



PROGETTO COMPLESSIVO AZIENDALE

2023

PIANO

OBIETTIVI DI BUDGET

DIREZIONE GENERALE

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	1001	1	Semplificazione, informatizzazione, comunicazione Allineamento dati dalle banche dati su RW10	Allineamento dati dalle varie banche dati su RW10, predisposizione ed aggiornamento indicatori, alimentazione e monitoraggio continuo flussi ministeriali sulla base del nuovo atto aziendale.	Comparto e dirigenza		Relazione sulla nuova estrazione di dati e controllo della loro veridicità con confronto con gli altri sistemi informativi.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	1002C	2	UNIFICARE REGOLAMENTO ALPI in ambito aziendale(ASUGI)	Predisposizione del nuovo regolamento per la libera professione.	Direttore Dirigenti Incarichi di funzione	DAPOT AG DAPOT AI	Adozione Regolamento ALPI entro il 30/06/2023.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	1003	3	Monitoraggio Piano di Attività (tempi attesa, sale operatorie)	Estrazione dati di monitoraggio attraverso indicatori della attività per il Piano di Attività (tempi attesa, sale operatorie) per determinare le dotazioni organiche delle Strutture sanitarie.	Chiara Gandolfi		Compilazione ed aggiornamento del file excel di supporto alle decisioni della Direzione Medica di presidio.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	1004	4	Linee di gestione regionali 2023	Monitoraggio dei DM sui conti predisposti.	Elisabetta Auber		Monitoraggio al 31/03/2023, 31/05/2023, 31/08/2023 e 31/10/2023 con invio mail ai reparti utilizzatori di sensibilizzazione al consumo.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	1005	5	Piano della performance. Sviluppo del modulo sulla Performance su RW10	Implementazione e sviluppo del modulo sulla Performance su RW10.	Marco Spanò		Inserimento modulo di richiesta del Personale nel sistema e inserimento diretto degli obiettivi di Struttura.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	1006	6	Software Eco-Fin	Avvio del sistema GCS per il controllo di gestione.	Comparto e dirigenza		Partecipazione alla fase di preparazione e avvio del sistema: predisposizione files per inserimento gestore e budget, relazione su controllo funzionalità e avvio contabilità analitica.	30/06/2023 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	2102C	7	Rispetto Tempo masimo ricovero programmato chirurgico (Linee annuali per la gestione del SSN anno 2023, Delibera n.470 dd 17 marzo 2023). Governo liste attesa per gli indicatori LEA CORE dei tumori di: mammella; prostata; colon ; retto; polmone; melanoma; tiroide.	AUDIT semestrali per i tumori (vedi elenco indicatori LEA Core) con i reparti chirurgici per implementazione nuova procedura di inserimento in lista d'attesa e discussione sulla rilevazione dei dati dei tempi di attesa e indicatori Bersaglio.	Comparto e dirigenza	SC Direzione medica Cattinara e Maggiore SC Direzione medica Gorizia e Monfalcone	Analisi trimestrale degli indicatori Bersaglio.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	9003C	8	Mappatura dei nuovi centri di costo del personale e Creazione del nuovo albero dei CDC di ASUGI secondo nuovo modello organizzativo	Creazione dell'albero dei centri costo del personale e suo aggiornamento tempestivo.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	RU PCG	Albero dei centri di costo operativo.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	9601C	9	Monitoraggio andamento di bilancio	Analisi dell'andamento economico sull'utilizzo delle risorse preventivate e evidenza degli scostamenti.	Direttore	Economico Finanziario PCG RS GF RS RS	Report analitici sull'andamento di bilancio con evidenza degli scostamenti dal preventivo.	Report periodici secondo tempistica della Direzione Strategica

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Strutture della Direzione Generale	SC Programmazione e Controllo di Gestione	7001	9603C	10	Attuazione Atto Aziendale. Definizione delle dotazioni organiche	Analisi degli indicatori di attività. Analisi della situazione teorica ed effettiva del personale dipendente. Definizione della dotazione organica per CDR di area Giuliana e Isontina. Realizzazione e trasmissione alla Direzione Strategica secondo quanto richiesto.	Direttore	Risorse umane PCG	Invio alla Direzione Strategica della dotazione organica di ASUGI.	Entro il 30/06/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1007	1	Gestione Antincendio. Esercitazioni	Programmazione ed esecuzione delle esercitazioni antincendio nelle modalità previste dalla nuova normativa (D.M. 02/09/2021).	Personale del comparto dell'Unità Gestionale Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio		Effettuazione di almeno 15 esercitazioni.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1008	2	Gestione Antincendio. Piani di emergenza	Revisione dei piani di emergenza delle strutture aziendali in applicazione alla nuova normativa (D.M. 03/09/2021).	Personale del comparto dell'Unità Gestionale Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio		Revisione dei piani di almeno 15 strutture .	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1009	3	Gestione Antincendio. Banca dati formativa	1.Creazione di specifici temi formativi. 2. Inserimento degli attestati di idoneità tecnica all'interno di uno specifico tema formativo. 3. Inserimento dei dati relativi alla frequentazione ai corsi da parte del personale. 4. Inserimento nel sistema dei corsi pregressi realizzati nell'area isontina.	Personale del comparto dell'Unità Gestionale Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio	Creazione della banca dati formativa del settore antincendio all'interno dell'applicativo TOM.	Creazione della banca dati formativa del settore antincendio all'interno dell'applicativo TOM. Evidenza delle azioni svolte.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1010	4	GESTIONE RIFIUTI. REGISTRO ELETTRONICO DEI RIFIUTI SISTEMA RENTRI	Formazione di tutti i referenti ambientali ASUGI sul registro elettronico dei rifiuti sistema rientri.	Personale del comparto Gestione Ambientale		Creazione di 4 corsi di formazione di 6 ore in aula informatica per tutti i referenti ambientali Asugi.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1011	5	GESTIONE RIFIUTI. Giornata mondiale dell'ambiente	Organizzazione convegno del 5 giugno per la giornata mondiale dell'ambiente.	Personale del comparto Gestione Ambientale		Realizzato convegno aperto ad almeno 160 persone per la giornata mondiale dell'ambiente.	Entro il 30/06/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1012	6	GESTIONE RIFIUTI. Giornata nuovo manuale dei rifiuti ASUGI	Creazione nuova procedura gestione dei rifiuti e nuovo manuale dei rifiuti ASUGI.	Personale del comparto Gestione Ambientale		Pubblicazione nuova procedura gestione dei rifiuti e nuovo manuale dei rifiuti ASUGI	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1013	7	GESTIONE RIFIUTI. CORSO	Creazione del corso di formazione specifica in materia di rifiuti sanitari a rischio infettivo e gestione della raccolta differenziata.	Personale del comparto Gestione Ambientale		Formazione specifica in materia di rifiuti sanitari a rischio infettivo e gestione della raccolta differenziata (formazione in aula di 2 ore aperta a 30 persone e agli studenti dell'UniTs).	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1014	8	VALUTAZIONI DEL RISCHI	Aggiornamento del documento di valutazione del rischio con nuova metodologia.	Personale del comparto Servizio di Prevenzione e Protezione		Aggiornamento del documento di valutazione dei rischi del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Attività Integrata Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1015	9	SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI SGSL	Armonizzazione delle informazioni documentate del sgsl.	Personale del comparto Servizio di Prevenzione e Protezione		Predisposizione di almeno 10 procedure e della check list di verifica (AUDIT).	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	2915C	10	Piattaforma sperimentazioni fase 1	Porre le basi per dare avvio al sistema di autocertificazione richiesto da AIFA per poter eseguire studi fase 1.	a) Direttore Ematologia b) Direttore Ricerca e Innovazione clinico assistenziale c) Direttore Laboratorio d) Direttore Farmacia e) Direzione Medica f) Dirigenti Medici Ematologia, Laboratorio Analisi, Direzione Medica, Farmacisti , g) Coordinatrice Ematologia, h) Coordinatrice CUSA, i) Dirigente biologo SC Servizio Prevenzione Protezione Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	SC Ricerca e Innovazione clinico assistenziale, Laboratorio Analisi, Farmacia, Direzione Medica, CUSA, SC Servizio Prevenzione Protezione Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	Identificare le figure professionali coinvolte. Identificare la lista delle procedure richieste. Identificare le risorse umane richieste. Identificare le risorse strutturali necessarie.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1016	11	APPLICAZIONE REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE DELLA SICUREZZA AZIENDALE	Organizzare semestralmente la conferenza dei titolari di delega ai sensi dell'art.16 del d.lgs. 81/08.	Direttore Struttura		Evidenza di almeno 2 conferenze semestrali. Verbali degli incontri (n. 2).	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1032	12	Valutare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia del SGI QUAS	Redigere la bozza della procedura per l'esecuzione del Riesame della direzione.	dott. Giuseppe Romano		Invio con nota@ della bozza di procedura sulla gestione del Riesame della direzione al direttore della SC SPPGA SGI dott. Daniele RIVA.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato	7002	1033	13	Predisporre la documentazione di supporto degli audit combinati interni	Redigere la bozza della procedura per la gestione degli audit combinati interni.	dott. Giuseppe Romano		Invio con nota@ della bozza di procedura sulla gestione degli audit combinati interni al direttore della SC SPPGA SGI dott. Daniele RIVA.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SSD Comunicazione, Urp, Relazioni esterne e Ufficio Stampa	6007	1017C	1	Programma PP2 Comunità attive (Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 - punto 1.1.3.2.) - Attività fisica e stile di vita sano	Predisposizione del piano di comunicazione. Coordinamento interistituzionale delle attività relative al piano di comunicazione sulle attività promosse nell'applicazione del punto 1.1.3.2. delle linee di gestione regionali. Pubblicazione sui canali di comunicazione di ASUGI.	La Responsabile f.f. SSD CUREUS dott.ssa Sara Sanson	Dipartimento Specialistico Territoriale	Evidenza del piano di comunicazione pubblicato sui canali di comunicazione di ASUGI.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SSD Comunicazione, Urp, Relazioni esterne e Ufficio Stampa	6007	1018	2	Coordinamento dell'attività di aggiornamento dei contenuti dei siti internet e intranet aziendali con il supporto del personale degli URP giuliano-isontini	Analisi periodica dei dati di contatto degli URP aziendali con report finale. Promozione di tavoli di lavoro relativi all'armonizzazione delle informazioni provenienti dalle Strutture aziendali per l'aggiornamento del sito internet e intranet, in sinergia con i Referenti della comunicazione delle varie Strutture aziendali..	La Responsabile f.f. SSD CUREUS dott.ssa Sara Sanson		Evidenza dell'attività realizzata di aggiornamento dei contenuti internet e intranet come da azioni.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Strutture della Direzione Generale	SSD Comunicazione, Urp, Relazioni esterne e Ufficio Stampa	6007	1019	3	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita (Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 - punto 1.1.3.5.): strategie di diffusione	Predisposizione a livello aziendale delle strategie di diffusione del materiale informativo regionale attraverso i canali di comunicazione degli stakeholder di ASUGI, in collaborazione con i referenti dei Programmi del Piano della Prevenzione del Dipartimento di Prevenzione.	La Responsabile f.f. SSD CUREUS dott.ssa Sara Sanson	Dipartimento di Prevenzione	Evidenza delle strategie di diffusione del materiale informativo regionale attraverso i canali di comunicazione degli stakeholder di ASUGI.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SSD Comunicazione, Urp, Relazioni esterne e Ufficio Stampa	6007	2126C	4	Coordinamento delle attività di aggiornamento del format della Carta dei Servizi e della predisposizione di linee guida per la corretta stesura dei materiali informativi rivolti all'utenza, secondo le indicazioni del programma di accreditamento di "Accreditation Canada"	Revisione della bozza del nuovo format della Carta dei Servizi delle Strutture di ASUGI. Revisione dei contenuti dei materiali informativi aziendali, gestione delle eventuali criticità con i responsabili delle Strutture coinvolte.	La Responsabile f.f. SSD CUREUS dott.ssa Sara Sanson La Responsabile SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento dott.ssa Romina Perossa	SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento	Nuovo format della Carta dei Servizi delle Strutture di ASUGI. Evidenza della revisione dei contenuti informativi.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SSD Comunicazione, Urp, Relazioni esterne e Ufficio Stampa	6007	1020	5	Programma PP2 Comunità attive (Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 - punto 1.1.3.2.) - Attività fisica e stile di vita sano PL13 Favorire la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali, programmi e percorsi integrati, volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e a incrementare il livello di attività fisica.	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali. Implementare programmi e percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo. Implementare programmi volti a incrementare il livello di attività fisica. Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	Tutto il personale SSD CUREUS Tutto il personale S.C. PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI - MEDICINA DELLO SPORT	Dipartimento Specialistico Territoriale	Realizzazione di una giornata formativa aperta agli sportivi Master con visite mediche realizzate in area giuliana e isontina il giorno 28 aprile 2023, coinvolgendo le principali società sportive del territorio Realizzazione di articoli da pubblicare sui quotidiani locali/stampa e tv regionali in collaborazione con i giornalisti della testata e redazionali informativi su TeleQuattro.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SSD Comunicazione, Urp, Relazioni esterne e Ufficio Stampa	6007	1021	6	Promozione all'aggiornamento dei contenuti dei siti internet e intranet aziendali con il supporto del personale degli URP giuliano-isontini	Analisi periodica dei dati di contatto degli URP aziendali. Mantenimento, manutenzione, aggiornamento e visibilità del sito web in accordo con i Referenti della comunicazione delle varie Strutture aziendali.	Tutto il personale SSD CUREUS		Creazione di un database condiviso per la registrazione dell'attività di aggiornamento svolta da tutte le figure coinvolte in accordo con la comunicazione di ASUGI.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SSD Comunicazione, Urp, Relazioni esterne e Ufficio Stampa	6007	1022	7	Programma PP05 Sicurezza negli ambienti di vita (Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 - punto 1.1.3.5.): materiale informativo	Attività di diffusione del materiale informativo regionale attraverso i canali di comunicazione degli stakeholder di ASUGI, in collaborazione con i Referenti dei Programmi del Piano della Prevenzione del Dipartimento di Prevenzione.	Tutto il personale SSD CUREUS	Dipartimento di Prevenzione	Evidenza della diffusione del materiale informativo regionale attraverso i canali di comunicazione degli stakeholder di ASUGI.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	SSD Comunicazione, Urp, Relazioni esterne e Ufficio Stampa	6007	1023	8	Promozione all'aggiornamento del format della nuova Carta dei Servizi e predisposizione di linee guida per la corretta stesura dei materiali	Predisposizione del nuovo format della nuova Carta dei Servizi delle Strutture di ASUGI con traduzione in lingua slovena e lingua inglese.	Tutto il personale SSD CUREUS	SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento	Nuovo format della nuova Carta dei Servizi delle Strutture di ASUGI con revisione dei contenuti e	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					informativi rivolti all'utenza, secondo le indicazioni del programma di accreditamento di "Accreditation Canada"	Revisione dei contenuti dei materiali informativi aziendali.			traduzione in lingua slovena e lingua inglese	
Strutture della Direzione Generale	Ufficio di Segreteria della Direzione Strategica ASUGI	3100	1026	1	Supportare il percorso di riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale in ASUGI, ai sensi della Programmazione Regionale DGR N. 1446/21 e DGR 54/22, DM 77/22 e dal PNRR Missione 6	Progettazione e realizzazione FsC ad hoc. Attività di docenza/tutoraggio dei gruppi di lavoro promossi all'interno di un percorso di Formazione sul Campo. Supporto del coordinamento generale e per la stesura dei contenuti documentali. Supporto di segreteria all'organizzazione del percorso.	Maria Teresa Galimi, Giovanna Ragnetti	Staff Direzione dei Servizi Sociosanitari: Maria Monica Daglio, Valentina Guidi, Valentina Iurman	Evidenza formazione sul campo; evidenza predisposizione documenti.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	Ufficio di Segreteria della Direzione Strategica ASUGI	3100	1027C	2	Servizio Civile Universale (d.lgs. 40/2017) in attuazione del capitolo 3.10 Aziende di servizi pubblici alla persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile.	Attivazione per il 2023 di una FSC dedicata alla figura dell'OLP. Produzione di un nuovo progetto per il SCU del 2023. Supporto amministrativo alla predisposizione, redazione e trasmissione del progetto.	Giovanna Ragnetti, Roberta Visintin	Staff Direzione dei Servizi Sociosanitari: Maria Monica Daglio, Valentina Guidi, Valentina Iurman	Avvio e relazione della FSC attivata nel 2023. Numero di incontri svolti con gli OLP.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	Ufficio di Segreteria della Direzione Strategica ASUGI	3100	1028	3	Miglioramento dei processi amministrativi a seguito del nuovo assetto Aziendale di ASUGI e della riorganizzazione delle attività di segreteria nelle due sedi aziendali a seguito dell'assenza per aspettativa di una unità nell'Area Isontina e di un pensionamento presso l'Area Giuliana	1. Riorganizzazione delle attività inerenti la Segreteria della Direzione Generale ripartita tra la sede Isontina e Giuliana a seguito del venir meno di due risorse facenti parte l'organico, uniformando tutte le varie procedure. 2. Completo, corretto e puntuale svolgimento di tutte le attività proprie della Struttura, assicurando e garantendo il migliore svolgimento di tutti i processi amministrativi nell'ottica di un'efficiente ed efficace gestione.	Roberta Visintin, Giovanna Zappalà		Relazione sull'attività svolta come da azioni.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	Ufficio di Segreteria della Direzione Strategica ASUGI	3100	1029	4	Trasmissione delle Circolari per conto e su richiesta delle diverse Strutture di ASUGI.	1. Supporto alle diverse Strutture afferenti alla Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria di ASUGI, per la trasmissione delle molteplici "Circolari informative" a tutto il personale dipendente.	Roberta Visintin, Giovanna Zappalà, Antonella Greco, Maria Teresa Galimi		Evidenza della trasmissione dell'circolatri (numero di e-mail trasmesse/copia e-mail).	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Generale	Ufficio di Segreteria della Direzione Strategica ASUGI	3100	1030	5	Evidenza al Direttore Amministrativo delle avvenute produzioni di atti (delibere e decreti) della Regione FVG.	1. Ricognizione delle Delibere Regionali emanate dall'Ente, con riproduzione periodica di elenco fornito di collegamento ipertestuale ai testi. 2. Ricognizione dei Decreti Regionali emanati dall'Ente, con riproduzione periodica di elenco fornito di collegamento ipertestuale ai testi. 3. Trasmissione in tempo reale delle evidenze prodotte tramite e-mail al Direttore Amministrativo.	Antonella Greco		Produzione ed invio al Direttore Amministrativo di almeno n. 50 elenchi con collegamento ipertestuale.	Entro il 31/12/2023

DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	COMPLESSO OPERATORIO	2320	2833	1	Revisione della procedura per l'inserimento del neoassunto/neoinserito	Revisione della letteratura. Creazione di un gruppo di discussione. Redazione nuova procedura.	comparto	complesso operatorio	Redazione della procedura.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	COMPLESSO OPERATORIO	2320	2834	2	Revisione dell'istruzione operativa per l'inserimento del neoassunto/neoinserito	Analisi di documentazione interna aziendale e di altre fonti. Creazione del gruppo di lavoro. Redazione del documento.	comparto complesso operatorio	complesso operatorio	Redazione della procedura.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	COMPLESSO OPERATORIO	2320	2835	3	Preparazione di carrelli monoprocedurali per interventi di piccola chirurgia della Clinica Chirurgica e Chirurgia Toracica	Preparazione check list materiali Creazione carrelli	comparto complesso operatorio	complesso operatorio	Preparazione dei carrelli e loro utilizzo.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	COMPLESSO OPERATORIO	2320	2836	4	Migliorare la gestione dei materiali in conto deposito	Creazione dei gruppi di lavoro su piattaforma online. Partecipazione ai test pratici. Avvio all'utilizzo della penna ottica del programma informatizzato.	Coordinatori Complesso Operatorio comparto complesso operatorio sc provveditorato ed economato	complesso operatorio sc provveditorato ed economato	Evidenza del miglioramento nella gestione de conti deposito mediante relazione delle azioni svolte	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	COMPLESSO OPERATORIO DAY SURGERY	3580	2837	1	Mantenere/migliorare l'offerta chirurgica ai pazienti fuori regione e fuori provincia	1. Programmare la preparazione preoperatoria e l'intervento chirurgico con solo 2 accessi ospedalieri concordati con l'utente. 2. Disponibilità di due giornate consecutive concordate con l'utente. 3. Concordare con l'utente la data dell'intervento.	comparto complesso operatorio/moduli Day Surgery	complesso operatorio/moduli Day Surgery	Totalità dei pazienti preparati e operati nella tempistica data/concordata con l'utenza: produzione di report.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	COMPLESSO OPERATORIO DAY SURGERY	3580	2838	2	Creazione della procedura per l'inserimento del neoassunto/neoinserito in sala operatoria Day Surgery	Analisi di documentazione interna aziendale e di altre fonti. Creazione del gruppo di lavoro e redazione del documento.	comparto complesso operatorio Day Surgery	complesso operatorio/moduli Day Surgery	Redazione della procedura entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	COMPLESSO OPERATORIO DAY SURGERY	3580	2839	3	Miglioramento dell'efficienza gestionale	1. Ampliamento dell'offerta chirurgica con l'inclusione dei pazienti ASA 3/4. 2. Selezionati in base alla previsione di un rapido recupero post-operatorio.	Dirigenza comparto complesso operatorio/moduli Day Surgery	Comparto Complesso operatorio/Moduli Day Surgery	Operato il 15% del totale dei pazienti ASA 3/4, reputati inizialmente non idonei chirurgico all'intervento chirurgico in Day Surgery.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	COMPLESSO OPERATORIO DAY SURGERY	3580	2840	4	Miglioramento della soddisfazione dell'utenza	Invio tramite e-mail del programma pre-operatorio da seguire.	comparto complesso operatorio/moduli Day Surgery	Comparto Complesso operatorio/Moduli Day Surgery	Totalità dei pazienti con tutte le indicazioni/informazioni adeguate.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	DAI Anestesia e Terapia Intensiva	2363	10004C	1	Redigere le Job Description degli incarichi di funzione Responsabili di Piattaforma Assistenziale nell'ottica dell'attuazione dell'Atto Aziendale.	1.Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le responsabilità e attività dei Responsabili di Piattaforma trasversali a tutte le piattaforme assistenziali. 2.Creare uno strumento aggiornato per la definizione dello scopo della funzione, le responsabilità, funzioni e sviluppo. 3. Individuare e descrivere le funzioni peculiari di ciascuna delle Piattaforme Assistenziali.	I Responsabili delle Piattaforme Assistenziali.	Tutte le Piattaforme Assistenziali. In collaborazione con S.C. Coordinamento delle Professioni Sanitarie.	1. Entro Aprile sarà costituito il gruppo di lavoro e programmate le attività. 2. Entro settembre produzione della Job Description generale degli incaricati di funzione responsabili delle Piattaforme Assistenziali. 3. Entro ottobre evidenza dei documenti generale e specifico delle Job Description di ciascuna delle Piattaforme Assistenziali.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	DAI Anestesia e Terapia Intensiva	2363	2201C	2	Linea Regionale 5.2 Accreditamento Accreditamento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional"	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura	DAI anestesia e terapia intensiva DIP emergenza accettazione	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditamento.</p> <p>1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto.</p> <p>2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditamento da parte di un gruppo di coordinatori.</p> <p>3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza.</p> <p>4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Piattaforma</p> <p>in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento</p>			
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	DAI Anestesia e Terapia Intensiva	2363	2801C	3	Ottimizzazione dei percorsi per la gestione degli accessi venosi mediante l'integrazione dell'attività del CUAV in tutta ASUGI	<p>Condivisione con le strutture dei protocolli e delle procedure del CUAV con programmazione di formazione specifiche sul campo.</p> <p>Stesura di una Brochure informativa dedicata all'utenza di ASUGI.</p>	<p>Responsabile infermieristico area giuliana e isontina. Direttore dipartimento</p>	DAI Anestesia e Terapia Intensiva	<p>Al 31/12 sono state revisionate e uniformate le procedure, sono stati programmati almeno 3 incontri sul campo, stesura di una Brochure informativa.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2818	1	Verifica della casistica autoptica secondo il metodo Goldman	<p>Valutazione di adeguatezza della diagnosi del decesso in relazione al riscontro autoptico.</p>	Direttore ARTA	ARTA	<p>Report degli errori di primo, secondo e terzo grado secondo la classificazione di Goldman (primo grado errore che ha determinato il decesso, secondo grado errore che avrebbe determinato il decesso il quale è avvenuto per altre cause, terzo grado errore non influente sulla prognosi).</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2201C	2	Linea Regionale 5.2 Accreditamento Accreditamento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	<p>Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di accreditamento.</p> <p>1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai</p>	<p>Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura</p> <p>Responsabile Infermieristico di Piattaforma</p> <p>in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento</p>	<p>DAI Anestesia e Terapia Intensiva DIP Emergenza Accettazione</p>	<p>EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.</p>	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.				
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2841	3	Indagine qualità percepita in camera Iperbarica	Somministrazione questionari anonimi sulla qualità del servizio a pazienti ed eventuali care giver.	Dirigenza/comparto Iperbarica	Iperbarica	Somministrazione a tutte le persone prese in carico del servizio ed elaborazione dati da parte del CNR-CRES.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2819C	4	MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO INTRAOSPEDALIERO DEL PAZIENTE IN EMERGENZA/URGENZA	Avvio percorsi formazione.	Coordinatori comparto	SC Anestesia e Rianimazione tipo Arta, SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, SSD Emergenze Territoriali	Programmazione di almeno due eventi formativi sul paziente politraumatizzato ai quali parteciperanno infermieri afferenti alle strutture dipartimentali coinvolte.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2820	5	Revisione dei consensi informati di terapia del dolore	Introduzione di nuovi format aziendali per consensi/disenzi informati e unificazione con Gorizia e Monfalcone.	Dirigenza	SC Anestesia Rianimazione tipo/rr	Produzione al 31/12/2023 di modulistica aggiornata sui consensi/dissenzi.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2821	6	Miglioramento della comunicazione/informazione all'utenza riguardo la terapia antalgica	Revisione della brochure per campagna informativa per i cittadini sulla terapia antalgica.	Dirigenza/comparto terapia antalgica	SC Anestesia Rianimazione tipo/rr e SC Arta	Produzione al 31/12/2023 di brochure aggiornata.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2822	7	Ottimizzazione del flusso dei pazienti al centro hub	Identificazione dei criteri regionali di accesso al servizio di terapia del dolore tramite corsi di formazione con i referenti AFT e medici di medicina generale.	Dirigenza	SC Anestesia Rianimazione - CUAV	Produzione di due eventi formativi Fad al 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2823	8	Protocolli Dolore Postoperatorio	Aggiornamento protocolli in base alle nuove linee guida.	Dirigenza/comparto	APS	Produzione nuovi protocolli per la gestione degli anticoagulanti al 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2539C	9	Attivazione Protocollo ERAS (Enhanced After Surgery): miglior recupero post intervento chirurgico	Produzione protocollo condiviso con la chir. generale per il dolore post operatorio nell'ambito dei percorsi ERAS.	Dirigenza/comparto	APS /CHIR GENERALE	Produzione al 31/12/2023 di protocollo condiviso nell'ambito percorsi ERAS.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	2824	10	Implementazione della gestione delle emergenze intraospedaliere	Acquisizione di competenze nell'ambito dell'emergenza intraospedaliera tramite affiancamento a tutor esperto in emergenza intraospedaliera.	COMPARTO	SC ARTA/SC ANESTESIA RIANIMAZIONE	Monitoraggio uscite in emergenza tramite registro apposito.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica	2340	4500	11	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	327	2612C	1	Produzione di un PDTA sulla Base delle linee Guida delle società scientifiche al fine di garantire il miglioramento del tasso di interventi per fratture di femore entro 48 ore	Costruzione del percorso del paziente con frattura di femore dall'ingresso in PS all'intervento mantenendo la sicurezza delle procedure e limitando esami e controlli non necessari.	Tutti i Dirigenti Medici delle strutture coinvolte	P.S., Ortopedia e Anestesia di Gorizia e Monfalcone	Produzione di un PDTA sulla Base delle linee Guida delle società scientifiche con aumento del 5% del numero di interventi per fratture entro 48 ore rispetto al periodo pre pandemico.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	327	2820C	2	Coordinamento revisione dei processi di offerta della terapia antalgica	Omogeneizzazione tra le SC Anestesia e Rianimazione di area isontina per il trattamento dei pazienti secondo linee guida.	Direttore Dirigenti Comparto	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	Evidenza della revisione aggiornamento dei processi di offerta della terapia antalgica in area isontina.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	327	2324C	3	Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa nel PO di Gorizia Monfalcone	Monitoraggio continuo cardio-respiratorio del paziente con ictus ischemico, al termine del processo diagnostico, durante somministrazione di fibrinolitico, con interventi farmacologici atti a limitare il danno da ischemia-riperfusion.	Dirigenti medici e Comparto della SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia e medico della SC Neurologia	SC Anestesia e Rianimazione, Neurologia, PS dell'ospedale di Gorizia	Revisione del PDTA.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	327	2802	4	Predisposizione di un servizio pomeridiano di controllo della Terapia Antalgica post-operatoria	Monitoraggio e ottimizzazione terapeutica del dolore post-operatorio, in funzione di migliore e più rapido recupero funzionale.	Dirigenti medici della SC Anestesia e Rianimazione PO Gorizia Nurses di anestesia blocco operatorio Gorizia	SC Anestesia e Rianimazione Blocco operatorio	1. Predisposizione di scheda di monitoraggio. 2. Preparazione di schemi Antalgici. 3. Riunioni trimestrali di aggiornamento. 4. riduzione utilizzo/consumo pompe elastomeriche.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	327	2604C	5	Stesura del regolamento di Sala Operatoria	Al fine di ottimizzare l'efficienza delle sale operatorie si rende necessario redigere un regolamento unico di Sala Operatoria all'interno di ASUGI.	Responsabile Dipartimento Chirurgico, RID Dipartimento Chirurgico, Direttori delle due SOC di Rianimazione, Coordinatrici Infermieristiche dei Blocchi Operatori	Dipartimento Chirurgico GOMO, Anestesia e Rianimazione di Gorizia	Redigere un Regolamento Unico dei Blocchi Operatori di ASUGI.	Entro il 30/09/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	327	2803	6	Ambulatorio terapia antalgica	Mantenimento Tempi Attesa Priorità B e D.	SC Anestesia Gorizia	SS Terapia Antalgica PO Gorizia (dott. Thomann)	Eseguire mensilmente il 10% di sedute ambulatoriali in più rispetto al 2022, in base al potenziamento dell'organico.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	327	2804	7	Mantenimento Ambulatorio di visite anestesiolgiche per interventi di chirurgia Bariatrica	Ambulatorio bimestrale con 8 pazienti/seduta per pazienti da sottoporre ad interventi di chirurgia bariatrica.	Dirigenti medici della SC Anestesia e Rianimazione PO Gorizia	SC Anestesia Gorizia SC Chirurgia Gorizia	Creazione di lista visite dedicate. Aumento del numero di visite sino a 10/seduta in considerazione dell'aumentato flusso di pazienti.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	327	2805	8	Mantenimento sedute operatorie	Assicurare 21/22 sedute settimanali con Anestesista all'interno del Blocco Operatorio del PO di Gorizia.(Obbiettivo da riconsiderare stante la chiusura della T.I. per 75 giorni e conseguente riduzione di S.O.).	Dirigenti medici della SC Anestesia e Rianimazione PO Gorizia	SC Anestesia Gorizia SC	1) N.RO SEDUTE MEDIA/SETT = 26 DI CUI 2 SEDUTE AGGIUNTIVE Pomeridiane su 10 mesi (21/22 con anestesista a settimana). N.ro interventi in elezione 2023 >= 90% n.ro interventi in elezione 2019.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia	327	2806C	9	Collaborazione SC Anestesia e Rianimazione Gorizia - SC Patologie Respiratorie per l'esecuzione di broncoscopie distruttive da parte dei medici della SC Anestesia e rianimazione di Gorizia (di pulizia) durante le ore non coperte dal servizio	Affidamento delle broncoscopie nelle urgenze ipossiemiche da ostruzione dei bronchi (sino a livello segmentario) di pazienti ricoverati o afferenti al Pronto Soccorso, alla SC Anestesia e Rianimazione del PO di Gorizia (pazienti non necessitanti di intubazione).	Medici di Guardia della SC Anestesia e Rianimazione PO Gorizia	In comune con SSD Pneumologia del Distretto Isontino	Riduzione di trasferimenti presso HUB, evitare ricoveri impropri in Terapia Intensiva a Gorizia.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2807C	1	Mantenimento della possibilità di trattamento extracorporeo in urgenza in Terapia Intensiva a Monfalcone	Valutazione tempestiva del paziente, attivazione del trattamento emodialitico con modalità specifica e concordata (metodica continua sulle 12 ore o intermittente con bicarbonato dialisi).	Dirigenti medici e comparto	SC Nefrologia e dialisi	Evidenza delle attività e report sui pazienti come da azione.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2820C	2	Coordinamento revisione dei processi di offerta della terapia antalgica	Omogeneizzazione tra le SC Anestesia e Rianimazione di area isontina per il trattamento dei pazienti secondo linee guida.	Direttore Dirigenti Comparto	SC Anestesia e Rianimazione Gorizia SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	Evidenza della revisione aggiornamento dei processi di offerta della terapia antalgica in area isontina.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2612C	3	Produzione di un PDTA sulla Base delle linee Guida delle società scientifiche al fine di garantire il miglioramento del tasso di interventi per fratture di femore entro 48 ore	Sviluppo documento per presa in carico del paziente dall'accesso al PS fino all'atto chirurgico.	Direttori sc	PS GO-MO, SC Anestesia e Rianimazione Gorizia, SC Ortopedia GO-MO.	Documento PDTA. Utilizzo della procedura in almeno 20 pazienti.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2808C	4	Predisposizione PDTA Partoanalgesia	Costituzione di un gruppo di lavoro. Revisione delle procedure in essere, analisi della letteratura,	Dirigenti medici e ostetriche	SC Ostetricia e Ginecologia	Evidenza del PDTA.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2809	5	Monitoraggio delle infezioni in terapia intensiva, in particolare le infezioni correlate all'assistenza.	Registrazione dei dati clinici, microbiologici ed elaborazione dei dati raccolti.	Dirigenti medici e comparto		Report infezioni 2023. Report germi MDR 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2623C	6	Definizione percorso perioperatorio per i pazienti da sottoporre a sleep endoscopy farmaco indotta	Costituzione di un gruppo di lavoro, analisi della letteratura, stesura del documento.	Dirigenti medici	SC Otorinolaringoiatria Go-MO	Evidenza del documento e della sua applicazione.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2709C	7	Istituzione di un gruppo multidisciplinare (medico palliativista, terapeuta del dolore, PS) per affrontare problematiche legate a pazienti con necessità di utilizzo di oppioidi e grave rischio di diversione e/o misuso.	Creazione di un gruppo costituito da: medico palliativista, medico terapeuta del dolore, medico SERT, medico pronto Soccorso. Valutazione congiunta dei casi al fine di individuare percorsi e trattamenti sicuri e, al contempo, consentire un adeguato controllo dei sintomi in diversi setting (domiciliare, ambulatoriale, ospedaliero) attivabile mediante specifica richiesta.	Dirigenti medici	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone / SERT Monfalcone	Creazione del gruppo multidisciplinare con evidenza dei partecipanti; strutturazione delle modalità di richiesta di attivazione e divulgazione della prestazione in Area Isontina.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2810C	8	Elaborazione di un protocollo per standardizzare il percorso del minore che necessita di intervento di odontostomatologia	Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare, stesura del documento, condivisione scale del dolore.	Dirigenti medici	SC Pediatria, SC Odontostomatologia, personale infermieristico Blocco Operatorio Monfalcone	Documento elaborato, individuate le scale di dolore per età pediatrica, personalizzazione del percorso del minore in sala operatoria.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2811	9	Audit interno sulla procedura della broncoaspirazione	Analisi dei comportamenti. Confronto dei dati di letteratura con i dati interni. Formazione del personale. Revisione e implementazione della procedura per la broncoaspirazione.	Comparto		Evidenza della procedura. Report dell'audit.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione Monfalcone	348	2812	10	Audit interno sulle misure di contenimento infettivo (infezioni crociate da germi multiresistenti)	Analisi dei comportamenti. Confronto dei dati di letteratura con i dati interni. Evidenza delle problematiche logistiche o comportamentali. Formazione del personale.	Comparto		Evidenza dati interni sulle infezioni. Report dell'audit.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)	2360	2825	1	MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO CHIRURGICO CON OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA	Monitoraggio dei tempi di permanenza in recovery room tramite database dedicato.	Dirigenti medici Comparto	SC Anestesia Rianimazione tipo/rr	Presentazione report ottenuto da database.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)	2360	2826	2	ACQUISIZIONE DI COMPETENZE NELL'AMBITO DELL'EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA	Affiancamento a tutor esperto in emergenza intraospedaliera.	Comparto	SC Anestesia Rianimazione tipo/rr e SC Arta	Monitoraggio uscite in emergenza tramite registro apposito.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)	2360	2827	3	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' NELLE CURE EROGATE	Somministrazione di un questionario di valutazione della qualità ai pazienti sottoposti a posizionamento di accesso venoso ecoguidato (picc o midline).	Dirigenti medici Comparto CUAV	SC Anestesia Rianimazione - CUAV	Somministrazione del questionario della qualità percepita anno 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)	2360	2819C	4	MIGLIORAMENTO DEL PERCORSO INTRAOSPEDALIERO DEL PAZIENTE IN EMERGENZA/URGENZA	Mantenimento di un percorso di formazione intradipartimentale per la creazione di percorsi condivisi in ambito di emergenza e urgenza.	Coordinatori e comparto	SC Anestesia Rianimazione tipo/rr, SC Arta, SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, SC Soccorso Territoriale ex 118	Programmazione di almeno 2 eventi formativi sul paziente politraumatizzato ai quali parteciperannop infermieri afferentini alle strutture dipartimentali coinvolte.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)	2360	2828	5	MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE POST ARRESTO CARDIACO	Avvio di un percorso formativo che prenda in considerazione il trattamento del paziente post arresto cardiaco.	Dirigenti medici omparto	SC Anestesia Rianimazione tipo/rr	Programmazione di 1 evento formativo nel secondo semestre 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)	2360	2829C	6	MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA DISABILITA COGNITIVA'	Avvio di un percorso di collaborazione e formazione (progetto dama).	Dirigenti medici omparto	SC Anestesia Rianimazione tipo/rr, SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive e Intellettive dell' adulto	Programmazione di 2 eventi formativi nel secondo semestre che coinvolga il personale interessato ai percorsi di sedazione di pazienti con disabilita' cognitiva.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)	2360	2201C	7	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Accreditemento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditemento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditemento da	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditemento	DAI Anestesia e Terapia Intensiva DIP Emergenza Accettazione	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.				
