108.422	40	163.605
CASA DI CURA CITTÀ DI UDINE	158	461.941	148	453.863	147	513.023	-1	59.160
CASA DI CURA SAN GIORGIO	62	195.260	53	160.036	98	343.584	45	183.548
CASA DI CURA SALUS	3.019	10.895.393	2.565	9.303.516	2.438	8.843.810	-127	-459.706
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	1.950	5.582.776	1.852	5.626.726	2.061	6.340.107	209	713.381
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	7.022	11.812.615	6.556	11.314.428	6.307	11.012.877	-249	-301.551
di cui DRG 391 "neonati sani"	508	269.678	489	254.195	531	277.395	42	23.200
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	22.557	86.947.651	16.979	70.322.707	16.694	72.841.686	-285	2.518.978
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	11.710	38.513.140	10.344	33.657.952	9.865	32.129.778	-479	-1.528.174
totale	50.556	170.422.670	41.418	144.064.983	40.256	144.025.709	-1.162	-39.275

Residenti ASUGI	2021		2020		diff. 2021-2020		Var.% 2021/2020	
	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo
PUBBLICO TS-GO	32.866	115.984.341	33.879	115.295.088	-1.013	689.253	-2,45%	0,50%
PRIVATO TS	4.499	15.183.917	4.417	14.930.242	82	253.675	1,65%	1,54%
PUBBLICO EXTRA TS-GO	2.646	12.000.845	2.921	13.225.755	-275	-1.224.910	-6,74%	-7,65%
PRIVATO EXTRA TS-GO	245	856.607	201	613.899	44	242.708	20,00%	36,93%
TOTALE TS-GO	37365	131.168.257	38.296	130.225.330	-931	942.928	-2,01%	0,61%
TOTALE EXTRA TS-GO	2.891	12.857.452	3.122	13.839.654	-231	-982.202	-5,37%	-5,89%
TOT	40.256	144.025.709	41.418	144.064.983	-1162	-39.275	-2,30%	-0,02%

Residenti ASUGI	2021		2020		diff. 2021-2020		Var.% 2021/2020	
	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo
ASUGI + PRIV.CONV. TS	31.058	120.155.380	31.740	118.910.902	-8178	-21.783.580	-20,84%	-15,35%
FUORI TS-GO	2891	12.857.452	3.122	13.839.654	-1407	-3.813.644	-32,74%	-22,88%
IRCCS BURLO	6.307	11.012.877	6.556	11.314.428	-715	-799.738	-10,18%	-6,77%
TOT	40.256	144.025.709	41.418	144.064.983	-10300	-26.396.962	-20,37%	-15,49%

Day Hospital Medici a fini diagnostici

DH MEDICI DIAGNOSTICI	2019			2020			2021		
	totale	Diagnostici	%	totale	Diagnostici	%	totale	Diagnostici	%
CARDIOLOGIA	159	48	30,19%	156	46	29,49%	196	54	27,55%
CHIRURGIA GENERALE	89	3	3,37%	86	4	4,65%	17	6	35,29%
CHIRURGIA PLASTICA	8	0	0,00%	2	0	0,00%	1	0	0,00%
CHIRURGIA TORACICA	114	113	99,12%	62	61	98,39%	76	74	97,37%
CHIRURGIA VASCOLARE	1	0	0,00%	2	0	0,00%	0	0	
DERMATOLOGIA	86	0	0,00%	33	1	3,03%	61	2	3,28%
EMATOLOGIA	42	2	4,76%	45	2	4,44%	59	2	3,39%
GASTROENTEROLOGIA	3	0	0,00%	1	0	0,00%	4	1	25,00%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	95	3	3,16%	49	3	6,12%	42	0	0,00%
MEDICINA GENERALE	323	270	83,59%	266	234	87,97%	304	213	70,07%
NEFROLOGIA	56	15	26,79%	86	33	38,37%	62	63	101,61%
NEUROCHIRURGIA	12	10	83,33%	10	8	80,00%	7	7	100,00%
NEUROLOGIA	367	488	132,97%	342	451	131,87%	374	480	128,34%
OCULISTICA	27	30	111,11%	23	15	65,22%	20	14	70,00%
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	12	6	50,00%	7	3	42,86%	2	0	0,00%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	49	4	8,16%	44	2	4,55%	101	0	0,00%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10	0	0,00%	10	0	0,00%	14	1	7,14%
OTORINOLARINGOIATRIA	239	68	28,45%	177	48	27,12%	46	0	0,00%
PEDIATRIA	47	3	6,38%	47	3	6,38%	23	0	0,00%
PNEUMOLOGIA	309	19	6,15%	316	66	20,89%	201	59	29,35%
UROLOGIA	287	57	19,86%	206	33	16,02%	189	10	5,29%
ASUGI	2.335	1.139	48,78%	1.970	1.013	51,42%	1.799	986	54,81%

Ricoveri Ordinari con DRG medico nei pazienti ultra 65enni - Totale vs oltre soglia

RICOVERI OLTRE SOGLIA	2019			2020			2021		
	TOT	OLTRE	%	TOT	OLTRE	%	TOT	OLTRE	%
ASTANTERIA	391	3	0,77%	273	3	1,10%	347	5	1,44%
CARDIOCHIRURGIA	46	4	8,70%	38	2	5,26%	32	1	3,13%
CARDIOLOGIA	1191	17	1,43%	1026	23	2,24%	991	10	1,01%
CHIRURGIA GENERALE	510	39	7,65%	397	23	5,79%	362	8	2,21%
CHIRURGIA PLASTICA	7	0	0,00%	10	0	0,00%	5	1	20,00%
CHIRURGIA TORACICA	76	1	1,32%	54	2	3,70%	66	1	1,52%
CHIRURGIA VASCOLARE	55	1	1,82%	46	1	2,17%	44	2	4,55%
DERMATOLOGIA	54	3	5,56%	6	0	0,00%	0	0	
EMATOLOGIA	187	24	12,83%	129	19	14,73%	102	14	13,73%
GASTROENTEROLOGIA	93	1	1,08%	147	1	0,68%	180	0	0,00%
GERIATRIA	896	41	4,58%	428	46	10,75%	345	43	12,46%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	88	10	11,36%	93	20	21,51%	380	32	8,42%
MEDICINA GENERALE	8.656	547	6,32%	6.121	503	8,22%	5.369	493	9,18%
NEFROLOGIA	196	29	14,80%	158	21	13,29%	143	28	19,58%
NEUROCHIRURGIA	48	1	2,08%	49	5	10,20%	46	1	2,17%
NEUROLOGIA	631	94	14,90%	591	61	10,32%	544	70	12,87%
OCULISTICA	41	0	0,00%	22	0	0,00%	27	0	0,00%
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	8	0	0,00%	7	0	0,00%	11	0	0,00%
ONCOLOGIA	66	9	13,64%	0	0		0	0	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	159	16	10,06%	127	9	7,09%	113	11	9,73%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	0	0,00%	2	0	0,00%	4	0	0,00%
OTORINOLARINGOIATRIA	126	3	2,38%	84	0	0,00%	77	0	0,00%
PNEUMOLOGIA	328	9	2,74%	166	4	2,41%	254	5	1,97%
PSICHIATRIA	53	1	1,89%	46	0	0,00%	41	0	0,00%
TERAPIA SEMINTENSIVA	162	4	2,47%	177	4	2,26%	195	7	3,59%
TERAPIA INTENSIVA	0	0		0	0		9	0	0,00%
UNITA' CORONARICA	51	4	7,84%	45	1	2,22%	69	2	2,90%
UROLOGIA	463	16	3,46%	389	21	5,40%	447	22	4,92%
ASUGI	14.584	877	6,01%	10.631	769	7,23%	10.203	756	7,41%

Ricoveri ordinari con DRG chirurgico su totale dei ricoveri ordinari

Ricoveri ordinari con DRG chir su tot dei ric. ord.	2019			2020			2021		
	TOTALE	DRG chirurgico	%	TOTALE	DRG chirurgico	%	TOTALE	DRG chirurgico	%
ASTANTERIA	698	29	4,15%	462	16	3,46%	552	22	3,99%
CARDIOCHIRURGIA	581	515	88,64%	430	369	85,81%	409	367	89,73%
CARDIOLOGIA	2996	1233	41,15%	2579	1048	40,64%	2604	1068	41,01%
CHIRURGIA GENERALE	3946	3052	77,34%	3158	2491	78,88%	3035	2383	78,52%
CHIRURGIA PLASTICA	458	443	96,72%	418	402	96,17%	337	326	96,74%
CHIRURGIA TORACICA	366	243	66,39%	323	240	74,30%	326	225	69,02%
CHIRURGIA VASCOLARE	469	397	84,65%	391	335	85,68%	350	297	84,86%
DERMATOLOGIA	153	57	37,25%	21	12	57,14%	3	3	100,00%
EMATOLOGIA	362	34	9,39%	300	37	12,33%	263	39	14,83%
GASTROENTEROLOGIA	138	7	5,07%	203	15	7,39%	271	20	7,38%
GERIATRIA	906	10	1,10%	609	19	3,12%	475	12	2,53%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	308	23	7,47%	630	24	3,81%	1031	26	2,52%
MEDICINA GENERALE	10003	200	2,00%	7302	179	2,45%	6696	173	2,58%
NEFROLOGIA	320	44	13,75%	257	45	17,51%	237	34	14,35%
NEUROCHIRURGIA	429	344	80,19%	373	285	76,41%	354	271	76,55%
NEUROLOGIA	920	63	6,85%	836	46	5,50%	806	57	7,07%
OCULISTICA	537	485	90,32%	420	390	92,86%	485	450	92,78%
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	161	119	73,91%	104	76	73,08%	111	79	71,17%
ONCOLOGIA	125	9	7,20%	0	0		0	0	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3446	3175	92,14%	2706	2500	92,39%	2568	2373	92,41%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1211	554	45,75%	1221	485	39,72%	1220	542	44,43%
OTORINOLARINGOIATRIA	1293	998	77,18%	1016	804	79,13%	1016	807	79,43%
PEDIATRIA	315	76	24,13%	322	32	9,94%	323	24	7,43%
PNEUMOLOGIA	668	81	12,13%	380	55	14,47%	439	64	14,58%
TERAPIA INTENSIVA	343	121	35,28%	440	129	29,32%	500	156	31,20%
TERAPIA SEMINTENSIVA	0	0		0	0		13	0	0,00%
UNITA' CORONARICA	172	94	54,65%	160	93	58,13%	211	110	52,13%
UROLOGIA	2142	1414	66,01%	1913	1305	68,22%	1937	1222	63,09%
ASUGI	33.466	13.820	41,30%	26.974	11.432	42,38%	26.572	11.150	41,96%

Specialistica Ambulatoriale

Specialistica Ambulatoriale	2019		2020		2021		DIFF. 2021-2020		VARIANZ. % 20/19	
	qta	erogato	qta	erogato	qta	erogato	qta	erogato	%qta	erogato
ALTRE PRESTAZIONI	154.296	2.373.879	117.179	1.610.733	122.891	1.736.503	5.712	125.769	4,87%	7,81%
ANESTESIA	13.470	482.413	9.699	309.569	12.657	351.501	2.958	41.932	30,50%	13,55%
CARDIOLOGIA	99.938	4.148.351	71.967	3.246.980	80.889	3.832.282	8.922	585.302	12,40%	18,03%
CHIRURGIA GENERALE	19.537	754.975	13.886	610.610	15.678	703.080	1.792	92.470	12,91%	15,14%
CHIRURGIA PLASTICA	17.459	404.216	11.662	291.342	14.587	351.648	2.925	60.306	25,08%	20,70%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	5.827	201.651	4.950	221.584	6.237	250.796	1.287	29.213	26,00%	13,18%
DERMOSIFILOPATIA	48.424	1.167.232	34.026	863.949	39.090	1.001.740	5.064	137.791	14,88%	15,95%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	4.817	1.414.490	4.010	1.641.309	5.477	2.267.711	1.467	626.402	36,58%	38,16%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	206.443	15.033.438	155.334	12.818.602	202.837	15.867.992	47.503	3.049.390	30,58%	23,79%
ENDOCRINOLOGIA	37.025	892.992	35.644	865.297	42.188	1.049.826	6.544	184.529	18,36%	21,33%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	44.777	3.254.763	37.367	2.785.117	45.554	3.461.134	8.187	676.016	21,91%	24,27%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	2.981.955	18.820.743	2.606.304	17.252.623	3.330.271	22.715.154	723.967	5.462.532	27,78%	31,66%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	329.203	5.410.154	267.961	4.456.144	315.422	5.323.198	47.461	867.054	17,71%	19,46%
NEFROLOGIA	75.627	9.332.952	78.500	9.708.342	74.824	10.787.275	-3.676	1.078.933	-4,68%	11,11%
NEUROCHIRURGIA	3.901	209.968	3.197	130.455	4.539	164.581	1.342	34.125	41,98%	26,16%
NEUROLOGIA	85.230	1.552.390	59.435	1.095.782	78.768	1.434.908	19.333	339.126	32,53%	30,95%
OCULISTICA	126.917	10.944.037	80.802	7.967.575	91.958	9.007.657	11.156	1.040.082	13,81%	13,05%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	43.392	1.061.103	31.395	774.077	37.401	869.273	6.006	95.196	19,13%	12,30%
ONCOLOGIA	51.026	5.641.507	39.317	4.979.718	41.383	5.637.299	2.066	657.581	5,25%	13,21%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	75.521	2.139.419	51.580	1.581.438	59.381	1.869.513	7.801	288.076	15,12%	18,22%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	43.374	1.896.534	37.440	1.542.919	39.967	1.696.212	2.527	153.293	6,75%	9,94%
OTORINOLARINGOIATRIA	45.237	972.930	28.513	636.940	32.615	720.837	4.102	83.896	14,39%	13,17%
PNEUMOLOGIA	39.512	1.149.025	25.288	773.133	33.728	1.027.840	8.440	254.706	33,38%	32,94%
PSICHIATRIA	8.818	243.427	7.574	218.343	10.151	276.308	2.577	57.965	34,02%	26,55%
RADIOTERAPIA	50.360	5.758.721	46.346	5.550.826	65.574	8.129.292	19.228	2.578.466	41,49%	46,45%
UROLOGIA	29.799	917.176	22.306	782.747	26.129	872.007	3.823	89.260	17,14%	11,40%
Somma:	4.641.885	96.178.483	3.881.682	82.716.154	4.830.196	101.405.563	948.514	18.689.409	24,44%	22,59%
TOTALE (senza Laboratorio)	1.659.930	77.357.740	1.275.378	65.463.531	1.499.925	78.690.409	224.547	13.226.878	17,61%	20,20%
popolazione NON pesata			369.289		369.816					
PRO CAPITE (SENZA FUGA)			3,45		4,06					
FUGA 2019 (senza Laboratorio)			31.162		31.162					
TOTALE CON FUGA (senza Laboratorio)			1.306.540		1.531.087					
popolazione NON pesata			369.289		369.816					
INDICATORE VINCOLO PRO CAPITE			3,54		4,14					

Indicatori PQI

VALORI Ricoveri per PQI totali

Distretto di residenza	2019	2020	2021	diff. 2021-2020	var. % 2021/2020
Distretto 1	577	389	334	-55	-14,1%
Distretto 2	647	424	304	-120	-28,3%
Distretto 3	767	454	362	-92	-20,3%
Distretto 4	669	457	320	-137	-30,0%
Distretto alto isontino	565	533	310	-223	-41,8%
Distretto basso isontino	660	575	503	-72	-12,5%
ASUGI	3.904	2.836	2.141	-695	-24,5%

Valori Ricoveri per PQI di ospedalizzazione evitabile (PQI 14.a-14.i)

Distretto di residenza	2019	2020	2021	diff. 2021-2020	var. % 2021/2020
Distretto 1	506	340	295	-45	-13,2%
Distretto 2	553	377	261	-116	-30,8%
Distretto 3	677	415	321	-94	-22,7%
Distretto 4	594	406	278	-128	-31,5%
Distretto alto isontino	477	469	272	-197	-42,0%
Distretto basso isontino	586	508	448	-60	-11,8%
ASUGI	3.409	2.518	1.882	-636	-25,3%

TASSO GREZZO x10.000 - PQI totali

Distretto di residenza	2019	2020	2021	diff. 2021-2020	var. % 2021/2020
Distretto 1	109,17	74,09	63,84	-10,25	-13,8%
Distretto 2	132,58	87,77	63,37	-24,40	-27,8%
Distretto 3	148,85	88,41	70,72	-17,69	-20,0%
Distretto 4	134,79	92,44	65,28	-27,16	-29,4%
Distretto alto isontino	99,37	95,23	54,83	-40,40	-42,4%
Distretto basso isontino	105,77	92,58	80,03	-12,55	-13,6%
ASUGI	121,06	88,94	66,99	-21,95	-24,7%

TASSO GREZZO x10.000 - ospedalizzazione evitabile (PQI 14.a-14.i)

Distretto di residenza	2019	2020	2021	diff. 2021-2020	var. % 2021/2020
Distretto 1	95,74	64,76	56,38	-8,37	-12,9%
Distretto 2	113,32	78,04	54,41	-23,63	-30,3%
Distretto 3	131,38	80,81	62,71	-18,11	-22,4%
Distretto 4	119,68	82,12	56,71	-25,42	-30,9%
Distretto alto isontino	83,89	83,79	48,11	-35,68	-42,6%
Distretto basso isontino	93,91	81,79	71,28	-10,51	-12,9%
ASUGI	105,71	78,97	58,88	-20,08	-25,4%

Ricoveri per BPCO, Disidratazione, Diabete (senza amputazioni)

Distretto di residenza	2019	2020	2021	diff. 2021-2020	var. % 2021/2020
Distretto 1	68	38	24	-14	-36,8%
Distretto 2	100	57	41	-16	-28,1%
Distretto 3	121	47	47	0	0,0%
Distretto 4	108	62	36	-26	-41,9%
Distretto alto isontino	63	48	25	-23	-47,9%
Distretto basso isontino	74	42	42	0	0,0%
ASUGI	541	294	215	-79	-26,9%

Ricoveri potenzialmente inappropriati *

Distretto di residenza	2019	2020	2021	diff. 2021-2020	var. % 2021/2020
Distretto 1	1.559	1.091	974	-117	-10,7%
Distretto 2	1.376	1.026	869	-157	-15,3%
Distretto 3	1.898	1.333	1.076	-257	-19,3%
Distretto 4	1.595	1.093	945	-148	-13,5%
Distretto alto isontino	1.308	1.095	831	-264	-24,1%
Distretto basso isontino	1.560	1.145	1.114	-31	-2,7%
ASUGI	9.358	6.836	5.836	-1.000	-14,6%

* DRG compreso tra i seguenti:

6;8;13;19;36;38;39;40;41;42;47;51;55;59;60;61;62;65;70;73;74;88;119;131;133;134;139;142;158;160;162;163;168;169;183;184;187;189;206;208;227;228;229;232;241;243;245;248;249;251;252;254;256;262;266;268;270;276;281;282;283;284;294;295;299;301;317;323;324;326;327;329;332;333;339;340;342;343;345;349;351;352;360;362;364;369;377;381;384;395;396;399;404;409;410;411;412;426;427;429;465;466;467;490;503;538;563;564.

INDICATORI MeS - S. Anna

C11A.1.1 ("scompenso")

Filtro per età: 50-74; Fuga compresa

Target 52 x100mila ab.	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione % 2021/2020
NUMERATORE	260	230	212	-18	-7,8%
DENOMINATORE	131.483	131.543	133.618		
TASSO ASUGI	197,74	174,85	158,66	-16,19	-9,3%

Distretto di residenza	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione % 2021/2020
Distretto 1	577	389	334	-55	-14,1%
Distretto 2	647	424	304	-120	-28,3%
Distretto 3	767	454	362	-92	-20,3%
Distretto 4	669	457	320	-137	-30,0%
Distretto alto isontino	565	533	310	-223	-41,8%
Distretto basso isontino	660	575	503	-72	-12,5%
ASUGI	258	228	210	-695	-24,5%
FUGA	2	2	2	-695	-24,5%
TOT	260	230	212	-695	-24,5%

C11A.3.1 ("BPCO")

Filtro per età: 50-74; Fuga compresa

Target 52 x100mila ab.	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione % 2021/2020
NUMERATORE	85	47	39	-8	-17,0%
DENOMINATORE	131.483	131.543	133.618		
TASSO ASUGI	64,65	35,73	29,19	-6,54	-18,3%

Distretto di residenza	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione % 2021/2020
Distretto 1	11	4	5	-55	-14,1%
Distretto 2	11	5	9	-120	-28,3%
Distretto 3	31	14	8	-92	-20,3%
Distretto 4	12	7	6	-137	-30,0%
Distretto alto isontino	4	5	3	-223	-41,8%
Distretto basso isontino	9	5	2	-72	-12,5%
ASUGI	79	41	33	-695	-24,5%
FUGA	6	6	6	-695	-24,5%
TOT	85	47	39	-695	-24,5%

Amputazioni Maggiori per diabete

Target <30 casi x 1.000.000 ab.	2017	2018	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione % 2021/2020
NUMERATORE	14	10	12	12	7	-5	-41,7%
DENOMINATORE	374.419	374.130	373.952	369.289	369.816		
TASSO ASUGI			32,07	30,43	27,85	-2,58	-8,5%

Distretto di residenza	2017	2018	2019	2020	2021	differenza 2021-2020	variazione % 2021/2020
Distretto 1	2	2	0	1	2	-55	-14,1%
Distretto 2	1	1	1	2	1	-120	-28,3%
Distretto 3	3	1	4	1	0	-92	-20,3%
Distretto 4	6	1	3	0	0	-137	-30,0%
Distretto alto isontino	1	4	1	5	1	-223	-41,8%
Distretto basso isontino	1	1	3	3	3	-72	-12,5%
ASUGI	14	10	13	12	8	-695	-24,5%

INDICATORI PNE 2020

BPCO - Volume di ricoveri ordinari			
Struttura di Ricovero	sede	Ricoveri residenti	Volume (erogato)
Pineta del Carso	Duino-Aurisina	54	60
Cattinara Maggiore	Trieste	334	340
Gorizia Monfalcone	Gorizia	82	86
Gorizia Monfalcone	Monfalcone	48	53
Altre strutture	FVG	16	
extra regione	extra FVG	4	
Totale ASUGI		538	539

Colecistectomia laparoscopica - Volume di ricoveri			
Struttura di Ricovero	sede	Ricoveri residenti	Volume (erogato)
Salus	Trieste	70	73
Cattinara Maggiore	Trieste	159	164
Gorizia Monfalcone	Gorizia	39	49
Gorizia Monfalcone	Monfalcone	83	97
Altre strutture	FVG	53	
extra regione	extra FVG	7	
Totale ASUGI		411	383

Infarto Miocardio Acuto (IMA) - Volume di ricoveri			
Struttura di Ricovero	sede	Ricoveri residenti	Volume (erogato)
Cattinara Maggiore	Trieste	618	759
Gorizia Monfalcone	Gorizia	112	120
Gorizia Monfalcone	Monfalcone	169	187
Altre strutture	FVG	48	
extra regione	extra FVG	18	
Totale ASUGI		965	1.066

Frattura del collo del femore- Volume di ricoveri			
Struttura di Ricovero	sede	Ricoveri residenti	Volume (erogato)
Cattinara Maggiore	Trieste	573	580
Gorizia Monfalcone	Gorizia	67	68
Gorizia Monfalcone	Monfalcone	145	155
Altre strutture	FVG	24	
extra regione	extra FVG	19	
Totale ASUGI		828	803

Scopenso Cardiaco - Volume di ricoveri			
Struttura di Ricovero	sede	Ricoveri residenti	Volume (erogato)
Cattinara Maggiore	Trieste	797	910
Gorizia Monfalcone	Gorizia	166	178
Gorizia Monfalcone	Monfalcone	214	238
Altre strutture	FVG	59	
extra regione	extra FVG	14	
Totale ASUGI		1.250	1.326

Frattura del collo del femore- Volume di ricoveri CHIRURGICI			
Struttura di Ricovero	sede	Ricoveri residenti	Volume (erogato)
Cattinara Maggiore	Trieste	562	569
Gorizia Monfalcone	Gorizia	65	65
Gorizia Monfalcone	Monfalcone	129	139
Altre strutture	FVG	21	
extra regione	extra FVG	16	
Totale ASUGI		793	773

Intervento chirurgico per TM mammella			
Struttura di Ricovero	sede	Ricoveri residenti	Volume (erogato)
Cattinara Maggiore	Trieste	85	91
Gorizia Monfalcone	Gorizia	8	9
Gorizia Monfalcone	Monfalcone	18	18
Altre strutture	FVG	15	
extra regione	extra FVG	5	
Totale ASUGI		131	118

Intervento chirurgico per TM mammella			
Struttura di Ricovero	sede	Ricoveri residenti	Volume (erogato)
Cattinara Maggiore	Trieste	258	265
Gorizia Monfalcone	Gorizia	118	128
Gorizia Monfalcone	Monfalcone	23	24
Altre strutture	FVG	84	
extra regione	extra FVG	14	
Totale ASUGI		497	417

Parti - Volume di ricoveri			
Struttura di Ricovero	sede	Ricoveri residenti	Volume (erogato)
IRCCS Burlo Garofolo	Trieste	1.403	1.510
Cattinara Maggiore	Trieste		
Gorizia Monfalcone	Gorizia		
Gorizia Monfalcone	Monfalcone	695	830
Altre strutture	FVG	86	
extra regione	extra FVG	51	
Totale ASUGI		2.235	2.340

PRONTO SOCCORSO

ACCESSI TOTALI ASUGI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	43.905	71.758	24.841	1.716	142.226
2020	29.803	51.079	19.126	1.441	101.456
2021	30.750	59.748	21.271	1.621	113.396

DI CUI CON ESITO "RICOVERO"

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	621	8.885	8.223	1.231	18.960
2020	573	7.016	6.719	1.007	15.315
2021	504	7.355	6.951	1.107	15.917

% RICOVERI SU TOT ACCESSI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	1,4%	12,4%	33,1%	71,7%	13,3%
2020	1,9%	13,7%	35,1%	69,9%	15,1%
2021	1,6%	12,3%	32,7%	68,3%	14,0%

ACCESSI OVER 75 ASUGI

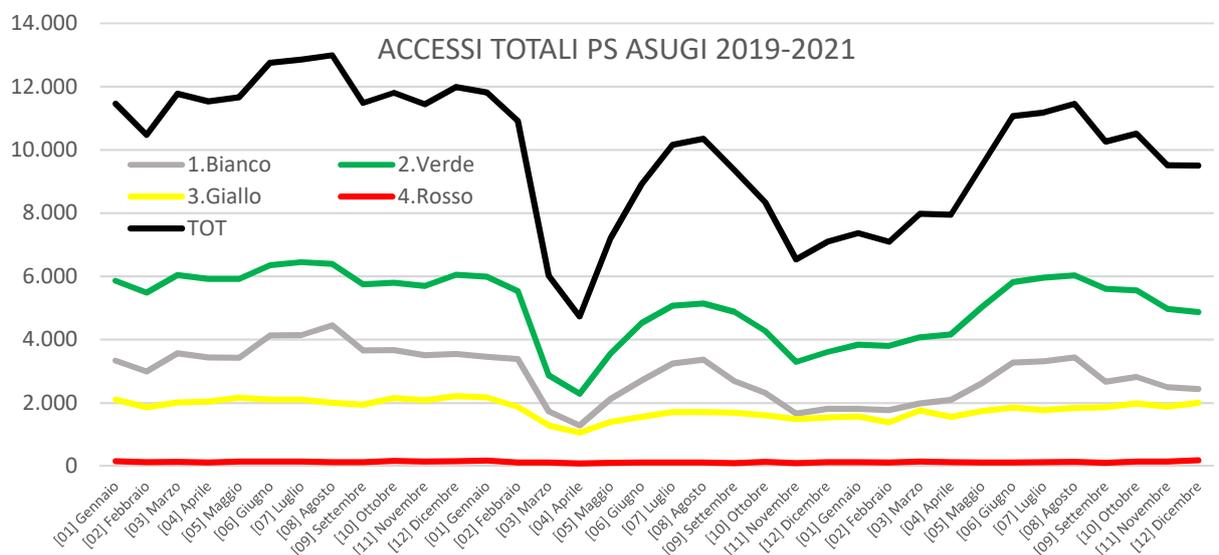
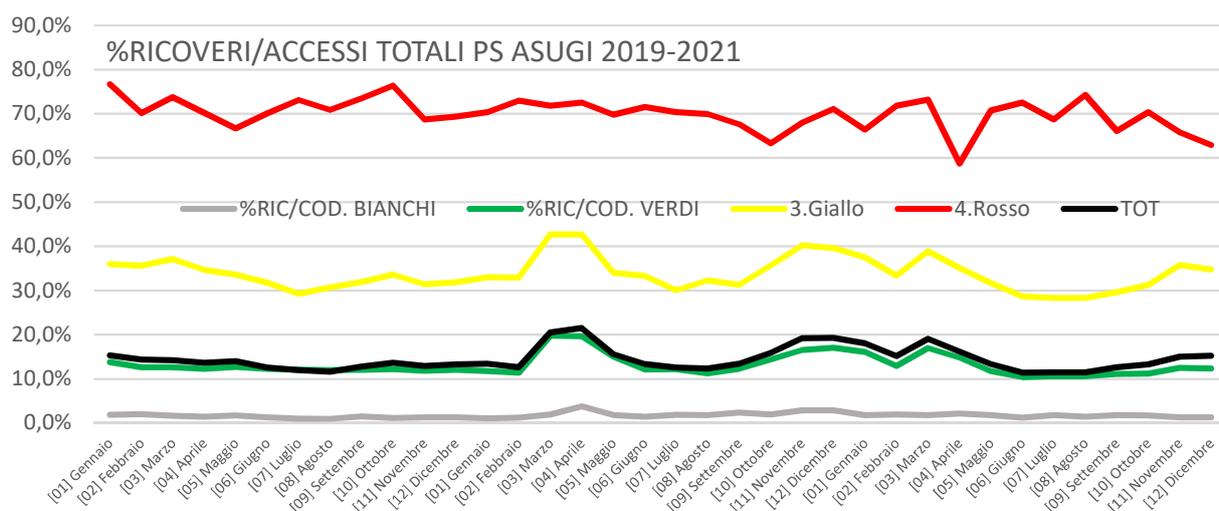
anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	6.552	20.555	9.998	1.049	38.159
2020	4.597	15.387	7.977	863	28.827
2021	4.627	17.045	8.375	942	30.991

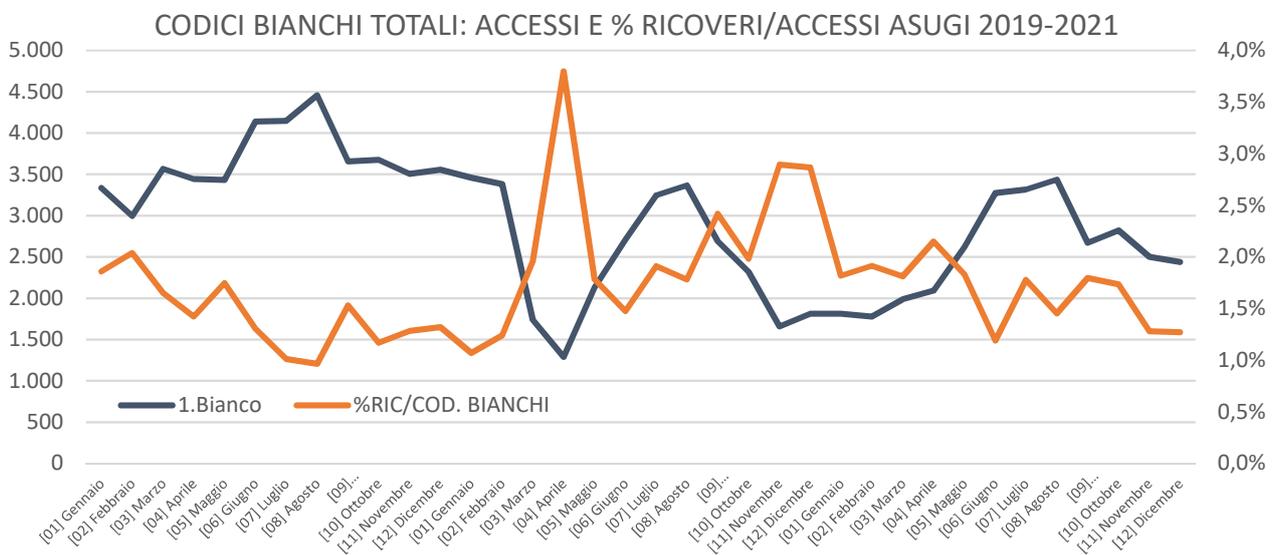
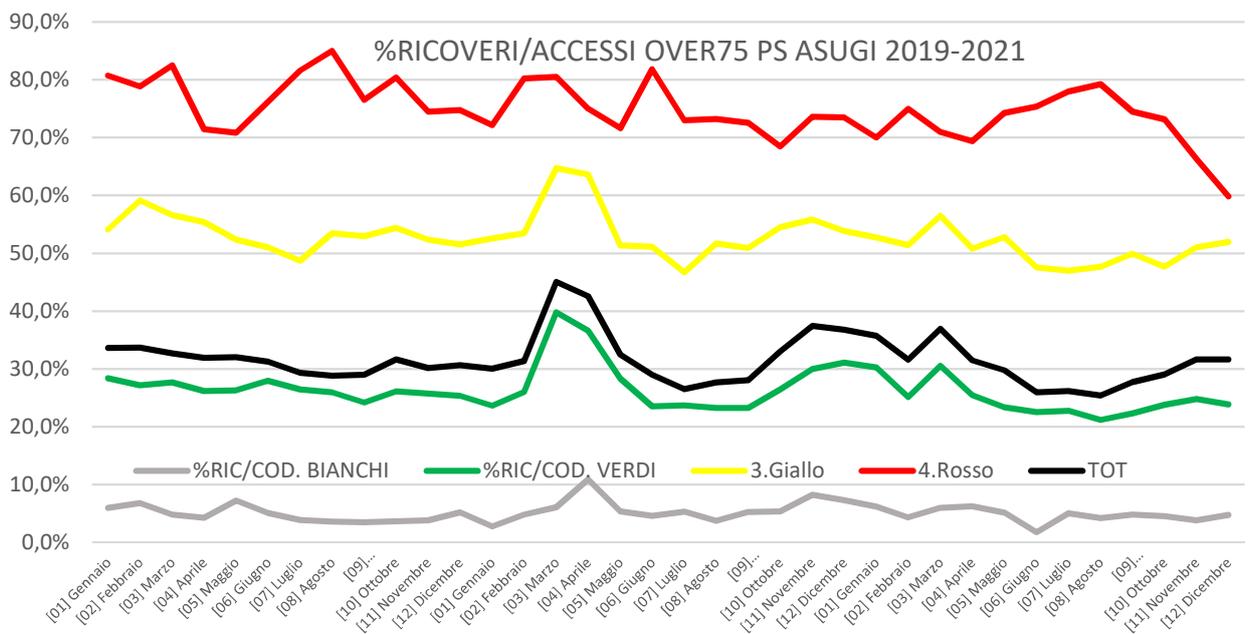
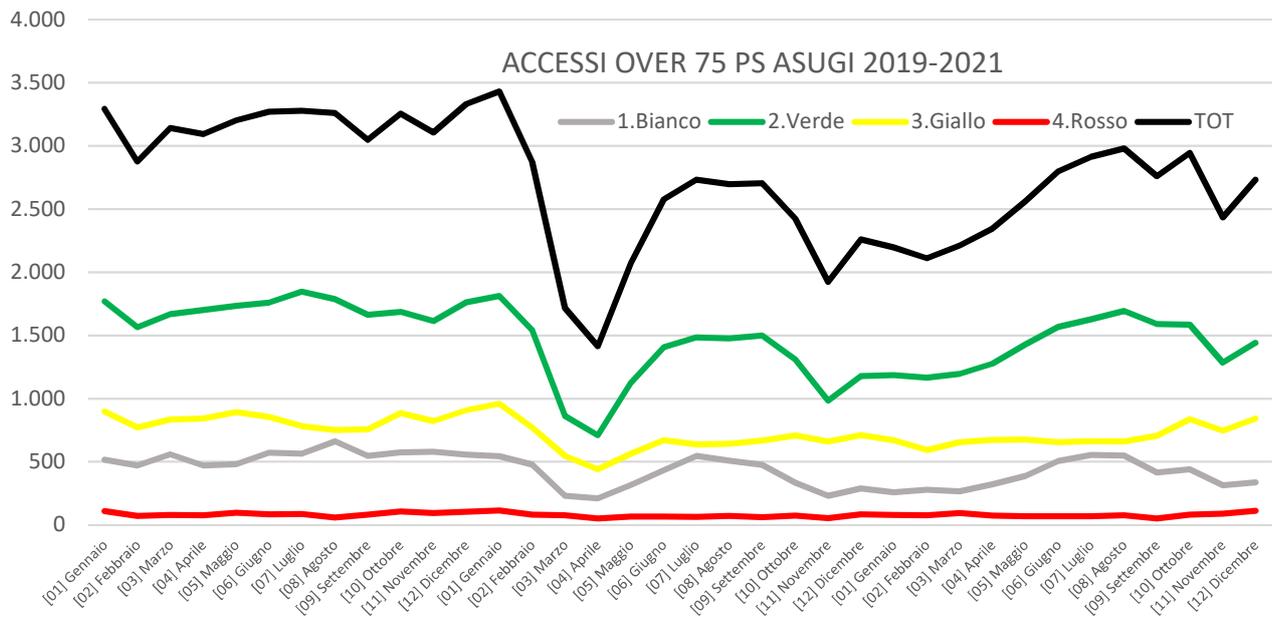
DI CUI CON ESITO "RICOVERO"

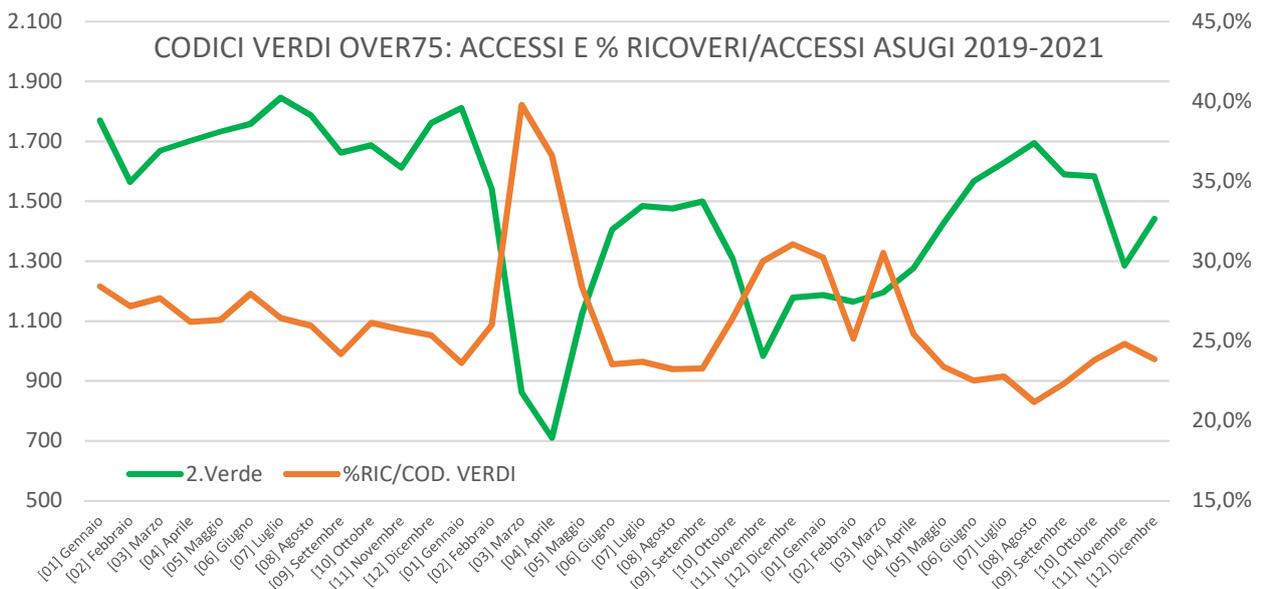
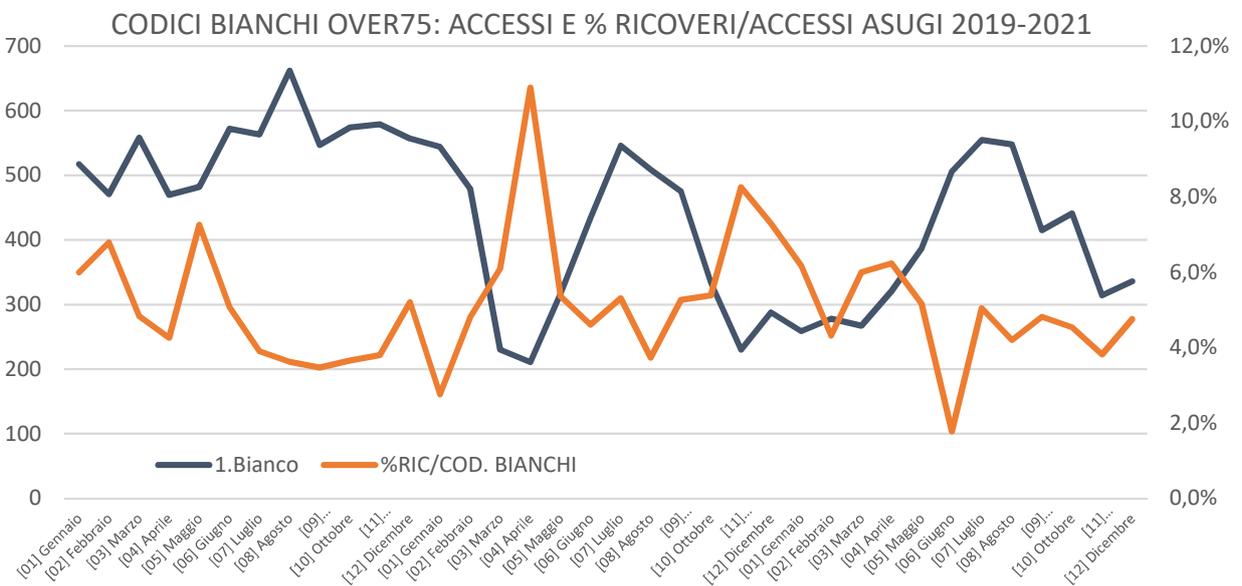
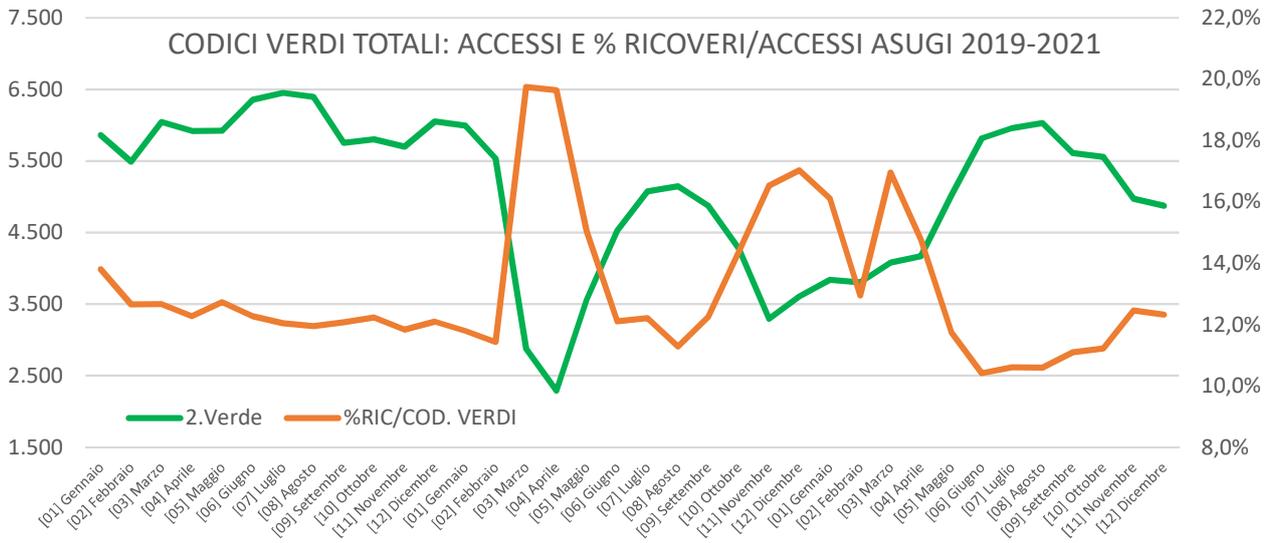
anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	311	5.441	5.348	814	11.914
2020	243	4.133	4.289	644	9.309
2021	212	4.154	4.234	673	9.273

% RICOVERI SU ACCESSI OVER 75

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	4,7%	26,5%	53,5%	77,6%	31,2%
2020	5,3%	26,9%	53,8%	74,6%	32,3%
2021	4,6%	24,4%	50,6%	71,4%	29,9%







PRONTO SOCCORSO - PER PRESIDIO**ACCESSI TOTALI PS CATTINARA**

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	8.706	27.642	13.709	1.265	51.325
2020	7.255	21.353	10.648	995	40.254
2021	7.460	25.167	12.449	1.182	46.261

ACCESSI OVER 75 PS CATTINARA

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	1.607	10.662	5.851	781	18.904
2020	1.344	8.152	4.670	621	14.788
2021	1.256	9.085	5.144	702	16.188

ACCESSI TOTALI PS MAGGIORE

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	13.987	9.573	884	21	24.465
2020	7.462	5.460	422	12	13.356
2021	7.604	6.239	501	8	14.352

ACCESSI OVER 75 PS MAGGIORE

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	1.891	1.706	194	6	3.797
2020	1.105	1.066	107	4	2.282
2021	1.140	1.151	117	3	2.411

ACCESSI TOTALI PS AREA GIULIANA

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	22.693	37.215	14.593	1.286	75.790
2020	14.717	26.813	11.070	1.007	53.610
2021	15.064	31.406	12.950	1.190	60.613

ACCESSI OVER 75 PS AREA GIULIANA

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	3.498	12.368	6.045	787	22.701
2020	2.449	9.218	4.777	625	17.070
2021	2.396	10.236	5.261	705	18.599

ACCESSI TOTALI PS GORIZIA

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	7.477	11.681	4.005	219	23.383
2020	4.591	8.044	3.175	200	16.013
2021	4.669	9.445	3.146	193	17.454

ACCESSI OVER 75 PS GORIZIA

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	1.250	3.634	1.643	146	6.673
2020	687	2.707	1.426	118	4.939
2021	622	3.015	1.299	121	5.058

ACCESSI TOTALI PS MONFALCONE

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	10.655	21.456	6.130	211	38.454
2020	7.938	15.426	4.842	233	28.440
2021	8.177	17.995	5.132	237	31.543

ACCESSI OVER 75 PS MONFALCONE

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	824	4.264	2.273	116	7.479
2020	649	3.292	1.767	120	5.829
2021	665	3.594	1.807	116	6.182

ACCESSI TOTALI PS GRADO**% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI**

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	3,7%	20,1%	40,4%	76,2%	24,1%
2020	4,4%	19,7%	40,5%	76,4%	23,8%
2021	4,0%	17,6%	36,9%	73,6%	22,0%

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	10,9%	33,2%	62,2%	80,4%	42,2%
2020	11,0%	30,2%	58,8%	77,1%	39,5%
2021	10,4%	27,2%	53,7%	73,6%	36,3%

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	0,5%	6,4%	19,9%	42,9%	3,5%
2020	0,6%	6,1%	25,1%	41,7%	3,7%
2021	0,6%	5,1%	16,4%	25,0%	3,1%

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	1,1%	14,9%	43,8%	33,3%	9,5%
2020	1,0%	12,4%	43,0%	100,0%	8,5%
2021	1,4%	9,0%	32,5%	0,0%	6,6%

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	1,7%	16,6%	39,1%	75,7%	17,5%
2020	2,5%	16,9%	39,9%	76,0%	18,8%
2021	2,3%	15,1%	36,1%	73,3%	17,6%

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	5,6%	30,7%	61,6%	80,1%	36,8%
2020	6,5%	28,2%	58,5%	77,3%	35,3%
2021	6,1%	25,2%	53,2%	73,3%	32,5%

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	2,2%	11,4%	28,6%	68,0%	11,9%
2020	2,5%	14,8%	34,3%	66,0%	15,8%
2021	1,9%	12,7%	31,5%	60,6%	13,7%

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	7,4%	22,3%	45,3%	74,0%	26,3%
2020	8,2%	27,4%	50,8%	75,4%	32,7%
2021	5,8%	25,0%	46,6%	66,9%	29,2%

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	0,7%	6,5%	22,3%	51,7%	7,6%
2020	1,2%	8,4%	25,0%	47,2%	9,5%
2021	0,9%	7,8%	25,1%	49,8%	9,1%

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	2,9%	19,6%	38,7%	65,5%	24,3%
2020	4,3%	24,1%	43,6%	60,0%	28,5%
2021	4,4%	22,9%	45,9%	64,7%	28,4%

ACCESSI OVER 75 PS GRADO

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	3.080	1.406	113	0	4.599
2020	2.557	796	39	1	3.393
2021	2.840	902	43	1	3.786

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	980	289	37	0	1.306
2020	812	170	7	0	989
2021	944	200	8	0	1.152

ACCESSI TOTALI PS AREA ISONTINA

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	21.212	34.543	10.248	430	66.436
2020	15.086	24.266	8.056	434	47.846
2021	15.686	28.342	8.321	431	52.783

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	1,1%	7,9%	24,5%	60,0%	8,6%
2020	1,4%	10,2%	28,5%	55,8%	10,9%
2021	1,0%	9,2%	27,4%	54,5%	10,0%

ACCESSI OVER 75 PS AREA ISONTINA

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	3.054	8.187	3.953	262	15.458
2020	2.148	6.169	3.200	238	11.757
2021	2.231	6.809	3.114	237	12.392

% ACCESSI CON ESITO RICOVERO SU ACCESSI TOTALI

anno	1.Bianco	2.Verde	3.Giallo	4.Rosso	TOT
2019	3,8%	20,1%	41,1%	70,2%	23,1%
2020	3,9%	24,9%	46,7%	67,6%	27,9%
2021	2,9%	23,1%	46,1%	65,8%	26,1%

RONTO SOCCORSO - INDICATORI MeS - Bersaglio

INDICATORE C16.2

Ridurre l'attesa dei codici verdi portandola entro 1h almeno nell'80% dei casi

Sono esclusi dal calcolo tutti gli accessi al Pronto Soccorso con data e ora di accesso e di presa in carico non valida

DATI PS ASUGI

≥ 80% Spoke

65% HUB

Codici verdi visitati entro 1 ora												
	2019			2020			2021			diff. 2021/2020		
	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%
PS CATTINARA	26.525	9.657	36,41%	21.313	12.799	60,05%	25.151	11.477	45,63%	3.838	-1.322	-14,42%
PS GORIZIA	11.579	6.322	54,60%	8.020	4.885	60,91%	9.378	6.123	65,29%	1.358	1.238	4,38%
PS MONFALCONE	21.230	11.916	56,13%	15.270	9.758	63,90%	17.379	10.554	60,73%	2.109	796	-3,17%
PS MAGGIORE	8.210	4.050	49,33%	4.693	3.257	69,40%	5.585	3.532	63,24%	892	275	-6,16%
PS GRADO	1.405	1.402	99,79%	794	793	99,87%	897	896	99,89%	103	103	0,01%
ASUGI	68.949	33.347	48,36%	50.090	31.492	62,87%	58.390	32.582	55,80%	8.300	1.090	-7,07%

INDICATORE C16.3

Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85%

Sono esclusi dal calcolo tutti gli accessi al Pronto Soccorso con data e ora di accesso e di presa in carico non valida

DATI PS ASUGI

≥ 85% Spoke

75% HUB

Codici verdi permanenza entro 4 ore escluso i percorsi brevi (OBI/OT)												
	2019			2020			2021			diff. 2021/2020		
	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%
PS CATTINARA	17.100	7.211	42,17%	13.841	7.645	55,23%	17.391	8.216	47,24%	3.550	571	-7,99%
PS GORIZIA	8.904	5.646	63,41%	5.962	3.837	64,36%	7.543	5.316	70,48%	1.581	1.479	6,12%
PS MONFALCONE	17.135	12.019	70,14%	11.933	8.359	70,05%	14.252	9.618	67,49%	2.319	1.259	-2,56%
PS MAGGIORE	7.718	4.688	60,74%	4.605	3.216	69,84%	5.245	3.465	66,06%	640	249	-3,77%
PS GRADO	1.385	1.379	99,57%	786	785	99,87%	896	895	99,89%	110	110	0,02%
ASUGI	52.242	30.943	59,23%	37.127	23.842	64,22%	45.327	27.510	60,69%	8.200	3.668	-3,53%

ASSISTENZA DOMICILIARE
SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE SID (prestazioni 2021 fino a 8/11/21)

Tutte le prestazioni Azienda di erogazione	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021	Diff %
ASUGI	12.257	13.194	12.219	-7,4%	10,5%	11,1%	10,3%	177.476	177.310	136.257	-23,2%

PAI Azienda di erogazione	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021	Diff %
ASUGI	6.660	6.545	5.600	-14,4%	5,8%	5,7%	5,0%	151.493	147.315	109.266	-25,8%

% PAI Azienda di erogazione	UTENTI							ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %				2019	2020	2021	Diff %
ASUGI	54,3%	49,6%	45,8%	-7,6%				85,4%	83,1%	80,2%	-3,5%

Tutte le prestazioni Distretto di erogazione	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021	Diff %
D1	2.054	2.016	1.746	-13,4%	10,4%	10,2%	8,7%	29.317	25.900	20.866	-19,4%
D2	2.052	2.071	1.760	-15,0%	11,8%	11,7%	10,3%	28.064	31.371	24.700	-21,3%
D3	2.762	2.806	2.395	-14,6%	13,2%	13,3%	11,5%	38.204	34.594	25.404	-26,6%
D4	2.136	2.506	2.300	-8,2%	12,1%	13,5%	12,6%	31.381	34.173	25.036	-26,7%
area Giuliana	8.693	9.240	8.050	-12,9%	11,5%	12,0%	10,7%	126.966	126.038	96.006	-23,8%
D5 - alto isontino	1.816	1.995	2.284	14,5%	9,0%	9,8%	10,6%	25.877	27.023	20.442	-24,4%
D6 - basso isontino	1.776	1.964	1.895	-3,5%	8,4%	9,3%	9,1%	24.633	24.249	19.809	-18,3%
area Isontina	3.570	3.957	4.174	5,5%	8,6%	9,5%	9,8%	50.510	51.272	40.251	-21,5%

PAI Distretto di erogazione	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021	Diff %
D1	1.075	938	859	-8,4%	5,7%	5,1%	4,6%	25.311	21.608	17.783	-17,7%
D2	1.085	1.116	938	-15,9%	6,4%	6,5%	5,6%	24.083	26.732	20.511	-23,3%
D3	1.385	1.312	1.061	-19,1%	6,7%	6,4%	5,2%	31.681	27.826	19.493	-29,9%
D4	883	901	702	-22,1%	5,1%	5,3%	4,1%	24.382	25.251	16.749	-33,7%
area Giuliana	4.357	4.241	3.536	-16,6%	5,9%	5,8%	4,9%	105.457	101.417	74.536	-26,5%
D5 - alto isontino	1.242	1.204	969	-19,5%	6,3%	6,1%	4,9%	23.977	24.317	16.893	-30,5%
D6 - basso isontino	1.079	1.103	1.099	-0,4%	5,2%	5,2%	5,3%	22.059	21.581	17.837	-17,3%
area Isontina	2.307	2.305	2.065	-10,4%	5,7%	5,6%	5,1%	46.036	45.898	34.730	-24,3%

% PAI Distretto di erogazione	UTENTI							ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %				2019	2020	2021	Diff %
D1	52,3%	46,5%	49,2%	2,7%				86,3%	83,4%	85,2%	-1,1%
D2	52,9%	53,9%	53,3%	-0,6%				85,8%	85,2%	83,0%	-2,8%
D3	50,1%	46,8%	44,3%	-2,5%				82,9%	80,4%	76,7%	-6,2%
D4	41,3%	36,0%	30,5%	-5,4%				77,7%	73,9%	66,9%	-10,8%
area Giuliana	50,1%	45,9%	43,9%	-2,0%				83,1%	80,5%	77,6%	-5,4%
D5 - alto isontino	68,4%	60,4%	42,4%	-17,9%				92,7%	90,0%	82,6%	-10,0%
D6 - basso isontino	60,8%	56,2%	58,0%	1,8%				89,6%	89,0%	90,0%	0,5%
area Isontina	64,6%	58,3%	49,5%	-8,8%				91,1%	89,5%	86,3%	-4,9%