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)	2360	2801C	8	Ottimizzazione dei percorsi per la gestione degli accessi venosi mediante l'integrazione dell'attività del CUAV in tutta ASUGI	Condivisione con le strutture dei protocolli e delle procedure del CUAV con programmazione di formazione specifiche sul campo. Stesura di una Brochure informativa dedicata all'utenza di ASUGI. Agenda unica di prenotazione, registro delle complicanze e degli eventi avversi.	Personale del comparto area giuliana e isontina. Responsabile inferieristico e medico del CUAV	DAI Anestesia e Terapia Intensiva	Al 31/12 sono state revisionate e uniformate le procedure, sono stati programmati almeno 3 incontri sul campo, stesura di una Brochure informativa. Attivazione dell'agenda unica di prenotazione e attivazione del registro delle complicanze degli eventi avversi.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SC Anestesia e Rianimazione TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)	2360	4500	9	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SSD Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare	5266	2813	1	Aggiornamento e verifica di tutti i protocolli anestesiológicos per le diverse procedure cardiocirurgiche e cardiologiche.	Verifica, aggiornamento e ristesura dei protocolli già esistenti e creazione di nuovi protocolli per le procedure di recente introduzione.	Dirigenti Medici della SSD		Accessibilità per i Dirigenti Medici della SSD ad un protocollo anestesiológico per ognuna delle procedure cardiocirurgiche o cardiologiche eseguite di routine dalla struttura stessa.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SSD Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare	5266	2814	2	Ottimizzazione della gestione dei materiali e farmaci presenti nei carrelli di anestesia usati per l'attività presso le sale di emodinamica ed elettrofisiologia.	Controllo, verifica dell'utilizzo, eventuale rimozione di farmaci/presidi ritenuti non più necessari ed eventuale introduzione di nuovi farmaci/presidi di recente acquisizione. Stesura di elenco aggiornato dei farmaci e presidi.	Responsabile di SSD	In collaborazione con il personale del comparto di SO Cardiocirurgia e personale del comparto di TIPO Cardiocirurgia.	Accessibilità per i Dirigenti Medici della SSD e per il personale del comparto ai nuovi elenchi di farmaci e presidi che devono essere presenti sui carrelli di anestesia utilizzati per l'attività presso le sale di emodinamica ed elettrofisiologia.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SSD Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare	5266	2815	3	Miglioramento della gestione del dolore acuto postoperatorio in cardiocirurgia e cardiologia interventistica.	Stesura ed implementazione di protocolli condivisi con la TIPO CCH, il reparto Cardiocirurgia ed il reparto Cardiologia per la gestione del dolore acuto postoperatorio per le diverse procedure.	Dirigenti Medici della SSD	In collaborazione con SC Cardiocirurgia e SC Cardiologia.	Accessibilità per il personale coinvolto a protocolli scritti di gestione del dolore acuto postoperatorio per le diverse categorie di procedure. Implementazione sistematica dei protocolli e verifica dell'efficacia tramite sistematica monitoraggio del dolore acuto postoperatorio.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SSD Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare	5266	2816	4	Miglioramento del monitoraggio cerebrale intraoperatorio in corso di intervento cardiocirurgico al fine di ottimizzare la profondità dell'anestesia e di ridurre il rischio di	Revisione della letteratura. Incontri tra i Dirigenti Medici della SSD. Produzione di un protocollo per l'uso del monitoraggio	Dirigenti Medici della SSD		Incremento dell'utilizzo dell'elettroencefalografia processata intraoperatoria quale strumento per ottimizzare l'outcome neurologico dopo intervento	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					delirio e decadimento cognitivo postoperatorio.	elettroencefalografico intraoperatorio.			cardiochirurgico. Accessibilità per il personale coinvolto al protocollo d'uso.	
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SSD Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare	5266	2817C	5	Creazione di un team interdipartimentale multidisciplinare per la gestione organica dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato acuti e cronici. Identificazione e selezione dei candidati al trattamento dello scompenso cardiaco avanzato mediante device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Impianto e gestione post-operatoria device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Percorso riabilitativo dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato, in particolare pazienti sottoposti ad impianto di device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Gestione ambulatoriale interdipartimentale del follow-up dei pazienti portatori di device di assistenza ventricolare (VAD).	Creazione di un gruppo di lavoro interdipartimentale (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici; acquisizione delle competenze specifiche da parte di Dirigenza e Comparto). Stesura di un documento tecnico-operativo (check list preop., check list intraop., gestione paziente e device postop.).	Dirigenti Medici della SSD	SC Cardiochirurgia (obiettivo condiviso), Sala operatoria CCH - Dipartimento di Anestesia e Terapia Intensiva (obiettivo condiviso)	Entro il 31/12/2023 creazione del gruppo di lavoro, stesura documento e impianto di almeno un device.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SSD Emergenze Territoriali	5267	2830	1	Governo clinico e sicurezza delle cure Revisione, implementazione e condivisione con SORES delle Istruzioni Operative e Procedure	1. Identificazione delle tematiche che necessitano di revisione e/o implementazione, suddivisione delle stesse per competenza professionale. 2. Analisi e revisione delle IO e Procedure assegnate e presentazione delle stesse al Responsabile Medico per approvazione. 3. Condivisione con SORES.	1. Responsabile Medico Alberto Peratoner 2. Personale della dirigenza medica e del comparto		Almeno il 95% delle tematiche che necessitano di revisione e/o implementazione devono essere revisionate e condivise con SORES.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SSD Emergenze Territoriali	5267	2201C	2	Linea Regionale 5.2 Accredimento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accredimento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori.	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accredimento	DAI Anestesia e Terapia Intensiva	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.				
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SSD Emergenze Territoriali	5267	2831	3	Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali, garantire il rispetto delle tempistiche e delle scadenze da normativa ministeriale	Inserimento nel gestionale regionale CUS118 dei dati della scheda medica nei casi in cui la missione non è stata annullata.	Tutto il personale della Struttura		Inserimento dei dati nella sched medica nel 100% dei casi in cui la missione non è stata annullata.	Entro il 31/12/2023
DAI Anestesia e Terapia Intensiva	SSD Emergenze Territoriali	5267	2832	4	Potenziare la centrale operativa aziendale (già attiva H24 e 7 giorni su 7) a supporto delle cure primarie, delle cure intermedie e della continuità assistenziale in forte sinergia con team distrettuali, ospedalieri, pronto soccorso e punti di primo intervento.	1. Garantire la continuità delle prestazioni e l'accesso univoco al servizio di continuità assistenziale sia per i cittadini sia per la rete dei servizi ASUGI (area giuliana e isontina). 2. Ottimizzazione del processo attraverso implementazione del gestionale informatizzato, revisione dei percorsi, redazione di specifica I.O. e sperimentazione.	1.-2. Resp. Inf. P.O. Barbara Brajnik, Resp. Inf. Mauro Milos, Resp. Inf. Alessandro Moratto 1.-2. Responsabile Medico Alberto Peratoner		Produzione Istruzione Operativa per attivazione parte isontina e condivisione con la rete dei servizi.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	DAI Cardiotoraco Vascolare	464	3101C	1	Implementazione di un protocollo aziendale per la presa in carico dei pazienti con sindrome aortica acuta	La gestione dei pazienti con sindrome aortica acuta necessita di una rapida presa in carico multidisciplinare al fine di migliorare gli outcomes di questa patologia estremamente grave per la prognosi quoad vitam dei pazienti. Presa in carico secondo le modalità definite nel protocollo Effettuare incontri multidisciplinari per la discussione di casi Garantire l'aderenza al protocollo dei casi discussi	Dirigenza Medica e Comparto delle SSCC coinvolte	SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare; SC Cardiocirurgia; SC Cardiologia; SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; SC ARTA; SC Radiologia	Presenza in carico secondo le modalità definite nel protocollo di almeno il 90% dei pazienti con diagnosi di sindrome aortica acuta. Almeno due incontri durante l'anno per la discussione multidisciplinare dei casi Almeno 80% di aderenza al protocollo dei casi discussi	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	DAI Cardiotoraco Vascolare	464	10004C	2	Redigere le Job Description degli incarichi di funzione Responsabili di Piattaforma Assistenziale nell'ottica dell'attuazione dell'Atto Aziendale.	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le responsabilità e attività dei Responsabili di Piattaforma trasversali a tutte le piattaforme assistenziali. 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione dello scopo della funzione, le responsabilità, funzioni e sviluppo. 3. Individuare e descrivere le funzioni peculiari di ciascuna delle Piattaforme Assistenziali.	I Responsabili delle Piattaforme Assistenziali.	Tutte le Piattaforme Assistenziali. In collaborazione con S.C. Coordinamento delle Professioni Sanitarie.	1. Entro Aprile sarà costituito il gruppo di lavoro e programmate le attività. 2. Entro settembre produzione della Job Description generale degli incarichi di funzione responsabili delle Piattaforme Assistenziali. 3. Entro ottobre evidenza dei documenti generale e specifico delle Job Description di ciascuna delle Piattaforme Assistenziali.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	DAI Cardiotoraco Vascolare	464	2201C	2	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditemento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle	Piattaforma Cardiovascolare: SC Cardiologia SC Utic SC Emodinamica SC Cardiocirurgia SC Cardiocirurgia TIPO SC Chirurgia Vascolare SC Chirurgia Toracica	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto.</p> <p>2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori.</p> <p>3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza.</p> <p>4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.</p>	Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accredimento	SC Pneumologia Ambulatori SC Pneumologia		
DAI Cardiotoraco Vascolare	DAI Cardiotoraco Vascolare	464	2211C	3	Gruppo Lavoro multidisciplinare Cardionefrometabolico	<p>1. Aggiornamento documento redatto nel 2022 su ARNI, SGLT2i, GLP1ra, nuovi K Binders.</p> <p>2. Effettuazione 2 incontri formativi intra-aziendali per la diffusione dei 4 documenti redatti nel 2022.</p> <p>3. Redazione di nuovo documento su nuove terapie ipolipemizzanti.</p>	Dirigenza Medica	SC Cardiologia TS, GO-Monfalcone; Nefrologia TS, GO-Monfalcone; Diabetologia TS, GO- Monfalcone; Medicina Interna - Clinica Medica (TS), Geriatria TS, GO- Monfalcone; Farmacia TS, GO-Monfalcone; Medico Medicina Generale dr. Maurizio Pagan	<p>1. Effettuazione aggiornamento e redazione di 4 documenti aggiornati.</p> <p>2. effettuazione di 2 incontri (2 edizioni per ogni incontro).</p> <p>3. stesura documento inedito su nuove ipolipemizzanti.</p>	<p>a) Entro il 31/12/2023 invio in Direzione Sanitaria;</p> <p>b) Entro il 31/12/2023 invio in Direzione Sanitaria;</p> <p>c) Entro il 31/12/2023 invio in Direzione Sanitaria</p>
DAI Cardiotoraco Vascolare	DAI Cardiotoraco Vascolare	464	2817C	4	<p>Creazione di un team interdipartimentale multidisciplinare per la gestione organica dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato acuti e cronici.</p> <p>Identificazione e selezione dei candidati al trattamento dello scompenso cardiaco avanzato mediante device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Impianto e gestione post-operatoria device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione.</p> <p>Percorso riabilitativo dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato, in particolare pazienti sottoposti ad impianto di device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Gestione ambulatoriale interdipartimentale del follow-up dei pazienti portatori di device di assistenza ventricolare (VAD).</p>	<p>1. Definizione di scopo, creazione del gruppo di lavoro (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici), definizione tipologia dei pazienti (criteri scompenso cardiaco avanzato), calendarizzazione incontri.</p> <p>2. Creazione gruppo di lavoro interdipartimentale (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici), condivisione, scelta e definizione dei criteri di selezione dei pazienti candidabili a device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione, stesura protocollo di selezione dei pazienti e link con il PDTA regionale VAD.</p> <p>3. Creazione di un gruppo di lavoro interdipartimentale (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici; acquisizione delle competenze specifiche da parte di Dirigenza e Comparto). Stesura di un documento tecnico-operativo (check list preop., check list intraop.,</p>	Dirigenza Medica, Comparto: SC Cardiocirurgia, SC Cardiologica, SC Cardiocirurgia Sala Operatoria	S.C. Cardiocirurgia SSD Cardioanestesia S.C. Cardiologia, SC Cardiocirurgia Sala Operatoria	<p>1. Stesura documento di attività, avvio attività maggio 2023, numero pazienti presi in carico entro 31/12/2023.</p> <p>2. Creazione e formalizzazione del gruppo di lavoro interdipartimentale, inizio attività del gruppo, stesura documento, identificazione pazienti candidati (numero pazienti che soddisfano i criteri di selezione entro 31/12/2023).</p> <p>3. Impianto ≥1 device entro 31/12/2023.</p> <p>4. Formalizzazione iter riabilitativo, presa in carico primo paziente entro 31/12/2023.</p> <p>5. Inizio attività ambulatorio interdipartimentale VAD/presa in carico pazienti portatori VAD operati c/o</p>	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						gestione paziente e device postop). 4. Definizione e formalizzazione iter riabilitativo, formazione personale di Dirigenza e Comparto coinvolto nella riabilitazione post-operatoria pre-dimissione, coinvolgimento e formazione delle strutture riabilitative degenziali e ambulatoriali che hanno in carico l'iter dopo la dimissione, 5. Definizione e formalizzazione del follow-up ambulatoriale e della gestione delle problematiche paziente e dispositivo-correlate (integrazione documento tecnico-operativo), creazione di ambulatorio interdipartimentale e definizione delle attività (figure mediche e infermieristiche SC Cardiocirurgia – SC Cardiologia), formazione del personale di Dirigenza e Comparto coinvolti.			ASUGI o residenti in area giuliano-isontina.	