SERVIZIO RIABILITATIVO DOMICILIARE SRD (prestazioni 2021 fino a 8/11/21)

Tutte le prestazioni	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	Azienda di erogazione	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021
ASUGI	5.787	4.552	4.294	-5,7%	4,9%	3,8%	9,4%	20.737	17.774	18.706	5,2%

PRI	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	Azienda di erogazione	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021
ASUGI	2.012	1.678	1.452	-13,5%	1,6%	1,3%	1,1%	12.085	11.489	12.348	7,5%

% PRI	UTENTI				ACCESSI			
	Azienda di erogazione	2019	2020	2021	Diff %	2019	2020	2021
ASUGI	34,8%	36,9%	33,8%	-8,3%	58,3%	64,6%	66,0%	2,1%

Tutte le prestazioni	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	Distretto di erogazione	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021
D1	1.005	799	785	-1,8%	5,2%	4,0%	4,0%	3.600	3.000	3.334	11,1%
D2	998	711	642	-9,7%	5,5%	3,7%	3,5%	4.169	3.845	3.650	-5,1%
D3	1.263	981	837	-14,7%	6,1%	4,6%	3,9%	5.387	4.226	3.650	-13,6%
D4	1.265	940	860	-8,5%	7,2%	5,3%	4,9%	4.152	3.893	4.319	10,9%
area Giuliana	4.455	3.390	3.094	-8,7%	5,9%	4,4%	4,1%	17.308	14.964	14.953	-0,1%
D5 - alto isontino	775	643	643	0,0%	3,8%	3,2%	3,2%	2.242	1.676	1.972	17,7%
D6 - basso isontino	560	520	559	7,5%	2,6%	2,4%	2,5%	1.187	1.134	1.781	57,1%
area Isontina	1.334	1.162	1.201	3,4%	3,2%	2,8%	2,9%	3.429	2.810	3.753	33,6%

PRI	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	Distretto di erogazione	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021
D1	743	502	428	-14,7%	3,9%	2,5%	2,1%	3.083	2.424	2.642	9,0%
D2	354	315	297	-5,7%	1,6%	1,4%	1,5%	3.052	3.052	3.046	-0,2%
D3	283	361	219	-39,3%	1,3%	1,5%	0,9%	1.798	2.349	2.069	-11,9%
D4	414	322	244	-24,2%	2,2%	1,7%	1,2%	2.448	2.389	2.602	8,9%
area Giuliana	1.786	1.497	1.184	-20,9%	2,2%	1,8%	1,4%	10.381	10.214	10.359	1,4%
D5 - alto isontino	169	90	100	11,1%	0,8%	0,4%	0,4%	1.301	784	944	20,4%
D6 - basso isontino	58	91	168	84,6%	0,2%	0,4%	0,7%	403	491	1.045	112,8%
area Isontina	227	181	268	48,1%	0,5%	0,4%	0,6%	1.704	1.275	1.989	56,0%

% PRI	UTENTI				ACCESSI			
	Distretto di erogazione	2019	2020	2021	Diff %	2019	2020	2021
D1	73,9%	62,8%	54,5%	-8,3%	85,6%	80,8%	79,2%	-6,4%
D2	35,5%	44,3%	46,3%	2,0%	73,2%	79,4%	83,5%	10,2%
D3	22,4%	36,8%	26,2%	-10,6%	33,4%	55,6%	56,7%	23,3%
D4	32,7%	34,3%	28,4%	-5,9%	59,0%	61,4%	60,2%	1,3%
area Giuliana	40,1%	44,2%	38,3%	-5,9%	60,0%	68,3%	69,3%	9,3%
D5 - alto isontino	21,8%	14,0%	15,6%	1,6%	58,0%	46,8%	47,9%	-10,2%
D6 - basso isontino	10,4%	17,5%	30,1%	12,6%	34,0%	43,3%	58,7%	24,7%
area Isontina	17,0%	15,6%	22,3%	6,7%	49,7%	45,4%	53,0%	3,3%

ASSISTENZA DOMICILIARE SID + SRD. (prestazioni 2021 fino a 8/11/21)

Tutte le prestazioni	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021	Diff %
ASUGI	14.599	14.881	13.852	-6,9%	12,4%	12,5%	11,7%	198.213	195.084	154.963	-20,6%

PAI	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021	Diff %
Azienda di erogazione	7.825	7.521	6.471	-14,0%	6,7%	6,4%	5,6%	163.578	158.804	121.614	-23,4%

% PAI	UTENTI				ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019	2020	2021	Diff %
Azienda di erogazione	53,6%	50,5%	46,7%	-7,6%	82,5%	81,4%	78,5%	-3,6%

Tutte le prestazioni	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021	Diff %
Distretto di erogazione											
D1	2.464	2.344	2.093	-10,7%	12,5%	11,8%	10,5%	32.917	28.900	24.200	-16,3%
D2	2.528	2.341	1.976	-15,6%	14,2%	12,9%	11,3%	32.233	35.216	28.350	-19,5%
D3	3.267	3.179	2.735	-14,0%	15,5%	15,0%	13,1%	43.591	38.820	29.054	-25,2%
D4	2.707	2.851	2.628	-7,8%	15,4%	15,4%	14,5%	35.533	38.066	29.355	-22,9%
area Giuliana	10.510	10.478	9.229	-11,9%	13,8%	13,5%	12,2%	144.274	141.002	110.959	-21,3%
D5 - alto isontino	2.148	2.268	2.525	11,3%	10,6%	11,1%	11,7%	28.119	28.699	22.414	-21,9%
D6 - basso isontino	1.971	2.142	2.111	-1,4%	9,2%	10,1%	10,0%	25.820	25.383	21.590	-14,9%
area Isontina	4.096	4.407	4.631	5,1%	9,8%	10,6%	10,8%	53.939	54.082	44.004	-18,6%

PAI	UTENTI				Copertura assistenziale			ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019 (65a.)	2020 (65a.)	2021 (65a.)	2019	2020	2021	Diff %
Distretto di erogazione											
D1	1.504	1.239	1.123	-9,4%	7,9%	6,5%	5,9%	28.394	24.032	20.425	-15,0%
D2	1.316	1.310	1.127	-14,0%	7,4%	7,3%	6,4%	27.135	29.784	23.557	-20,9%
D3	1.535	1.532	1.217	-20,6%	7,4%	7,3%	5,8%	33.479	30.175	21.562	-28,5%
D4	1.127	1.095	856	-21,8%	6,4%	6,3%	5,0%	26.830	27.640	19.351	-30,0%
area Giuliana	5.392	5.141	4.294	-16,5%	7,2%	6,8%	5,8%	115.838	111.631	84.895	-24,0%
D5 - alto isontino	1.340	1.250	1.027	-17,8%	6,7%	6,3%	5,1%	25.278	25.101	17.837	-28,9%
D6 - basso isontino	1.111	1.133	1.154	1,9%	5,3%	5,3%	5,5%	22.462	22.072	18.882	-14,5%
area Isontina	2.437	2.381	2.178	-8,5%	5,9%	5,8%	5,3%	47.740	47.173	36.719	-22,2%

% PAI	UTENTI				ACCESSI			
	2019	2020	2021	Diff %	2019	2020	2021	Diff %
Distretto di erogazione								
D1	61,0%	52,9%	53,7%	0,8%	86,3%	83,2%	84,4%	-1,9%
D2	52,1%	56,0%	57,0%	1,1%	84,2%	84,6%	83,1%	-1,1%
D3	47,0%	48,2%	44,5%	-3,7%	76,8%	77,7%	74,2%	-2,6%
D4	41,6%	38,4%	32,6%	-5,8%	75,5%	72,6%	65,9%	-9,6%
area Giuliana	51,3%	49,1%	46,5%	-2,5%	80,3%	79,2%	76,5%	-3,8%
D5 - alto isontino	62,4%	55,1%	40,7%	-14,4%	89,9%	87,5%	79,6%	-10,3%
D6 - basso isontino	56,4%	52,9%	54,7%	1,8%	87,0%	87,0%	87,5%	0,5%
area Isontina	59,5%	54,0%	47,0%	-7,0%	88,5%	87,2%	83,4%	-5,1%

ATTIVITA' RSA

struttura	2019			2020			2021		
	persone	ricoveri	gg degenza	persone	ricoveri	gg degenza	persone	ricoveri	gg degenza
R.S.A. - GORIZIA - GCA	3	4	82	5	5	510	5	5	137
R.S.A. - CORMONS	321	369	15.109	234	255	7.364	308	326	6.855
R.S.A. - GORIZIA	231	335	12.558	135	142	6.024	112	119	5.839
R.S.A. CASA VERDE - TRIESTE	458	509	12.961	346	360	10.172	305	320	9.179
R.S.A. IGEA - TRIESTE	923	1.046	27.183	703	746	25.258	262	273	23.024
R.S.A. MADEMAR - TRIESTE	947	1.098	25.710	556	618	20.830	322	341	10.426
R.S.A. OSPIZIO MARINO - GRADO	133	143	3.236	138	150	4.194	111	113	3.337
R.S.A. PINETA DEL CARSO	10	13	852						
R.S.A. PINETA-POLICLINICO TS	6	6	661	10	12	1.009	26	29	1.868
R.S.A. SAN GIUSTO - TRIESTE	384	501	13.960	221	324	7.013	364	375	5.431
R.S.A.-S.POLO MONFALCONE	295	326	11.885	270	292	8.569	325	346	9.743
TOT RSA	3.557	4.350	124.197	2.415	2.904	90.943	1.963	2.247	75.839
HOSPICE - RSA SAN POLO- MONF.	78	89	1.809	69	75	1.183	94	102	1.533
R.S.A. PINETA DEL CARSO - HOSPICE	355	372	5.227						
R.S.A. PINETA-POLICLINICO - HOSPICE	36	36	299	321	331	4.599	232	245	4.154
TOT HOSPICE	457	497	7.335	388	406	5.782	326	347	5.687

VACCINAZIONI ANTI COVID19**Dosi vaccini anti-Covid19 EROGATE da ASUGI**

31/12/2021

EROGATO ASUGI	tutte le età	erogate nel 2020	dosi erogate nel 2021
PRIMA DOSE	310.656	785	309.871
SECONDA DOSE	284.068		284.068
TERZA DOSE	124.456		124.456
ASUGI dosi totali erogate	712.266		711.481

Tipologia vaccino erogato ASUGI	D1	D2	D3	Totale	Erogato 2021
ANTI COVID-19 ADENOVIRUS - ASTRAZENECA	45.828	42.725		88.553	88.553
ANTI COVID-19 ADENOVIRUS - JOHNSON	6.914			6.914	6.914
ANTI COVID-19 mRNA - MODERNA	42.659	33.218	26.010	101.887	101.887
ANTI COVID-19 mRNA - PFIZER	215.255	201.211	98.446	514.912	514.127
Totale complessivo	310.656	277.154	124.456	712.266	711.481

Dati estratti da portale SSSR tramite applicativo Business Objects XI in data 20/01/2022

Le età sono calcolate come età effettiva al 31/12/2021

VOLUMI TEMPI DI ATTESA

		PRESTAZIONI				target mag-dic 2022
		2019 mag-dic				
		D	P	Z- ALTRO	Totale	
1	Prima Visita cardiologica	2.239	3.264	1.444	6.947	5.905
2	Prima Visita chirurgia vascolare	267	399	120	786	668
3	Prima Visita endocrinologica	573	1.514		2.087	1.774
4	Prima Visita neurologica	855	2.236	811	3.902	3.317
5	Prima Visita oculistica	3.255	9.302	2.890	15.447	13.130
6	Prima Visita ortopedica	2.644	3.077	1.338	7.059	6.000
7	Prima Visita ginecologica	739	4.187	787	5.713	4.856
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	3.119	3.868		6.987	5.939
9	Prima Visita urologica	1.465	2.375	1.428	5.268	4.478
10	Prima Visita dermatologica	4.385	5.855	2.232	12.472	10.601
11	Prima Visita fisiatrica	3.858	6.134	833	10.825	9.201
12	Prima Visita gastroenterologica	461	469		930	791
13	Prima Visita oncologica	81	599		680	578
14	Prima Visita pneumologica	1.068	1.198	682	2.948	2.506
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	969	6.447	1.907	9.323	7.925
16	Mammografia monolaterale	92	729	59	880	748
17	TC del Torace	299	863	438	1.600	1.360
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	605	1.704	148	2.457	2.088
19	TC dell'addome superiore	13	24	5	42	36
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	57	129	33	219	186
21	TC dell'Addome inferiore	5	3	3	11	
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	6	11	4	21	18
23	TC dell'addome completo	71	158	109	338	287
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	681	1.953	262	2.896	2.462
25	TC Cranio – encefalo	241	495	547	1.283	1.091
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	103	235	125	463	394
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	20	95	5	120	102
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	17	66	1	84	71
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	68	151	18	237	201
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervic. senza e con MDC		4		4	
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	3	1		4	
32	TC del rachide e dello speco vertebr. lombosacr. senza e conMDC	2	4		6	
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	8	72	5	85	72
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	241	1.289	8	1.538	1.307
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	249	1.258	55	1.562	1.328
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	20	120	6	146	124
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	73	325	24	422	359
38	RM della colonna in toto	650	1.361	1.179	3.190	2.712
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	41	340	1	382	325
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	722	2.426	955	4.103	3.488
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	6	368		374	318
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	730	3.275	4.535	8.540	7.259
43	Ecografia dell'addome superiore	529	2.448	1.080	4.057	3.448
44	Ecografia dell'addome inferiore	117	321	161	599	509
45	Ecografia dell'addome completo	1.868	2.954	2.713	7.535	6.405
46	Ecografia bilaterale della mammella	699	4.183	1.244	6.126	5.207
47	Ecografia monolaterale della mammella	103	697	43	843	717
48	Ecografia ostetrica	7	1.508	4	1.519	1.291

49	Ecografia ginecologica	3	39	2	44	37
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	598	1.423	492	2.513	2.136
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile*	945	1119	153	2.217	1.884
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede un.	153	208	29	390	332
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	38	87	5	130	111
54	Esofagogastroduodenoscopia	392	444	28	864	734
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia**	10	12	64	86	73
56	Elettrocardiogramma	1.331	11.464	964	13.759	11.695
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	592	2.621	354	3.567	3.032
58	Test cardiovasc. da sforzo con cicloergometro o con pedana mob.	97	897	74	1.068	908
60	Esame audiometrico tonale	674	2.524		3.198	2.718
61	Spirometria semplice	202	666	416	1.284	1.091
62	Spirometria globale	512	3.541	535	4.588	3.900
63	Fotografia del fundus	17	1.403		1.420	1.207
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	1.041	6.497	7.199	14.737	12.526
100	Intervento sul cristallino con e senza vitrectomia	7	3.386	211	3.604	3.063
101	Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	17	3.300		3.317	2.819
102	Visita algologica	191	601	91	883	751

* i codici utilizzati sono i seguenti: 45.23; 45.23.1; 45.23.2; 45.23.3; 45.23.4; 45.26.1; 45.25; 45.25.1

**i codici utilizzati sono i seguenti: 45.16.1; 45.16.2

		RICOVERI				target mag-dic 2022
		2019 mag-dic				
		B	C	D	Totale	
8	By pass aortocoronarico	50	1		51	43
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	22	5		27	23
10	Endoarteriectomia carotidea	29	4		33	28
11	Intervento protesi anca	63	129	21	213	181
13	Colecistectomia laparoscopica	90	53	12	155	132
14	Coronarografia	61	18	2	81	69
15	Biopsia percutanea del Fegato	1	1	5	7	6
16	Emorroidectomia	25	74	4	103	88
17	Riparazione ernia inguinale	124	303	85	512	435
180	TURP	35	73	21	129	110
190	Artroscopia	371	225	18	614	522
200	Protesi ginocchio	60	182	37	279	237

INDICATORI LINEE GUIDA 2022

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	DATI ASUGI AL 31.12.2021																			
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Tempi di attesa	Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata, salvo eventuali correttivi dovuti all'emergenza COVID 2019	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRIORITA'</th> <th colspan="3">PERIODO TEMPORALE DI CONFRONTO</th> </tr> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B</td> <td>135</td> <td>472</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>417</td> <td>508</td> <td>82%</td> </tr> <tr> <td>P</td> <td>132</td> <td>135</td> <td>98%</td> </tr> </tbody> </table>	PRIORITA'	PERIODO TEMPORALE DI CONFRONTO			Numeratore	Denominatore	Valore	B	135	472	29%	D	417	508	82%	P	132	135	98%
PRIORITA'	PERIODO TEMPORALE DI CONFRONTO																						
	Numeratore	Denominatore	Valore																				
B	135	472	29%																				
D	417	508	82%																				
P	132	135	98%																				
B.3	Rete Cure palliative e terapia del dolore	Cure palliative - Decessi a domicilio	Almeno il 75% dei decessi con diagnosi di tumore avviene a domicilio o in hospice;	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>469</td> <td>785</td> <td>59,7</td> </tr> </tbody> </table> <p>*i valori potrebbero essere incompleti</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	469	785	59,7													
Numeratore	Denominatore	Valore																					
469	785	59,7																					
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 2062/2014 e DGR 165/2016)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20</td> </tr> </tbody> </table> <p>*dato riferito al 2020</p>	Numeratore	20																	
Numeratore																							
20																							
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.354</td> <td>2.570</td> <td>91,6</td> </tr> </tbody> </table> <p>*31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	2.354	2.570	91,6													
Numeratore	Denominatore	Valore																					
2.354	2.570	91,6																					
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.301</td> <td>2.570</td> <td>89,53</td> </tr> </tbody> </table> <p>*31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	2.301	2.570	89,53													
Numeratore	Denominatore	Valore																					
2.301	2.570	89,53																					
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28.724</td> <td>17.705</td> <td>61,6</td> </tr> </tbody> </table> <p>*31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	28.724	17.705	61,6													
Numeratore	Denominatore	Valore																					
28.724	17.705	61,6																					
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14.848</td> <td>26.156</td> <td>56,77</td> </tr> </tbody> </table> <p>*31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	14.848	26.156	56,77													
Numeratore	Denominatore	Valore																					
14.848	26.156	56,77																					
E.1	Indicatori LEA - CORE	P15Cc Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>27.752</td> <td>49.249</td> <td>56,35</td> </tr> </tbody> </table> <p>*31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	27.752	49.249	56,35													
Numeratore	Denominatore	Valore																					
27.752	49.249	56,35																					
E.1	Indicatori LEA - CORE	D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.623</td> <td>322.492</td> <td>287,814</td> </tr> </tbody> </table> <p>*31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	1.623	322.492	287,814													
Numeratore	Denominatore	Valore																					
1.623	322.492	287,814																					

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	DATI ASUGI AL 31.12.2021																
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10</td> <td>50.416</td> <td>21,02</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	Numeratore	Denominatore	Valore	10	50.416	21,02										
Numeratore	Denominatore	Valore																		
10	50.416	21,02																		
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14' 10"</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	Valore	14' 10"														
Valore																				
14' 10"																				
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9.790</td> <td>13.949</td> <td>70,2</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	Numeratore	Denominatore	Valore	9.790	13.949	70,2										
Numeratore	Denominatore	Valore																		
9.790	13.949	70,2																		
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.224</td> <td>373.952</td> <td>5,9</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	Numeratore	Denominatore	Valore	2.224	373.952	5,9										
Numeratore	Denominatore	Valore																		
2.224	373.952	5,9																		
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>632</td> <td>373.952</td> <td>1,7</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	Numeratore	Denominatore	Valore	632	373.952	1,7										
Numeratore	Denominatore	Valore																		
632	373.952	1,7																		
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>372</td> <td>373.952</td> <td>1,0</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	Numeratore	Denominatore	Valore	372	373.952	1,0										
Numeratore	Denominatore	Valore																		
372	373.952	1,0																		
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25</td> <td>314</td> <td>8,0</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	Numeratore	Denominatore	Valore	25	314	8,0										
Numeratore	Denominatore	Valore																		
25	314	8,0																		
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>711</td> <td>1.374</td> <td>51,8</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	Numeratore	Denominatore	Valore	711	1.374	51,8										
Numeratore	Denominatore	Valore																		
711	1.374	51,8																		
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>55.119</td> <td>373.952</td> <td>125,428</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	Numeratore	Denominatore	Valore	55.119	373.952	125,428										
Numeratore	Denominatore	Valore																		
55.119	373.952	125,428																		
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CATTINARA MAGGIORE</td> <td>206</td> <td>264</td> <td>78,0</td> </tr> <tr> <td>GORIZIA MONFALCONE</td> <td>136</td> <td>136</td> <td>100,0</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>342</td> <td>400</td> <td>85,5</td> </tr> </tbody> </table> *31.12.2019	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	CATTINARA MAGGIORE	206	264	78,0	GORIZIA MONFALCONE	136	136	100,0	ASUGI	342	400	85,5
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																	
CATTINARA MAGGIORE	206	264	78,0																	
GORIZIA MONFALCONE	136	136	100,0																	
ASUGI	342	400	85,5																	

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	DATI ASUGI AL 31.12.2021																				
E.1	Indicatori LEA - CORE	H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	Obiettivo minimo 2022 è costituito dal valore migliore tra: - valore storico registrato dall'ente nel 2019 - valore di riferimento LEA 2022	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CATTINARA MAGGIORE</td> <td>3.452</td> <td>19.497</td> <td>0,18</td> </tr> <tr> <td>GORIZIA</td> <td>742</td> <td>4.387</td> <td>0,17</td> </tr> <tr> <td>MONFALCONE</td> <td>1.051</td> <td>4.716</td> <td>0,22</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>5.245</td> <td>28.600</td> <td>0,18</td> </tr> </tbody> </table> <p>*31.12.2019</p>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	CATTINARA MAGGIORE	3.452	19.497	0,18	GORIZIA	742	4.387	0,17	MONFALCONE	1.051	4.716	0,22	ASUGI	5.245	28.600	0,18
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																					
CATTINARA MAGGIORE	3.452	19.497	0,18																					
GORIZIA	742	4.387	0,17																					
MONFALCONE	1.051	4.716	0,22																					
ASUGI	5.245	28.600	0,18																					
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CATTINARA MAGGIORE</td> <td>79</td> <td>124</td> <td>63,7</td> </tr> <tr> <td>GORIZIA</td> <td>31</td> <td>44</td> <td>70,5</td> </tr> <tr> <td>MONFALCONE</td> <td>52</td> <td>75</td> <td>69,3</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>162</td> <td>243</td> <td>66,7</td> </tr> </tbody> </table> <p>*31.12.2019</p>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	CATTINARA MAGGIORE	79	124	63,7	GORIZIA	31	44	70,5	MONFALCONE	52	75	69,3	ASUGI	162	243	66,7
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																					
CATTINARA MAGGIORE	79	124	63,7																					
GORIZIA	31	44	70,5																					
MONFALCONE	52	75	69,3																					
ASUGI	162	243	66,7																					
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>322</td> <td>428</td> <td>75,2</td> </tr> </tbody> </table> <p>*P.O. CATTINARA E MAGGIORE AL 31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	322	428	75,2														
Numeratore	Denominatore	Valore																						
322	428	75,2																						
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>115</td> <td>214</td> <td>53,7</td> </tr> </tbody> </table> <p>*P.O. GORIZIA E MONFALCONE AL 31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	115	214	53,7														
Numeratore	Denominatore	Valore																						
115	214	53,7																						
E.1	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CATTINARA MAGGIORE</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>GORIZIA</td> <td>76</td> <td>597</td> <td>12,73</td> </tr> </tbody> </table> <p>*31.12.2019</p>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	CATTINARA MAGGIORE	1	1	100	GORIZIA	76	597	12,73								
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																					
CATTINARA MAGGIORE	1	1	100																					
GORIZIA	76	597	12,73																					
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: 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>33</td> <td>270</td> <td>12,22</td> </tr> </tbody> </table> <p>*P.O. GORIZIA E MONFALCONE AL 31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	33	270	12,22														
Numeratore	Denominatore	Valore																						
33	270	12,22																						
E.2.1	Area perinatale	Riduzione della percentuale di parti operativi sul totale dei parti vaginali INDICATORE: indicatore Bersaglio C7.6 – percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa) per punto nascita	Per i punti nascita SPOKE <=7%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>47</td> <td>599</td> <td>7,85</td> </tr> </tbody> </table> <p>*P.O. GORIZIA E MONFALCONE AL 31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	47	599	7,85														
Numeratore	Denominatore	Valore																						
47	599	7,85																						
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)	Migliorare le coperture vaccinali dell'infanzia e dell'adolescenza rispetto ai valori del 2019 - MMR (1^ e 2^ dose)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.227</td> <td>3.011</td> <td>73,96</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 31.12.2019</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	2.227	3.011	73,96														
Numeratore	Denominatore	Valore																						
2.227	3.011	73,96																						
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	Recupero e offerta attiva della vaccinazione anti herpes zoster nei 65enni non vaccinati nel 2020: (40%)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17</td> <td>4.815</td> <td>0,35</td> </tr> </tbody> </table>	Numeratore	Denominatore	Valore	17	4.815	0,35														
Numeratore	Denominatore	Valore																						
17	4.815	0,35																						

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	DATI ASUGI AL 31.12.2021																							
		sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)																									
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 antipertosse (dTap) donne in gravidanza: 15%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>940</td> <td>1.513</td> <td>62,13</td> </tr> </tbody> </table>				Numeratore	Denominatore	Valore	940	1.513	62,13														
Numeratore	Denominatore	Valore																									
940	1.513	62,13																									
1.2	Screening Cervice Uterina	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening della cervice uterina	% adesione alla proposta di screening: ≥60% donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 25-64 anni)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19.526</td> <td>36.166</td> <td>54,0%</td> </tr> </tbody> </table>				Numeratore	Denominatore	Valore	19.526	36.166	54,0%														
Numeratore	Denominatore	Valore																									
19.526	36.166	54,0%																									
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	Lettura dei Pap-Test primari presso le sedi attuali di competenza fino a transizione del programma ultimata >80% dei Pap-Test refertati entro 21 giorni dalla data dell'ultimo prelievo. Periodo di misurazione dal 1/1/2022 al 30/6/2022	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6.993</td> <td>7.053</td> <td>99,1</td> </tr> </tbody> </table>				Numeratore	Denominatore	Valore	6.993	7.053	99,1														
Numeratore	Denominatore	Valore																									
6.993	7.053	99,1																									
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	Il 100% degli HPV-DNA primari e di tutte le letture dei Pap-Test di screening sono analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi dal 1/7/2022	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19.464</td> <td>19.528</td> <td>99,7</td> </tr> </tbody> </table>				Numeratore	Denominatore	Valore	19.464	19.528	99,7														
Numeratore	Denominatore	Valore																									
19.464	19.528	99,7																									
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	Il 100% degli HPV-DNA di triage su Ascus e HPV-DBA e Cervico-Citologia di secondo livello sono analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di Asugi a partire dal 1/7/2022	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.274</td> <td>1.276</td> <td>99,8%</td> </tr> </tbody> </table>				Numeratore	Denominatore	Valore	1.274	1.276	99,8%														
Numeratore	Denominatore	Valore																									
1.274	1.276	99,8%																									
1.2	Screening Cervice Uterina	6. Assicurare la tempestività nel fornire l'appuntamento per la Colposcopia II livello	Appuntamento per la colposcopia di II livello entro 20 giorni lavorativi dal referto positivo del primo livello in almeno il 85% dei casi.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>85</td> <td>533</td> <td>15,9%</td> </tr> </tbody> </table>				Numeratore	Denominatore	Valore	85	533	15,9%														
Numeratore	Denominatore	Valore																									
85	533	15,9%																									
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 colposcopia ≥85%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>168</td> <td>191</td> <td>88,0%</td> </tr> </tbody> </table>				Numeratore	Denominatore	Valore	168	191	88,0%														
Numeratore	Denominatore	Valore																									
168	191	88,0%																									
1.2	Screening Mammografico	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening mammografico	% adesione alla proposta di screening: ≥64% donne convocate (popolazione riferimento donne obiettivo 45-74 anni.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21.047</td> <td>10.995</td> <td>52,24</td> </tr> </tbody> </table>				Numeratore	Denominatore	Valore	21.047	10.995	52,24														
Numeratore	Denominatore	Valore																									
21.047	10.995	52,24																									
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 ≤ 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello ≥80%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GORIZIA</td> <td>39</td> <td>220</td> <td>17,73</td> </tr> <tr> <td>MONFALCONE</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>100,0</td> </tr> <tr> <td>TRIESTE</td> <td>360</td> <td>411</td> <td>87,59</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>404</td> <td>636</td> <td>63,52</td> </tr> </tbody> </table>				PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	GORIZIA	39	220	17,73	MONFALCONE	5	5	100,0	TRIESTE	360	411	87,59	ASUGI	404	636	63,52
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																								
GORIZIA	39	220	17,73																								
MONFALCONE	5	5	100,0																								
TRIESTE	360	411	87,59																								
ASUGI	404	636	63,52																								