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiocirurgia	2260	3109C	1	Monitoraggio percorso attività ECLS/ECMO. Aderenza al PDTA Regionale per il trattamento del paziente potenzialmente candidabile a ECLS/ECMO.	Valutazione e monitoraggio degli impianti e delle indicazioni ad impianto ECLS/ECMO; valutazione esiti.	S.C. Cardiocirurgia . Dirigenti Medici	S.C. Cardiologia (obiettivo condiviso); SSD emergenze Territoriali-118 (obiettivo condiviso), S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza (obiettivo condiviso)	Monitoraggio al 31/12/2023 della percentuale di impianti ECLS/ECMO con indicazioni aderenti al PDTA Regionale (50%).	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiocirurgia	2260	3101C	2	Implementazione di un protocollo aziendale per la presa in carico dei pazienti con sindrome aortica acuta	La gestione dei pazienti con sindrome aortica acuta necessita di una rapida presa in carico multidisciplinare al fine di migliorare gli outcomes di questa patologia estremamente grave per la prognosi quoad vitam dei pazienti. Presa in carico secondo le modalità definite nel protocollo Effettuare incontri multidisciplinari per la discussione di casi Garantire l'aderenza al protocollo dei casi discussi	Dirigenza Medica e Comparto delle SSCC coinvolte	SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare; SC Cardiocirurgia; SC Cardiologia; SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; SC ARTA; SC Radiologia	Presa in carico secondo le modalità definite nel protocollo di almeno il 90% dei pazienti con diagnosi di sindrome aortica acuta. Almeno due incontri durante l'anno per la discussione multidisciplinare dei casi Almeno 80% di aderenza al protocollo dei casi discussi	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiocirurgia	2260	3110C	3	Reti cliniche e percorsi clinico assistenziali. Trattamento della patologia valvolare mitralica mediante impianto transcateretere di protesi valvolari.	Implementazione dell'attività mininvasiva transcateretere per il trattamento della valvulopatia mitralica.	Direttore S.C. Cardiocirurgia. Dirigenti Medici	S.C. Cardiologia (obiettivo condiviso), SSD Cardioanestesia (struttura coinvolta), Sala operatoria CCH - Dipartimento di Anestesia e Terapia Intensiva (struttura coinvolta)	Entro il 31/12/2023 due impianti.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiocirurgia	2260	3111	4	Rischio clinico e reti cure sicure. Gestione del paziente con diagnosi di diabete sottoposto ad intervento cardiocirurgico.	Definizione dei nuovi protocolli per la gestione del paziente cardiocirurgico con diagnosi di diabete. Consulenza diabetologica pre-dimissione nei pazienti operati affetti da diabete mellito tipo 2 ed associato rischio cardiovascolare.	S.C. Cardiocirurgia . Dirigenti Medici. Comparto, responsabili infermieristici di struttura	Servizio team diabetologico- Clinica Medica (obiettivo condiviso)	Percentuale dei pazienti diabetici sottoposti a chirurgia cardiaca con consulenza pre-dimissione e ottimizzazione della terapia antidiabetica (> del 70%).	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiocirurgia	2260	2201C	5	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Accreditemento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditemento. 1. Nel periodo aprile-dicembre costituito il gruppo di lavoro e svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture svolgimento di almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditemento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori effettuano almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditemento	Piattaforma Cardiovascolare: SC Cardiologia SC Utic SC Emodinamica SC Cardiocirurgia SC Cardiocirurgia TIPO SC Chirurgia Vascolare SC Chirurgia Toracica SC Pneumologia Ambulatori SC Pneumologia	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiocirurgia	2260	2817C	6	Creazione di un team interdipartimentale multidisciplinare per la gestione organica dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato acuti e cronici. Identificazione e selezione dei candidati al trattamento dello scompenso cardiaco avanzato mediante device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Impianto e gestione post-operatoria device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Percorso riabilitativo dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato, in particolare pazienti sottoposti ad impianto di device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Gestione ambulatoriale interdipartimentale del follow-up dei pazienti portatori di device di assistenza ventricolare (VAD).	1. Definizione di scopo, creazione del gruppo di lavoro (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici), definizione tipologia dei pazienti (criteri scompenso cardiaco avanzato), calendarizzazione incontri. 2. Creazione gruppo di lavoro interdipartimentale (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici), condivisione, scelta e definizione dei criteri di selezione dei pazienti candidabili a device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione, stesura protocollo di selezione dei pazienti e link con il PDTA regionale VAD. 3. Creazione di un gruppo di lavoro interdipartimentale (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici; acquisizione delle competenze specifiche da parte di Dirigenza e Comparto). Stesura di un documento tecnico-operativo (check list preop., check list intraop., gestione paziente e device postop). 4. Definizione e formalizzazione iter riabilitativo, formazione personale di Dirigenza e Comparto coinvolto nella riabilitazione post-operatoria pre-	Dirigenza Medica, Comparto: SC Cardiocirurgia, SC Cardiologica, SC Cardiocirurgia Sala Operatoria	S.C. Cardiocirurgia SSD Cardioanestesia S.C. Cardiologia, SC Cardiocirurgia Sala Operatoria	1. Stesura documento di attività, avvio attività maggio 2023, numero pazienti presi in carico entro 31/12/2023. 2. Creazione e formalizzazione del gruppo di lavoro interdipartimentale, inizio attività del gruppo, stesura documento, identificazione pazienti candidati (numero pazienti che soddisfano i criteri di selezione entro 31/12/2023). 3. Impianto ≥1 device entro 31/12/2023. 4. Formalizzazione iter riabilitativo, presa in carico primo paziente entro 31/12/2023. 5. Inizio attività ambulatorio interdipartimentale VAD/presa in carico pazienti portatori VAD operati c/o ASUGI o residenti in area giuliano-isontina.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						dimissione, coinvolgimento e formazione delle strutture riabilitative degenziali e ambulatoriali che hanno in carico l'iter dopo la dimissione. 5. Definizione e formalizzazione del follow-up ambulatoriale e della gestione delle problematiche paziente e dispositivo-correlate (integrazione documento tecnico-operativo), creazione di ambulatorio interdipartimentale e definizione delle attività (figure mediche e infermieristiche SC Cardiocirurgia – SC Cardiologia), formazione del personale di Dirigenza e Comparto coinvolti.				
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiocirurgia	2260	4500	7	Governo della spesa farmaceutica. Approprietezza prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3112	1	Preparazione a trapianto dei pz candidabili: - Esecuzione degli esami di preparazione entro 30 gg.	1. Presa visione del nuovo protocollo fornito dalla CCH di Udine. 2. programmazione degli esami. 3. esecuzione degli esami. 4. verifica della presenza di tutti i referti.	Coordinatore Infermieristico, Comparto, Amministrativi	SC Cardiologia degenza	Disponibilità del protocollo Almeno 7 pazienti preparati per la lista trapianto.	Disponibilità del protocollo entro 02/2023. Rispetto dei 30 gg per la preparazione del pz.
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3121	2	Database terapia intensiva cardiologica (utic) , estensione del gruppo di lavoro con implementazione di variabili clinico/assistenziali/gestionali.	Realizzazione di 3 release con documento unico finale, supervisione mensile con controllo delle variabili da parte dei gruppi di lavoro ed elaborazione di un documento finale commentato.	Dirigenza medica e comparto terapia intensiva cardiologica	UTIC	Disponibilità di 3 release entro il 31/12/2023 stampate nell'anno 2023 verificate dal sottogruppo di supervisione con produzione di un documento riassuntivo annuale commentato da utilizzare come strumento di pianificazione e programmazione delle attività formative e di budget. Verifica della completezza della compilazione delle variabili superiore al 90% sulla base delle specifiche per ogni paziente. Focus su aree di criticità nel secondo semestre riguardanti :pazienti con degenza > a 8 giorni in utic , quantificazione dei pazienti ricolti in utic dopo accoglimento in degenza , quantificazione dei pazienti degenti almeno 1 giorno in utic e trasferiti in ARTA causa deterioramento clinico.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3101C	3	Implementazione di un protocollo aziendale per la presa in carico dei pazienti con sindrome aortica acuta	La gestione dei pazienti con sindrome aortica acuta necessita di una rapida presa in carico multidisciplinare al	Dirigenza Medica e Comparto delle SSSC coinvolte	SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare; SC Cardiocirurgia; SC	Presenza in carico secondo le modalità definite nel protocollo di almeno il 90%	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						fine di migliorare gli outcomes di questa patologia estremamente grave per la prognosi quoad vitam dei pazienti. Preso in carico secondo le modalità definite nel protocollo Effettuare incontri multidisciplinari per la discussione di casi Garantire l'aderenza al protocollo dei casi discussi		Cardiologia; SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza; SC ARTA; SC Radiologia	dei pazienti con diagnosi di sindrome aortica acuta. Almeno due incontri durante l'anno per la discussione multidisciplinare dei casi Almeno 80% di aderenza al protocollo dei casi discussi	
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3113	4	Database terapia intensiva cardiologica (utic), estensione del gruppo di lavoro con ulteriore implementazione di variabili clinico/assistenziali/gestionali.	Realizzazione di 3 release con documento unico finale. Supervisione mensile con controllo delle variabili da parte dei gruppi di lavoro ed elaborazione di un documento finale commentato.	Coordinatore Infermieristico e Comparto	SC UTIC	Disponibilità di 3 release entro il 31/12/2023 stampate nell'anno 2023 verificate dal sottogruppo di supervisione con produzione di un documento riassuntivo annuale commentato da utilizzare come strumento di pianificazione e programmazione delle attività formative e di budget. Verifica della completezza della compilazione delle variabili totali, superiore al 90% sulla base delle specifiche per ogni paziente. Focus su aree di criticità nel secondo semestre riguardanti: pazienti con degenza > a 8 giorni in utic, quantificazione dei pazienti riaccolti in utic dopo accoglimento in degenza, quantificazione dei pazienti degenti almeno 1 giorno in utic e trasferiti in ARTA causa deterioramento clinico.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3122	5	Produzione del protocollo gestionale post operatorio (TEMPO TaviEarlyMobilizationPainOvercoming) per intervento chirurgico TAVI per ridurre le complicanze da immobilizzazione, migliorare il comfort, ridurre il dolore post operatorio. Applicabilità in base ai criteri di inclusione.	1. Stesura del protocollo. 2. Presentazione e diffusione del documento al personale coinvolto. 3. Applicazione del protocollo agli utenti eleggibili.	Coordinatore infermieristico, Comparto: sala emodinamica, terapia intensiva cardiologica (infermieri, oss, fisioterapisti)	UTIC, Emodinamica	Stesura del protocollo, applicazione del protocollo per validare la fattibilità dal 15/05 al 15/09, analisi dei dati raccolti.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3114	6	Produzione del protocollo gestionale post operatorio (TEMPO TaviEarlyMobilizationPainOvercoming) per intervento chirurgico TAVI per ridurre le complicanze da immobilizzazione, migliorare il comfort, ridurre il dolore post operatorio. Applicabilità in base ai criteri di inclusione.	1. Stesura del protocollo. 2. Rappresentazione e diffusione del documento al personale coinvolto. 3. Applicazione del protocollo agli utenti eleggibili.	Coordinatore infermieristico e Comparto: sala emodinamica, terapia intensiva cardiologica.	UTIC, Emodinamica	Stesura del protocollo, applicabilità dal 15/04/23 al 31/12/23 a numero... pazienti sottoposti a Tavi in base ai criteri di inclusione.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	2211C	7	Gruppo Lavoro multidisciplinare Cardionefrometabolico	1. Aggiornamento documento redatto nel 2022 su ARNI, SGLT2i, GLP1ra, nuovi K Binders.	Dirigenza Medica	SC Cardiologia TS, GO-Monfalcone; Nefrologia TS, GO-	1. Effettuazione aggiornamento e redazione di 4 documenti aggiornati.	a) Entro il 31/12/2023 invio in

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						2. Effettuazione 2 incontri formativi intra-aziendali per la diffusione dei 4 documenti redatti nel 2022. 3. Redazione di nuovo documento su nuove terapie ipolipemizzanti.		Monfalcone; Diabetologia TS, GO- Monfalcone; Medicina Interna - Clinica Medica (TS), Geriatria TS, GO- Monfalcone; Farmacia TS, GO- Monfalcone; Medico Medicina Generale dr. Maurizio Pagan	2. effettuazione di 2 incontri (2 edizioni per ogni incontro). 3. stesura documento inedito su nuove ipolipemizzanti.	Direzione Sanitaria; b) Entro il 31/12/2023 invio in Direzione Sanitaria; c) Entro il 31/12/2023 invio in Direzione Sanitaria
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	2817C	8	Creazione di un team interdipartimentale multidisciplinare per la gestione organica dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato acuti e cronici. Identificazione e selezione dei candidati al trattamento dello scompenso cardiaco avanzato mediante device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Impianto e gestione post-operatoria device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Percorso riabilitativo dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato, in particolare pazienti sottoposti ad impianto di device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione. Gestione ambulatoriale interdipartimentale del follow-up dei pazienti portatori di device di assistenza ventricolare (VAD).	1. Definizione di scopo, creazione del gruppo di lavoro (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici), definizione tipologia dei pazienti (criteri scompenso cardiaco avanzato), calendarizzazione incontri. 2. Creazione gruppo di lavoro interdipartimentale (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici), condivisione, scelta e definizione dei criteri di selezione dei pazienti candidabili a device di assistenza ventricolare (VAD) di destinazione, stesura protocollo di selezione dei pazienti e link con il PDTA regionale VAD. 3. Creazione di un gruppo di lavoro interdipartimentale (identificazione delle figure componenti e dei ruoli specifici; acquisizione delle competenze specifiche da parte di Dirigenza e Comparto). Stesura di un documento tecnico-operativo (check list preop., check list intraop., gestione paziente e device postop). 4. Definizione e formalizzazione iter riabilitativo, formazione personale di Dirigenza e Comparto coinvolto nella riabilitazione post-operatoria pre-missione, coinvolgimento e formazione delle strutture riabilitative degenziali e ambulatoriali che hanno in carico l'iter dopo la dimissione. 5. Definizione e formalizzazione del follow-up ambulatoriale e della gestione delle problematiche paziente e dispositivo-correlate (integrazione documento tecnico-operativo), creazione di ambulatorio interdipartimentale e definizione delle attività (figure mediche e infermieristiche SC Cardiocirurgia – SC Cardiologia), formazione del personale di Dirigenza e Comparto coinvolti.	Dirigenza Medica, Comparto: SC Cardiocirurgia, SC Cardiologica, SC Cardiocirurgia Sala Operatoria	S.C. Cardiocirurgia SSD Cardioanestesia S.C. Cardiologia, SC Cardiocirurgia Sala Operatoria	1. Stesura documento di attività, avvio attività maggio 2023, numero pazienti presi in carico entro 31/12/2023. 2. Creazione e formalizzazione del gruppo di lavoro interdipartimentale, inizio attività del gruppo, stesura documento, identificazione pazienti candidati (numero pazienti che soddisfano i criteri di selezione entro 31/12/2023). 3. Impianto ≥1 device entro 31/12/2023. 4. Formalizzazione iter riabilitativo, presa in carico primo paziente entro 31/12/2023. 5. Inizio attività ambulatorio interdipartimentale VAD/presa in carico pazienti portatori VAD operati c/o ASUGI o residenti in area giuliano-isontina.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3115	9	Standardizzazione ed ottimizzazione linee di gestione dei pazienti con	Creazione ed avvio di protocollo condiviso.	Dirigenza Medica, Comparto Ambulatorio	SS Elettrofisiologia Diagnostica ed	Preparazione, approvazione ed avvio fase pilota.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					scompenso cardiaco portatori di dispositivi impiantabili seguiti in monitoraggio remoto.		Pacemaker, Amb Scompenso Cardiaco	Interventistica SC Cardiologia Trieste		
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3116	10	Collaborazione con la SC di Gorizia nell'ambito dell'Elettrostimolazione.	Tutoraggio per permettere ad almeno 2 medici della SC di Cardiologia di Gorizia di eseguire impianti di dispositivi per la resincronizzazione (CRT) in autonomia.	Dirigenza Medica, Comparto: SS Elettrofisiologia Diagnostica ed Interventistica SC Cardiologia Trieste - SC Cardiologia Gorizia	SS Elettrofisiologia Diagnostica ed Interventistica SC Cardiologia Trieste - SC Cardiologia Gorizia	Inizio attività di impianti di CRT in autonomia da parte degli operatori della SC Cardiologia di Gorizia a partire da luglio 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3110C	11	Reti cliniche e percorsi clinico assistenziali. Trattamento della patologia valvolare mitralica mediante impianto transcateretere di protesi valvolari.	Assistenza anestesilogica ed eventuale supporto emodinamico dei pazienti candidati ad ablazioni complesse.	Dirigenza Medica, Comparto: SS Elettrofisiologia Diagnostica ed Interventistica- SS di Cardioanestesia - SC Cardiochirurgia	SS Elettrofisiologia Diagnostica ed Interventistica SC Cardiologia Trieste- SS di Cardioanestesia - SC Cardiochirurgia	Incremento nel 2023 (rispetto al 2022) del 20% delle procedure eseguite con assistenza anestesilogica o supporto emodinamico.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3117	12	Modelli gestionali finalizzati ad incrementare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie della S.C. Cardiologia.	Riorganizzazione delle attività delle sale di emodinamica ed elettrofisiologia al fine di favorire un efficiente impiego dei team migliorando le tempistiche di inizio procedure e dei cambi sala tra due procedure contigue.	Dirigenza Medica, Coordinatore inf., Comparto: Sale di Cardiologia Interventistica	SS Elettrofisiologia Diagnostica ed Interventistica; SS Emodinamica Diagnostica ed Interventistica - SC Cardiologia Trieste	Almeno 85% delle prime procedure del mattino non emergenti di emodinamica (coronarografia ed angioplastica coronarica) ed elettrostimolazione (primi impianti e sostituzione dispositivi) che iniziano entro le ore 8:30. Riduzione almeno del 20% del tempo di cambio sala (calcolato come intervallo temporale tra la fine di un esame e l'inizio dell'esame successivo) per procedure di diagnostica ed interventistica coronarica (coronarografia, cateterismo destro e angioplastica coronarica) ed elettrostimolazione (impianti e sostituzione dispositivi).	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3118	13	Incremento del volume totale delle procedure di interventistica strutturale con assistenza anestesilogica.	Ottimizzazione della sinergia tra la SS Emodinamica (SC Cardiologia) e SSD Cardioanestesia al fine di mantenere costante il volume di procedure rispetto al 2022.	Dirigenza Medica, Coordinatore inf., Comparto: Sale di Cardiologia Interventistica. S.C. Cardiologia (Degenza e UTIC)	SS Emodinamica Diagnostica ed Interventistica; SC Cardiologia Trieste; SSD Cardioanestesia	Esecuzione di almeno 110 procedure di Emodinamica strutturale (TAVI, plastica mitralica percutanea e occlusione idi PFO/DIA) con assistenza anestesilogica.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3119	14	Approccio multidisciplinare al paziente critico afferente alla S.C. Cardiologia.	Implementazione di un protocollo gestionale per l'assistenza in UTIC/sala di emodinamica del paziente critico (shock cardiogeno, arresto cardiaco, periarresto).	Dirigenza Medica e Comparto S.C. Cardiologia	S.S di Cardioanestesia, S.C. Cardiochirurgia, S.C: Anestesia e Rianimazione; SC 118, Pronto Soccorso; S.C. Cardiologia Isontina; S.C. Cardiologia (Burlo); S.C. Ginecologia e IRCCS Ostetricia (Burlo); IRCCS S.C. Anestesia e Rianimazione (Burlo)	Esecuzione di almeno 3 incontri per revisione del protocollo alla luce delle attività ed evidenze 2022. Almeno 3 incontri con Dirigenza medica e Comparto delle strutture coinvolte.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	3120	15	Miglioramento delle tecniche di ablazione transcateretere nei pazienti con fibrillazione atriale con riduzione tempistiche procedurali ed incremento della sicurezza.	Implementazione di una nuova fonte di energia per l'ablazione transcateretere della fibrillazione atriale (elettroporazione).	Dirigenza Medica, Coordinatore Inf., Comparto: SS Elettrofisiologia Diagnostica ed Interventistica, SS Cardioanestesia	SS Elettrofisiologia Diagnostica ed Interventistica	Esecuzione di almeno 15 procedure di ablazione con elettroporazione entro il 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	2214C	16	Consolidamento percorso del malato critico in Terapia Intensiva Cardiologica che necessita di CRRT.	Implementazione trattamenti CRRT armonizzando le risorse umane con le nuove apparecchiature applicandole alle metodiche di dialisi continua a bassi flussi.	Dirigenza Medica e Comparto SC Nefrologia e Dialisi - SC UTIC	Dirigenza Medica, Comparto S.C. Nefrologia e Dialisi S.C. UTIC	Garanzia di almeno 2 trattamenti continui in CRRT in utenti ricoverati presso Utic.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia	2280	4500	17	Governo della spesa farmaceutica. Appropriata prescrizione.	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -1% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia Gorizia e Monfalcone	328	3102	1	Incremento n. pazienti < 80 anni con scompenso cardiaco e FE < 40% in terapia antineuroormonale completa.	Implementazione terapia antineuroormonale nello scompenso cardiaco cronico secondo Linee Guida.	Direttore SC	SC Cardiologia Go-Mo - ambulatorio SCC	Incremento del numero di pazienti in triplice/quadruplica terapia antineuroormonale rispetto al 2021.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia Gorizia e Monfalcone	328	3103	2	Incremento attività ambulatoriale specialistica.	Visite in ambulatorio valvolari. Ambulatorio scompenso cardiaco e cardiomiopatie. Ambulatorio prevenzione secondaria cardiovascolare. Ambulatorio aritmie e sincopi.	Medici e Infermieri	SC Cardiologia Go-Mo	Aumento del n. di visite ed esami strumentali pertinenti questi ambulatori rispetto al 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia Gorizia e Monfalcone	328	3104	3	Incremento persone di età < 80 anni a target per colesterolo LDL in prevenzione secondaria cardiovascolare.	Utilizzo nuovi farmaci disponibili.	Medici e Infermieri	SC Cardiologia Go-Mo	Aumento n. persone a target colesterolo LDL rispetto al 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia Gorizia e Monfalcone	328	2211C	3	Gruppo Lavoro multidisciplinare Cardionefrometabolico	1. Aggiornamento documento redatto nel 2022 su ARNI, SGLT2i, GLP1ra, nuovi K Binders. 2. Effettuazione 2 incontri formativi intra-aziendali per la diffusione dei 4 documenti redatti nel 2022. 3. Redazione di nuovo documento su nuove terapie ipolipemizzanti.	Dirigenza Medica	SC Cardiologia TS, GO-Monfalcone; Nefrologia TS, GO-Monfalcone; Diabetologia TS, GO-Monfalcone; Medicina Interna - Clinica Medica (TS), Geriatria TS, GO-Monfalcone; Farmacia TS, GO-Monfalcone; Medico Medicina Generale dr. Maurizio Pagan	1. Effettuazione aggiornamento e redazione di 4 documenti aggiornati. 2. effettuazione di 2 incontri (2 edizioni per ogni incontro). 3. stesura documento inedito su nuove ipolipemizzanti. Entro il 31/12/2023 invio in Direzione Sanitaria	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia Gorizia e Monfalcone	328	3105	4	Sicurezza del farmaco: standardizzazione delle diluizioni.	Identificazione dei farmaci da sottoporre a standardizzazione. Elaborazione del documento. Formazione del personale. Implementazione.	Comparto Degenze Cardiologia Monfalcone	SC Cardiologia Go-Mo	Evidenza della procedura. Implementazione in reparto.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia Gorizia e Monfalcone	328	3106	5	Sicurezza del paziente: procedura per CVE elettiva.	Definizione e accordo su: regole di ingaggio dei pazienti, fase pre-procedura, giornata dedicata, struttura follow up. Formazione del personale. Implementazione.	Comparto Degenze Cardiologia Monfalcone	SC Cardiologia Go-Mo	Evidenza della procedura. Implementazione in reparto.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia Gorizia e Monfalcone	328	3107	6	Corretta applicazione e utilizzo del nuovo sistema di monitoraggio dei pazienti ricoverati.	Formazione del personale sulla nuova tecnologia. Sviluppo e condivisione del nuovo protocollo.	Responsabile Infermieristica e Comparto Degenza Cardiologia Gorizia	SC Cardiologia Go-Mo	Evidenza del protocollo.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Cardiologia Gorizia e Monfalcone	328	3108	7	Corretta applicazione e utilizzo dei nuovi elettromedicali per la registrazione di elettrocardiogramma secondo Holter di 24 ore e Holter 7 giorni.	Formazione del personale sulla nuova tecnologia. Sviluppo e condivisione dei nuovi protocolli.	Responsabile Infermieristica e Comparto ambulatori cardiologici Gorizia e Monfalcone	SC Cardiologia Go-Mo	Evidenza del protocollo. N. Holter ripetuti per difetto applicazione inferiore a 5%.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Chirurgia Toracica	3429	3136	1	Governo clinico e reti di patologia.	Audit periodici accreditati nella struttura con Dirigenti medici e Comparto con tema il risk management, percorsi clinico assistenziali e corrette procedure.	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatore Inf e Comparto		Revisione e aggiornamento del documento in essere. Attraverso l'esecuzione degli audit clinici prefissati dal progetto di formazione sul campo (almeno 6).	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Chirurgia Toracica	3429	3135C	2	Indicatori LEA CORE P14C - indicatori 1,6 rete HPH PERCORSO "PATIENT ENGAGEMENT".	Mantenere il percorso del 2021/2022 composito sugli stili di vita PASSI (progressi delle aziende sanitarie per la salute in italia) fumo,attività fisica mediante la stesura di un documento condiviso per il trattamento riabilitativo respiratorio nel paziente sottoposto a chirurgia polmonare. Valutazione del grado di engagement nei pz. complessi.	Comparto Reparto di Degenza Comparto ambulatorio e degenza SC chir.toracica e fkt riabilitazione respiratoria della SC pneumologia.	Comparto ambulatorio e degenza SC chir.toracica e fkt riabilitazione respiratoria della SC pneumologia.	Ai pazienti più fragili, con comorbidità, verrà effettuata educazione specifica per corretti stili di vita, prevenzione delle cadute ,corretta assunzione dei farmaci..etc. Verrà consegnata la scheda del recall e la valutazione Phe per la determinazione del grado di engagement. I casi con livello basso verranno segnalati alla psicologa Anvolt. I dati verranno raccolti nel file dedicato. Viene redatta una procedura condivisa (produzione di un opuscolo) per il trattamento rieducativo respiratorio nel post operatorio (ginnastica, percorso wellness). Nei casi di resezione maggiore verranno valutati gli operandi eleggibili anche nella fase pre operatoria insegnando gli esercizi utili alla riabilitazione educativa per evidenziare e ridurre i rischi post operatori.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Chirurgia Toracica	3429	2310C	3	Gestione condivisa dell'empiema pleurico	Riunioni sul tema dell'empiema pleurico per la realizzazione di un protocollo condiviso sulla base della letteratura esistente.	Direttore di struttura dirigenti medici	SC chirurgia toracica SC pneumologia trieste SC medicina interna monfalcone e gorizia SSD monfalcone e gorizia	Stesura di un documento per PDTA dell'empiema pleurico.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	3130	1	Identificazione di una buona pratica per la Call for Good Practice (AGENAS) Cartella Informatizzata	1. Costituire un gruppo di lavoro. 2. Organizzazione di un incontro preliminare. 3. Creazione dello strumento. 4. Organizzazione di incontri multidisciplinari per la creazione del protocollo e della check list.	Dirigenti Medici Coordinatori	SC Pneumologia e Ambulatori	Produzione di un documento di fattibilità di un programma di movimentazione precoce dei pazienti prescritta sul FUT.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	3131	2	Riduzione liste attese e riduzione tempi attesa diagnosi di neoplasia	Apertura pomeridiana pneumologia interventistica.	Dirigenti e comparto	SC Pneumologia e Ambulatori	Apertura liste pomeridiane almeno 1-2 volte/settimana	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									compatibilmente con disponibilità personale infermieristico.	
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	3132	3	Riduzione liste attese per prestazioni monitorate Agenas (visita specialistica pneumologica, spirometria)	Apertura pomeridiana ambulatorio Ospedale Maggiore.	Dirigenti e comparto	SC Pneumologia e Ambulatori	Apertura liste pomeridiane compatibilmente con disponibilità tecnici per prove funzionali respiratorie.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	3133	4	Contenimento spesa farmaci biologici	Strutturazione di un percorso per pazienti con asma grave (ambulatorio dedicato con accesso anche da parte ORL).	Dirigenti e comparto	SC Pneumologia	Apertura Ambulatorio Asma Grave una volta/settimana.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	3134	5	Implementare maggior uso vaccinazioni in popolazioni a rischio	Foglietto per incentivare vaccinazione antipneumococcica e antiinfluenzale per pazienti pneumologici ambulatoriali.	Direttore di struttura e Coordinatori	SC Pneumologia e Ambulatori	Sarà prodotto un opuscolo informativo per incentivare le vaccinazione antipneumococcica e antiinfluenzale entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	3135C	6	Indicatori LEA CORE P14C - indicatori 1,6 rete HPH PERCORSO "PATIENT ENGAGEMENT".	Mantenere il percorso del 2021/2022 composito sugli stili di vita PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia) fumo, attività fisica mediante la stesura di un documento condiviso per il trattamento riabilitativo respiratorio nel paziente sottoposto a chirurgia polmonare.	COMPARTO AMBULATORIO E DEGENZA SC CHIR.TORACICA E FKT RIABILITAZIONE RESPIRATORIA DELLA SC PNEUMOLOGIA	SC CHIRURGIA TORACICA SC PNEUMOLOGIA	Mantenere il percorso del 2021/2022 composito sugli stili di vita passi (progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) fumo, attività fisica mediante la stesura di un documento condiviso per il trattamento riabilitativo respiratorio nel paziente sottoposto a chirurgia polmonare.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	2310C	7	Gestione condivisa dell'empima pleurico	Riunioni sul tema dell'empima pleurico per la realizzazione di un protocollo condiviso sulla base della letteratura esistente.	DIRETTORE DI STRUTTURA DIRIGENTI MEDICI	SC CHIRURGIA TORACICA SC PNEUMOLOGIA TRIESTE SC MEDICINA INTERNA MONFALCONE E GORIZIA SSD MONFALCONE E GORIZIA	Riunioni sul tema dell'empima pleurico per la realizzazione di un protocollo condiviso sulla base della letteratura esistente.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	2201C	8	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditemento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditemento da parte di un gruppo di coordinatori.	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditemento	Piattaforma Cardiovascolare: SC Cardiologia SC Utic SC Emodinamica SC Cardiocirurgia SC Cardiocirurgia TIPO SC Chirurgia Vascolare SC Chirurgia Toracica SC Pneumologia Ambulatori SC Pneumologia	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.				
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	2901C	9	Gruppo multidisciplinare Neoplasie del polmone	1. Implementare il percorso dedicato per i pazienti con sospette neoplasie del polmone. 2. Adeguare le agende CUP interne dedicate per prenotazione di esami diagnostici radiologici (RX e TC del torace) e di medicina nucleare (PET-TC), visita pneumologica, visita chirurgica. 3. Confermare e monitorare gli obiettivi identificati nel percorso diagnostico/terapeutico. 4. Accreditamento ECM e attuazione di evento formativo che coinvolga Azienda Ospedaliera e Territorio per informare tutti gli operatori dell'esistenza del percorso. 5. Coinvolgimento della Direzione Medica per affiancarci nel monitoraggio degli obiettivi.	Direttori/Dirigenti afferenti alle diverse SC e che partecipano al Gruppo Multidisciplinare/ Coordinatori infermieristici/tecnici	Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste SC Oncologia Gorizia Monfalcone SC Pneumologia Trieste SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore Cattinara SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC(UCO) Anatomia ed Istologia Patologica SC Radioterapia	Rendicontazione obiettivi condivisi con monitoraggi quadrimestrali. Evidenza di svolgimento del corso formativo. Arrivare a deliberare formalmente il percorso aziendale con coinvolgimento della Direzione Medica di presidio.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	SC Pneumologia	1940	4500	10	Governo della spesa farmaceutica. Appropriata prescrizione	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	2536C	1	Implementazione di un protocollo aziendale per la presa in carico dei pazienti con ischemia mesenterica acuta	La gestione dei pazienti con ischemia mesenterica acuta necessita di una rapida presa in carico multidisciplinare al fine di migliorare gli outcomes di questa patologia estremamente grave per la prognosi quoad vitam dei pazienti	Personale medico ed infermieristico delle SSCC coinvolte	SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare; SOC Chirurgia Generale e d'Urgenza	Entro giugno definire un protocollo aziendale multidisciplinare Presa in carico precoce secondo le modalità definite nel protocollo di almeno il 90% dei pazienti con diagnosi di ischemia mesenterica acuta.	1) 30/06/2023 2) 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	3101C	2	Implementazione di un protocollo aziendale per la presa in carico dei pazienti con sindrome aortica acuta	La gestione dei pazienti con patologie dell'arco aortico necessita di una presa in carico multidisciplinare al fine di migliorare gli outcomes di questa patologia estremamente complessa.	Personale medico ed infermieristico delle SSCC coinvolte	SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare; SC Cardiochirurgia; SC Cardiologia	Presenza in carico secondo le modalità definite nel protocollo di almeno il 90% dei pazienti con diagnosi di sindrome aortica acuta. Almeno due incontri durante l'anno per la discussione multidisciplinare dei casi Almeno 80% di aderenza al protocollo dei casi discussi	Entro il 31/12/2023
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	3101C	3	Implementazione di un protocollo aziendale per la presa in carico dei pazienti con sindrome aortica acuta	La gestione dei pazienti con sindrome aortica acuta necessita di una rapida presa in carico multidisciplinare al fine di migliorare gli outcomes di questa patologia estremamente grave per la prognosi quoad vitam dei	Personale medico ed infermieristico delle SSCC coinvolte	SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare; SC Cardiochirurgia; SC Cardiologia; SC Pronto Soccorso e Medicina	Presenza in carico secondo le modalità definite nel protocollo di almeno il 90% dei pazienti con diagnosi di sindrome aortica acuta. Almeno due incontri durante	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>pazienti. Presa in carico secondo le modalità definite nel protocollo Effettuare incontri multidisciplinari per la discussione di casi Garantire l'aderenza al protocollo dei casi discussi</p>		d'Urgenza; SC ARTA; SC Radiologia	l'anno per la discussione multidisciplinare dei casi Almeno 80% di aderenza al protocollo dei casi discussi	
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	3124	4	Percorso del paziente diabetico con problematiche vascolari	Il paziente diabetico con problematiche vascolari agli arti inferiori necessita di rapida presa in carico per la gestione della complicità nel più breve tempo possibile.	Personale medico ed infermieristico SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare e Diabetologia	Obiettivo in comune tra SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare e Diabetologia territoriale TS	<ol style="list-style-type: none"> Utilizzo scheda vascolare in uso nel 90% dei pazienti. Definizione priorità in base a caratteristiche cliniche dopo valutazione multidisciplinare. 	<ol style="list-style-type: none"> Valutazione dei risultati entro giugno con eventuali implementazioni del percorso 2. Valutazione dei risultati finali
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	3125	5	Percorso del paziente vascolare ischemico	<p>Presa in carico del paziente vascolare ischemico che necessita di trattamento di rivascularizzazione (endovascolare, ibrido o chirurgico) dell'arto inferiore. Creazione di cartella condivisa per la gestione dei flussi da Diabetologia MF-GO a SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (e viceversa).</p>	Personale medico ed infermieristico SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare e Diabetologia	Obiettivo in comune tra SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare e Diabetologia MF-GO	<ol style="list-style-type: none"> Creazione di cartella condivisa. Inserimento del 90% dei pazienti in lista. 	<ol style="list-style-type: none"> Valutazione dei risultati entro giugno con eventuali implementazioni del percorso 2. Valutazione dei risultati finali
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	3126	6	Percorso del paziente con stenosi carotidea sintomatica sia ricoverati che non ricoverati gestiti ambulatorialmente	Il paziente con stenosi carotidea sintomatica necessita di bonifica chirurgica della carotide sintomatica, mediante endarterectomia carotidea, possibilmente entro 14 giorni dall'evento neurologico.	Personale medico ed infermieristico SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare e Neurologia TS-GO	Obiettivo in comune tra SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare e Neurologia TS-GO	<ol style="list-style-type: none"> Endarterectomia carotidea entro 14 giorni nel 90% dei pazienti con stenosi carotidea sintomatica. Definizione tempistiche di intervento in base a caratteristiche cliniche dopo valutazione multidisciplinare. 	<ol style="list-style-type: none"> Valutazione dei risultati entro giugno con eventuali implementazioni del percorso 2. Valutazione dei risultati finali
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	3127	7	Implementazione del monitoraggio EEG durante gli interventi di Endarterectomia carotidea in elezione	Durante interventi di endarterectomia carotidea, il monitoraggio EEG mediante tecnici elettrofisiologi in sala ed il neurologo a distanza mediante telemetria, permettono lo svolgimento dell'intervento con maggior sicurezza, l'indicazione allo shunt intraoperatorio ed il controllo del suo funzionamento in caso di inserzione di routine dello stesso.	Personale tecnico di elettrofisiologia e medico neurologo e chirurgo vascolare	Obiettivo in comune tra SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare e Neurologia TS	<ol style="list-style-type: none"> Monitoraggio EEG nel 90% degli interventi di endarterectomia carotidea di routine. Valutazione dell'effetto dell'inserzione dello shunt nei casi di rallentamento del tracciato EEG e sua valutazione clinica al risveglio. 	<ol style="list-style-type: none"> Valutazione dei risultati entro giugno con eventuali implementazioni del percorso 2. Valutazione dei risultati finali
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	3128	8	Presa in carico degli accessi vascolari per emodialisi malfunzionanti	Gli accessi vascolari per emodialisi malfunzionanti necessitano di una rapida presa in carico per evitare la trombosi o per trattare le complicanze acute (quali trombosi, pseudoaneurismi, sindrome mediastinica, sindrome ischemica) nel più breve tempo possibile. Il loro trattamento richiede la revisione (chirurgica, ibrida, o endovascolare) con modalità da concordare tra il nefrologo ed il chirurgo vascolare.	Personale medico ed infermieristico SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare e Nefrologia MF-GO	Obiettivo in comune tra SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare e Nefrologia MF-GO	<ol style="list-style-type: none"> Creazione di percorso condiviso per la gestione dei flussi da Nefrologia MF-GO a SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (e viceversa). Definizione tempistiche di intervento in base a caratteristiche cliniche dopo valutazione multidisciplinare. 	<ol style="list-style-type: none"> Almeno quattro incontri durante l'anno per la discussione multidisciplinare dei casi 2. Valutazione dei risultati finali
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	2216C	9	Condivisione e presa in carico degli accessi vascolari per emodialisi complessi e/o malfunzionanti	Gli accessi vascolari per emodialisi complessi necessitano di strategie di	Personale medico ed infermieristico SOC Chirurgia Vascolare ed	Obiettivo in comune tra SOC Chirurgia Vascolare	1. Creazione di percorso condiviso per la gestione dei flussi da Nefrologia MF-GO a	1. Almeno quattro incontri durante l'anno per la

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					all'interno del gruppo multidisciplinare nefrovascolare giuliano isontino	intervento dedicate, dopo opportuna valutazione multidisciplinare.	Endovascolare e Nefrologia MF-GO	ed Endovascolare e Nefrologia MF-GO	SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (e viceversa). 2. Inserimento del 90% dei pazienti in lista.	discussione multidisciplinare dei casi 2. Valutazione dei risultati finali
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	3129	10	Posizionamento di mini-midline all'interno della struttura di degenza con tecnica eco-guidata	Si intende posizionare accessi venosi tipo mini mi-line all'interno della struttura di degenza, su pazienti ricoverati che manifestino condizioni di necessità (carenza di patrimonio venoso, prelievi ematici giornalieri, terapie infusionali prolungate), direttamente dal personale di reparto appositamente formato.	Dirigenza e Comparto SC (UCO) Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	SC (UCO) Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	Si intende riuscire a formare adeguatamente il personale del reparto e garantire che la maggior parte dei midline ritenuti clinicamente necessari.	1. Posizionamento di midline in reparto in almeno 20 pazienti con indicazione adeguata. 2. report dei casi trattati