*esami effettuati su coorte di invitate gennaio-giugno 2021

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	DATI ASUGI AL 31.12.2021																								
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) inferiore al 10%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GORIZIA</td> <td>31</td> <td>363</td> <td>8,5</td> </tr> <tr> <td>TRIESTE</td> <td>70</td> <td>632</td> <td>11,1</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>101</td> <td>995</td> <td>10,2</td> </tr> </tbody> </table> <p>*esami effettuati su coorte di invitate gennaio-giugno 2021</p>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	GORIZIA	31	363	8,5	TRIESTE	70	632	11,1	ASUGI	101	995	10,2								
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																									
GORIZIA	31	363	8,5																									
TRIESTE	70	632	11,1																									
ASUGI	101	995	10,2																									
1.2	Screening Mammografico	5. Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato >=85%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>106</td> <td>135</td> <td>78,51</td> </tr> </tbody> </table> <p>*P.O. CATTINARA E MAGGIORE AL 31.12.2021</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	106	135	78,51																		
Numeratore	Denominatore	Valore																										
106	135	78,51																										
1.2	Screening Colon Retto	1. Assicurare un adeguato livello di adesione allo screening colon retto	% adesione alla proposta di screening: >=60% popolazione convocata (popolazione riferimento donne e uomini obiettivo 45-74 anni).	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19.993</td> <td>44.523</td> <td>44,9</td> </tr> </tbody> </table>	Numeratore	Denominatore	Valore	19.993	44.523	44,9																		
Numeratore	Denominatore	Valore																										
19.993	44.523	44,9																										
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: >=95%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CATTINARA MAGGIORE</td> <td>1.026</td> <td>1.058</td> <td>97,0</td> </tr> <tr> <td>GORIZIA MONFALCONE</td> <td>703</td> <td>788</td> <td>89,2</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>1.729</td> <td>1.846</td> <td>93,7</td> </tr> </tbody> </table>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	CATTINARA MAGGIORE	1.026	1.058	97,0	GORIZIA MONFALCONE	703	788	89,2	ASUGI	1.729	1.846	93,7								
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																									
CATTINARA MAGGIORE	1.026	1.058	97,0																									
GORIZIA MONFALCONE	703	788	89,2																									
ASUGI	1.729	1.846	93,7																									
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: >=90%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CATTINARA MAGGIORE</td> <td>396</td> <td>559</td> <td>70,8</td> </tr> <tr> <td>GORIZIA MONFALCONE</td> <td>330</td> <td>427</td> <td>77,3</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>726</td> <td>986</td> <td>73,6</td> </tr> </tbody> </table> <p>*dato 2021 da Portale Sissr, disponibile a Settembre 2021</p>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	CATTINARA MAGGIORE	396	559	70,8	GORIZIA MONFALCONE	330	427	77,3	ASUGI	726	986	73,6								
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																									
CATTINARA MAGGIORE	396	559	70,8																									
GORIZIA MONFALCONE	330	427	77,3																									
ASUGI	726	986	73,6																									
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 >=85%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>497</td> <td>745</td> <td>66,71</td> </tr> </tbody> </table>	Numeratore	Denominatore	Valore	497	745	66,71																		
Numeratore	Denominatore	Valore																										
497	745	66,71																										
4.1.1	Indicatori di attività ospedaliera	Urgenze ortopediche	Fratture operate entro le 48h >=70% (media regionale anno 2019: 71,04%) – fonte Bersaglio)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CATTINARA MAGGIORE</td> <td>237</td> <td>362</td> <td>65,5</td> </tr> <tr> <td>GORIZIA MONFALCONE</td> <td>79</td> <td>147</td> <td>53,7</td> </tr> <tr> <td>ASUGI</td> <td>316</td> <td>509</td> <td>62,1</td> </tr> </tbody> </table> <p>*il dato potrebbe essere ancora incompleto</p>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	CATTINARA MAGGIORE	237	362	65,5	GORIZIA MONFALCONE	79	147	53,7	ASUGI	316	509	62,1								
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																									
CATTINARA MAGGIORE	237	362	65,5																									
GORIZIA MONFALCONE	79	147	53,7																									
ASUGI	316	509	62,1																									
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h C16.2	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) (media regionale 2019 del 53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PS GORIZIA</td> <td>6.123</td> <td>9.382</td> <td>65,3</td> </tr> <tr> <td>PS GRADO</td> <td>896</td> <td>897</td> <td>99,9</td> </tr> <tr> <td>PS MAGGIORE</td> <td>3.531</td> <td>5.584</td> <td>63,2</td> </tr> <tr> <td>PS MONFALCONE</td> <td>10.555</td> <td>17.389</td> <td>60,7</td> </tr> <tr> <td>ASUGI SPOKE</td> <td>21.105</td> <td>33.252</td> <td>63,5</td> </tr> </tbody> </table>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	PS GORIZIA	6.123	9.382	65,3	PS GRADO	896	897	99,9	PS MAGGIORE	3.531	5.584	63,2	PS MONFALCONE	10.555	17.389	60,7	ASUGI SPOKE	21.105	33.252	63,5
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																									
PS GORIZIA	6.123	9.382	65,3																									
PS GRADO	896	897	99,9																									
PS MAGGIORE	3.531	5.584	63,2																									
PS MONFALCONE	10.555	17.389	60,7																									
ASUGI SPOKE	21.105	33.252	63,5																									
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	PRONTO SOCCORSO Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h C16.2	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno il 65% (hub) (media regionale 2019 del	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PS CATTINARA</td> <td>11.477</td> <td>25.166</td> <td>45,61</td> </tr> </tbody> </table>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	PS CATTINARA	11.477	25.166	45,61																
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																									
PS CATTINARA	11.477	25.166	45,61																									

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	DATI ASUGI AL 31.12.2021																								
			53,55% negli Hub e del 64,16% negli spoke - criteri Bersaglio)																									
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 C16.3	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PS GORIZIA</td> <td>5.233</td> <td>7.543</td> <td>69,4</td> </tr> <tr> <td>PS GRADO</td> <td>895</td> <td>896</td> <td>99,9</td> </tr> <tr> <td>PS MAGGIORE</td> <td>3.436</td> <td>5.241</td> <td>65,6</td> </tr> <tr> <td>PS MONFALCONE</td> <td>9.585</td> <td>14.255</td> <td>67,2</td> </tr> <tr> <td>ASUGI SPOKE</td> <td>19.149</td> <td>27.935</td> <td>68,5</td> </tr> </tbody> </table>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	PS GORIZIA	5.233	7.543	69,4	PS GRADO	895	896	99,9	PS MAGGIORE	3.436	5.241	65,6	PS MONFALCONE	9.585	14.255	67,2	ASUGI SPOKE	19.149	27.935	68,5
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																									
PS GORIZIA	5.233	7.543	69,4																									
PS GRADO	895	896	99,9																									
PS MAGGIORE	3.436	5.241	65,6																									
PS MONFALCONE	9.585	14.255	67,2																									
ASUGI SPOKE	19.149	27.935	68,5																									
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 C16.3	Mantenimento / miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75% (hub) (media regionale 2019 del 71,8% negli Hub e 76,5% negli spoke - criteri Bersaglio)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PS CATTINARA</td> <td>8.154</td> <td>17.397</td> <td>46,87</td> </tr> </tbody> </table>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	PS CATTINARA	8.154	17.397	46,87																
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																									
PS CATTINARA	8.154	17.397	46,87																									
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Compilazione data-set PACS emodinamica nei 3 Centri Hub nei pazienti con STEMI	presenza e completezza > 95% dei dati richiesti per ogni record/paziente con STEMI	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRESIDIO</th> <th>Num.</th> <th>Den.</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TRIESTE</td> <td>143</td> <td>154</td> <td>92,9%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*dato al 31.12.2020</p>	PRESIDIO	Num.	Den.	Valore	TRIESTE	143	154	92,9%																
PRESIDIO	Num.	Den.	Valore																									
TRIESTE	143	154	92,9%																									
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 >= 80% (fonte PDTA) oppure aumento del 10% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il calcolo dell'indicatore avviene per azienda di residenza	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> <th>Incremento Anno prec</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>167</td> <td>220</td> <td>75,9%</td> <td>-0,2%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*dato al 31.12.2020</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	Incremento Anno prec	167	220	75,9%	-0,2%																
Numeratore	Denominatore	Valore	Incremento Anno prec																									
167	220	75,9%	-0,2%																									
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Tempestività nell'esecuzione della PTCA primaria	Percentuale di pazienti con STEMI e PTCA primaria che hanno effettuato la PTCA primaria entro 90 minuti >= 75%. Il calcolo dell'indicatore avviene per erogatore. (fonte: flusso emodinamica)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>81</td> <td>131</td> <td>61,8%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*dato al 31.12.2020</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	81	131	61,8%																		
Numeratore	Denominatore	Valore																										
81	131	61,8%																										
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI	Percentuale di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato almeno una visita di follow up entro 2 mesi dalla dimissione >= 60%. Per azienda di residenza.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>268</td> <td>351</td> <td>76,4%</td> </tr> </tbody> </table>	Numeratore	Denominatore	Valore	268	351	76,4%																		
Numeratore	Denominatore	Valore																										
268	351	76,4%																										
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI Follow up post STEMI o NSTEMI a 3 mesi	Percentuale di pazienti con STEMI o NSTEMI con esame LDL <= 55 mg/dl entro 3 mesi dalla dimissione > 50% (fonte PDTA). Per azienda di residenza.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>23</td> <td>574</td> <td>4,0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*dato al 31.12.2020</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	23	574	4,0%																		
Numeratore	Denominatore	Valore																										
23	574	4,0%																										
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	EMERGENZE CARDIOLOGICHE - STEMI E NSTEMI	Percentuale di pazienti con STEMI o NSTEMI ed esame LDL <= 55 mg/dl entro 1 anno dalla dimissione > 75%	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43</td> <td>574</td> <td>7,5%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*dato al 31.12.2020</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	43	574	7,5%																		
Numeratore	Denominatore	Valore																										
43	574	7,5%																										

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	DATI ASUGI AL 31.12.2021						
		Follow up post STEMI o NSTEMI a 1anno	(fonte PDTA). Per azienda di residenza.							
4.1.2	Indicatori Emergenza urgenza	RENE Dialisi peritoneale	Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell'emodialisi domiciliare con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 52% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valori regionali 2019: 33% trapianti, 11% dialisi peritoneale, 55% emodialisi)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>277</td> <td>562</td> <td>49,3</td> </tr> </tbody> </table>	Numeratore	Denominatore	Valore	277	562	49,3
Numeratore	Denominatore	Valore								
277	562	49,3								
8	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	Il 98% delle schede di morte vengono inserite nel sistema entro 3 mesi dall'evento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>369</td> <td>3.516</td> <td>10,49</td> </tr> </tbody> </table> <p>*il dato potrebbe essere incompleto</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	369	3.516	10,49
Numeratore	Denominatore	Valore								
369	3.516	10,49								
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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10.338</td> <td>10.605</td> <td>97,48</td> </tr> </tbody> </table> <p>*a numeratore n° di schede di morta finora inserite relativamente ai decessi 2019 e 2020, a denominatore i dati Istat sui decessi 2019-2020</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	10.338	10.605	97,48
Numeratore	Denominatore	Valore								
10.338	10.605	97,48								
8	Flussi informativi	Inserimento schede di morte nell'apposito applicativo	ASUGI: Inserimento del 100% delle schede di morte del 2018 entro il 31.12.2022	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Numeratore</th> <th>Denominatore</th> <th>Valore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.773</td> <td>5.031</td> <td>35,2</td> </tr> </tbody> </table> <p>*a numeratore n° di schede di morta finora inserite relativamente ai decessi 2018, a denominatore i dati Istat sui decessi 2018</p>	Numeratore	Denominatore	Valore	1.773	5.031	35,2
Numeratore	Denominatore	Valore								
1.773	5.031	35,2								
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: •• B (Breve), da eseguire entro 10 giorni	VEDI TABELLA TdA_B						
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	VEDI TABELLA TdA_ric_oncologici						
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 non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019)	VEDI TABELLA TdA_ric_non_oncologici						
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa	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:	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	VEDI TABELLA Volumi_Amb						

Capitolo	Linea progettuale	Obiettivo aziendale	Risultato atteso	DATI ASUGI AL 31.12.2021
		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	escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20 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 (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 secondo mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)	
C.2.2	Applicazione delle indicazioni ministeriali generali di riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili e rispetto dei tempi di attesa	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: 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	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) – vengono esclusi gli interventi di protesi d'anca, colecistectomia laparoscopica, riparazione ernia inguinale emorroidectomia 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 (la valutazione è effettuata utilizzando volumi e raggiungimento della garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni sopra indicate effettuate rispettivamente negli anni 2019 e 2022 a partire dal secondo mese solare successivo all'emanazione della circolare Ministeriale di positiva revisione di precedenti indicazioni)	VEDI TABELLA Volumi_ric

TABELLA TdA_B**VOLUMI TEMPI D'ATTESA ATTIVITÀ AMBULATORIALE**

		2021		
		B		
		Numeratore	Denominatore	Valore
ASUGI	01-Prima Visita cardiologica	2771	3955	70%
	02-Prima Visita chirurgia vascolare	371	391	95%
	03-Prima Visita endocrinologica	324	594	55%
	04-Prima Visita neurologica	1244	2135	58%
	05-Prima Visita oculistica	3271	3346	98%
	06-Prima Visita ortopedica	3062	4447	69%
	07-Prima Visita ginecologica	546	755	72%
	08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	1925	2925	66%
	09-Prima Visita urologica	2588	2720	95%
	10-Prima Visita dermatologica	5424	5743	94%
	11-Prima Visita fisiatrica	3217	4860	66%
	12-Prima Visita gastroenterologica	244	769	32%
	13-Prima Visita oncologica	195	257	76%
	14-Prima Visita pneumologica	499	1748	29%
	15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	540	556	97%
	16-Mammografia monolaterale	71	78	91%
	17-TC del Torace	394	499	79%
	18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	581	1027	57%
	19-TC dell'addome superiore	26	36	72%
	20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	73	116	63%
	21-TC dell'Addome inferiore	28	33	85%
	22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	31	48	65%
	23-TC dell'addome completo	344	416	83%
	24-TC dell'addome completo senza e con MDC	896	1321	68%
	25-TC Cranio – encefalo	595	796	75%
	26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	209	370	56%
	27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	38	45	84%
	28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	39	44	89%
	29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	139	165	84%
	30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	1	5	20%
	31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	1	8	13%
	32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	4	7	57%
	33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	40	57	70%
	34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	321	420	76%
	35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	673	844	80%
	36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	50	98	51%
	37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	169	234	72%
	38-RM della colonna in toto	1464	2215	66%
	39-RM della colonna in toto senza e con MDC	60	219	27%
	40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	1184	1370	86%
	41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	596	610	98%
	42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	820	872	94%
	43-Ecografia dell'addome superiore	743	841	88%
	44-Ecografia dell'addome inferiore	260	297	88%
	45-Ecografia dell'addome completo	3962	4426	90%
	46-Ecografia bilaterale della mammella	560	689	81%
	47-Ecografia monolaterale della mammella	186	257	72%
	48-Ecografia ostetrica	2	2	100%

49-Ecografia ginecologica	5	9	56%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	989	1323	75%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	1116	1350	83%
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	30	50	60%
54-Esofagogastroduodenoscopia	616	908	68%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	38	49	78%
56-Elettrocardiogramma	1519	1683	90%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	787	1054	75%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	22	55	40%
60-Esami audiometrici tonali	147	198	74%
61-Spirometria semplice	31	110	28%
62-Spirometria globale	102	299	34%
63-Fotografia del fundus	110	125	88%
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	753	1177	64%
70-Iniezione intravitreale	,	,	,
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	,	,	,

TABELLA TdA_ric_oncologici VOLUMI TEMPI D'ATTESA RICOVERI ONCOLOGICI			A			B		
			Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100	3	3	100
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	,	,	,	1	1	100
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	,	,	,	,	,	,
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	2	4	50	1	1	100
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	95	265	35,85	1	1	100
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	28	82	34,15	,	1	,
	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	23	63	36,51	,	,	,
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	10	30	33,33	,	1	,
	6	Interventi chirurgici per Melanoma	27	31	87,1	5	5	100
	7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	16	29	55,17	,	1	,
	12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	76	90	84,44	,	,	,
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	78	82	95,12	33	33	100
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	9	12	75	13	14	92,86
	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	31	41	75,61	,	,	,
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	6	10	60	,	,	,
	5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	11	12	91,67	,	,	,
	6	Interventi chirurgici per Melanoma	8	11	72,73	7	7	100
	7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	2	4	50	,	,	,

TABELLA TdA_ric_oncologici VOLUMI TEMPI D'ATTESA RICOVERI ONCOLOGICI			C			D		
			Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	,	,	,	,	,	,
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	,	,	,	,	,	,

CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	5	5	100	,	,	,
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	12	13	92,31	1	1	100
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	,	,	,	,	,	,
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	,	,	,	2	2	100
	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	,	,	,	1	1	100
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	,	,	,	,	,	,
	6	Interventi chirurgici per Melanoma	5	5	100	1	1	100
	7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	,	,	,	,	,	,
	12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	,	,	,	1	1	100
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	10	10	100	2	2	100
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	33	33	100	,	,	,
	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100	,	,	,
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	1	1	100	,	,	,
	5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	,	,	,	,	,	,
	6	Interventi chirurgici per Melanoma	,	,	,	,	,	,
	7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	,	,	,	,	,	,

TABELLA TdA_ric_oncologici			Totale		
			Numeratore	Denominatore	Valore
VOLUMI TEMPI D'ATTESA RICOVERI ONCOLOGICI					
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	4	4	100,00
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	1	1	100,00
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	5	5	100,00
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	16	19	84,21
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	96	266	36,09
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	30	85	35,29
	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	24	64	37,50
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	10	31	32,26
	6	Interventi chirurgici per Melanoma	38	42	90,48
	7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	16	30	53,33
	12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	77	91	84,62
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	123	127	96,85
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	55	59	93,22
	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	32	42	76,19
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	7	11	63,64
	5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	11	12	91,67
	6	Interventi chirurgici per Melanoma	15	18	83,33
	7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	2	4	50,00

TABELLA TdA_ric_non_oncologici VOLUMI TEMPI D'ATTESA RICOVERI NON ONCOLOGICI			A		
			Numeratore	Denominatore	Valore
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO	11	Intervento protesi anca	8	14	57,14
	13	Colecistectomia laparoscopica	1	1	100
	16	Emorroidectomia	,	,	,
	17	Riparazione ernia inguinale	1	1	100
	190	Artroscopia	61	64	95,31
	200	Protesi ginocchio	12	24	50
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	11	Intervento protesi anca	,	,	,
	13	Colecistectomia laparoscopica	,	,	,
	16	Emorroidectomia	,	,	,
	17	Riparazione ernia inguinale	,	,	,
	180	TURP	5	12	41,67
	190	Artroscopia	7	8	87,5
	200	Protesi ginocchio	,	,	,
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	8	By pass aortocoronarico	36	36	100
	9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	67	69	97,1
	10	Endoarteriectomia carotidea	8	11	72,73
	11	Intervento protesi anca	4	10	40
	13	Colecistectomia laparoscopica	6	20	30
	14	Coronarografia	256	258	99,22
	15	Biopsia percutanea del Fegato	7	9	77,78
	16	Emorroidectomia	3	9	33,33
	17	Riparazione ernia inguinale	2	5	40
	180	TURP	1	2	50
	190	Artroscopia	2	2	100
	200	Protesi ginocchio	1	1	100
	P.O. GORIZIA E MONFALCONE	11	Intervento protesi anca	14	28
13		Colecistectomia laparoscopica	21	28	75
15		Biopsia percutanea del Fegato	3	3	100
16		Emorroidectomia	4	5	80
17		Riparazione ernia inguinale	16	25	64
180		TURP	6	7	85,71
190		Artroscopia	13	16	81,25
200		Protesi ginocchio	6	9	66,67

TABELLA Volumi_Amb
Recupero dei volumi di specialistica ambulatoriale

		N° prestazioni					Totale
		B	D	P	U	ALTRO	
1	Prima Visita cardiologica	3034	3156	4509	122	852	11673
2	Prima Visita chirurgia vascolare	388	413	450	19	216	1486
3	Prima Visita endocrinologica	1492	1420	2240	376	.	5528
4	Prima Visita neurologica	2169	1526	4382	368	370	8815
5	Prima Visita oculistica	3091	7592	9730	884	1816	23113
6	Prima Visita ortopedica	4468	4695	3034	979	833	14009
7	Prima Visita ginecologica	1016	1287	4328	147	.	6778
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	3275	3392	3557	785	.	11009
9	Prima Visita urologica	2566	3827	2561	579	1247	10780
10	Prima Visita dermatologica	5068	8569	8303	407	1059	23406
11	Prima Visita fisiatrica	5234	6568	5258	5	5	17070
12	Prima Visita gastroenterologica	821	1027	188	28	.	2064
13	Prima Visita oncologica	400	188	837	41	.	1466
14	Prima Visita pneumologica	2194	1898	1883	243	.	6218
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	517	2053	9168	37	433	12208
16	Mammografia monolaterale	79	180	916	2	15	1192
17	TC del Torace	450	460	2127	17	764	3818
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	885	621	3219	21	421	5167
19	TC dell'addome superiore	22	20	40	.	13	95
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	82	58	229	1	47	417
21	TC dell'Addome inferiore	7	4	15	.	4	30
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	17	6	18	1	4	46
23	TC dell'addome completo	198	114	454	18	127	911
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	1190	794	3703	44	738	6469
25	TC Cranio – encefalo	541	297	1003	141	635	2617
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	297	155	541	16	210	1219
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	25	18	166	6	14	229
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	27	12	95	3	4	141
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88	25	269	18	51	451
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	8	2	3	.	.	13
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	7	7
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	8	1	6	.	.	15
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	34	7	129	15	20	205
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	281	292	1396	11	23	2003
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	560	442	2356	10	266	3634
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	76	93	193	.	30	392
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	167	268	757	2	265	1459
38	RM della colonna in toto	1013	1371	4516	18	1917	8835
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	190	145	526	5	130	996
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	775	1927	5458	40	213	8413
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	6	9	553	.	.	568
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	529	2124	9147	9	1011	12820
43	Ecografia dell'addome superiore	627	1197	3537	43	599	6003
44	Ecografia dell'addome inferiore	215	299	490	20	27	1051
45	Ecografia dell'addome completo	2996	4669	6840	235	1758	16498
46	Ecografia bilaterale della mammella	883	1540	6618	58	269	9368
47	Ecografia monolaterale della mammella	342	187	879	31	11	1450
48	Ecografia ostetrica	9	11	2017	1	.	2038
49	Ecografia ginecologica	9	25	30	1	.	65
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	1311	1230	1998	545	402	5486
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	1652	953	602	6	146	3359
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	334	193	153	1	46	727
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	53	22	79	3	32	189

54	Esofagogastroduodenoscopia	1125	614	321	17	38	2115
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	176	157	76	3	43	455
56	Elettrocardiogramma	1728	2048	12343	279	761	17159
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	1025	1101	3680	12	181	5999
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89	173	1019	1	7	1289
60	Esame audiometrico tonale	307	1199	1838	18	1	3363
61	Spirometria semplice	138	258	1480	6	.	1882
62	Spirometria globale	891	869	4501	36	1	6298
63	Fotografia del fundus	255	62	1741	71	.	2129
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	1297	928	21501	.	3176	26902
101	Intervento sul cristallino con e senza vitrectomia	.	20	3553	.	466	4039
102	Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche	.	5	6873	.	.	6878
103	Visita algologica	530	443	284	4	185	1446

TABELLA Volumi_ric

Recupero dei volumi degli interventi chirurgici

			2021				
			N° ricoveri				
			A	B	C	D	TOT
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	3	,	,	4
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	,	1	,	,	1
	190	Artroscopia	64	399	144	2	609
	200	Protesi ginocchio	24	138	118	1	281
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	,	,	5	,	5
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	4	1	13	1	19
	180	TURP	12	8	92	1	113
	190	Artroscopia	8	35	204	6	253
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	200	Protesi ginocchio	,	2	122	,	124
	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	265	1	,	,	266
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	82	1	,	2	85
	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	63	,	,	1	64
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	30	1	,	,	31
	6	Interventi chirurgici per Melanoma	31	5	5	1	42
	7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	29	1	,	,	30
	8	By pass aortocoronarico	36	37	2	,	75
	9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	69	30	2	,	101
	10	Endoarteriectomia carotidea	11	29	7	,	47
	12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	90	,	,	1	91
	14	Coronarografia	258	83	20	3	364
	15	Biopsia percutanea del Fegato	9	2	,	1	12
	180	TURP	2	5	12	9	28
190	Artroscopia	2	11	,	3	16	
200	Protesi ginocchio	1	2	1	1	5	
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	82	33	10	2	127
	2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	12	14	33	,	59
	3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	41	,	1	,	42
	4	Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	10	,	1	,	11
	5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	12	,	,	,	12
	6	Interventi chirurgici per Melanoma	11	7	,	,	18
	7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	4	,	,	,	4
	15	Biopsia percutanea del Fegato	3	,	,	,	3
	180	TURP	7	6	19	13	45
	190	Artroscopia	16	12	22	13	63
200	Protesi ginocchio	9	10	11	22	52	

4. PIANO RECUPERO LISTE D'ATTESA

**PIANO RECUPERO PRESTAZIONI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO PROGRAMMATO - RECEPIMENTO DELLA DGR 106/2022 "PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA – ex art. 29 del d.l. n. 104/2020 – rimodulazione per l'anno 2022 ex art. 1, c. 276, della l. n. 234/2021" e successiva DGR 365/2022 "ADEGUAMENTO DELLA RIMODULAZIONE DEL PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA."
ANNO 2022**

Premessa

In data 28.1.2022, con DGR n. 106, è stato adottato il Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, che ha quantificato il **finanziamento complessivo assegnato ad ASUGI in totali 3.083.140 Euro** per attività di recupero delle prestazioni sanitarie, di ricovero e ambulatoriali, non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS Cov-2.

Con successiva DGR n. 365 dd. 18.3.2022 il Piano regionale è stato rimodulato alla luce delle indicazioni pervenute dal Ministero relativamente a: a) **possibilità di utilizzo nel 2022 delle economie del DL 104/2020**, quali residui delle risorse assegnate per gli anni 2020-2021, b) tipologia di prestazioni di ricovero oggetto di attività di recupero, distinte per Drg e per classi di complessità, c) utilizzabilità per attività di screening delle risorse straordinarie statali, anche per mezzo di prestazioni aggiuntive da svolgersi da parte del personale sanitario della professione ostetrica.

Nel documento regionale vengono confermati gli strumenti utilizzabili per l'impiego delle risorse: a) prestazioni aggiuntive per la dirigenza area sanità, con aumento della tariffa oraria a 80 euro/ora; b) prestazioni aggiuntive per il personale del comparto sanità, con aumento della tariffa oraria a 50 euro/ora e c) reclutamento a tempo determinato di personale dirigente e di comparto, per le sole prestazioni di ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie di ricovero oggetto dell'attività di recupero, oltre alle patologie oncologiche, viene prevista la possibilità di utilizzo delle risorse per ogni prestazione di ricovero ospedaliero in elezione prevista in classe di priorità A, B, C dal PNGLA con una percentuale di rispetto dei tempi di attesa inferiore al 90%.

Anche per la specialistica ambulatoriale viene introdotto un criterio di gradualità per l'utilizzo delle risorse in base alla priorità B e D; restano oggetto di recupero gli interventi di chirurgia oculistica e le prestazioni connesse al trattamento del paziente oncologico, tra le quali risultano di nuova introduzione l'asportazione radicale di lesione della cute, la biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo, la prima visita ematologica e le prestazioni ambulatoriali nei percorsi di screening attivati.

Si riporta di seguito una prima ipotesi di impiego delle risorse statali, ad oggi ancora fortemente condizionata dall'assenza del personale medico e infermieristico e, nel medio termine, dall'incertezza derivante dal possibile riproporsi del picco pandemico negli ultimi mesi dell'anno.

1. PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITA' CHIRURGICA AI FINI DEL RECUPERO DELLE PRESTAZIONI IN RICOVERO PROGRAMMATO

La DGR 365/22 – Par 7.1 lettera a) elenca le seguenti tipologie di prestazioni:

- Prestazioni di ricovero ospedaliero per il trattamento di patologie oncologiche
- Ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione prevista in classe di priorità A, B e C dal PNGLA con un valore di rispetto dei TA <90%

Patologie oncologiche e interventi non tumorali monitorati per i tempi di attesa

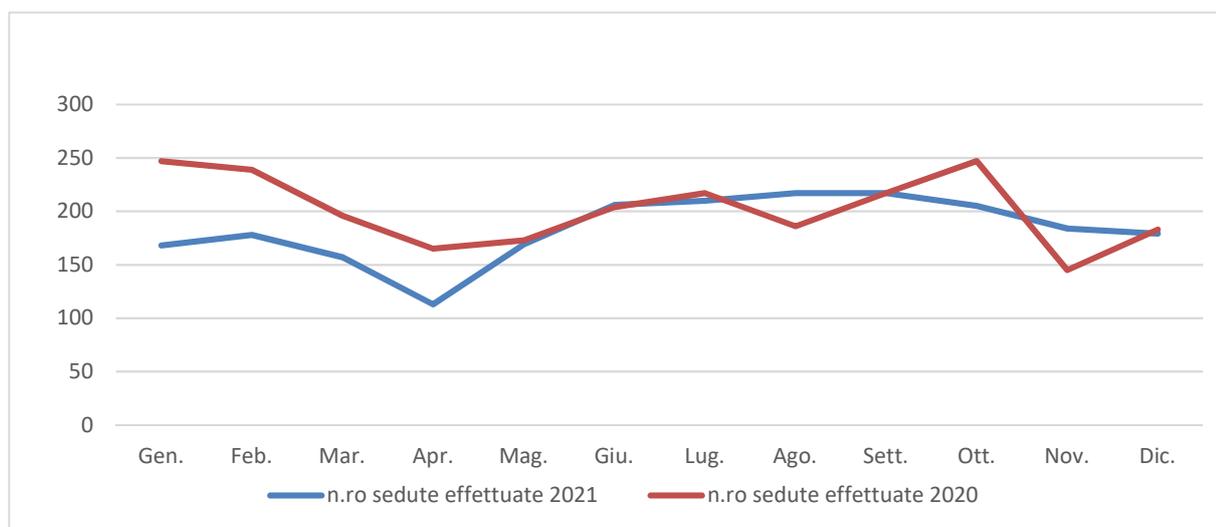
Gli interventi per il trattamento chirurgico di tumori e gli interventi di chirurgia ortopedica vengono erogati nel Complesso operatorio di Cattinara e nei blocchi operatori degli ospedali di Gorizia e di Monfalcone.

La SC Chirurgia Vascolare afferisce alle sale del Complesso operatorio di Cattinara.

Gli interventi di riparazione ernia inguinale e emorroidectomia vengono prevalentemente eseguiti nelle sale della Day Surgery dell'ospedale Maggiore e nei blocchi operatori degli ospedali di Gorizia e di Monfalcone.

La programmazione chirurgica per il primo bimestre dell'anno 2022 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.

Si riporta di seguito l'andamento delle sedute nel complesso operatorio di cattinara.



Il 2021 si è caratterizzato per una ridotta disponibilità di sala, rispetto al 2020, nel primo trimestre dell'anno, in continuità con il picco pandemico verificatosi alla fine del 2020.

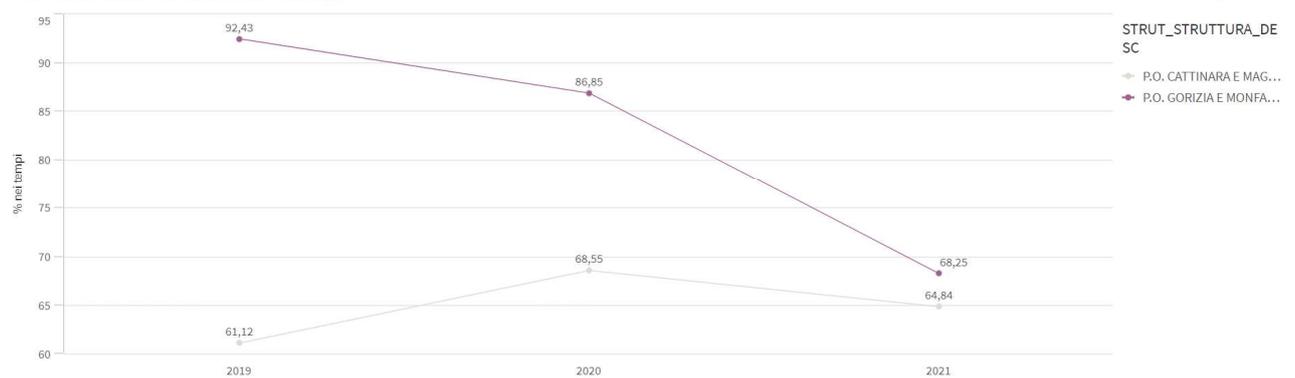
Nel II semestre del 2021 sono stati attivati i progetti di incremento dell'attività chirurgica nell'ambito del Piano aziendale di recupero delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali.

Si riporta di seguito il confronto dei volumi di ricoveri e dei tempi di attesa nel II semestre 2019 vs II semestre 2020 vs II semestre 2021 (fonte dati Qlik regionale, esclusi i privati accreditati).

Volumi di Ricoveri per Ente Erogatore



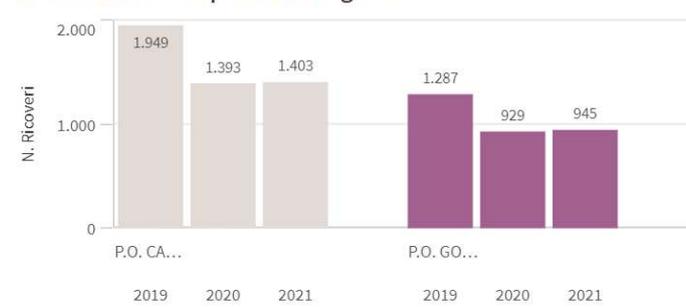
Percentuale di ricoveri nel rispetto dei tempi



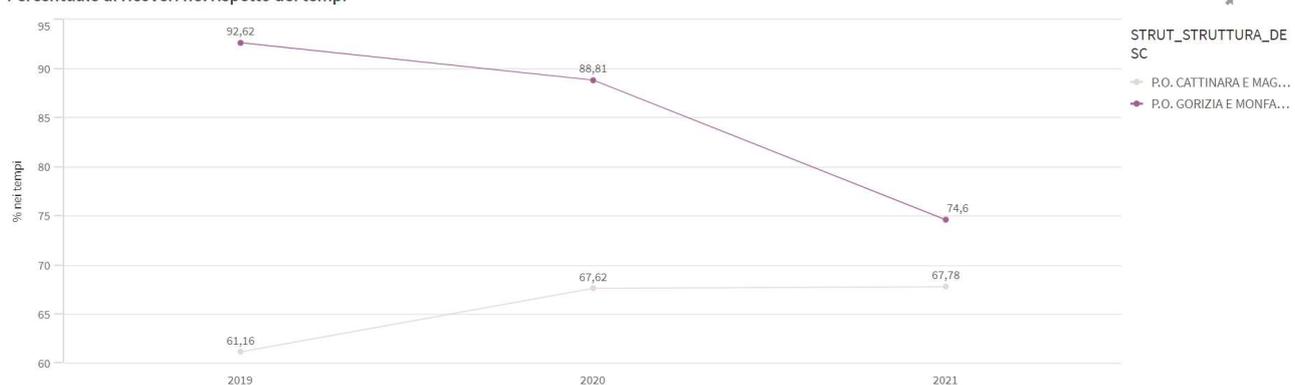
Il secondo semestre 2021 registra un aumento dei ricoveri per patologie/interventi monitorati rispetto al 2020, con contestuale riduzione della percentuale di rispetto dei tempi di attesa, riconducibile al recupero di pazienti in lista.

Il dato sull'intero anno (2019 vs 2020 vs 2021) evidenzia un sostanziale mantenimento nel 2021 dell'attività chirurgica per le patologie/interventi monitorati, e conferma la riduzione della % di rispetto dei tempi di attesa, anche se più attenuata rispetto al confronto con il II semestre 2020 per le motivazioni di cui sopra.

Volumi di Ricoveri per Ente Erogatore



Percentuale di ricoveri nel rispetto dei tempi



Per quanto riguarda il 2022 il piano di incremento delle sedute operatorie si articola nel seguente modo:

Complesso operatorio di Cattinara: da aprile ripristino di 40 sedute/sett e incremento di 4-5 sedute aggiuntive al mese.

All'ospedale Maggiore da aprile incremento della disponibilità di sala da 5 a 10 sedute settimana in orario istituzionale, da finalizzare alla chirurgia oculistica (5 sedute) e agli interventi di chirurgia generale e urologica (5 sedute), ed 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.

Ospedale Gorizia Monfalcone: nell'area isontina, l'ipotesi di ripresa dell'attività chirurgica prevede, da marzo a giugno compreso, l'erogazione di una media di 46 sedute/settimana di cui 4 aggiuntive; nel periodo estivo

da luglio a agosto compreso, l'erogazione di una media di 23 sedute a settimana sui due presidi ospedalieri, tutte in orario istituzionale; da settembre a dicembre, erogazione di 46 sedute a settimana di cui 4 aggiuntive.

Il rispetto della programmazione chirurgica è subordinato alla disponibilità di medici anestesisti e di personale infermieristico; potrebbe pertanto subire variazioni a seconda dell'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva.

Patologie cardiovascolari

Per quanto riguarda gli interventi per patologie cardiovascolari, i tempi di attesa per i ricoveri con MDC 5 raggiungono il target del 90% fissato dal PNGLA 2019 – 2021. Tale risultato è stato raggiunto e mantenuto grazie al ricorso ad attività aggiuntiva, finanziata nel periodo pre pandemico con risorse aggiuntive regionali e, nel II semestre del 2021, attingendo alle risorse straordinarie statali.

Si intende pertanto attingere alle risorse straordinarie ex DGR 365/22 con l'obiettivo di garantire il rispetto del tempo di attesa nel 90% dei casi trattati in ricovero elettivo.

Monte ore e budget progettuale per prestazioni di ricovero programmato

Al fine di garantire tale programmazione si ritiene necessario ricorrere ad attività aggiuntiva assegnando alle SSCC interessate un monte ore di circa 11.936 ore, di cui 5.958 per dirigenti medici e 5.978 per il comparto, **per un valore complessivo di 917.083 Euro comprensivo di oneri e Irap.**

Al fine di garantire tale programmazione si ritiene necessario ricorrere ad attività aggiuntiva, assegnando alle SSCC interessate le progettualità di cui all'allegato 1.

2. PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITA' AMBULATORIALE AI FINI DEL RECUPERO DELLE PRESTAZIONI

La DGR 365/22 – Par 7.1 lett b) elenca le seguenti tipologie di prestazioni:

- ogni tipologia di prestazioni ambulatoriale per diagnosi e trattamento, anche antalgico, di patologie oncologiche o comunque funzionali alla prevenzione dell'emergenza di patologie oncologiche in quanto erogate quali prestazioni di II livello nei percorsi di screening attivati;
- ogni tipologia di prestazioni di specialistica ambulatoriale prevista dal PNGLA nazionale nella classe di priorità B, D con una percentuale di rispetto dei tempi di attesa <90%;
- interventi di chirurgia oculistica;
- prestazioni di screening oncologico di I livello delle tipologie: mammografico, della cervice uterina e del colon retto

Prestazioni di specialistica ambulatoriale prevista dal PNGLA

Sulla base di un'analisi dei dati sull'erogato nell'anno 2021, al fine di garantire un tempo di attesa del 90% per le priorità B e D, risultano necessari i seguenti volumi di attività:

PRESTAZIONI B	n.ro prestazioni da recuperare
01-Prima Visita cardiologica	601
03-Prima Visita endocrinologica	211
04-Prima Visita neurologica	401
06-Prima Visita ortopedica	480
07-Prima Visita ginecologica	133
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	580
11-Prima Visita fisiatrica	135
12-Prima Visita gastroenterologica	447
13-Prima Visita oncologica	36
14-Prima Visita pneumologica	1006

50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	80
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	91
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	9
54-Esofagogastroduodenoscopia	194
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	6
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	112
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	28
60-Esami audiometrico tonale	31
61-Spirometria semplice	60
62-Spirometria globale	148
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	99
71-Visita algologica	290
TOTALE	5.184

PRESTAZIONI D	n.ro prestazioni da recuperare
01-Prima Visita cardiologica	635
02-Prima Visita chirurgia vascolare	53
03-Prima Visita endocrinologica	501
04-Prima Visita neurologica	384
05-Prima Visita oculistica	1275
06-Prima Visita ortopedica	56
07-Prima Visita ginecologica	289
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	1036
09-Prima Visita urologica	246
10-Prima Visita dermatologica	595
11-Prima Visita fisiatrica	116
12-Prima Visita gastroenterologica	413
13-Prima Visita oncologica	16
14-Prima Visita pneumologica	1148
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	354
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	1
54-Esofagogastroduodenoscopia	313
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	23
61-Spirometria semplice	115
62-Spirometria globale	177
63-Fotografia del fundus	10
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	88
71-Visita algologica	40
TOTALE	7.888

La disponibilità finora espressa dal personale medico e infermieristico ad incrementare l'attività ambulatoriale ammonta a circa 5.200 ore, con un impegno complessivo del personale medico e infermieristico **9.155 ore di cui 5.189 ore per i medici e 3.966 per gli infermieri.**

Per quanto riguarda la **radiologia diagnostica**, il numero di prestazioni da recuperare in priorità B, D per garantire una percentuale di rispetto >90%, è di 1.059 prestazioni comprendenti TAC, RM, mammografie e ecografie monitorate per TA. Il monte ore di incremento attività programmato dalle SSCC Radiologie per il

2022 è di **970 ore per i medici**; tale monte ore garantisce l'erogazione del volume di attività necessario al raggiungimento del target del 90%.

Per garantire l'incremento di attività sopra riportato il budget complessivo da assegnare alle SSCC coinvolte corrisponde a circa **799.927 Euro comprensivo di oneri e Irap**.

Al fine di realizzare tale programmazione si ritiene necessario ricorrere ad attività aggiuntiva, assegnando alle SSCC interessate le progettualità di cui all'allegato 2.

Il rispetto della programmazione per la specialistica ambulatoriale è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid presso i presidi ospedalieri di ASUGI.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale per il trattamento di patologie oncologiche

La progettualità attivate comprendono le seguenti tipologie di prestazioni:

- Visite e trattamenti radioterapici, incontri multidisciplinari per la valutazione dei casi oncologici
- Visite cardiologiche ed ecocardiogrammi finalizzati al trattamento pazienti oncologici, prenotati dalla SSCC di Oncologia di Trieste e di Gorizia-Monfalcone
- Visite Orl per pazienti oncologici in follow up chirurgico
- Medicina Nucleare: attività di chirurgia radioguidata (ricerca di linfonodi sentinella), esami scintigrafici di leucociti marcati che per tempistica d'esame poco prevedibile si prolunga oltre l'orario di servizio, e mantenimento/incremento prestazioni PET TC
- Esami di radiologia ai fini diagnostici o di impostazione del trattamento radioterapico e/o chirurgico per paziente oncologico
- TC per pazienti ambulatoriali oncologici della SC Oncologia
- asportazione radicale di lesione della cute
- biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
- Anatomia Patologica: prestazioni di II livello nei percorsi di screening attivati, esami istocitopatologici estemporanei a supporto dell'attività chirurgica, prestazioni di citoassistenza durante ebus presso la broncologia e gastroenterologia, e prestazioni di citoassistenza in radiologia interventistica.

Monte ore e budget progettuale per prestazioni ambulatoriali per trattamento patologie oncologiche e di screening di II livello

Il recupero di prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche richiede il ricorso ad attività aggiuntiva per un totale di 10.423 ore, di cui 5.632 per il personale medico e 4.791 per il personale infermieristico, per un totale di **809.376 Euro comprensivi di oneri e Irap**.

Al fine di garantire tale programmazione si ritiene necessario ricorrere ad attività aggiuntiva, assegnando le progettualità di cui all'allegato 3.

Interventi di chirurgia oculistica

La programmazione chirurgica per gli interventi di cataratta è descritta nel paragrafo 1, nell'ambito della pianificazione delle sedute operatorie erogate nelle sale dell'ospedale Maggiore (Day Surgery e Oculistica) e negli ospedali isontini. Il progetto di incremento relativo all'attività aggiuntiva svolta dal personale medico anestesista ASUGI e dall'equipe chirurgica e infermieristica del Maggiore e di Gorizia e Monfalcone è già compreso nell'allegato 1, in quanto non scindibile dall'organizzazione complessiva delle sale operatorie.

Monte ore e budget progettuale per iniezioni intravitreali e per cataratta

Per le iniezioni intravitreali viene attivato un incremento di 3 sedute/mese nell'ambulatorio chirurgico della SC CI Oculistica dell'ospedale Maggiore, per un valore complessivo di circa **37.144 Euro** comprensivo di dell'attività assistenziale in degenza e dell'attività di allestimento farmaci svolta dalla SC Farmacia.

Al fine di garantire tale programmazione si ritiene necessario ricorrere ad attività aggiuntiva, assegnando le progettualità di cui all'allegato 4.

3. ASSUNZIONI

L'art. 29 del dl 104/2020 individua, tra i modelli organizzativi utilizzabili dagli enti per il recupero delle liste di attesa, il reclutamento, con riferimento alle prestazioni inerenti ai ricoveri ospedalieri mediante il ricorso a rapporti di lavoro a tempo determinato o di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di personale della dirigenza dell'area sanità e del comparto nonché impiego delle figure professionali previste dagli articoli 2-bis e 2-ter del DL 17.3.2020 n. 18, convertito con L 27.4.2020 n. 27 (art. 29, c.2 lett. c)

Si riportano di seguito l'elenco delle assunzioni, distinte per qualifica e per Struttura di assegnazione, programmate ai fini del piano di recupero aziendale, e rispondenti alla normativa di cui sopra.

Il valore economico per la realizzazione delle acquisizioni sotto riportate è stimato in 1.500.000 Euro.

N.ro unità	QUALIFICA	STRUTTURA
1	Dirigente medico	Dipartimento chirurgico GO-MN
1	dirigente medico	S.C. Chirurgia Toracica
1	infermiere	S.C. Chirurgia Toracica
1	dirigente medico	S.C. Ematologia
3	dirigente medico	S.C. Neurochirurgia
3	Dirigente medico specializzando	SC Anestesia e rianimazione
4	infermiere	SC CHIRURGIA GENERALE - GORIZIA MONFALCONE
2	Dirigente medico specializzando	SC Ortopedia GO
1	DIRIGENTE MEDICO	SC OTORINOLARINGOIATRIA - MONFALCONE
2	Dirigente medico specializzando	SC Pneumologia
1	DIRIGENTE MEDICO	SC UCO Clinica dermatologica
1	Dirigente medico	SC UCO Clinica oculistica
2	Dirigente medico specializzando	SC UCO Clinica oculistica
1	DIRIGENTE MEDICO	SC UCO Clinica urologica
2	Dirigente medico specializzando	SC UCO Clinica urologica
1	Dirigente medico specializzando	SC UROLOGIA - GORIZIA
1	Biologo lavoro autonomo	SC Anatomia patologica
4	tecnici di laboratorio	

1	tecnici di laboratorio lavoro autonomo	SC Microbiologia e virologia
3	Tecnico di radiologia	
3	Tecnico di Neurofisiopatologia	

Nel rispetto dei vincoli indicati nel Piano regionale di cui alla DGR 365/22, gli importi inseriti nel presente Piano aziendale sono suscettibili di variazione ad opera del Direttore Generale per garantire il bilanciamento in corso di gestione dell'utilizzo dei vari modelli organizzativi e delle modalità di svolgimento delle attività, ai fini dell'erogazione dei volumi di prestazioni programmati e del completo utilizzo del finanziamento assegnato.

SINTESI BUDGET PROGETTUALE – FINANZIAMENTO STATALE EX DGR 106/22 e DGR 365/22

Linea attività	Valore Economico (Euro)
PRESTAZIONI DI RICOVERO PROGRAMMATO	917.083
PRESTAZIONI AMBULATORIALI MONITORATE PER TA	799.927
PRESTAZIONI AMB PER PATOLOGIE ONCOLOGICHE	809.376
CHIRURGIA OCULISTICA - IVT	37.144
TOTALE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE+ ONERI RIFLESSI + IRAP	2.563.530
ASSUNZIONI	1.500.000
TOTALE	4.063.530

ALLEGATO 1						
CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica DGR 365/22	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Monte ore aggiuntivo	Valore economico (Euro)
PA1	SC ArtA	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale di Cattinara e dell'Ospedale Maggiore	Complesso operatorio cattinara - dal 1/4 al 31/12: garantire una media di 40 sedute/settimana nel Complesso operatorio di Cattinara di cui 4 - 5 sedute al mese aggiuntive; Sale operatorie Ospedale Maggiore dall'1/1: n.ro 3 sedute/sett in aggiuntiva per chir oculistica; dall'1/4 n.ro 3-4 sedute/sett in aggiuntiva per chir oculistica e day surgery Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	1050	84000
PA2	SC CI Chirurgica SC CI Urologica SC CI Chir Vascolare SC CI Ortopedica SC CI Chir Plastica SC Neurochirurgia SC Chir Toracica SC Ori	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale Cattinara e dell'Ospedale Maggiore.	Complesso operatorio Cattinara dall'1/4: n.ro 1 seduta/sett in aggiuntiva Sale operatorie Ospedale Maggiore dall'1/4 n.ro 12 sedute per SSCC chirurgiche di Day Surgery Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	636	50880
PA3	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia; SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale di Gorizia e di Monfalcone.	SEDUTE ORDINARIE PROGRAMMATE E AGGIUNTIVE DEI PO GO-MN: Dall' 7/3 al 30/6: garantire una media di 46 sedute/settimana di cui 4 sedute/sett in prestazioni aggiuntive; Dall'1/7 al 31/8: garantire una media di 23 sedute/settimana ; Dall'1/9 al 31/12: garantire una media di 46 sedute/settimana di cui 4 in prestazioni aggiuntive Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	750	60000
PA4	SC Chir Generale SC Urologia SC Ortopedia SC Ginecologia SC Ori SC Oculistica SC Ortopedia	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale di Gorizia e di Monfalcone.	SEDUTE ORDINARIE PROGRAMMATE E AGGIUNTIVE DEI PO GO-MN: Dall' 7/3 al 30/6: garantire una media di 46 sedute/settimana di cui 4 sedute/sett in prestazioni aggiuntive; Dall'1/7 al 31/8: garantire una media di 23 sedute/settimana ; Dall'1/9 al 31/12: garantire una media di 46 sedute/settimana di cui 4 in prestazioni aggiuntive Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	1220	97600
PA5	SC Cardiologia sala operatoria	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Rispetto del tempo di attesa per gli interventi in ricovero programmato	N.ro ricoveri entro tempo attesa/ n.ro ricoveri totali >= 90% per tutte le priorità, interventi/procedure afferenti all'MDC5 da marzo a dicembre 2022	400	32000
PA6	SC Cardiologia degenza + UTIC + Ecocardio	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Rispetto del tempo di attesa per gli interventi in ricovero programmato	N.ro ricoveri entro tempo attesa/ n.ro ricoveri totali >= 90% per tutte le priorità, interventi/procedure afferenti all'MDC5 da marzo a dicembre 2022	350	28000
PA7	Cardiochirurgia Cardioanestesia	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Rispetto del tempo di attesa per gli interventi in ricovero programmato	N.ro ricoveri entro tempo attesa/ n.ro ricoveri totali >= 90% per tutte le priorità, interventi/procedure afferenti all'MDC5 da aprile a dicembre 2022	702	56160
PA8	SC Clinica patologie del fegato	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Erogare i trattamenti oncologici per ASUGI	% Rispetto tempo attesa >= 90% Drg chirurgici	500	40000
PA9	Nch	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Garantire il trattamento chirurgico del paziente oncologico	N.ro dimissioni con diagnosi di tumore e drg chirurgico >= 50 % rispetto tempo attesa >=90%	350	28000
TOTALE					5.958	476.640
TOTALE + oneri + Irap						517.154

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica DGR 365/22	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Monte ore aggiuntivo	Valore economico (Euro)
PA10	SC Complesso operatorio Radiologia Diagnostica Interventistica	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale di Cattinara	Complesso operatorio cattinara - dal 1/4 al 31/12: garantire una media di 40 sedute/settimana nel Complesso operatorio di Cattinara di cui 4 - 5 sedute al mese aggiuntive; Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	1380	69000
PA11	Day Surgery sala operatoria	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale Maggiore	N.ro sedute aggiuntive erogate dall'1/4 al 31/12: 12 sedute per SSSC chirurgiche di Day Surgery + 12 sedute aggiuntive per chir oculistica Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	288	14400
PA12	SC Complesso operatorio RR Day Surgery RR	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale Cattinara e del Maggiore - attività assistenziale in Recovery room	Complesso operatorio cattinara - dal 1/4 al 31/12: garantire una media di 40 sedute/settimana nel Complesso operatorio di Cattinara di cui 4 - 5 sedute al mese aggiuntive; Ospedale Maggiore - dall'1/4 al 31/12: 12 sedute aggiuntive per SSSC chirurgiche di Day Surgery Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	30	1500
PA13	Day Surgery degenza	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale Maggiore;	N.ro sedute aggiuntive erogate dall'1/4 al 31/12: 12 sedute per SSSC chirurgiche di Day Surgery + 12 sedute aggiuntive per chir oculistica Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	48	2400
PA14	SC Cardiologia sale operatorie	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Rispetto del tempo di attesa per gli interventi in ricovero programmato	N.ro ricoveri entro tempo attesa/ n.ro ricoveri totali >= 90% per tutte le priorità, interventi/procedure afferenti all'MDC5 da marzo a dicembre 2022	700	35000
PA15	SC Cardiologia degenza + UTIC + Ecocardio	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Rispetto del tempo di attesa per gli interventi in ricovero programmato	N.ro ricoveri entro tempo attesa/ n.ro ricoveri totali >= 90% per tutte le priorità, interventi/procedure afferenti all'MDC5 da marzo a dicembre 2022	400	20000
PA16	Cardiochirurgia	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Rispetto del tempo di attesa per gli interventi in ricovero programmato	N.ro ricoveri entro tempo attesa/ n.ro ricoveri totali >= 90% per tutte le priorità, interventi/procedure afferenti all'MDC5 da aprile a dicembre 2022	702	35100
PA17	Dip Chirurgico	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale di Gorizia e di Monfalcone.	SEDUTE ORDINARIE PROGRAMMATE E AGGIUNTIVE DEI PO GO-MN: Dall' 7/3 al 30/6: garantire una media di 46 sedute/settimana di cui 4 sedute/sett in prestazioni aggiuntive; Dall'1/7 al 31/8: garantire una media di 23 sedute/settimana ; Dall'1/9 al 31/12: garantire una media di 46 sedute/settimana di cui 4 in prestazioni aggiuntive Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	1830	91500
PA18	Dip Chirurgico Pre-ricovero	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale di Gorizia e di Monfalcone.	SEDUTE ORDINARIE PROGRAMMATE E AGGIUNTIVE DEI PO GO-MN: Dall' 7/3 al 30/6: garantire una media di 46 sedute/settimana di cui 4 sedute/sett in prestazioni aggiuntive; Dall'1/7 al 31/8: garantire una media di 23 sedute/settimana ; Dall'1/9 al 31/12: garantire una media di 46 sedute/settimana di cui 4 in prestazioni aggiuntive Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva	200	10000
PA19	SC Clinica patologie del fegato	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ricovero ospedaliero	Erogare i trattamenti oncologici per ASUGI	% Rispetto tempo attesa >= 90% Drg chirurgici	400	20000
TOTALE					5.978	298.900
TOTALE + oneri + Irap						399.928