DAI Cardiotoraco Vascolare	UCO Clinica Chirurgia Vascolare ed Endovascolare	3428	2201C	11	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Accreditemento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditemento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditemento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditemento	Piattaforma Cardiovascolare: SC Cardiologia SC Utic SC Emodinamica SC Cardiochirurgia SC Cardiochirurgia TIPO SC Chirurgia Vascolare SC Chirurgia Toracica SC Pneumologia Ambulatori SC Pneumologia	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	DAI Chirurgia	465	2113C	1	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Revisione Cartella Infermieristica e lettera di trasferimento / dimissione infermieristica	1. Creazione gruppo di lavoro giuliano-isontino per la definizione del progetto 2. Definizione del progetto: realizzare un format inerente la presa in carico del paziente comune a tutte le Strutture ASUGI 3. Programmazione degli incontri per la valutazione dei documenti in essere 4. Condivisione e sperimentazione del format in almeno 1 struttura del DAI/Piattaforma ed eventuale revisione	Responsabile Infermieristico di Piattaforma SC Direzione delle Professioni SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditemento SC Medicina Legale In collaborazione con i Responsabili Infermieristici di Struttura	Almeno 1 SC di ogni DAI/Piattaforma.	1. Costituzione gruppo di lavoro entro marzo 2023 2. Definizione del progetto entro luglio 2023 3. Programmare nel corso dell'anno almeno 4 incontri 4. Evidenza dello strumento di lavoro condiviso a livello aziendale (ambito giuliano ed isontino) entro il 31/12/2023	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Area Giuliana	SC Gastroenterologia	2000	2518	1	Inserimento degli operatori sanitari	Produrre delle flow chart sulle principali attività previste nel servizio (reprocessing, procedura d'urgenza etc) così da sintetizzare le informazioni utili, facilitare l'inserimento di INF e OSS nei vari contesti e agevolare l'autonomia del neofita.	comparto		Evidenza delle flow chart in intranet e nelle sale endoscopiche.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SC Gastroenterologia	2000	2519	2	Uniformare le procedure in tutte le Strutture di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva di ASUGI	Aggiornamento delle procedure e loro condivisione.	Comparto	Strutture c/o i Presidi di Trieste, Monfalcone e Gorizia	Evidenza dell'aggiornamento e redazione di nuove procedure.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SC Gastroenterologia	2000	2520	3	Uniformare la Cartella Endoscopica in tutte le Strutture di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva di ASUGI	1. Organizzare incontri multidisciplinari. 2. Produrre la Cartella Endoscopica. 3. Sottoporla alla S.C. Medicina Legale e al Risk Manager Aziendali per la validazione. 4. Testare lo strumento in almeno 10 casi	Dirigenza Comparto	Strutture c/o i Presidi di Trieste, Monfalcone e Gorizia	1. Evidenza dei partecipanti agli incontri. 2. Presenza della Cartella Endoscopica. 3. Parere favorevole della S.C. Medicina Legale e dell Risk Manager Aziendali. 4. 10 Copie di Cartelle Endoscopiche in ogni Struttura.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SC Gastroenterologia	2000	2521	4	Adeguamento dei parametri di qualità della EGDS agli standard delle LLGG	Somministrazione della preparazione standardizzata per migliorare la visualizzazione della mucosa gastrica ai pazienti ambulatoriali prima dell'esecuzione dell'EGDS.	Dirigenza Comparto	SC Gastroenterologia Trieste	N° EGDS con preparazione/n EGDS totali >30%.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SC Gastroenterologia	2000	2522C	5	PDTA implementazione del PDTA del colon e del retto	Revisione ed implementazione del PDTA del colon e del retto. Proseguire con i gruppi di lavoro omogenei già attivi. Armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale. Avviare collaborazione con la SC Riabilitazione di Trieste per implementare PDTA nella parte riabilitativa. Misurare gli indicatori individuati per il tumore del retto, almeno 1 indicatore per specialità coinvolta (sia per il gruppo CORE che per la Riabilitazione).	Direttori/Dirigenti afferenti alle diverse SC e che partecipano al Gruppo Multidisciplinare/Coordinatori infermieristici/tecnici	SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC (UCO) Clinica Chirurgica Trieste SC Chirurgia Generale Gorizia e Monfalcone SC(UCO) Anatomia ed Istologia Patologica SC Gastroenterologia SC Radiologia Maggiore SC (UCO) Radiodiagnostica e radiologia interventistica Cattinara SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Radioterapia SC Riabilitazione Trieste	Produrre 2 documenti finali relativi a PDTA del colon e del retto. Tabella che presenti i risultati degli indicatori che andranno monitorati con cadenza quadrimestrale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SC Gastroenterologia	2000	2507C	6	Revisione percorso ipertensione portale emorragie digestive	Aggiornamento revisione del percorso emorragie digestive alte e possibile condivisione con isontino.	Direttore dirigenza e comparto	CPF Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso, Anestesia Rianimazione, Radiologia	Produzione di una documentazione che modifica l'attuale percorso della gestione delle emorragie digestive alte con particolare attenzione alla presenza di ipertensione portale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SC Gastroenterologia	2000	2201C	7	Linea Regionale 5.2 Accredimento Accredimento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura	Piattaforma di Chirurgia: Clinica Chirurgica, Clinica Urologica, Gastroenterologia, Clinica Patologie fegato, Clinica	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditamento.</p> <p>1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto.</p> <p>2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditamento da parte di un gruppo di coordinatori.</p> <p>3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza.</p> <p>4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Piattaforma</p> <p>in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento</p>	Ortopedica e Traumatologia		
DAI Chirurgia Area Giuliana	SC Gastroenterologia	2000	4500	8	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -1,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2406C	1	Governo clinico: coordinamento di un modello specializzato nell'assistenza alla donna con patologia della mammella sulla base di un piano di assistenza personalizzato	Rispetto di tutti i requisiti ed indicatori obbligatori (versione 2020 - The requirements of a specialistic Breast Centre Bganzoli L. et al., The Breast 51(2020):65-34) previsti nel percorso della paziente e finalizzati al mantenimento della Certificazione EUSOMA sulla base della visita di reaudit (2016, 2019 e 21/ 22 febbraio 2022 nonche' della visita di sorveglianza del 13 febbraio 2023).	Responsabile SSD Breast Unit per il rispetto dei requisiti ed indicatori chirurgici: dott. Serena Scomersi, dott. Margherita Fezzi, IP Francesca Corvi e Laura Mauro	obiettivo comune con tutte le strutture afferenti alla BU	Mantenimento certificazione EUSOMA base dati Data Breast e report Audit 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2509	2	Governo clinico: terapia chirurgica del cancro della mammella	Garanzia dell'adeguatezza del trattamento chirurgico della patologia benigna e maligna della mammella pianificato e condiviso nell'ambito dei meeting multidisciplinari settimanali e sulla scorta del PTDA (versione aggiornata a dicembre 2022).	Responsabile SSD Breast Unit + dott.ssa Serena Scomersi + dott.ssa Margherita Fezzi + IP Francesca Corvi e Laura Mauro		Mantenimento attivita' chirurgica 2022 base dati Data Breast , referto mdm pre- e p.o. visualizzabili nel sistema G2 (vedi obiettivi di prioritari strategica n^ interventi 2023 > 90% anno 2019).	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2510	3	Governo clinico: Implementazione del percorso assistenziale per la paziente affetta da carcinoma mammario con l'introduzione di un programma di visite senologiche di follow-up per la valutazione oggettiva e soggettiva (PROMS Patient reported outcomes) degli	Pianificazione delle visite: preop., 6 - 12 mesi con verifica degli esiti funzionali e cosmetici post chirurgia della mammella anche dopo radioterapia associati ad un sistema di valutazione soggettiva degli outcomes riferiti dalle pazienti attraverso la definizione, condivisione ed	Responsabile SSD Breast Unit + dott.ssa Serena Scomersi + dott.ssa Margherita Fezzi + IP Francesca Corvi + Laura Mauro		Valutazione degli outcome riferiti dalla pazienti secondo PROMS in almeno 80% pazienti sottoposte a chirurgia della mammella base dati Data breast.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					esiti estetici e funzionali post chirurgia della mammella utilizzando la versione italiana validata del questionario Breast Q somministrato a tutte le pazienti.	implementazione di un sistema di misurazione dei PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) come strumenti di misurazione soggettiva degli outcome di breve-medio periodo dopo chirurgia della mammella. Verra' valutata inoltre la soddisfazione rispetto alle diverse fasi del percorso di cura e rispetto alle figure professionali coinvolte.				
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2926C	4	Radioterapia intraoperatoria in pz. con ca. mammario in chirurgia conservativa	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e aggiornato nel dicembre 2020 come da PTDA.	Dirigenza SSD Breast Unit + dott.ssa S. Scomersi e M.Fezzi + IP F. Corvi e L. Mauro	obiettivo comune SC Radioterapia e SC Fisica Sanitaria	Realizzazione IORT esclusiva in almeno 15 casi eligibili.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2512	5	Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente anziana affetta da carcinoma mammario	Creazione di un percorso condiviso chirurgo-oncologo-geriatra per la presa in carico delle pazienti > 70aa, individuate dopo discussione multidisciplinare con G8 <14 o da sottoporre a trattamento chemioterapico.	Dirigenza SSD Breast Unit + dott.ssa S. Scomersi e M.Fezzi + IP F. Corvi e L. Mauro	obiettivo comunemn SC Geriatria e SDD OSARF	Accesso al percorso >= 80% delle pazienti con le caratteristiche indicate base dati G2 e databreast.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2513C	7	Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesioni sospette nelle Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche (FAST TRACK)	Applicazione di protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività.	Dirigenza SSD Breast Unit + dott.ssa S. Scomersi e M.Fezzi	obiettivo comune SSD Osarf SC Radiologia SC Anatomia Patologica	Target: > 80% pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata fatta eccezione per VAB base dati G2 e databreast.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2514C	8	Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche	Applicazione del protocollo già in atto per le pazienti screening e per il progetto Pronto Seno.	Dirigenza SSD Breast Unit	obiettivo comune SSD Osarf SC Radiologia SC Anatomia Patologica	Target: > 60% pazienti con lesione sospetta alla Mx e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata fatta eccezione per VAB base dati G2 e databreast.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2515C	9	Riorganizzazione dell'offerta: facilitazione procedure di accesso, esame PET/TC oncologica al fine di ridurre i tempi di inquadramento diagnostico in pazienti con carcinoma della mammella	Predisposizione agenda CUP dedicata: prenotazione diretta esame PET/TC senza mdc radiologico dalla Breast Unit.	Dirigenti e comparto Medicina Nucleare + Dirigenti SSD e comparto SSD	obiettivo comune SC Medicina Nucleare e SSD Osarf	Almeno 30% PET/TC erogate per le SC coinvolte evidenze agende CUP.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2516	10	Governo clinico: garantire chirurgia di riduzione del rischio nelle pazienti portatrici di mutaizone BCA 1 e 2 sane e con pregresso cancro della mammella	Realizzazione di almeno 6 interventi chirurgici di mastectomia risk reducing e ricostruzione contestuale.	Responsabile SSD Breast Unit, dott.ssa S: Scomersi, dott.ssa M. Fezzi, IP F. Corvi e L.Mauro	obiettivo comune con SC Chirurgia Plastica	Base dati Data Breast e G2 Interventi chirurgici.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	SSD Chirurgia Senologica e Breast Unit	3822	2517	10	Governo clinico: garantire intervento di exeresi per tutte le lesioni B3 (a incerto potenziale di malignita') discusse in ambito di mdm e per le quali e' stata concordata l'indicazione chirurgica	Realizzazione di almeno 20 interventi chirurgici di exeresi.	Responsabile SSD Breast Unit, dott.ssa S: Scomersi, dott.ssa M. Fezzi, IP F. Corvi e L.Mauro		Base dati Data Breast e G2 Interventi chirurgici.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2523	1	Ottimizzazione della chirurgia d'urgenza	Audit della chirurgia d'urgenza.	dott. Biloslavo, dott Germani, dot Bogoni, dott Cosola		Produzione di almeno 5 report nell'anno relativi agli audit con evidenza dei temi trattati.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2524	2	Migliorare soddisfazione dell'utenza: questionario di soddisfazione dell'utenza	Aggiunta alle schede di richiamata telefonica di un questionario di soddisfazione dell'utenza.	Tatiana Prelc, Stephanie Puppini, Anna		Report e verifica a campione su 100 casi.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2525	3	Continuare a incentivare la partecipazione alle multidisciplinari oncologiche	Registrare le presenze.	Dirigenza	In collaborazione con Oncologia, Gastroenterologia, CSF, Anatomia Patologica, Radioterapia, Radiologia	Valutazione individuale per dirigente. almeno 50% presenze/anno: raggiunto; 1>30% presenze/anno: parzialmente raggiunto; <30%, non raggiunto Report a cura del Direttore UCO Clinica Chirurgica.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2526	4	Miglioramento multidisciplinari	Organizzazione multidisciplinari oncologiche: calendario, agenda, preparazione casi.	dott.ssa Tarchi, dott. Casagranda		Evidenza dei calendari e dei pazienti esaminati.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2527	5	Organizzazione multidisciplinari bariatriche	Organizzazione multidisciplinari bariatriche calendario, agenda, preparazione casi.	prof Palmisano, dott.ssa Giuricin	In collaborazione con Medicina Clinica, CI Psichiatrica, servizio di Dietetica,	Evidenza dei calendari e dei pazienti esaminati.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2528C	6	Organizzazione multidisciplinari "pavimento pelvico"	Organizzazione multidisciplinari pavimento pelvico calendario, agenda, preparazione casi.	dott.ssa Babic, dott. Convertino, dott. Martinoli	Dirigenza della Clinica Chirurgica, Clinica Urologica, Radiologia, Fisioterapia, CSMT, Gastroenterologia, CI Neurologica, [CI Ostetrico-Ginecologica] Psicologi, fisioterapisti e stomaterapisti aziendali	Partecipazione ad almeno il 50% delle riunioni.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2508C	7	Miglioramento qualità delle prestazioni: meeting multidisciplinare epatologico	Organizzazione e partecipazione ai meeting HBP.	dott Tarchi, dott Cosola	assieme ai colleghi della CPF	Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2233C	8	Discussione multidisciplinare di casi endocrino-chirurgici complessi con il fine di uniformare il percorso diagnostico terapeutico alle linee guida e migliorare la gestione dei pazienti	Organizzazione e partecipazione ai meeting di endocrinologia.	prof Dobrinja, dott Eramo	assieme ai colleghi della endocrinologia medica	Partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2529	9	Riduzione degenza melanomi/linfonodo sentinella	Organizzazione percorso di dimissione precoce.	6 dott. Turoldo		Il 80% dei pazienti operati è dimesso in prima giornata p.o.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2530	10	Biopsia linfonodale (o di altro tessuto patologico con esclusione dell'area cervicale) in pazienti con sospetto di patologia linfoproliferativa	Individuazione di un percorso condiviso che permetta ai pazienti nei quali si sospetta una patologia linfoproliferativa di giungere efficacemente e rapidamente entro 14 giorni ad effettuare una biopsia linfonodale.	dott Turoldo, dott Eramo	UCO Ematologia	Numero di pazienti che effettuano la biopsia linfonodale entro 14 giorni: 80%.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2531	11	Implementazione della chirurgia robotica digestiva	Stabilizzazione di una seduta settimanale.	dott Casagranda, Porcelli, Osenda		Almeno 1 seduta settimanale. Evidenza dell'attività realizzata	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2533	12	Definizione dei criteri di inserimento dei pazienti nella lista di attesa chirurgica e delle relative procedure.	Definizione dei criteri di priorità per inserimento dei pazienti nelle liste di attesa per ogni singola classe A, B, C e tipologia di intervento.	Direttore SC		Procedura realizzata, applicata e resa trasparente con comunicazione alla Direzione Sanitaria entro il 31 maggio.	Entro il 31/05/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2535	13	riduzione lista d'attesa patologie benigne non complesse	Attribuzione di due sedute supplementari di chirurgia per colelitiasi e di due sedute supplementari di day surgery per ernia e proctologia.	dirigenti Clinica Chirurgica		Media di 3 interventi per seduta aggiuntiva.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2536C	14	Implementazione di un protocollo aziendale per la presa in carico dei pazienti con ischemia mesenterica acuta	La gestione dei pazienti con ischemia mesenterica acuta necessita di una rapida presa in carico multidisciplinare al fine di migliorare gli outcomes di questa patologia estremamente grave per la prognosi quoad vitam dei pazienti 1) Entro giugno definire un protocollo aziendale multidisciplinare 2) Verificare la % di pazienti con diagnosi di ischemia mesenterica acuta presi in carico secondo il protocollo.	Dott Biloslavo, dott Cosola, neoassunto	SC Chirurgia vascolare, Pronto Soccorso, UCO Radiologia	Produzione del protocollo e sua attivazione al 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2537	15	Ottimizzazione esami ematochimici	Creazione di gruppi di esami dedicati.	dott Scomersi, dott Biloslavo, direttore UCO	SC Laboratorio	Produzione e operatività delle liste di esami al 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2113C	16	Linea Regionale 5.2 Accredimento Revisione Cartella Infermieristica e lettera di trasferimento / dimissione infermieristica	1. Creazione gruppo di lavoro giuliano-isontino per la definizione del progetto. 2. Definizione del progetto: realizzare un format inerente la presa in carico del paziente comune a tutte le Strutture ASUGI. 3. Programmazione degli incontri per la valutazione dei documenti in essere. 4. Condivisione e sperimentazione del format in almeno 1 struttura del Dai/Piattaforma ed eventuale revisione.	Responsabile Infermieristico di Piattaforma SC Direzione delle Professioni SSD Rischio Clinico, Qualità e Accredimento SC Medicina Legale In collaborazione con i Responsabili Infermieristici di Struttura	Almeno 1 SC di ogni Dai/Piattaforma	1. Costituzione gruppo di lavoro entro marzo 2023. 2. Definizione del progetto entro luglio 2023. 3. Programmare nel corso dell'anno almeno 4 incontri. 4. Evidenza dello strumento di lavoro condiviso a livello aziendale (ambito giuliano ed isontino) entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2503C	17	Favorire l'integrazione del personale della S.C. Clinica Patologie del Fegato e della S.C. Clinica Chirurgica per la presa in carico degli assistiti della S.C. Clinica Patologie del Fegato presso la S.C. Clinica Chirurgica per procedure non eseguibili presso Ospedale Maggiore	Produzione da parte del CPF di Check-list operative relative alle procedure di interesse. Divulgazione delle Check-list da parte della Chirurgica a tutto il personale coinvolto.	personale dirigenza medica e comparto del CPF in collaborazione con comparto della Clinica chirurgica	UCO Clinica Chirurgica	Evidenza delle CHECK- List operative relative alle indagini: CEAT, termoblazione, legatura varici esofagee, misurazione pressione portale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2539C	18	Attivazione Protocollo ERAS (Enhanced After Surgery): miglior recupero post intervento chirurgico	1. Definizione del protocollo condiviso di ERAS. 2. Applicazione del protocollo ERAS ai pazienti sottoposti a chirurgia coloretale.	Dirigenza e Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura	UCO Clinica Chirurgica	1. Evidenza del protocollo entro giugno 2023. 2. Applicazione del protocollo nel 90% dei casi sottoposti a chirurgia coloretale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	2553	19	Corretto inserimento della data di prenotazione	Sulla base dell'analisi della data di prenotazione effettuata dalla Direzione medica e dei dati SDO forniti dalla SC Programmazione e controllo, verifica e eventuale correzione delle SDO potenzialmente errate.	Dirigenti medici Comparto		Correzione casi con errato inserimento della data di prenotazione; riscontro dato con frequenza trimestrale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Chirurgica	1480	4500	20	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2501	1	Realizzazione piano regionale della prevenzione	Strutturare organizzazione al fine fornire l'appuntamento per la prima	Direttore dr Masutti comparto CPF (pers)		Produzione di una documentazione che	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					Presa in carico dei cittadini risultati positivi ad HCV RNA che abbiano dato il consenso alla prosecuzione dell'approfondimento diagnostico/terapia.	visita ai pazienti risultati positivi al test di screening di primo livello entro e non oltre i 30 giorni dalla comunicazione della positività da parte del laboratorio.	coinvolto Cristan, Pagotto)		determina il percorso interno al CPF per la realizzazione del Piano Regionale della prevenzione - Screening HCV.	
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2502C	2	Percorso per la presa in carico del paziente con malattia epatica terminale come strumento di governo clinico per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Integrazione ospedale-territorio.	Inoltro della scheda Necpal compilata.	personale della dirigenza medica e comparto CPF	SC Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	100% delle schede Necpal inviate rispetta i criteri indicati nella Procedura interna alle Strutture interessate (scheda Necpal).	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2503C	3	Favorire l'integrazione del personale della S.C. Clinica Patologie del Fegato e della S.C. Clinica Chirurgica per la presa in carico degli assistiti della S.C. Clinica Patologie del Fegato presso la S.C. Clinica Chirurgica per procedure non eseguibili presso Ospedale Maggiore	Produzione da parte del CPF di Check-list operative relative alle procedure di interesse. Divulgazione delle Check-list da parte della Chirurgica a tutto il personale coinvolto.	personale dirigenza medica e comparto del CPF in collaborazione con comparto della Clinica chirurgica	UCO Clinica Chirurgica	Evidenza delle CHECK- List operative relative alle indagini: CEAT, termoblazione, legatura varici esofagee, misurazione pressione portale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2232C	4	Potenziamento del percorso di continuità assistenziale ospedale – territorio dedicato ai pazienti con epatopatia grave e/o disturbo da uso di alcol.	1. Definizione di una procedura condivisa per l'utenza target con la definizione di: obiettivi; aree di responsabilità dei servizi coinvolti; target; criteri di inclusione ed esclusione dell'utenza; offerta, strumenti e metodologie di lavoro; monitoraggio e valutazione. 2. Segnalazione ed invio per valutazione e trattamento dei pazienti con sospetto di disturbo da uso da alcol in carico alla Clinica Patologie del Fegato alla Struttura semplice dipendenze comportamentali e da sostanze legali (SSDCSL) secondo procedura condivisa. 3. Presa in carico da parte del CPF dei soggetti segnalati dalla SSDCSL e dalla UCO Malattie Infettive con epatopatia grave secondo procedura condivisa.	personale della dirigenza medica e comparto CPF	S.S. Dipendenze Compartamentali e da Sostanze Legali e UCO Malattie infettive	1. Predisposizione e formalizzazione della procedura condivisa. 2. Dal 01/10/2023 il 100% dei soggetti target che hanno espresso il consenso vengono segnalati alla SSDCSL secondo procedura condivisa. 3. Dal 01/10/2023 il 100% delle segnalazioni relative ai soggetti target fatte dalla SSDCSL e dalla UCO Malattie Infettive vengono gestite secondo procedura condivisa.	1. 30/09/2023 2. 31/12/2023 3. 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2504	5	6,1 Controllo dei costi farmaceutici	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche in particolare ad alto costo.	Direttore Dott Masutti		Produzione di report consumi per farmaci sottoposti a registro AIFA.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2505	7	A2.4 percorso cirrosi con Isontino e Territorio	Inizio collaborazione per concordare operatività comune.	Direttore dr Masutti comparto CPF (pers coinvolto Cristan, Pagotto)	referenti AFT-->MMG referenti distretti, medicina di Gorizia	Produzione di un documento che descriva il percorso del paziente con malattia cronica di fegato avanzata condiviso con Isontino e Territorio.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2506	8	5.1 Trasloco della clinica Patologie del fegato da OC a OM	Riorganizzazione nuova sede.	personale della dirigenza medica del CPF in collaborazione con comparto del CPF		Comunicazione degli aggiornamenti da effettuare sul sito internet riguardanti: la nuova ubicazione, la Carta dei Servizi e gli opuscoli informativi (Encefalopatia epatica, Biopsia epatica).	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2507C	9	Revisione percorso ipertensione portale emorragie digestive	Aggiornamento revisione del percorso emorragie digestive alte e possibile condivisione con isontino.	Direttore dr Masutti comparto CPF (pers coinvolto Cristan, Pagotto)	Gastro Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso, Anestesia Rianimazione , Radiologia	Produzione di una documentazione che modifica l'attuale percorso della gestione delle emorragie digestive alte con particolare attenzione alla presenza di ipertensione portale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2201C	10	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Accreditemento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditemento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditemento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditemento	Piattaforma di Chirurgia: Clinica Chirurgica, Clinica Urologica, Gastroenterologia, Centro Patologie fegato, Clinica Ortopedica e Traumatologia	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	2508C	11	Miglioramento qualità delle prestazioni: meeting multidisciplinare epatologico	Miglioramento percorso di gestione dei pazienti discussi al meeting multidisciplinare epatologico.	Dirigenza medica	In collaborazione con Radiologia, Clinica chirurgica, Anatomia Patologica, Gastroenterologia, Radioterapia, Oncologia,	Relazione su casistica generela e outcome operativo e clinico dei pazienti presi in carico per trattamento.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Patologie del Fegato	3426	4500	12	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: mantenere 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2201C	1	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Accreditemento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditemento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabile Infermieristico di Piattaforma	Piattaforma di Chirurgia: Clinica Chirurgica, Clinica Urologica, Gastroenterologia, Clinica Patologie fegato, Clinica Ortopedica e Traumatologia	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto.</p> <p>2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori.</p> <p>3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza.</p> <p>4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.</p>	in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accredimento			
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2113C	2	Linea Regionale 5.2 Accredimento Revisione Cartella Infermieristica e lettera di trasferimento / dimissione infermieristica	<p>1. Creazione gruppo di lavoro giuliano-isontino per la definizione del progetto.</p> <p>2. Definizione del progetto: realizzare un format inerente la presa in carico del paziente comune a tutte le Strutture ASUGI.</p> <p>3. Programmazione degli incontri per la valutazione dei documenti in essere.</p> <p>4. Condivisione e sperimentazione del format in almeno 1 struttura del Dai/Piattaforma ed eventuale revisione.</p>	Responsabile Infermieristico di Piattaforma SC Direzione delle Professioni SSD Rischio Clinico, Qualità e Accredimento SC Medicina Legale In collaborazione con i Responsabili Infermieristici di Struttura	Almeno 1 SC di ogni Dai/Piattaforma	<p>1. Costituzione gruppo di lavoro entro marzo 2023.</p> <p>2. Definizione del progetto entro luglio 2023.</p> <p>3. Programmare nel corso dell'anno almeno 4 incontri.</p> <p>4. Evidenza dello strumento di lavoro condiviso a livello aziendale (ambito giuliano ed isontino) entro il 31/12/2023.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2524	3	Migliorare soddisfazione dell'utenza: questionario di soddisfazione dell'utenza	Creazione di una scheda di richiamata telefonica comprensiva di un questionario di soddisfazione dell'utenza.	Ana Maria De Souza Amaral; Sandro Perfetto		Report e verifica a campione su 80 casi.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2541	4	Miglioramento qualità delle prestazioni: prostate cancer unit	Potenziare la partecipazione della Dirigenza della Clinica Urologica alle riunioni multidisciplinari della "prostate cancer unit".	Dirigenza Clinica Urologica; Personale del comparto		<p>Valutazione individuale per dirigente.</p> <p>Almeno 50% presenze/anno: raggiunto.</p> <p>>30% presenze/anno: parzialmente raggiunto.</p> <p><30%, non raggiunto Report a cura del Direttore SC Clinica Urologica.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2542	5	Miglioramento qualità delle prestazioni: gruppo uro-oncologico	Potenziare la partecipazione della Dirigenza della Clinica Urologica alle riunioni multidisciplinari del "gruppo uro-oncologico".	Dirigenza Clinica Urologica; Personale del comparto		<p>Valutazione individuale per dirigente.</p> <p>Almeno 50% presenze/anno: raggiunto.</p> <p>>30% presenze/anno: parzialmente raggiunto.</p> <p><30%, non raggiunto Report a cura del Direttore SC Clinica Urologica.</p>	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2543	6	Miglioramento qualità delle prestazioni: gruppo endometriosi	Potenziare la partecipazione della Dirigenza della Clinica Urologica alle riunioni multidisciplinari del "gruppo endometriosi".	Dirigenza Clinica Urologica		Valutazione individuale per dirigente. Almeno 50% presenze/anno: raggiunto. >30% presenze/anno: parzialmente raggiunto. <30%, non raggiunto Report a cura del Direttore SC Clinica Urologica.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2528c	7	Organizzazione multidisciplinari "pavimento pelvico"	Potenziare la partecipazione della Dirigenza della Clinica Urologica alle riunioni multidisciplinari del gruppo "disfunzioni del pavimento pelvico".	Dirigenza Clinica Urologica dott.ssa Vedovo		Valutazione individuale per dirigente. Almeno 50% presenze/anno: raggiunto. >30% presenze/anno: parzialmente raggiunto. <30%, non raggiunto Report a cura del Direttore SC Clinica Urologica. Formalizzazione in G2 dei casi discussi presso Ambulatorio Disfunzioni Pelvico (dott.ssa Vedovo).	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2544	8	Miglioramento qualità delle prestazioni - Telemedicina	Incrementare i controlli ambulatoriali non in presenza in modo da ridurre la congestione degli ambulatori dell'Ospedale ed incrementare il numero di prestazioni totali.	Dirigenza Clinica Urologica		Formalizzazione tramite G2 di almeno 50 prestazioni "controllo urologico - Televisita".	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2545C	9	Collaborazione SSD Radiologia Interventistica Endovascolare-SC Clinica Urologica per la riduzione tempi d'attesa attività operatoria urologica	Incremento attività di radiologia interventistica endourologica (posizionamento stent ureterali, sostituzione nefrostomie, nefrostomie, etc) in collaborazione con la SC di Clinica Urologica.	Medici, TSRM, IP SC Radiologia Diagnostica ed interventistica Endovascolare Personale del comparto	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SSD Radiologia Interventistica Endovascolare; SC Clinica Urologica	Almeno 120 procedure endourologiche (equivalenti a risparmio teorico di 20 sedute operatorie che sono state utilizzate per altri pazienti).	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2546C	10	Avviamento dell'attività della SSD Ecografia Multiparametrica e Vascolare	Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare. Approntamento degli ambienti e installazione delle apparecchiature. Apertura delle stanze, predisposizione delle liste e inizio attività.	Responsabile SSD Ecografia Multiparametrica e Vascolare e Dirigenti Medici Sc Radiologia Diagnostica ed Interventistica e Dirigeneti Medici SC Urologia (Prof. Liguori, Dott. Bucci, Dott. Rizzo, Dott. Trauner; Dott. Piasentin)	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica SC Urologia	Evidenza di apertura agende prenotazioni, raggiungimento della piena operatività organizzativa della SSD.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2547	11	Miglioramento qualità delle prestazioni	Riduzione degenza pazienti sottoposti ad intervento di prostatectomia radicale robotica.	Dirigenza e Comparto Clinica Urologica		60% dei pazienti operati è dimesso in 3ª giornata p.o.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2548	12	Incremento attività ESWL per calcolosi urinaria	Continuazione ed incremento dell'attività.	Dirigenza Clinica Urologica; Personale del comparto		Almeno 250 procedure.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2550	13	Attività Scientifica di Ricerca	Produzione attività scientifica e di ricerca.	Dirigenza Clinica Urologica		Almeno 5 pubblicazioni indexate su pubmed nel corso 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2551	14	Collaborazione SC Clinica Urologica - SC Urologia di Gorizia per il trattamento extracorporeo (ESWL) della calcolosi renoureterale di pazienti dell'Isontino	Trattamento della calcolosi renoureterale di pazienti dell'isontino tramite la creazione di una seduta di ESWL dedicata.	Dirigenza Clinica Urologica, Personale del comparto		Almeno 40 procedure.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2212C	15	Collaborazione SC Clinica Urologica - SC Nefrologia per la gestione multidisciplinare dei pazienti con urolitiasi	Mantenimento dell'attività.	Dirigenza SC Clinica Urologica e SC Nefrologia	SC Clinica Urologica; SC Nefrologia	Almeno 10 procedure.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2552	16	Miglioramento delle prestazioni ambulatoriali	Riorganizzazione e informatizzazione completa delle agende ambulatoriali sino ad azzeramento delle agende cartacee.	Dirigenza Medica; Comparto: personale del comparto		100% agende informatizzate.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	2553	17	Corretto inserimento della data di prenotazione	Sulla base dell'analisi della data di prenotazione effettuata dalla Direzione medica e dei dati SDO forniti dalla SC Programmazione e controllo, verifica e eventuale correzione delle SDO potenzialmente errate.	Dirigenti medici Comparto		Correzione casi con errato inserimento della data di prenotazione; riscontro dato con frequenza trimestrale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Area Giuliana	UCO Clinica Urologica	1580	4500	18	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022 in ospedaliera, mantenere 2022 in diretta.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	DAI Chirurgia Specialistica	3460	2401	1	Odontoiatria Pubblica: attività svolta nell'ambito regionale	Reportistica su attività svolta nell'ambito regionale di Odontoiatria pubblica.	Direttore di Dipartimento	DAI di CHIRURGIA Specialistica	Almeno 2 report semestrali,	2 report semestrali secondo scadenze regionali
DAI Chirurgia Specialistica	DAI Chirurgia Specialistica	3460	2402C	2	Piano della Formazione DAI Chirurgia Specialistica	Mantenimento del monitoraggio della frequenza ai corsi a carattere obbligatorio sulla sicurezza (D. Lgs 81/2008, art. 37) mediante aggiornamento della griglia predisposta in formato Excel. Per la Neurochirurgia: attivazione del monitoraggio con griglia predisposta.	Responsabile di Piattaforma Assistenziale Coordinatori Infermieri	Coordinatori Infermieri RID	Evidenza delle griglie aggiornate in formato Excel e relazione finale sulle attività formative 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	DAI Chirurgia Specialistica	3460	2403C	3	Disturbi dello spettro autistico: attivazione di un progetto realizzato secondo il modello DAMA	Attivazione di un progetto realizzato secondo il modello DAMA, rivolto alle persone con una diagnosi di Disturbo dello Spettro dell'Autismo o una Disabilità Cognitiva o Intellettiva senza interessamento motorio o sensoriale, di età adulta (>17 anni). Il progetto è finalizzato alla presa in carico multiprofessionale del paziente da sottoporre a cure odontoiatriche con sedazione.	SC Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia (tutto il Personale) Comparto SC Clinica Oculistica/Day Surgery Degenza Responsabile di Piattaforma Assistenziale	SC Anestesia e Rianimazione, SC Integrazione Socio Sanitaria per le disabilità cognitive e intellettive	Attivazione del progetto.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	DAI Chirurgia Specialistica	3460	10004C	4	Redigere le Job Description degli incarichi di funzione Responsabili di Piattaforma Assistenziale nell'ottica dell'attuazione dell'Atto Aziendale.	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le responsabilità e attività dei Responsabili di Piattaforma trasversali a tutte le piattaforme assistenziali. 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione dello scopo della funzione, le responsabilità, funzioni e sviluppo. 3. Individuare e descrivere le funzioni peculiari di ciascuna delle Piattaforme Assistenziali.	I Responsabili delle Piattaforme Assistenziali.	Tutte le Piattaforme Assistenziali. In collaborazione con S.C. Coordinamento delle Professioni Sanitarie.	1. Entro Aprile sarà costituito il gruppo di lavoro e programmate le attività. 2. Entro settembre produzione della Job Description generale degli incaricati di funzione responsabili delle Piattaforme Assistenziali. 3. Entro ottobre evidenza dei documenti generale e specifico delle Job Description di ciascuna delle Piattaforme Assistenziali.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Specialistica	DAI Chirurgia Specialistica	3460	2404C	5	Predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale strutturato relativo alle lesioni cutanee con diversa etiopatogenesi	Attivazione della consulenza infermieristica ospedaliera da parte del Personale della UCO di Chirurgia Plastica esperto in Wound Care, per la valutazione e il trattamento delle lesioni con patogenesi vascolare, diabetica, autoimmune, skin tears, neoplastica, traumatica. Monitorare l'appropriatezza dei presidi utilizzati in base alle linee guida adottate di EBN e EBP garantire interventi di formazione teorica/pratica sul campo al personale di assistenza Costruire una banca dati per progetti futuri di formazione e ricerca	Infermieri e Coordinatore UCO Chirurgia Plastica Responsabile di Piattaforma Assistenziale	UCO Chirurgia Plastica	Attivazione del percorso e report con il numero dei pazienti presi in carico. Costruzione di una banca dati digitale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	DAI Chirurgia Specialistica	3460	2201C	6	Linea Regionale 5.2 Accredimento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accredimento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di appartenenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.	Coordinatori Infermieristici Responsabile di Piattaforma Assistenziale	Piattaforma di Chirurgia Specialistica: Clinica Oculistica/Day Surgery Degenza, Clinica Oculistica Ambulatori Clinica di Chirurgia Maxillofaciale e Odontostomatologia, Clinica Ottorinolaringoiatrica, Chirurgia Plastica Neurochirurgia	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2416C	1	Istituzione di meeting multidisciplinari (radiologia, neurologia, radiologia interventistica, neurochirurgia) annuali per discutere casistica/tematiche di patologia vascolare con particolare focus sul trattamento e diagnostica aggiornata di quella particolare patologia.	Realizzazione di almeno 4 meeting.	Direttore Dirigenti	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica SC Neurochirurgia SC Clinica Neurologica	Documento di sintesi con eventuali stesura di linee guida sui 4 meeting effettuati.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2421	2	Collaborazione Ospedale Territorio e Continuità Assistenziale	Avvio di un progetto basato sull'identificazione di un Responsabile di Processo per la Continuità	Comparto	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica	Entro marzo 2023: identificazione del responsabile di processo (R.P).	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						Assistenziale (TS-Gorizia-Monfalcone). Identificazione di reti e percorsi condivisi.		SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	Entro maggio 2023: evidenza di una job description del R.P. Entro giugno 2023: formazione del Responsabile di Processo. Entro dicembre 2023: attivazione del nuovo percorso e relazione finale da parte del Coordinatore Infermieristico.	