ALLEGATO 2								
CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica DGR 365/22	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Monte ore medici	Monte ore comparto	Euro medici	Euro comparto
PA20	Anestesia Go	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Visita algologica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	174	174	13920	8700
PA21	Arta	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Visita algologica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	60	60	4800	3000
PA22	Cardiologia Go Mo	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Visita Cardiologica Elettrocardiogramma dinamico (Holter) Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	400	400	32000	20000
PA23	Cardiovascolare e Medicina dello sport	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Visita Cardiologica Elettrocardiogramma dinamico (Holter) Ecocolordoppler arti inferiori arterioso e/o venoso Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	159	173	12720	8650
PA24	Cardiologia Cattinara	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Elettrocardiogramma dinamico (Holter) Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	110	140	8800	7000
PA25	S.S. Endocrinologia, Medicina interna	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima Visita endocrinologica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	260	144	20800	7200
PA26	Medicina Clinica	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima Visita endocrinologica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	76	76	6080	3800
PA27	Medicina interna Mo	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima Visita endocrinologica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	100		8000	0
PA28	Ci Neurologica	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima Visita neurologica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	254	60	20320	3000
PA29	Ci Oculistica	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita oculistica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	250	250	20000	12500
PA30	Oculistica Go Mo	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita oculistica Priorità B, D Fotografia del fundus Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	108	108	8640	5400
PA31	Ci Ortopedica	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita ortopedica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	270	270	21600	13500

PA32	Ginecologia	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita ginecologica Priorità D Ecografia transvaginale Priorità B, D Ecografia ostetrica	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	240		19200	0
PA33	Ci Otorinolaringoiatrica	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita ori Priorità B, D Esame audiometrico tonale Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	152	171	12160	8550
PA34	Orl Go Mo	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita ori Priorità B, D Esame audiometrico tonale Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	300	300	24000	15000
PA35	Urologia Go Mo	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita urologica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	158	158	12640	7900
PA36	Ci Dermatologica	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita dermatologica Priorità D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	270	270	21600	13500
PA38	Endoscopia Go Mo	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita gastroenterologica Colonscopia con endoscopio flessibile Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile EGDS, EGDS con biopsia in sede unica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	112	112	8960	5600
PA39	Gastroenterologia Cattinara	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita gastroenterologica Colonscopia con endoscopio flessibile Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile EGDS, EGDS con biopsia in sede unica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	385	566	30800	28300
PA40	Ci Chir Vascolare	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima Visita chirurgia vascolare Ecocolordoppler arti inferiori arterioso e/o venoso Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	180	180	14400	9000
PA41	Pneumologia Cattinara	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita pneumologica + Spirometria semplice + globale Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	80	80	6400	4000
PA42	Chir Generale Go Mo	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Ecocolordoppler arti inferiori arterioso e/o venoso Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	164	164	13120	8200
PA43	Geriatrica Maggiore	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Ecocolordoppler arti inferiori arterioso e/o venoso Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	70	70	5600	3500
PA44	Oncologia Maggiore	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita oncologica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	17		1360	0
PA45	Oncologia Go Mo	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita oncologica Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	40	40	3200	2000
PA47	Radiologia Maggiore	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 5 del Piano Priorità B, D	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	20		1600	0
PA48	Radiologia Diagnostica e Interventistica Cattinara	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Incremento prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica per immagini con codice di priorità B e D, con tasso di rispetto dei tempi di attesa per la prestazione inferiore a quello da garantirsi (90%):	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	950		76000	0
PA49	Ci Urologica	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Contenimento dei TDA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito elencate: Prima visita urologica presso sedi distrettuali Priorità B, D	N.ro prestazioni 2022 >= N.ro prestazioni 2021 +/-10%	800		64000	119
Totale					6159	3966	492720	198300
Totale + oneri + Irap							534601	265325

ALLEGATO 3					Ore in aggiuntiva		Valore Economico	
CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica DGR 365/22	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO				
					Medici	Infermieri/ Tecnici radiologia	Medici	Infermieri/ Tecnici radiologia
PA50	SC Medicina Nucleare Tecnici radiologia e Infermieri	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento prestazioni per pazienti oncologici	Dal 14.03.2022 al 31.12.2022, rispetto al pari periodo del 2020 (14.03.2020- 31.12.2020): incremento attività PET ed attività scintigrafica		670	0	33500
PA51	SC Medicina Nucleare	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Contenimento tempi attesa per PET/TC, ricerca linfonodo sentinella, scintigrafie	Mantenimento e/o incremento rispetto a pari periodo del 2020	800		64000	0
PA52	S.C.RADIOTERAPIA	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Garantire presenza del radioterapista oncologo a riunioni multidisciplinari per la discussione dei casi clinici di neoplasia cutanea,cerebrale, polmonare,gastroenterologica, mammaria, ginecologica, prostata, genitourinaria, fegato, ORL	Numero riunioni attese/anno: 1.breast unit 50/aa; 2. skyn unit 48/aa; 3. GOG 24/aa; 4. lung unit 20 /aa; 5.gastroenterico 24/aa 6. neurochirurgia: 10/aa 7.prostata: 24/aa, ORL : 24aa, Fegato 20/aa, genitourinario 24/aa Numero pz discussi attesi/anno: 1100 x la breast;60 x skyn;100 x GOG; 70pz x lung;200 x Gastroenterico; 20pz x Neurochirurgia; 10 pz per malattie fegato; 100pz/aa ORL, 100pz prostata, 100 pz x genitourinario	450		36000	0
PA53	S.C.RADIOTERAPIA	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento visite radioterapiche da maggio 2022	Evidenza del maggior servizio di erogazione delle prestazioni reso disponibile in termini orari in base settimanale rispetto a quello già erogato prima dell'avvio dell'attività incentivata	200		16000	0
PA54	S.C.RADIOTERAPIA Tecnici di radioterapia	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	SBRT/VMAT: La precisione richiesta per la definizione del target è la fase più importante del procedimento di pianificazione di questa tecnica avanzata di trattamento.Per aumentare il numero di trattamenti SBRT e rispondere ad una richiesta sempre più pressante, è necessario coinvolgere anche il personale TSRM nella definizione dei volumi degli organi a rischio per coadiuvare il personale medico nella realizzazione del piano terapeutico in tempi brevi e congrui. Per tale motivo è stato formato un gruppo di TSRM dedicati alla contornazione degli Organi a Rischio nei pazienti da sottoporre a trattamenti stereotassici , conformati ed ipofrazionati	NUMERO DI PZ CONTORNATI DA SOTTOPORRE A TRATTAMENTI SBRT: 70PZ/AA		130	0	6500
PA55	SC Radiologia SC Radioterapia Medici e tecnici di radioterapia	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	MAGING DI FUSIONE TC/RM NEI PZ ONCOLOGICI DA SOTTOPORRE A RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SBRT E CONFORMAZIONALE VMAT: Il complesso percorso diagnostico-terapeutico alla base del trattamento radiante con tecnica VMAT e SBRT, necessita di un'adeguata pianificazione e di una garanzia di esecuzione in tempi congrui al fine di assicurare ai Pazienti oncologici un trattamento in linea con gli standard di riferimento. Percorso di valutazione con RM per pazienti da sottoporre a radioterapia stereotassica con tecnica.VMAT E SBRT. Ottimizzazione piani di cura mediante fusione immagini RM e di centramento fornendo un'accurata stadiazione loco-regionale e definizione del bersaglio sfruttando l'imaging di fusione. Necessità di esecuzione di esami RM in tempi brevi in adeguate finestre terapeutiche	Nro prestazioni >= 90 RM; Evidenza attività sostenuta con RT con tecnica VMAT e SBRT	320	180	25600	9000
PA56	SC Radioterapia Medici e tecnici di radioterapia	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	PET/TC SIMULAZIONE NEI PZ ONCOLOGICI DA SOTTOPORRE A RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SBRT E CONFORMAZIONALE VMAT: Allo scopo di perfezionare la definizione del volume bersaglio della radioterapia, vengono utilizzate tutte le metodiche strumentali, in particolare la PET/TC della S.C. di Medicina Nucleare dell'Ospedale di Cattinara è stata corredata dei presidi di immobilizzazione, dei laser e del lettino che vengono utilizzati anche in Radioterapia. Per tale motivo alcuni pazienti vengono simulati direttamente sulla TC/PET della S.C. Medicina Nucleare, con un enorme vantaggio per il paziente che verrà sottoposto ad un singolo esame, risparmiando sia la dose assorbita e sia il tempo speso. Ciò comporta però che un medico radioterapista e 2 TSRM di Radioterapia saranno impegnati presso la SC Medicina Nucleare per eseguire questo complesso esame, affiancati dai colleghi Medici e Tecnici Nucleari.	Nro prestazioni >= 20 TC /PET SIMULAZIONI; Evidenza attività sostenuta con RT con tecnica VMAT e SBRT	40	40	3200	2000
PA57	SC Radiologia Diagnostica e Interventistica Tecnici di radiologia e Infermieri	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento prestazioni specialistiche ambulatoriali di diagnostica per immagini con codice di priorità B e D, con tasso di rispetto dei tempi di attesa per la prestazione inferiore a quello da garantirsi (90%) ed incremento prestazioni specialistiche in pazienti oncologici	Dal 14.03.2022 al 31.12.2022, rispetto al pari periodo del 2019 (14.03.2019- 31.12.2019): a) incremento numero esami TC torace senza e con mdc, TC addome superiore, inferiore o completo senza e con mdc, TC encefalo senza e con mdc, TC rachide cervicale, toracico, lombosacrale senza e con mdc;TC bacino con codice di priorità B e D b) incremento numero esami RM encefalo senza e con mdc, RM colonna senza e con mdc, RM addome inferiore e pelvi senza e con mdc con codice di priorità B e D Dal 14.03.2022 al 31.12.2022, rispetto al pari periodo del 2019 (14.03.2019- 31.12.2019), in pazienti oncologici: a) incremento numero esami TC senza e con mdc b) incremento numero esami senologici mammografici per il CSO c) incremento numero esami senologici di secondo livello		2760	0	138000
PA58	SC Radiologia Diagnostica e Interventistica Tecnici di radiologia e Infermieri	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento prestazioni specialistiche di diagnostica per immagini in pazienti oncologici	Dal 14.03.2022 al 31.12.2022, rispetto al pari periodo del 2019 (14.03.2019- 31.12.2019), in pazienti oncologici: a) incremento numero esami TC senza e con mdc per pazienti onco-ematologici		180	0	9000
PA59	SC Radiologia Diagnostica e Interventistica Tecnici di radiologia e Infermieri	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Il complesso percorso diagnostico-terapeutico alla base del trattamento radiante con tecnica VMAT e SBRT, necessita di un'adeguata pianificazione e di una garanzia di esecuzione in tempi congrui al fine di assicurare ai Pazienti oncologici un trattamento in linea con gli standard di riferimento. Percorso di valutazione con RM per pazienti da sottoporre a radioterapia stereotassica con tecnica.VMAT E SBRT. Ottimizzazione piani di cura mediante fusione immagini RM e di centramento fornendo un'accurata stadiazione loco-regionale e definizione del bersaglio sfruttando l'imaging di fusione. Necessità di esecuzione di esami RM in tempi brevi in adeguate finestre terapeutiche	Nro prestazioni >= 90 RM; Evidenza attività sostenuta con RT con tecnica VMAT e SBRT		280	0	14000

PA60	SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento prestazioni specialistiche di diagnostica per immagini in pazienti oncologici:	Dal 14.03.2022 al 31.12.2022, rispetto al pari periodo del 2019 (14.03.2019- 31.12.2019), in pazienti oncologici: a) incremento numero esami TC senza e con mdc b) incremento numero esami senologici (mammografici ed ecografici) per il CSO c) incremento numero esami senologici di secondo livello	900		72000	0
PA61	SC Radiologia Maggiore	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento prestazioni specialistiche di diagnostica per immagini in pazienti oncologici:	Dal 14.03.2022 al 31.12.2022, rispetto al pari periodo del 2019 (14.03.2019- 31.12.2019), in pazienti oncologici: a) incremento numero esami TC senza e con mdc per pazienti onco-ematologici	100		8000	0
PA62	Anatomia Patologica	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Recupero prestazioni screening II livello (cervice uterina, mammella, colon retto)	Erogazione di un n.ro di prestazioni >= 1.500 (+/-5%)	1500		120000	0
PA63	Anatomia Patologica	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Esami isto-citopatologici estemporanei a supporto dell'attività chirurgica per la diagnosi e il trattamento delle patologie oncologiche	Numero letture eseguite su richiesta delle chirurgie in seduta aggiuntiva	312		24960	0
PA64	Anatomia Patologica	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Prestazioni di citoassistenza durante ebus presso la broncologia e gastroenterologia, e prestazioni di citoassistenza in radiologia interventistica presso Cattinara Maggiore e Monfalcone per la diagnosi delle patologie	Numero prestazioni di allestimento e valutazione adeguatezza -cod e0051 e0053	150		12000	
PA65	Ci Chirurgia Plastica	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Abbattimento tempistica di intervento ambulatoriale di "asportazione radicale lesione cute" per patologie neoplastiche cutanee attualmente ampiamente superiore ai 30 giorni dalla visita presso la nostra struttura	1) esecuzione di quattro sedute pomeridiane ambulatoriale (ambulatorio Classe A) aggiuntive al mese della durata di 5 ore ciascuna; 2) abbassamento della tempistica di attesa (attualmente di circa 60 giorni) a meno di 30 giorni dalla data della visita, come previsto dai protocolli oncologici nazionali e regionali. Tempo: dall'1/04 al 31/12/2022	180	180	14400	9000
PA66	Ci Chirurgia Plastica	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Abbattimento liste attese per intervento di ricostruzione del complesso areola-capezzolo in pazienti in trattamento per carcinoma mammario e pregressa mastectomia con asportazione del complesso areola-capezzolo	1) esecuzione di due sedute ambulatoriali (ambulatorio classe A) pomeridiane aggiuntive al mese della durata di 5 ore ciascuna; 2) parziale smaltimento lista attesa di ricostruzione del capezzolo e tatuaggio dell'areola (attualmente 286 pazienti in lista). Tempo: dall'1/04 al 31/12/2022	90	90	7200	4500
PA67	SC Ci Otorinolaringoiatrica	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento visite Orl per pazienti oncologici in follow up chirurgico	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	162	195	12960	9750
PA68	SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento ecocardiogrammi finalizzati al trattamento pazienti oncologici, prenotati dalla SC Oncologia di Trieste	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	36	36	2880	1800
PA69	SC Cardiologia Go Mo	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento visite e ecocardiogrammi finalizzati al trattamento pazienti oncologici, prenotati dalla SC Oncologia di Gorizia	Dalla data di attivazione dell'agenda, erogazione di un numero di prestazioni coerente con il monte ore aggiuntivo effettuato (+/-3%)	50	50	4000	2500
PA70	Fisica Sanitaria	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Incremento trattamenti di radioterapia	Evidenza del maggior servizio di erogazione delle prestazioni reso disponibile in termini orari in base settimanale rispetto a quello già erogato prima dell'avvio dell'attività incentivata	150		12000	0
PA71	SC Radioterapia	DGR 365/22 - Recupero prestazioni ambulatoriali per il trattamento di patologie oncologiche	Sulla base delle richieste del Dip.to di Medicina di GOMO, garantire attività di consulenza presso le sedi di Gorizia e di Monfalcone, per un massimo di 6 ore alla settimana.	% richieste di consulenza radioterapica soddisfatte = 100% Evidenza cumulativa, da parte della Direzione Medica Ospedaliera del presidio di Gorizia e di Monfalcone, di tutte le richieste effettuate e di tutte le consulenze prestate.	192		15360	0
Totale					5632	4791	450560	239550
Totale + oneri + Irap							488858	320518

ALLEGATO 4				Ore in aggiuntiva		Valore Economico		
CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica DGR 365/22	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Medici/Sanitari	Infermieri	Medici/Sanitari	Infermieri
					PA72	Q Oculistica	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale Maggiore; incremento disponibilità ambulatorio di chirurgia oculistica per iniezioni intravitreali
PA73	Arta	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	incremento disponibilità ambulatorio di chirurgia oculistica per iniezioni intravitreali	Ambulatorio di chirurgia oculistica: dal 1/4 al 30/6 garantire una media di 4 sedute/sett + 3 sedute/mese in prestazioni aggiuntive; dall'1/7 al 30/09 garantire una media di 3 sedute/sett + 3 sedute/mese in prestazioni aggiuntive; dall'1/10 al 31/12 garantire una media di 4 sedute/sett + 3 sedute/mese in prestazioni aggiuntive Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva		162	0	8100
PA74	SC Q Oculistica degenza + moduli preoperatori	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	Incremento disponibilità di sala nelle sale operatorie dell'Ospedale Maggiore; incremento disponibilità ambulatorio di chirurgia oculistica per iniezioni intravitreali	Ospedale Maggiore: 12 sedute aggiuntive per cataratte dall'1/4 al 31/12 Ambulatorio di chirurgia oculistica: Ambulatorio di chirurgia oculistica: dal 1/4 al 30/6 garantire una media di 4 sedute/sett + 3 sedute/mese in prestazioni aggiuntive; dall'1/7 al 30/09 garantire una media di 3 sedute/sett + 3 sedute/mese in prestazioni aggiuntive; dall'1/10 al 31/12 garantire una media di 4 sedute/sett + 3 sedute/mese in prestazioni aggiuntive Il rispetto della programmazione e il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato all'andamento pandemico e dei ricoveri covid in terapia intensiva		148	0	7400
PA75	SC Farmacia	DGR 365/22 Recupero prestazioni ambulatoriali	incremento disponibilità ambulatorio di chirurgia oculistica per iniezioni intravitreali	Ambulatorio di chirurgia oculistica: Ambulatorio di chirurgia oculistica: dal 1/4 al 30/6 garantire una media di 4 sedute/sett + 3 sedute/mese in prestazioni aggiuntive; dall'1/7 al 30/09 garantire una media di 3 sedute/sett + 3 sedute/mese in prestazioni aggiuntive; dall'1/10 al 31/12 garantire una media di 4 sedute/sett + 3 sedute/mese in prestazioni aggiuntive	60		4800	0
Totale					189	310	15120	15500
Totale + oneri + irap							16405	20739

5. LE REGOLE GESTIONALI

Vincoli gestionali

Si riportano di seguito in formato tabellare i vincoli gestionali imposti dalle Linee annuali preliminari di gestione del SSR per l'anno 2022 di cui alla DGR 321/2022.

VINCOLI da Linee di gestione	Obiettivo 2022
Farmaceutica territoriale diretta	€ 35.530.231,00
Farmaceutica territoriale convenzionata	€ 41.000.000,00
Farmaceutica territoriale – DPC	€ 17.326.471,00
Farmaceutica ospedaliera	-1,5 % rispetto 2021
Dispositivi medici	€ 44.401.757,00
Prestazioni ambulatoriali	3,4 pro capite (esclusa branca di laboratorio)
Manutenzioni ordinarie edili impiantistiche	€ 5.149.000,00 (< tetto massimo costo 2015)
Spending review	prosecuzione azioni avviate dal 2012 (ai sensi DL 95/2012 e DL 78/2015 e s.m.i.)
Personale	Si rinvia a quanto riportato nel capitolo sui Costi del personale e politiche assunzionali

Per la *Farmaceutica territoriale* (diretta + convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati nella Tabella 1: “Finanziamento per popolazione e funzioni” della DGR 321/2022 ed esposti nella tabella di cui sopra ad esclusione della “**Farmaceutica territoriale convenzionata**” per la quale è stato previsto un costo inferiore alle linee regionali, considerando che tale voce non va analizzata singolarmente ma unitamente alle altre voci della farmaceutica territoriale relative alla distribuzione per conto ed alla distribuzione diretta per le quali sono stati, invece, confermati i tetti regionali. Nel merito si rimanda alle azioni d'intervento previste ed analiticamente descritte nel capitolo dedicato alla spending review.

Per la *Farmaceutica ospedaliera*: sulla base dei dati di gennaio-ottobre 2021 si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera, comprensiva della quota della diretta (ad esclusione di quella degli oncologici) pari al 0,6% (esclusi i vaccini, i farmaci per la SMA ed i farmaci oncologici ed emato-oncologici e i centri di costo COVID-19) rispetto al corrispondente periodo del 2020.

Per il 2022, avendo fatto registrare nel 2021:

- un aumento percentuale della spesa del 3,8%, ovvero superiore di oltre 2 punti percentuali rispetto al valore medio regionale dello 0,6%, ASUGI dovrà ridurre del 1,5% il valore registrato nell'anno 2021.

Sono esclusi da tale ambito i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione (compresa la quota in DPC presso la soppressa ASUITS), i medicinali per la cura dell'atrofia muscolare spinale (SMA) che hanno un costo/anno per paziente superiore ai 100.000 euro, i *farmaci oncologici ed emato-oncologici* ed i centri di costo COVID.

Per i *Dispositivi medici* è stata prevista una sensibile riduzione dei costi a bilancio (ad eccezione di quelli finalizzati alla gestione dell'emergenza COVID-19) rispetto all'anno 2021, al fine di un graduale e progressivo avvicinamento della spesa al rispetto del vincolo nazionale previsto dal D.L. 95/2012 art. 15, co. 13, convertito con L. 135/2012, come modificato dalla L. 228/2012 art. 1, co. 131 lettera b), pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard.

Come per gli anni precedenti, anche nel 2022 relativamente ai vincoli sull'attività viene previsto il contenimento del numero delle *prestazioni ambulatoriali procapite* in massimo 3,4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica).

Le *manutenzioni ordinarie edili impiantistiche* dovranno avere costi massimi non superiori a quelli sostenuti nell'anno 2015. Il valore riportato nel bilancio preventivo 2022, pari a € 5.149.000, rispetta tale vincolo. L'Azienda adotterà come priorità d'intervento quelle connesse con la sicurezza degli impianti e delle strutture, come richiesto dalle direttive regionali.

Spending Review

In relazione alla *spending review* le Aziende dovranno fare riferimento a quanto già attuato dal 2012 conformemente a quanto disposto dal DL 95/2012, convertito con L. 135/2012, e dal DL 78/2015, convertito con L. 125/2015, e successive modifiche ed integrazioni.

Per il conseguimento degli obiettivi legati alla *spending review* si fa, in particolare, riferimento agli obiettivi di cui alla DGR 1813/2015, ed al successivo Decreto 862/SPS dd 21/10/2015 del Direttore della Direzione Centrale Salute Integrazione socio sanitaria politiche Sociali e famiglia, nei quali sono stati precisati gli obiettivi economici delle aziende del SSR e sono state individuate le azioni di razionalizzazione tese al conseguimento dei necessari risparmi.

Si rammenta che, dopo l'entrata in vigore delle norme di cui sopra, e quindi in attuazione delle indicazioni regionali, i Centri di Risorsa delle Aziende allora esistenti ed ora confluite in ASUGI hanno avviato i contatti con i fornitori titolari dei contratti in essere al 15/08/2015 con gare esperite autonomamente (dalle forniture oggetto di rinegoziazione aziendale, sono stati quindi esclusi tutti i contratti relativi a procedure esperite dalla centrale di committenza regionale EGAS ex DSC), al fine di attivare le procedure di rinegoziazione degli stessi.

Data la molteplicità e complessità delle forniture, la metodologia seguita nella programmazione delle attività si è basata anche su logiche di priorità economica (ovvero costi e durata dei contratti), previa verifica di percorribilità con i Direttori delle Strutture operative con riferimento ai contratti di servizi rivolti alla persona e tenuto conto della necessità di salvaguardare il mantenimento dei livelli qualitativi delle prestazioni rese dai fornitori nel loro complesso, come peraltro successivamente indicato dalla DGR 1813/2015.

Prosegue tuttora, per i contratti vigenti, l'applicazione delle condizioni contrattuali così riviste ed aggiornate, di cui si esplicheranno pertanto gli effetti anche nell'esercizio 2022. Vengono doverosamente salvaguardati peraltro, in relazione alla progressiva evoluzione della situazione aziendale, i necessari requisiti di esercizio dell'attività istituzionale e le connesse prestazioni dei

servizi imprescindibili oltre agli interventi finalizzati al contenimento della diffusione del virus da Covid 19.

Vengono di seguito illustrate, nel dettaglio, le azioni di contenimento della spesa previste nell'anno 2022 nei vari ambiti di gestione delle risorse (patrimonio, lavori, beni e servizi) in conformità alle disposizioni vigenti in materia di *spending review*.

Farmaceutica

ASUGI si impegna a rispettare i tetti della spesa farmaceutica posti dalla Regione per l'anno 2022, utilizzando gli strumenti individuati dalle progettualità specifiche definite dalle linee gestionali a cui si rimanda.

Inoltre, la SC Assistenza farmaceutica Area Giuliana e la SC Farmacia Unica Aziendale Area Isontina, oltre a controllare che tutte le richieste di acquisto farmaci rispettino il dettato normativo, effettueranno una verifica sostanziale tesa ad escludere, di volta in volta, l'assenza di alternative migliori dal punto di vista dei costi, dell'efficacia e della sicurezza e, nel caso venissero individuate, procederà con un approfondimento col clinico richiedente.

Le due SC procederanno, altresì, all'individuazione di tematiche meritevoli di specifiche analisi che dovessero affiorare nel corso dell'anno.

L'Azienda aderirà tempestivamente al nuovo accordo quadro regionale per l'utilizzo dei biosimilari con sostituzione completa delle terapie in atto col brand per alcune specialità e la scelta prioritaria del biosimilare in tutti i pz naive per altri principi attivi.

Si continuerà a privilegiare, a parità di efficacia e sicurezza, i farmaci a brevetto scaduto anche per la consegna ai pazienti in dimissione, esercitando così un influsso calmierante sui costi della farmaceutica territoriale convenzionata.

Si procederà, inoltre, alla produzione di siringhe intravitreali di Bevacizumab per il trattamento delle maculopatie

Per quanto concerne i rapporti con i MMG verranno organizzati incontri nell'ambito delle AFT e trasmessi note e report sull'andamento dei consumi e dei costi delle diverse classi terapeutiche di prescrizione dei MMG e PLS.

Per favorire una maggior responsabilizzazione dei medici decisori di spesa, il costo delle proprie scelte prescrittive rimane addebitato alla Struttura di appartenenza, anziché venir posta in capo ai Distretti, nel caso i pz venissero là convogliati per il ritiro dei farmaci.

Approvvigionamento di beni e servizi - Area giuliana

Nel 2022 proseguiranno le azioni e gli interventi di *spending review* avviati negli anni precedenti. In particolare, per gli appalti principali si evidenzia quanto segue:

- gli appalti per la ristorazione hanno già registrato una notevole riduzione dei costi, dovuta alla contrazione dei ricoveri tali che addirittura emergono richieste di riequilibrio/ristoro da parte della ditta appaltatrice per l'area ospedaliera;

- in sede di rinnovo dei servizi di pulizie e sterilizzazione strumentario sono stati confermati per il 2022 i ribassi già ottenuti da ASUGI per il 2021 quale miglioria contrattuale; si tenga altresì presente che i servizi di pulizia hanno registrato un notevolissimo incremento dei costi, dovuti ovviamente alla pandemia, e che l'attuale congiuntura politico-economica internazionale, accanto alla ripresa inflattiva già emersa a fine 2021, comportano, ai sensi delle norme generali sui contratti, delle prevedibili richieste di adeguamento prezzi ai panieri ISTAT.

Negli altri casi dei cd appalti "minori" (quali il servizio di accoglimento presso il Covid hotel di Muggia, i servizi amministrativi di supporto al DIP per il contact tracing, il servizio di supporto amministrativo all'attività di monitoraggio ed alla campagna vaccinale, il servizio di fornitura di ossido nitrico in bombole per il trattamento pazienti in terapia intensiva, i servizi di prenotazione e incasso delle prestazioni (CUP), attività di front office/back office presso alcune strutture dell'area giuliana), ovunque sia possibile e compatibile con la fase contrattuale, si mira sempre a ottenere e confermare delle migliorie, che però - seppur importanti e apprezzabili - difficilmente sono di valore assoluto rilevante, date le dimensioni dei contratti. Anche per la stessa locazione del COVID hotel (park Hotel di Muggia) è stata confermata per il 2021 e per il 2022 la miglioria economica che era stata ottenuta in fase di attivazione alla fine del 2020.

Il servizio di lavanderia/lavanolo è appena stato aggiudicato da ARCS ed è in fase di iniziale assestamento.

Nel corso del 2022 è prevista l'attivazione dei nuovi contratti centralizzati per i servizi di pulizie, smaltimento rifiuti, servizio CUP, nel mentre è corso la procedura di gara per l'affidamento del servizio di ristorazione; per tali nuovi appalti dovranno essere verificate nel dettaglio le nuove condizioni economiche che potrebbero però, ragionevolmente, risultare peggiorative per ASUGI rispetto alle condizioni dei datati appalti in scadenza.

Inoltre, In questo contesto appare opportuno evidenziare che l'approvvigionamento di beni e servizi avviene, per la maggior parte, sulla base di contratti attivati tramite convenzione Consip o mediante acquisti centralizzati presso l'ARCS e, pertanto, non suscettibili di rinegoziazione da parte delle Aziende.

Relativamente, invece, alla logistica di magazzino, visto il perdurare dello stato emergenziale ed al fine di rendere più efficace ed efficiente il processo di approvvigionamento e distribuzione dei DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (mascherine chirurgiche, visiere, calzari, camici, tute, ecc.) e migliorare il controllo sull'utilizzo di tali articoli, si proseguirà nell'impiego dell'apposito magazzino aziendale COVID situato a Trieste, creato nell'ultimo trimestre 2020, in cui vengono custoditi beni di protezione individuale sanitari e non sanitari utilizzati dall'Azienda per affrontare la gestione della pandemia scongiurando le difficoltà occorse ad inizio emergenza nel reperire materiale che sul mercato scarseggiava.

La pianificazione e la selezione dei beni stoccati in tale magazzino viene effettuata dal SPPA (Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale) tra gli articoli che rispondono al criterio per cui è razionale una gestione centralizzata per poter assicurare una risposta più efficace e puntuale alla situazione di

emergenza COVID. Il magazzino aziendale COVID viene utilizzato solamente nel caso in cui le forniture disponibili nel Magazzino Centralizzato ARCS risultino carenti o insufficienti.

Approvvigionamento di beni e servizi - Area Isontina

Nell'area isontina i contratti in essere economicamente più rilevanti ancora in fase procedimentale per nuove aggiudicazioni quali la ristorazione, i trasporti sanitari e non sanitari e la gestione del Cup sono già stati oggetto di *spending review* negli anni scorsi. Il servizio di lavanderia/lavanolo è appena stato aggiudicato da ARCS ed è in fase di iniziale assestamento.

Nel corso del primo semestre si stanno attivando i nuovi contratti delle pulizie, smaltimento rifiuti e servizio Cup ed è in corso la procedura di gara per l'affidamento del servizio di ristorazione. Si provvederà a chiedere una riduzione economica sui corrispettivi da corrispondere alle ditte appaltatrici dei rimanenti appalti di servizi ancora in essere, ma, in considerazione dell'avvicinarsi della data effettiva di scadenza dei contratti e del fatto che i prezzi sia energetici che delle materie prime sono saliti, per alcuni contratti di lunga data, si presume di non riuscire ad ottenere delle migliori economiche.

Inoltre, In questo contesto appare opportuno evidenziare che l'approvvigionamento di beni e servizi avviene, per la maggior parte, sulla base di contratti attivati tramite convenzione Consip o mediante acquisti centralizzati presso l'ARCS e, pertanto, non suscettibili di rinegoziazione da parte delle Aziende.

Gestione INFRASTRUTTURE ED IMPIANTI - Area Giuliana -

Conformemente alle linee di gestione, la programmazione preventiva rispetta i vincoli di spesa previsti per le attività manutentive riferite all'esercizio 2015, date dalla somma della spesa dell'allora ASS1 e dell'allora AOUSTS.

I costi di manutenzione e gestione del patrimonio dell'area giuliana, stimati in complessivi euro 27,671 milioni di euro, hanno subito un brusco incremento a causa dell'esplosione dei costi dei vettori energetici sul mercato italiano, che hanno modificato profondamente l'incidenza percentuale sul bilancio degli oneri manutentivi rispetto a quelli per utenze e gestione calore spostando su questi ultimi i maggiori oneri del bilancio.

Gli interventi eseguiti ed in corso di esecuzione, che troveranno nell'anno in corso la loro ultimazione e finalizzati al risparmio energetico, hanno contribuito in maniera significativa alla riduzione dei consumi (energia elettrica, acqua e gas).

Si ritiene significativo, infatti, evidenziare l'oggettiva mitigazione dell'aumento dei costi riferibili all'approvvigionamento dei vettori energetici (energia elettrica, acqua e gestione calore) che, in assenza degli interventi sopracitati sarebbero stati ben maggiori ed avrebbero generato un ulteriore aggravio della spesa dell'Azienda.

La riduzione drastica dei consumi, e di conseguenza degli sprechi, è ascrivibile sia alle azioni di contenimento adottate in termini generali sia mediante il ricorso al contratto di concessione di

servizi rivolto alle sedi ospedaliere, che con azioni strutturali finalizzate al risparmio energetico, ha visto ulteriori benefici anche peraltro in termini di minore inquinamento ambientale.

Il contenimento della spesa manutentiva viene perseguito, quindi, rispettando i vincoli di spesa, che costituiscono già di per sé spending review.

Gestione Patrimonio immobiliare edile-impiantistico - Area Isontina

In relazione alla spending review, anche per l'anno 2022 ASUGI proseguiranno le azioni attuate dal 2012 conformemente a quanto disposto dal DL 95/2012, convertito con L. 135/2012, e dal DL 78/2015, convertito con L. 125/2015.

Appare opportuno evidenziare che l'approvvigionamento di beni e servizi avviene, per la maggior parte, sulla base di contratti attivati tramite convenzione Consip o mediante acquisti centralizzati presso l'ARCS e, pertanto, non soggetti a rinegoziazioni da parte delle Aziende.

L'unico contratto in essere, ereditato, dall'ex AAS 2, è quello relativo alla gestione edile ed impiantistica del patrimonio immobiliare dell'area Isontina, è in scadenza nell'aprile 2023.

Tale servizio è già stato soggetto negli ultimi anni di azioni di spending review.

Nonostante ciò anche per il 2022 questo ultimo contratto sarà oggetto di spending review, in particolari le seguenti attività edili ed impiantistiche:

- appartamento sito in via IX agosto a Gorizia, nuova sede del servizio di Neuropsichiatria Infantile;
- laboratorio di microbiologia sito al 2° piano del Presidio Ospedaliero di Monfalcone, all'interno del contratto manutentivo in essere;
- sconto contrattuale, rispetto ai prezziari di riferimento DEI, per le opere di manutenzione straordinaria pari al 18 %;
- appartamento sito in Via Cipriani a Gorizia.

Inoltre, senza incremento dei costi, sono stati affidati all'operatore economico il servizio dell'Energy Manager Aziendale riguardante tutti gli immobili Aziendali, all'interno del contratto manutentivo in essere, con incremento della proprietà di Via Cipriani, il risparmio ipotizzato sarà pari a € 32.220 oltre iva di legge.

In aggiunta a quanto sopra evidenziato per il 2022 risultano attivati, senza costi aggiuntivi, i seguenti ulteriori servizi:

- il servizio di pronta reperibilità riguardante anche altre sedi Aziendali non presenti all'interno del contratto manutentivo originario;
- la manutenzione dei prefabbricati di proprietà utilizzati per la gestione dell'utenza Covid-19, presso il P.S. di Monfalcone;
- la manutenzione dei prefabbricati adibiti all'esecuzione dei tamponi –emergenza Covid 19, presso l'Ospedale di Monfalcone;

- la manutenzione dei prefabbricati utilizzati per la gestione dell'utenza Covid-19, presso il P.S. di Gorizia;
- la manutenzione dei prefabbricati adibiti all'esecuzione dei tamponi –emergenza Covid 19, presso il Parco Basaglia di Gorizia;
- la manutenzione ordinaria idraulica-sanitaria presso il centro vaccinale di Gorizia;
- la manutenzione ordinaria idraulica-sanitaria presso il centro vaccinale di Monfalcone.

Tale risparmio per il 2022 sarà pari a € 60.500 oltre iva di legge.

Con Decreto 1123 di data 30/12/2021 Asugi ha adottato il progetto di fattibilità relativo al Partenariato Pubblico Privato ad iniziativa privata afferente i Servizi Energetici e gestionali manutentivi con contratto EPC (Energy Performance Contract) comprendente sia la gestione e conduzione degli impianti che interventi di efficientamento energetico ed azioni di riduzione dell'impatto ambientale interessante il patrimonio immobiliare dell'area Isontina.

L'applicazione di questa ipotesi contrattuale, una volta entrata a regime, oltre che a comportare un risparmio sulla spesa storica degli ultimi anni, senza ulteriori costi, consentirà di ottenere un miglioramento del microclima interno degli edifici ma anche una maggior sicurezza nella fruizione degli stessi, porterà ad importanti minori spese, soprattutto in riferimento al minor consumo di energia elettrica dovuti all'efficientamento energetico, per un importo medio annuo, per il periodo 2023 -2038 rispetto al 2020 pari a € 249.228,63 oltre iva.

La documentazione è stata inviata alla Direzione centrale salute in data 11/01/2022, pertanto una volta ottenuto il nulla osta a procedere, Asugi si impegnerà entro l'anno ad approvare il Bando di gara e indire la gara relativa.

Tale contratto entrerà in vigore dalla data di scadenza dell'attuale contratto in essere con la ditta SIRAM SPA (aprile 2023)

In riferimento poi ad una più efficiente gestione del parco auto aziendale nel 2021 è stata inviata alla Direzione Strategica la proposta di distribuzione di auto in dotazione all'Area Isontina, progetto che in termini di efficienza, efficacia ed economicità, se approvato dalla Direzione stessa potrebbe portare a un minor impatto economico sul Bilancio, così da affidare ai servizi che certificano una percorrenza più importante, auto più poche nei consumi, affidando agli altri servizi le altre auto i cui più alti consumi vadano a incidere in maniera meno rilevante sul bilancio Aziendale. Le proposte indicate sono funzionali a un contenimento dei costi e a una migliore e più organica riorganizzazione del servizio con beneficio degli utenti finali e intermedi.

Manutenzione apparecchiature biomedicali

Per quanto concerne, infine, i contratti di manutenzione delle apparecchiature biomedicali di particolare rilevanza, si conferma anche per l'esercizio 2022, che le condizioni economiche praticate sono rimaste inalterate, in continuità con gli ultimi anni, con la garanzia del mantenimento della stessa qualità del servizio.

6. RELAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2022

Il quadro delle risorse finanziarie

Il finanziamento regionale per l'anno 2022 è stato determinato in 2.448.091.153,77 euro con le seguenti destinazioni (cfr DGR 54 dd. 21.01.2022 di approvazione preliminare delle Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2022 e DGR 321 dd. 11.03.2022 di approvazione definitiva):

- una quota di 2.220.037.118,56 euro quale finanziamento indistinto;
- una quota di 226.644.035,21 euro destinata al finanziamento delle c.d. "spese sovraziendali";
- una quota di 1.410.000,00 euro quale contributo per il superamento degli OPG.

Il riparto del finanziamento complessivo è stato effettuato sulla base di funzioni, secondo parametri e processi di standardizzazione, e popolazione.

Per la suddivisione della quota indistinta collegata alla popolazione sono stati impiegati:

- i dati aggiornati al 01.01.2021 che registrano per l'ASUGI una consistenza pari a 369.759, per l'individuazione delle quote collegate alla popolazione secca;
- i criteri di suddivisione del FSN per l'anno 2020 (rep. Atti 152/CSR dd. 04.08.2021 della Conferenza Stato-Regioni), in relazione agli ambiti aziendali, per la definizione delle quote derivanti da ponderazione della popolazione.

Sulla base di tali criteri, l'importo del finanziamento indistinto assegnato all'ASUGI risulta essere pari ad euro 695.387.106,56.

Il confronto con quanto assegnato per l'anno 2021 evidenzia un sensibile decremento del finanziamento, come esposto nella seguente tabella:

Voci di finanziamento	2021 Preconsuntivo	2022 preventivo	delta 2022/2021
Finanziamento pro capite e funzioni (iniziale da Linee gestione)	692.296.452	695.387.107	3.090.655
Finanziamento integrativo	20.303.518		
Contributo incremento spese sanitarie per attività sociosanitaria	1.396.103	1.107.977	
Riparto Pay Back	9.304.204		
Accantonamento riparto Pay Back	- 6.170.134		
Finanziamento sovraziendale indennità esclusività	3.220.006		
Finanziamento sovraziendale personale in utilizzo DCS	873.654		
Delta Costo/Finanziamento remunerazione aggiuntiva farmacie	- 75.303	- 1.000.000	
	721.148.500	695.495.084	- 25.653.416
<i>Utilizzo finanziamenti statali Covid anni precedenti</i>	<i>14.055.857</i>	<i>2.843.170</i>	
<i>Finanziamenti statali Covid impiegati</i>	<i>21.238.965</i>		
<i>Finanziamenti regionali Covid impiegati</i>	<i>30.986.729</i>		
<i>Sovraziendali Covid</i>	<i>228.756</i>		
<i>Sovraziendali vaccinazioni Covid</i>	<i>5.385.165</i>		
<i>Costi Covid</i>	<i>- 71.760.000</i>	<i>- 18.251.007</i>	
Saldo gestione Covid	135.472	- 15.407.837	
	721.283.972	680.087.247	- 41.196.725
Privati accreditati recupero liste d'attesa/fuga extrareg.		7.339.672	
Saldo negativo mobilità regionale	- 27.519.714	- 29.928.423	
	693.764.258	657.498.496	- 36.265.762

Quanto definito dalle Linee per la gestione 2022, unitamente alle Indicazioni metodologiche per la redazione dei documenti contabili preventivi 2022, fornite da ARCS con nota prot. n. 3756 dd. 31.01.2022, ed alle modifiche ed integrazioni inviate con nota prot. n. 10358 dd. 15.03.2022 a seguito della fase di negoziazione, configura, quindi, il bilancio di previsione dell'Azienda quale espressione numerica delle ricadute dell'applicazione diretta di standard, vincoli ed obiettivi. Nel seguito del documento verranno descritte le dinamiche indotte da quanto sopra riportato e da altri fenomeni aventi un impatto economico sin d'ora quantificabile sulla base delle informazioni disponibili.

Nell'ambito del contesto così delineato ed in continuità con quanto già manifestatosi nell'esercizio precedente, prosegue l'emergenza Covid che continua ad alterare notevolmente l'andamento economico dei fattori produttivi, rendendo particolarmente complicato e aleatorio formulare la proiezione per l'anno in corso. Si precisa che, come prescritto al punto 1) della citata nota ARCS prot. n. 10358, i costi Covid sono stati previsti limitatamente al periodo di valenza dello stato di emergenza e quindi fino al 31.03.2022.

In merito si rappresenta che nel bilancio in esame, tra i ricavi previsti alla voce "Utilizzo fondi per quote inutilizzate di contributi finalizzati e vincolati di esercizi precedenti", è stato iscritto, tra gli altri, l'importo di € 2.843.170 derivante dal risconto delle assegnazioni straordinarie di fondi statali concessi a seguito dell'emergenza Covid nel 2021. Tale contributo potrà essere utilizzato in modo flessibile a copertura di costi Covid 2022.

Si segnala viceversa che, come da indicazioni ARCS per la redazione del Piano attuativo e bilancio preventivo 2022 (nota prot. n. 3756 dd. 31.01.2022), non sono state iscritte tra i contributi le seguenti poste inerenti l'attività Covid, i cui costi, limitatamente al primo trimestre dell'anno, esplicano i loro effetti sul bilancio in esame:

- finanziamento assegnato alla Regione relativo al contributo straordinario di cui all'art. 16, c. 8-septies del DL 146/2021, convertito con modifiche con L. 215/2021, a copertura dei costi relativi alle attività di contrasto all'emergenza sanitaria da Covid19 e campagna vaccinale 2022, in attesa del provvedimento statale di assegnazione. Per ASUGI, l'importo di tale finanziamento, ripartito in base al criterio della popolazione pesata, ammonta ad € 3.865.692;
- residui, dei fondi regionali erogati con DGR 1968/2021 che saranno accantonati nell'esercizio 2021;
- contributo sovraziendale – linea 53 “Attività di gestione pandemica SARS-CoV-2 e acquisto di forniture”, al momento assegnato all'ARCS per l'importo complessivo di € 10.000.000 e destinato principalmente alla copertura dei costi derivanti dalle maggiori necessità di acquisto dei beni per la gestione pandemica per riduzione delle forniture del Commissario Straordinario per l'emergenza Covid-19 a decorrere dall'anno 2022.

Il conto economico

Nella predisposizione del Bilancio di Previsione, i costi della produzione erano stati stimati considerando gli atti della programmazione aziendale, i vincoli e i parametri standard dettati dalle direttive regionali, rivisti alla luce della revisione delle azioni ed attività.

In tale quadro si illustrano brevemente di seguito le dinamiche in ordine alle principali voci di costo:

- sulla base delle indicazioni Regionali ed al fine del graduale e progressivo avvicinamento al rispetto del vincolo nazionale previsto dal D.L. 95/2012 art. 15, co. 13, convertito con L. 135/2012, come modificato dalla L. 228/2012 art. 1, co. 131 lettera b), pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale standard, si è provveduto ad applicare il vincolo di riduzione sui costi dei dispositivi medici;
- sono state rimodulate in riduzione anche le previsioni di costo relative alla farmaceutica convenzionata e all'AFIR;
- su alcuni costi non è stato possibile apportare riduzioni in quanto vincolati ai ricavi (costi per abbattimento rette, accantonamento per rinnovi contrattuali, accantonamento derivante dagli introiti per sanzioni amministrative di cui all'art. 13 del D. Lgs. 81/2008; accantonamento per trattenute 5% su introiti Ip decreto Balduzzi);

- sono stati mantenuti i costi indicati dalle tabelle regionali per la mobilità regionale, extraregionale ed internazionale anche se non riferiti a reale attività dell'anno 2022;

Atteso l'obbligo della presentazione del bilancio preventivo in pareggio e in ossequio alle indicazioni regionali, l'Azienda, sulla base del finanziamento ad oggi riconosciuto e nelle more delle nuove assegnazioni, ha ritenuto di programmare le proprie attività compatibilmente con le risorse ad oggi assegnate e con i vincoli previsti, salvaguardando comunque i livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

In corso d'anno, si procederà a verifiche costanti dei budget assegnati alle Strutture con possibilità di rimodulazione degli stessi, adeguandoli alla programmazione aziendale e fatta salva la garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza.

Personale

Rimandando per approfondimenti all'apposita sezione, si evidenzia qui che, come da specifiche prescrizioni trasmesse dall'ARCS con la nota prot. 10358 dd. 15/03/2022 – punto 3, la quota di incremento del fondo produttività/risultato quantificata nell'1% degli emolumenti e ammontante a circa 2.125.000 euro (oneri compresi) non è stata prevista tra i costi.

Per tale motivo, oltre che per l'assenza nel preventivo 2022 degli importi relativi alle RAR (il cui finanziamento sovraziendale non è ancora stato ripartito tra le aziende), non risulta confrontabile il dato del costo del personale tra il 2021 e il 2022.

Si evidenzia inoltre che, tra i costi del personale è compreso l'importo di € 3.342.399 derivante dall'incremento dell'indennità di esclusività previsto dall'art. 1, c. 407 della L. 178/2020, per il quale la copertura economica è ricompresa nel finanziamento indistinto, diversamente dall'esercizio 2021 che prevedeva uno specifico finanziamento aggiuntivo tra i contributi per spese sovrazieudali.

Parimenti, il bilancio in esame non prevede al momento il consueto contributo sovraziendale a copertura dei costi per personale in utilizzo presso la Regione FVG - Direzione Centrale Salute, stimati e inseriti in bilancio per € 873.654 (cfr. tab. 17F). Il relativo contributo sovraziendale di € 3.200.000, al momento è assegnato all'ARCS e deve ancora essere ripartito tra le aziende.

I costi del personale 2022 comprendono l'importo di circa 2,8 milioni di euro relativi al personale acquisito ai sensi del D.L. 73/21, art. 26 per il recupero delle liste d'attesa che trova copertura nello specifico finanziamento previsto dalla DGR 106/2022.

Rapporti con gli erogatori privati

Come disposto al punto 2.1.13 "Erogatori privati" del documento "Indicazioni per la redazione del piano attuativo e del bilancio preventivo 2022", in relazione all'attività degli erogatori privati accreditati (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) sono stati iscritti esclusivamente i costi derivanti dall'assegnazione alle strutture dal budget ordinario previsto dalla DGR 1037/2021. Relativamente alle attività finalizzate al contrasto della fuga extraregionale e al contenimento dei tempi di attesa,

non sono stati imputati né i costi né i ricavi già assegnati all'ASUGI con i contributi sovraziendali n. 48 e 49 (€ 4.484.055,30 per l'attività di ricovero e € 2.855.616,91 per l'attività ambulatoriale), in attesa della trasmissione delle direttive e degli indirizzi di utilizzo delle risorse all'uopo stanziato dalla DGR 1037/2021 da parte del Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera della Regione.

Remunerazione aggiuntiva alle farmacie

Con riferimento alla remunerazione aggiuntiva alle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di SSN, prevista in via sperimentale per gli anni 2021 e 2022 dal D.M. 11 agosto 2021, si segnala che nel bilancio in esame sono previsti costi per circa 1 milione di euro, a copertura dei quali, diversamente a quanto avvenuto nel 2021, al momento non risulta assegnato alcun finanziamento specifico.

Accantonamenti per rinnovi contrattuali

Gli importi iscritti per gli accantonamenti dei rinnovi contrattuali 2019/2021 – competenza 2022 e 2022/2024 – competenza 2022 del personale dipendente e del personale convenzionato derivano dalle somme riportate nella specifica tabella regionale, al netto delle quote relative a indennità di vacanza contrattuale ed elemento perequativo poiché già previsti tra i costi del personale.

Le singole poste di rinnovo contrattuale beneficiano delle seguenti coperture economiche:

- rinnovi contrattuali 2019/2021 - competenza 2022 personale dipendente: contributo sovraziendale n. 31 (€ 11.816.988,20);
- rinnovi contrattuali 2022/2024 - competenza 2022 personale dipendente: contributo sovraziendale n. 32 (€ 54.840,91) integrato dall'utilizzo dell'importo assegnato con DGR 1968/2021 per rimborso Pay Back 2019 che sarà accantonato in sede di chiusura di bilancio 2021 (€ 6.170.134);
- rinnovi contrattuali 2019/2021 - competenza 2022 medicina convenzionata: contributo sovraziendale n. 35 (€ 1.746.860,27);
- rinnovi contrattuali 2022/2024 - competenza 2022 medicina convenzionata: contributo sovraziendale n. 37 (€ 884.375,72).

Ricavi per concorsi, recuperi e rimborsi

La notevole diminuzione dei ricavi previsti in questa macrovoce deriva quasi esclusivamente dalla mancanza di assegnazioni per riparto Pay Back, come sopra evidenziato nella tabella di confronto della contribuzione regionale. Da segnalare che il ricavo 2021 è parzialmente compensato dall'accantonamento a quote inutilizzate di contributi regionali vincolati del riparto Pay Back 2019 (€ 6.170.134), con destinazione alla copertura economica dei rinnovi contrattuali 2022/2024 - competenza 2022 personale dipendente (cfr. punto precedente).

Dipartimenti Interaziendali

Si ritiene opportuno evidenziare, ancora una volta, che in questo bilancio preventivo sono compresi tutti i costi derivanti dall'acquisizione della titolarità della funzione di Medicina di Laboratorio e di Medicina Trasfusionale per l'intera area giuliano isontina, ivi compreso l'IRCCS Burlo Garofolo. Alla luce dell'esperienza acquisita, risulterebbe tuttavia ancora da rivedere il meccanismo di finanziamento di tali funzioni tra gli Enti, al fine di garantire una maggiore economicità a livello di sistema e, ad un tempo, il mantenimento degli equilibri economici degli Enti coinvolti.

Conto Economico Preventivo dei Presidi Ospedalieri

In applicazione della riforma del SSR dettata dalla L.R. 27/2018 e dalla LR 22/2019, nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Universitaria "Giuliano-Isontina" operano due presidi ospedalieri:

- il Presidio ospedaliero di II livello. "Cattinara e Maggiore" di Trieste
- il Presidio ospedaliero di base di Gorizia e Monfalcone

Il conto economico preventivo dei due presidi ospedalieri per l'anno 2022 si chiude in sostanziale equilibrio (- 229.444), tenuto conto degli effetti economici generati dall'emergenza epidemiologica che graveranno anche per l'esercizio 2022 sui costi delle strutture ospedaliere, seppur limitatamente al periodo di valenza dello stato di emergenza.

Essi sono stati costruiti nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Azienda Regionale di Coordinamento della Salute con nota prot. 003756/P/GEN/ARCS dd 31/01/2022 "Trasmissione di indicazioni metodologiche per la stesura del Piano e Bilancio Preventivo 2022", con le successive note prot. 0004992/P/GEN dd 07/02/2022 "Integrazione indicazioni metodologiche per la stesura del Piano e Bilancio Preventivo 2022 - Indicazioni per la redazione della programmazione del personale", nota prot. 0010358/P/GEN/ARCS dd 15/03/2022 "Modifiche ed integrazioni alle indicazioni per la stesura del Piano e Bilancio Preventivo 2022" parzialmente sostituita dalla successiva nota ARCS prot. 0010420 dd 15/03/2022, e secondo i criteri di finanziamento definiti nelle Linee per la Gestione del SSR 2022 (versione definitiva) adottate con DGR n°321/2022.

Per quanto riguarda i **costi diretti**, essi sono stati valorizzati, per la maggior parte dei conti, sulla base delle imputazioni contabili estratte dalla contabilità analitica per l'anno 2021 opportunamente riviste e proiettate per l'intero anno 2022.

I costi del personale sono stati calcolati sulla base dei costi effettivi previsti per l'anno 2022 per i due presidi ospedalieri suddivisi secondo la classificazione prevista dal Conto economico ministeriale e rapportato in relazione al personale assegnato ad ogni presidio ospedaliero ed alle procedure di assunzione e cessazioni che si intendono porre in essere nel 2022.

Sul versante dei **ricavi** si precisa che sono state attribuite le quote dei contributi regionali e delle sovra-aziendali sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Socio sanitario Regionale – Anno 2022; sono stati imputati i ricavi relativi al finanziamento della funzione di Pronto Soccorso ed altre funzioni (Complessità e 7% tariffato) sulla base dei relativi costi attribuibili alle due funzioni. Anche i contributi sovra-aziendali di competenza ospedaliera sono stati imputati ai due Presidi unitamente ai correlati costi.

Per quanto concerne la valorizzazione dell'attività di ricovero ed ambulatoriale sono stati adottati i seguenti criteri:

- a) i ricavi derivanti dalle prestazioni erogate dai Presidi Ospedalieri aziendali nei confronti dei residenti dell'ASUGI, sono stati valorizzati a tariffa regionale di specialistica ambulatoriale ed a tariffa regionale per attività di ricovero.
- b) i ricavi derivanti da attrazione extra-azienda ed extra-regione, sono stati valorizzati come indicato nelle tabelle per il Bilancio Preventivo 2022 allegate alle "Indicazioni metodologiche per la stesura del Piano Attuativo e Bilancio Preventivo 2021" fornite dall'ARCS con nota prot. 003756/P/GEN/ARCS dd 31/01/2022

Nella voce di ricavo "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie" sono stati inseriti i ricavi relativi all'incasso della quota aggiuntiva di ticket, di cui all'art. 17 co. 6 del D.L. n. 98/2011, riscossa per le prestazioni erogate dai Presidi Ospedalieri e il valore dei ticket per Pronto Soccorso riscossi. Le altre voci di ricavo sono state stimate sul dato del preconsuntivo 2021 e del consuntivo 2020 delle rispettive strutture ospedaliere.

Come sopra citato, i valori esposti sono anche frutto di ragionamenti distinti condotti nell'ambito delle due aree (giuliana e isontina) afferenti alle ex Aziende e risentono, pertanto, dei diversi criteri adottati che sono oggetto di progressiva armonizzazione.

7. RELAZIONE DESCRITTIVA MANOVRA DEL PERSONALE 2022

La manovra del personale 2022 viene 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 avverrà 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.

Peraltro, come evidenziato anche dalle suddette Linee, la gestione del personale nel periodo di riferimento è e sarà ancora condizionata dall'emergenza pandemica da covid-19, di cui si relazionerà di seguito. Sulla scorta di quanto attuato nel 2021, in primis stanno proseguendo 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 segue evidentemente l'andamento altalenante della situazione emergenziale.

Inoltre, si intende porre 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.

Ai suddetti fini e tenendo presente i fabbisogni di personale correlati alle attività sanitarie di carattere ordinario, si è programmato il mantenimento della dotazione di personale registrata a fine esercizio 2021, come da tabelle allegate.

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

Si darà inoltre corso alle manovre funzionali agli adempimenti previsti dal P.N.R.R., secondo le specifiche indicazioni regionali al riguardo.

La gestione dell'emergenza da Covid 19

Come in precedenza, nel primo trimestre si è continuato a fare ricorso alle seguenti forme ordinarie e straordinarie di reclutamento, con adozione di provvedimenti specificamente dedicati all'emergenza:

- assunzioni con rapporto subordinato a tempo indeterminato e determinato mediante strumenti ordinari, quali graduatoria concorsuali e di avviso pubblico, seppure riferiti a esigenze straordinarie, come consentito dal D.L. 18/2020, dal D.L. 34/2020 e dal D.L. 104/2020, dal D.L. 73/2021;
- personale esterno con rapporto di lavoro autonomo, anche di collaborazione Coordinata e Continuativa, ai sensi del D.L. 18/2020, del D.L. 34/2020 e del D.L. 104/2020;
- personale somministrato, per le esigenze di maggior urgenza o comunque non ovviabili con gli ordinari strumenti di assunzione.

Il ricorso ai suddetti strumenti di reclutamento sta ovviamente proseguendo entro i margini tracciati dalla recente evoluzione normativa disciplinante la prosecuzione nel 2022 delle forme di reclutamento straordinarie. Si fa riferimento in particolare alle seguenti norme:

- art. 1 c. 268 della L. 234/2021 che ha disposto l'utilizzabilità del personale di cui all'art. 2-bis c. 1 del D.L. 18/20, limitatamente ai medici specializzandi di cui alla lettera a) **fino al 31.12.2022**;
- art. 10 c. 1 del D.L. 24/2022 che ha disposto l'utilizzabilità degli incarichi attribuiti a laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali (art 2-bis c. 3 D.L. 18/20) **fino al 31.12.2022**;
- l'art. 10 c. 2 del D.L. 24/2022 che ha disposto l'utilizzabilità degli incarichi attribuiti a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza (art 2-bis c. 5 D.L. 18/20) **fino al 30.06.2022**;

Nella prima parte dell'anno in corso, è continuato il notevole sforzo organizzativo profuso nel dare impulso alla campagna vaccinale: la strategia si è basata in particolare su un massiccio coinvolgimento dei medici specializzandi, in accordo con l'università degli Studi di Trieste.

A tal fine, si è fatto ricorso a una specifica procedura avviata nel 2021, ai sensi di quanto previsto in merito dalla L. 178/20 ed in base al Protocollo d'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome e le Associazioni dei Medici in formazione specialistica, finalizzato a definire la cornice nazionale e le modalità per il coinvolgimento dei medici specializzandi nella campagna vaccinale nazionale, nonché al Protocollo di Intesa tra l'Università degli Studi di Trieste, la Regione Friuli Venezia Giulia e l'ASUGI, per il coinvolgimento dei medici e odontoiatri in formazione specialistica nella campagna di vaccinazione anti COVID19, sottoscritto in data 22.03.21.

Successivamente, mediante integrazione del suddetto bando, i medici in formazione specialistica sono stati adibiti anche all'attività di tracciamento dei contatti, presso il Dipartimento di Prevenzione, particolarmente gravosa per i servizi e di grande impatto sulla cittadinanza.

Gli incarichi di lavoro autonomo sopra descritti sono in buona parte giunti a scadenza al 31.03.2022. Ulteriori specializzandi, a partire dal III anno di formazione, sono stati reclutati ai sensi del D.L. 18/20 art. 2-bis c. 1 lett. a) mediante i bandi emessi dall'A.R.C.S.

Altre linee strategiche di attività

L'Azienda sta formalmente predisponendo 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.

Si evidenzia che, nel novero dei modelli organizzativi utilizzabili dalle Aziende del S.S.R. ai sensi del suddetto piano e del combinato disposto di cui all'art. 29 del D.L. 104/2020, all'art. 26 c. 1 del D.L. 73/2021, all'art. 1 c. 276 della L. 234/2021, figura il reclutamento di personale a tempo determinato, per le sole prestazioni inerenti ai ricoveri ospedalieri, anche con previsione di specifico finanziamento dedicato.

Inoltre, l'Azienda sta dando impulso a ulteriori ambiti d'intervento a favore dell'utenza introdotti dal D.L. 73/2021, in particolare:

- art. 33 c. 3 D.L. 73/2021: **conferimento incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a psicologi**, regolarmente iscritti al relativo albo professionale, allo scopo di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, a cittadini, minori ed operatori sanitari, nonché di garantire le attività previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA), anche al fine di tutelare la salute e il benessere psicologico individuale e collettivo, tenendo conto, in

particolare, delle forme di disagio psicologico dei bambini e degli adolescenti, conseguenti alla pandemia da COVID-19;

- art. 50 D.L. 73/2021: **reclutamento straordinario di Dirigenti medici, Tecnici della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro e Assistenti sanitari**, con contratti di lavoro a tempo indeterminato, al fine di potenziare le attività di prevenzione sull'intero territorio nazionale e di rafforzare i servizi erogati dai Dipartimenti di prevenzione per la sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro.

I costi del personale

Si rileva che le “Linee annuali per la gestione del S.S.R. per l’anno 2022” hanno ridefinito il tetto di spesa assegnato all’A.S.U.G.I., fissato ora in € 259.403.288,02.

Come definito dalle citate Linee, la spesa di personale, costruita secondo gli indirizzi contenuti nella DGR 1473/2020 e della DGR n. 1683/2021, tiene conto anche dei costi relativi:

- all’incremento dei fondi per il trattamento accessorio dei dirigenti sanitari di cui all’art.435 e 435-bis;
- alle proroghe dei rapporti di lavoro effettuate ai sensi del DL 18/2020
- alla stabilizzazione del personale del ruolo sanitario e degli oss effettuata ai sensi dell’art.1, c. 268 lett. b) L.234/2021.

Al contrario, non rientrano nel tetto di spesa del personale i costi relativi a:

- acquisizioni di personale a tempo determinato e remunerazione di prestazioni aggiuntive per abbattimento liste d’attesa (art.29 DL 104/2020, art.26 DL 73/2021, art.1 c. 276 L.234/2021)
- acquisizioni di personale ai sensi dell’art.33 DL 73/2021 (Servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e Reclutamento straordinario psicologi)
- acquisizione di personale ai sensi dell’art.50 DL 73/2021 (vigilanza e la sicurezza sui luoghi di lavoro)
- acquisizione di personale per l’emergenza Covid (compresi i somministrati) limitatamente alla vigenza dello stato di emergenza.

A seguito dell’applicazione dei suddetti criteri, il Bilancio di previsione 2022 evidenzia il pieno rispetto del tetto di spesa sopra richiamato.

In corso d’anno verranno evidentemente valutate con attenzione sia l’eventuale proroga dei rapporti di lavoro attivati per l’emergenza sanitaria, che le nuove assunzioni, soppesando severamente anche le acquisizioni compensative di uscite di personale, prendendo in considerazione ogni possibile riorganizzazione di attività.

Il costo del personale impiegato per fronteggiare l’emergenza, come quantificato nelle tabelle analitiche allegate, derivanti dai modelli predisposti a livello regionale, potrà evidentemente subire delle variazioni in relazione all’andamento della stessa, in particolar modo per quanto attiene ai rapporti di lavoro autonomo, la cui remunerazione è legata all’attività effettivamente prestata.

La dotazione organica

Si premette che con Decreto n. 604 dd. 15.07.2021, è stato adottato il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2021–23, ai sensi dell'art. 6 e 6ter del D.Lgs. 165/01 e s.m. e i. e delle Linee guida di cui al D.P.C.M. 8.05.2018, a seguito dell'approvazione regionale di cui al Decreto n. 1700/SPS dd. 30.06.2021.

Tenendo conto del descritto contesto, la manovra è stata programmata mirando a garantire il personale indispensabile al funzionamento dei servizi sanitari ed al rispetto dei L.E.A., procedendo primariamente al completamento della manovra 2021, per quanto attiene alle assunzioni già programmate e riconducibili in massima parte alla sostituzione di cessazioni avvenute nell'anno stesso o nel precedente. Si ribadisce che le azioni di competenza del 2022, connesse alle dinamiche del personale che si verificheranno in corso di esercizio, avverranno a seguito di attenta valutazione ed in coerenza con il nuovo Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (2022-24) che varrà adottato nel rispetto delle indicazioni regionali.

La dotazione di personale programmata in proiezione per l'anno in corso e per i due successivi, viene analiticamente rappresentata nelle allegate tabelle, impostate sui modelli di cui ai Piani Triennali dei Fabbisogni e con separata indicazione delle risorse acquisite per l'emergenza riferite al 2021.

Nell'ottica di garantire il corretto assolvimento dei servizi sanitari, si ritiene di mantenere come obiettivo una dotazione organica perlomeno analoga a quella del 2021, fattore che si reputa imprescindibile per il funzionamento dell'Azienda. La dotazione rappresentata potrà essere oggetto di revisione quali-quantitativa, in relazione alle esigenze dei servizi ed alle dinamiche del personale in entrata e in uscita, fermo restando il saldo complessivo finale.

Nel suo complesso, la gestione complessiva della manovra e la conseguente dotazione di personale sarà comunque influenzata dall'andamento della situazione pandemica, fattore che rappresenta tuttora un elemento di forte incertezza.

Stato di realizzazione delle procedure di stabilizzazione ex D.Lgs. 75/17 e s.m. e i.

Negli esercizi precedenti erano state realizzate le procedure di stabilizzazione di cui al D.Lgs. 75/17 e s.m. e i., come ampiamente illustrato nei precedenti rendiconti e nella manovra del personale, con la conclusione del procedimento di stabilizzazione di complessivi 52 dipendenti tra comparto e dirigenza.

Successivamente, il legislatore ha aggiornato lo scenario con vari e ripetuti interventi normativi, dapprima con L. 160/19 e con D.L. 162/19, convertito con L. n. 8 dd. 28.02.2020, in seguito con D.L. 34/2020, più recentemente con D.L. 183/2020. Tali recenti modifiche dell'art. 20 del D.Lgs. 75 hanno da un lato ampliato il personale destinatario, dall'altro prolungato al 31.12.2021 il termine dal quale far partire il computo degli anni di servizio utili a configurare il requisito, nonché prorogato il periodo di attuabilità dei processi di stabilizzazione al 31.12.2022.

Ulteriori aggiornamenti alla normativa sono intervenuti con il D.L. 80/2021 convertito con modifiche dalla L. n. 113/2021 che ha portato all'allineamento del periodo di attuabilità e del termine da cui far partire il computo degli anni utili a configurare il requisito, al 31.12.2022.

Da ultimo, al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza da Covid-19, il legislatore ha affiancato alla normativa in oggetto un nuovo canale a

carattere straordinario previsto dalla L. 234 del 30 dicembre 2021 e consistente nella possibilità di assumere a tempo indeterminato il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio-sanitari che abbiano maturato al 30 giugno 2022 almeno diciotto mesi di servizio, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione.

Nei vari momenti di applicazione della norma in oggetto, con Decreti n. 458 del 25.05.2020, n. 1142 dd. 30.12.2020 e da ultimo con Decreto n. 629 dd. 23.07.2021, è stato formalizzato l'avvio delle procedure da parte dell'A.S.U.G.I. per l'anno di competenza e sono stati determinati criteri e modalità di applicazione, con avvio contestuale della ricognizione del personale in possesso dei requisiti nelle varie fasi temporali.

Complessivamente, fino al 31.12.2021, è stata in tal modo realizzata l'assunzione a tempo indeterminato di 17 precari, in esito alle ricognizioni avviate tra dipendenti che risultavano ancora in servizio, mentre sono in fase di istruttoria le procedure avviate per il personale non più dipendente dell'A.S.U.G.I., mediante pubblicazione di avvisi pubblici per la manifestazione d'interesse alla stabilizzazione.

Anche nell'anno 2022 si provvederà alla stabilizzazione del personale ai sensi del D.Lgs 75/2017 a cui verranno affiancate le procedure previste dalla Legge di Bilancio 2022.

I fondi contrattuali

In coerenza con quanto previsto in materia di fondi contrattuali dalle Linee annuali per la gestione del SSR – anno 2022, di cui alla DGR 54 dd. 21.01.2022, l'Azienda ha provveduto alla costituzione annuale dei fondi contrattuali del personale dipendente, con Decreto n. 233 dd. 10.03.2022. Il provvedimento verrà trasmesso al Collegio Sindacale, per la relativa certificazione, ai sensi dell'art. 40-bis, c. 1 del D.Lgs.165/2001 e s.m. e i.

8. LA FORMAZIONE

Premessa

L'Azienda promuove la Formazione quale leva strategica nella gestione del personale e strumento fondamentale per la valorizzazione del proprio capitale intellettuale, in linea con quanto previsto sia dalle norme ordinarie nazionali (D.Lgs 165/2001, D.Lgs 502/92, Contratti Nazionali di lavoro delle diverse aree contrattuali che sono presenti in Azienda), regionali (L.R. n.27 dd. 17.12.2018) e direttive aziendali.

L'Azienda investe nel sistema di formazione continua del personale inteso quale strumento per garantire il mantenimento, l'adeguamento e lo sviluppo delle conoscenze professionali e culturali in grado di incidere, in termini di miglioramento continuo, sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi in sintonia con il progresso tecnico-scientifico.

La programmazione formativa 2022, nell'attuale contesto pandemico, attua quanto previsto dalla normativa vigente, dalle Linee di Gestione regionali 2022 e dal *"Piano strategico regionale attuativo di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2020-23"* documento di fondamentale importanza per la gestione dell'emergenza epidemiologica, fermo restando ogni ulteriore implementazione nel Piano della formazione regionale 2022. Il raggiungimento degli obiettivi formativi, collegati alle diverse fasi dell'emergenza pandemica, richiederà un forte coinvolgimento dei Provider del SSR.

Programmazione della formazione, rinnovo dell'accreditamento standard di ASUGI quale provider ECM e Certificazione di qualità ISO 9001-2015

In relazione a quanto previsto dalle Linee di gestione 2022 l'Azienda provvede alla trasmissione del Piano della Formazione alla Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità entro il 31 marzo 2022, e al suo eventuale aggiornamento entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano Formativo Regionale. Il Provider redige e invia la Relazione annuale sulle attività formative 2021 entro il 31 maggio 2022.

Il Piano 2022 viene redatto seguendo le seguenti indicazioni

- le iniziative proposte nel 2021 ma non attuate sono reinserite nel Piano 2022, ove la necessità e l'urgenza formative siano certificate dai responsabili
- viene assicurata la priorità alla formazione obbligatoria e alla formazione/informazione correlata all'emergenza epidemiologica in corso, a sostegno delle iniziative regionali e aziendali
- la programmazione delle iniziative tiene conto delle modalità di erogazione, utilizzando , per quanto possibile la didattica a distanza (FAD sincrona o asincrona, attraverso gli applicativi attualmente disponibili nelle more della strutturazione della FAD regionale come previsto dalle Linee di gestione di cui 10.3.1.2) mentre la formazione in presenza deve avvenire nella cornice di riferimento rappresentata dalla normativa emergenziale e nel rispetto della procedura di sicurezza "Riorganizzazione e gestione dei corsi di formazione in presenza durante l'emergenza epidemiologica da Covid-19", approvata dal datore di lavoro e disponibile sul sito. La procedura di sicurezza aziendale sarà oggetto di verifica ed eventuale aggiornamento, da parte della

struttura della Formazione in collaborazione con il S.P.P.A, in coerenza con l'andamento dell'emergenza epidemiologica

- viene assicurata la necessaria flessibilità per far fronte ad esigenze emergenti nel corso dell'anno.

Il 10 febbraio 2022 il Provider ECM ASUGI ha sostenuto positivamente l'AUDIT per il rinnovo dell'Accreditamento Provider al fine di ottenere la Certificazione Standard che avrà validità quinquennale. La visita di certificazione prevedeva la verifica dei sessanta requisiti dettagliati nel "*Manuale dei requisiti per l'accreditamento dei Provider del Sistema Regionale di Formazione Continua e di Educazione Continua in Medicina*" che devono essere posseduti dal Provider per acquisire la qualifica di Provider ECM finalizzata all'organizzazione di eventi di formazione continua e di educazione continua in Medicina.

Nel secondo trimestre 2022 la struttura della Formazione riceverà la visita periodica prevista per il mantenimento della conformità alla norma ISO 9001-2015 del sistema di gestione della qualità rilasciata al provider ECM ASUGI dall'ente certificatore IQNET in data 20.4.2020.

Obiettivi di miglioramento del sistema formazione ASUGI

A) Nuovo applicativo gestionale per la formazione

Dal 1 gennaio 2022 il Provider ASUGI sta utilizzando il nuovo gestionale della formazione TOM, che consentirà di pervenire ad una maggiore automatizzazione delle attività e ad un efficientamento dei processi (quali l'analisi del fabbisogno formativo, la rilevazione delle ricadute formative, la gestione della formazione fuori sede, la notifica degli avvisi, le iscrizioni on-line, la trasmissione telematica di documenti alle varie figure interessate e la produzione della documentazione necessaria alle rilevazioni statistiche). Le caratteristiche e potenzialità del nuovo gestionale prevedono un significativo coinvolgimento dei professionisti che avranno la possibilità di interagire direttamente con il nuovo sistema. Questo processo richiederà un importante intervento informativo/formativo a favore dell'utenza e consentirà l'ottimizzazione e il decentramento dei monitoraggi connessi alla formazione (tenuta sotto controllo delle scadenze della formazione obbligatoria, rendicontazioni economiche ecc.)

B) Percorso di Accredimento all'eccellenza Accreditation Canada 2021-2023

Nel programma di accreditamento all'eccellenza intrapreso da ASUGI nel periodo 2021-2023 viene prevista la realizzazione di specifici corsi di formazione. Nel 2021 sono stati organizzati corsi residenziali "Qmentum International per i Leader" e "Qmentum International per i Team di autovalutazione" con l'obiettivo di divulgare il programma di accreditamento alla Direzione Strategica, ai membri dei team di autovalutazione e alla leadership di ASUGI.

Nel 2022 si realizzeranno percorsi di Formazione sul campo (gruppi di miglioramento/lavoro/studio), le Formazioni sul Campo consentiranno la valutazione degli standard di accreditamento da parte dei componenti il team di autovalutazione e i partecipanti acquisiranno competenze inerenti:

- I programmi e le attività di Accreditation Canada
- L'analisi del contenuto degli standard Qmentum International

- Le modalità di definizione delle attività di miglioramento continuo della qualità dei servizi
- La corretta gestione della partecipazione alla visita di valutazione di Accreditation Canada

C) Riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale in ASUGI, ai sensi della Programmazione Regionale DGR N. 1446/21 e DGR 54/22.

Riorganizzare e sviluppare l'assistenza territoriale in ASUGI, per rispondere ai bisogni sempre più complessi della popolazione in una logica di coerenza ed equità nell'erogazione dei Servizi, richiede di agire su diversi fronti.

Il fronte dell'esperienza, cioè la capacità di acquisire la ricchezza di modalità operative esperite negli anni nei diversi setting e territori; quello delle criticità, quale rappresentazione delle zone d'ombra su cui agire/modalità operative obsolete, ecc; quello dell'integrazione nelle sue diverse accezioni: Servizi, Ospedale, Territorio e Servizi Sociali dei Comuni.

Per agire la riorganizzazione è fondamentale un lavoro sinergico con tutti gli attori, per mandato, coinvolti e la Formazione sul Campo è la metodologia più adeguata sia per favorire una sincronica crescita culturale sia per trasferire la teoria nella pratica.

D) Formazione obbligatoria in tema di sicurezza ed emergenza/urgenza, anche in relazione all'emergenza epidemiologica in corso

La formazione in questo ambito riveste carattere obbligatorio e prioritario.

L'ambito e gli obblighi della formazione in materia di salute e sicurezza negli ambienti e luoghi di lavoro sono chiaramente delineati dal decreto legislativo 81/2008 e dal successivo Accordo Stato-Regioni 21 dicembre 2011 n° 221.

L'art. 2 del D.Lgs. 81/2008 definisce la formazione sulla sicurezza sul lavoro come "*processo educativo attraverso il quale trasferire ai lavoratori e agli altri soggetti del sistema di prevenzione e protezione aziendale conoscenze e procedure utili alla acquisizione di competenze per svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi*". Analogamente si procederà con la formazione in tema di prevenzione incendi e lotta antincendio, anche in applicazione del DM 19/03/2015

Nel corso del 2022, si prevede di garantire un'offerta formativa mirata a colmare progressivamente i gap formativi, per raggiungere questo obiettivi è necessario aumentare il numero delle edizioni. Per sostenere questo impianto organizzativo si rende necessario formare nuovi formatori attraverso l'implementazione di specifici percorsi che si svolgeranno nel corso del 2022.

Al fine di favorire la partecipazione dei dipendenti alla formazione in tema di emergenza e sicurezza è stato redatto un nuovo strumento di lavoro che è il catalogo della Formazione sicurezza. L'offerta formativa ha cadenza semestrale nell'elencazione delle date e delle sedi dei corsi e sarà aggiornata e ampliata qualora si presentassero nuove esigenze formative.

E) Miglioramento della qualità della formazione e della valutazione d'impatto (VIF)

La valutazione di impatto della formazione (VIF) è un tema di grande interesse e attualità sia in Italia che all'estero. I diversi approcci con cui nella letteratura internazionale si è affrontato il tema, lasciano aperte molte interpretazioni che, a seconda del contesto e delle culture organizzative in cui vengono calate, possono trovare diversa applicazione.

Nell'allora Asuits tale processo era stato avviato da alcuni anni, inserendo dapprima nella scheda di proposta formativa alcuni campi, funzionali a indicare le modalità di valutazione dell'impatto della formazione. In sede di prima compilazione si è rilevata una forte eterogeneità e una certa difficoltà a cogliere gli elementi di contenuto che sarebbero potuti essere funzionali al miglioramento della progettazione stessa, proprio per mancanza di una metodologia condivisa e di linee guida di applicazione.

Si è avviato quindi un percorso di formazione sul campo per condividere con lo Staff della formazione e la rete di referenti un modello di applicazione della Valutazione di Impatto della Formazione, costruito sulle necessità e caratteristiche dell'Azienda.

Dopo aver elaborato una prima versione del modello VIF, condivisa con la rete dei referenti e implementata nella scheda di proposta formativa, è stata condotta un'analisi quantitativa e qualitativa sulle modalità di applicazione del modello nel 2020. Tale analisi, grazie anche al confronto con la rete dei referenti, ha evidenziato una buona aderenza del modello alle esigenze dell'Azienda e la necessità di proseguire nel percorso, per giungere ad una valutazione di impatto efficace e condivisa, anche con i referenti della rete allargata ad ASUGI.

Nel corso del 2021 si è svolto una FSC con l'obiettivo di estendere l'applicazione del modello VIF all'intera rete dei referenti ASUGI, costruire significati condivisi nella pianificazione della valutazione di impatto e delineare linee guida efficaci, funzionali al monitoraggio dell'impatto post formazione.

Nel corso del 2022 Il progetto di FSC sulla Valutazione di Impatto della Formazione in ambito sanitario, si propone di fornire a tutti gli attori della formazione di ASUGI uno schema condiviso di come la VIF possa essere interpretata e declinata nei singoli percorsi formativi. Questo consentirà di:

- Condividere un linguaggio comune in termini di VIF;
- Veicolare l'importanza della VIF già in fase di pianificazione della formazione;
- Stimolare la cultura organizzativa verso una formazione aziendale finalizzata sempre più al riconoscimento dei risultati che questa apporta all'organizzazione, ai Servizi, ai professionisti
- Rinforzare la rete dei referenti della formazione.

Il Piano della Formazione dovrà definire il numero minimo di eventi che saranno oggetto che saranno oggetto di valutazione di impatto, a livello dipartimentale.

9. INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2022-2024

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80 (conv. con mod. dalla l. 6 agosto 2021, n. 113), *Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*, all'art. 6, ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione stabilendo che *“Per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, [...], con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190”*. Ai sensi del Secondo comma, lett. d) del medesimo art. 6, è stabilito che nel PIAO sono definiti *gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione*.

Il D.L. 30 dicembre 2021, n. 228, *Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi*, all'art. 1, co. 12, lett. a), ha differito, in sede di prima applicazione, al 30 aprile 2022, il termine del 31 gennaio 2022 fissato dal D.L. 80 per l'adozione del PIAO da parte delle pubbliche amministrazioni. Il decreto-legge n. 228/2021 ha, altresì, differito al 31 marzo 2022 sia il termine per l'adozione del decreto del Presidente della Repubblica, che individua e abroga gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO, sia il termine per l'adozione del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione con cui è adottato il Piano tipo (cfr. art. 6, co. 5 e 6, d.l. n. 80/2021).

Tenuto conto del perdurare dello stato di emergenza sanitaria l'ANAC, al fine di consentire ai Responsabili della Prevenzione della corruzione e della trasparenza di svolgere adeguatamente tutte le attività relative alla predisposizione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) e considerata la necessità che le scadenze in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza siano coerenti con il sistema previsto dal Legislatore, ha disposto il differimento al 30 aprile 2022 del termine per l'adozione del PTPCT 2022-2024 (anche, nel caso, come sezione del PIAO).

Nel PTPCT di ASUGI 2022-2024 si intende introdurre la nuova Metodologia per la mappatura dei processi e per la valutazione e gestione dei rischi corruttivi in ASUGI, predisposta nel corso del 2021 e che sarà oggetto di applicazione sperimentale per la valutazione dei rischi di due Strutture Complesse aziendali prima della formalizzazione del PTPCT 2022-2024.

La mappatura dei processi effettuata dalle strutture tecnico amministrative aziendali nel 2021, nell'ambito di un obiettivo di budget trasversale, unitamente all'approvazione del nuovo Atto Aziendale nel corso del 2022, consentirà di avviare la revisione della mappatura complessiva dei

processi e la rivalutazione dei rischi da completare nel triennio 2022-2024 con le strutture di staff, tecnico-amministrative e socio sanitarie di ASUGI.

Nel contempo, proseguirà, l'attività, avviata dal 2020, di unificazione di procedure e regolamenti aziendali, a seguito dell'integrazione avvenuta dal 1.1.2020 tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e l'Azienda dei Servizi Sanitari n. 2 Isontina.

Di conseguenza, dopo l'adozione del PAL 2022 e in coerenza con il PTPCT 2022-2024, il processo di budget 2024 dovrà assicurare anche il funzionale e coerente collegamento tra i due documenti programmatici, declinando coerentemente gli obiettivi da assegnare alle diverse articolazioni aziendali, comprendendo, come già avvenuto nel 2021, tra gli obiettivi di budget anche gli adempimenti previsti dal PTPCT.

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 23/06/2022 10:35:13

IMPRONTA: 8685DDF797F3D0A0419E2A2DF3A6C57AE0F83610CAAD7565377764F3460ED6DD
E0F83610CAAD7565377764F3460ED6DD6266A77CCAA40E7CFBA0AB6147BAEED7
6266A77CCAA40E7CFBA0AB6147BAEED73AA275D3458717D4B86C9861EBF81B73
3AA275D3458717D4B86C9861EBF81B7345DC86F3F28FABF7BD1BA97849FA81CC

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 23/06/2022 12:11:24

IMPRONTA: 4A248834ADEC9555B9408797C6C677CF9E3C69E3FC5503AAA36389857BFB5435
9E3C69E3FC5503AAA36389857BFB5435ECB8BDF234BDB30E7AECF7B70D0DD09
ECB8BDF234BDB30E7AECF7B70D0DD0975C43C71CD55DC74A0B58053A54E3B4C
75C43C71CD55DC74A0B58053A54E3B4CDB076B9995054B50B3482F84CFA36F24

NOME: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 23/06/2022 12:36:46

IMPRONTA: 1FC77C508489C98EA9644128320C0CF5B69CEFB07C92E3A4923DD7656888568D
B69CEFB07C92E3A4923DD7656888568D1A368274AE09AC629921D3DA248F7438
1A368274AE09AC629921D3DA248F7438CE2DAA4486696C6C50936738F50F453E
CE2DAA4486696C6C50936738F50F453E73DE7F4D79850B67F099488B82C705E0

NOME: ANDREA LONGANESI

CODICE FISCALE: LNGNDR61R19A547T

DATA FIRMA: 23/06/2022 13:01:30

IMPRONTA: 2F36D623393133FCDEB62D0E211F62579DEC2049CA048A5A22E88AF2FEE10298
9DEC2049CA048A5A22E88AF2FEE10298958DEB38B25955CA38B786A594F29F4C
958DEB38B25955CA38B786A594F29F4C62117697711AB1F76C3203CE1AAF56BC
62117697711AB1F76C3203CE1AAF56BC311CC45CA5B120F8E24EDEF8B88A192