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2417	3	Revisione e aggiornamento del data base di terapia elettronica e recepimento da parte degli operatori delle modalità di utilizzo	Analisi applicativa sistema installato inizialmente come sperimentale con recepimento da parte di tutti gli utilizzatori (infermieri e medici struttura nch) di tutte le problematiche riscontrate nell' uso quotidiano. Creazione e somministrazione di questionario di gradimento e di verifica di apprendimento sull'utilizzo.	Tutta la struttura	Informatica e telecomunicazioni	Relazione finale con evidenza dell'attività di revisione e risultati del questionario.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2422	4	Gestione del Rischio Clinico e prevenzione delle lesioni da pressione (ldp)	Attuare un piano di miglioramento per prevenire l'insorgenza delle ldp.	Comparto		Diminuzione dell'incidenza delle lesioni da pressione: N° pazienti che sviluppano una ldp/N° pazienti ricoverati nel I Semestre 2023 < N° pazienti che hanno sviluppato una ldp/N° pazienti ricoverati nel I Semestre 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2423	5	Revisione e aggiornamento della configurazione del sistema di terapia elettronica in continuita' del percorso già intrapreso nel 2022 e recepimento da parte degli operatori delle modalità di utilizzo	Analisi applicativa sistema installato inizialmente come sperimentale con recepimento da parte di tutti gli utilizzatori (infermieri e medici struttura nch) di tutte le problematiche riscontrate nell' uso quotidiano. Creazione e somministrazione di questionario di gradimento e di verifica di apprendimento sull'utilizzo.	Tutta la struttura	Informatica e telecomunicazioni	Relazione finale con evidenza dell'attività di revisione e risultati del questionario	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2418	6	condivisione delle problematiche cliniche, assistenziali, postoperatorie pe la corretta gestione dei pazienti con patologie neurochirurgiche cerebrali e spinali, sia in reparto che in sala operatoria.	Realizzazione di incontri di condivisione su temi specifici. A fronte di elevato turn over di opartori, sviluppo di momenti di confronto formativi/informativi. In collaborazione con il personale di sala operatoria condivisione delle problematiche attinenti ai pazienti neurochirurgici (posizionamento, tipologia di intervento, utilizzo attrezzature particolari).	Dirigenza. Comparto		Almeno 8 incontri con il personale della NCH con il personale di sala operatoria. Relazioni sulle problematiche affrontate e dei miglioramenti organizzativi apportati.	giugno. settembre, novembr e, dicembre 2023
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2402C	7	Piano della Formazione DAI Chirurgia Specialistica	Monitoraggio della frequenza ai corsi a carattere obbligatorio sulla sicurezza (D.Lgs 81/2008, art. 37) mediante griglia ad hoc in formato Excel.	Coordinatori Infermieristici	Dipartimento DAI Ch Specialistica	Evidenza della griglia aggiornata in formato Excel.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2201C	8	Linea Regionale 5.2 Accreditamento Accreditamento Istituzionale e	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e	Coordinatori Infermieristici	Piattaforma di Chirurgia Specialistica: Clinica Oculistica/Day	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditamento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditamento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.	Responsabile di Piattaforma Assistenziale	Surgery Degenza, Clinica Oculistica Ambulatori Clinica di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia, Clinica Otorinolaringoiatrica, Chirurgia Plastica Neurochirurgia	azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2419	9	MONITORAGGIO DELLA QUALITA' CLINICA E CHIRURGICA EROGATA DALLA NCH	Realizzazione di 3 audit sulla mortalità e morbilità della NCH nel 2023.	Direttore	NCH	Presentazione al personale della nch di n. 3 audit quadrimestrali. Relazione con evidenza delle correzioni clinico-chirurgiche messe in atto.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SC Neurochirurgia	1620	2420	10	VALUTARE LE NECESSITA' FORMATIVE E CREARE UN PERCORSO CLINICO-CHIRURGICO formativo SPECIFICO per gli specializzandi di neurologia in NCH	Creazione di una serie di log-book clinici riportanti le attività svolte dagli specializzandi di neurologia in NCH: anamnesi chirurgiche, valutazione paziente urgente/emergente/esecuzione di procedure invasive e non. Individuazione di tutor dedicato. Compilazione di un questionario di gradimento da parte di ogni medico specializzando transitato in NCH. Valutazione e condivisione dei risultati dell'attività formativa.	Dirigenti	UCO Clinica Neurologica	AUDIT finale con la condivisione dei risultati del percorso formativo realizzato in collaborazione tra NCH e Clinica neurologica.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2432	1	Odontoiatria Pubblica: percentuale complessiva di prime visite	Erogare una percentuale complessiva di prime visite sul totale delle prestazioni inferiore al 30%.	Tutta la Struttura	SSD Odontostomatologia GoMo	Percentuale di prime visite sul totale delle prestazioni erogate inferiore al 30%.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2433	2	Odontoiatria Pubblica	Erogare nell'anno almeno 1400 prestazioni/riunito.	Tutta la Struttura	SSD Odontostomatologia GoMo	Erogazione annuale di almeno 1400 prestazioni/riunito.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2434	3	Percorso disabili	Consolidare l'attività intrapresa nel 2022 di visite presso i centri diurni per disabili di tutto l'Isontino al fine di individuare i soggetti che necessitano di cure odontostomatologiche e di indirizzarli attraverso un percorso	Direttore, Dirigenti	SSD Odontostomatologia GoMo	Mantenimento del Progetto attivato nel 2022 compiendo le visite c/o tutti i centri diurni dell'Isontino; resoconto finale con centri, data e numero di pazienti visitati.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						diretto all'Odontostomatologia di Gorizia, dove completare l'iter diagnostico e attivare il programma terapeutico ambulatoriale o in ricovero.				
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2435	4	Prevenzione MRONJ	Creare una rete di collaborazione fra la Medicina, l'Ortopedia e l'Odontostomatologia in ambito giuliano e isontino al fine d'intercettare i pazienti che fanno uso di farmaci a rischio osteonecrotico per i mascellari e inserirli in un programma di prevenzione dell'osteonecrosi e delle sue complicanze attraverso la cura del cavo orale e delle strutture dento-parodontali.	Tutta la Struttura	SSD Odontostomatologia GoMo	Realizzazione di un'opera di abbellimento della sala di attesa della Struttura mediante decorazione pittorica.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2436	5	Formazione sul campo. miglioramento della performance diagnostica e terapeutica	Istituzione di un corso interno per medici e comparto sull'ottimizzazione della gestione clinico-organizzativa dell'utenza e dei percorsi/processi dall'accettazione al fine cure, mantenendo la centralità del paziente anche ai fini dell'accreditamento.	Direttore		Compimento della formazione interna e relazione attestante il superamento della prova finale da parte dei partecipanti.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2402C	7	Piano della Formazione DAI Chirurgia Specialistica	Garantire il mantenimento del monitoraggio della frequenza ai corsi a carattere obbligatorio su sicurezza (D.Lgs 81/2008, art. 37), BLS e anti-incendio mediante aggiornamento della griglia in formato Excel predisposta ad hoc.	Direttore, Preposti	SSD Odontostomatologia GoMo	Evidenza delle griglie aggiornate in formato Excel e relazione finale sulle attività formative 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2439	8	Gestione dell'emergenza COVID Contenimento dei contagi da SARS COV-2: gestione dei pazienti che necessitano di ricovero o di chirurgia ambulatoriale	Mantenere le misure di contenimento della diffusione del virus SARS COV-2 attraverso l'esecuzione dei tamponi rino-faringei prima del ricovero.	Personale del Comparto	SSD Odontostomatologia GoMo	Esecuzione del tampone rino-faringeo a tutti i pazienti 24/48 ore prima del ricovero.	Dal 01/01/2023 fino a nuove disposizioni Ministeriali, Regionali e Aziendali
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2440	9	Odontoiatria Pubblica: formazione dei MMG e dei pediatri di libera scelta sui codici B delle prime visite	Organizzare incontri per la divulgazione del significato del codice B delle prime visite in Odontoiatria Pubblica.	Direttore, Dirigenti	SSD Odontostomatologia GoMo	Almeno due seminari con MMG e Pediatri di libera scelta.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2550	10	Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca.	Direttore, Dirigenti	SSD Odontostomatologia GoMo	Almeno due pubblicazioni su riviste con IF o indicizzate e attestati di attività congressuale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	SSD Odontostomatologia Gorizia e Monfalcone	345	2442	11	Sanità penitenziaria	Garantire il mantenimento della collaborazione con la Casa Circondariale di Gorizia finalizzata alle cure odontoiatriche degli ospiti, aumentando le giornate di attività se possibile la modifica di convenzione con la ditta esterna che fornisce il personale per l'assistenza alla poltrona.	Tutta la Struttura	SSD Odontostomatologia GoMo	Aumento da 2 a 3 giornate dell'attività ambulatoriale presso la Casa Circondariale, compatibilmente con assenza personale motivata e festività, e report delle date di attività.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2405	1	Aumento dell'offerta ambulatoriale per il trattamento delle patologie oncologiche Abbattimento della	Conversione dell'Ambulatorio B dedicato alle medicazioni delle ferite difficili in Ambulatorio di Classe A	Tutta la Struttura	UCO Chirurgia Plastica SC Edilizia e Impianti Area Giuliana	Incremento degli interventi ambulatoriali per le patologie oncologiche cutanee e	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					tempistica di intervento ambulatoriale di "asportazione radicale lesione cute" per patologie neoplastiche cutanee"	della Struttura: progetto di fattibilità. Modifica strutturale. Avvio delle attività.			diminuzione tempi di attesa (< 90 giorni).	
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2406C	2	Governo clinico: coordinamento di un modello specializzato nell'assistenza alla donna con patologia della mammella sulla base di un piano di assistenza personalizzato	Azioni: rispetto di tutti gli indicatori obbligatori (versione 2020) previsti nel percorso della paziente e finalizzati al mantenimento della Certificazione EUSOMA sulla base della visita di reaudit del 21 e 22 febbraio 2022.	Tutta la Struttura	UCO Chirurgia Plastica	Mantenuta la certificazione EUSOMA per la Breast Unit.	Entro febbraio 2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2407	3	Gestione dell'emergenza COVID Contenimento dei contagi da SARS COV-2: gestione dei pazienti che necessitano di ricovero	Mantenimento dell'esecuzione del tampone naso-faringeo a tutti i pazienti 24/48 ore prima del ricovero e dell'intervento chirurgico.	Personale del Comparto	UCO Chirurgia Plastica	Esecuzione del tampone naso-faringeo a tutti i pazienti 24/48 ore prima del ricovero e dell'intervento chirurgico.	Dal 01/01/2022 fino a nuove disposizioni Ministeriali, Regionali e Aziendali
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2408	4	Diminuzione delle liste di attesa per gli interventi di chirurgia ambulatoriale	Incremento dell'attività di chirurgia ambulatoria.	Tutta la Struttura	UCO Chirurgia Plastica	Aumento del numero totale di interventi ambulatoriali rispetto al 2021.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2409	5	Integrazione Ospedale/Territorio Teleassistenza domiciliare e implementazione del percorso di telemedicina progettato nel 2022, attraverso la modalità della televisita per utenti con lesione cutanee seguita domicilio, al fine di limitare la movimentazione dei pazienti stessi e implementare le cure domiciliari, con Agenda CUP prenotabile	Avvio della presa in carico degli utenti.	Dirigenza Medica	UCO Chirurgia Plastica Distretti Sanitari	Implementazione del percorso: report del numero di utenti presi in carico.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2404C	6	Predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale strutturato relativo alle lesioni cutanee con diversa etiopatogenesi	Attivazione della consulenza infermieristica ospedaliera da parte del Personale esperto in Wound Care, per la valutazione e il trattamento delle lesioni con patogenesi vascolare, diabetica, autoimmune, skin tears, neoplastica, traumatica. Monitorare l'appropriatezza dei presidi utilizzati in base alle linee guida adottate di EBN e EBP. Garantire interventi di formazione teorica/pratica sul campo al personale di assistenza. Costruire una banca dati per progetti futuri di formazione e ricerca e calcolo eventuali numero di posti letto occupabili/anno.	Personale del Comparto RID	UCO Chirurgia Plastica	Attivazione del percorso e report con il numero dei pazienti presi in carico. Costruzione di una banca dati digitale con numero posti letto/anno.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2402C	7	Piano della Formazione DAI Chirurgia Specialistica	Mantenimento del monitoraggio della frequenza ai corsi a carattere obbligatorio sulla sicurezza (D.Lgs 81/2008, art. 37) mediante aggiornamento della griglia in formato Excel predisposta ad hoc.	Coordinatore InfermieristicoRID	UCO Chirurgia Plastica RID	Evidenza delle griglie aggiornate in formato Excel e relazione finale sulle attività formative 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2411	8	Introduzione di un nuovo sistema ecografico per la valutazione dei vasi perforanti nella ricostruzione mammaria microchirurgica	L'uso di un ecografo permette la valutazione da parte della dirigenza medica del reparto di Chirurgia Plastica della presenza e della posizione dei vasi perforanti nella programmazione dei lembi	Dirigenza Medica	UCO Chirurgia Plastica	Database interno con foto caricate nel sistema Tesi Endox.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						microchirurgici per la ricostruzione mammaria (lemba DIEP) e permette il confronto con l'esame angio-TC per valutare eventuali discrepanze. Una valutazione ulteriore viene eseguita in sala operatoria mediante utilizzo di angiografia con verde di indocianina.				
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2412	9	Occupazione stanza semi-intensiva con pazienti multidisciplinari microchirurgici	Pazienti con ampie ricostruzioni microchirurgiche di vari distretti corporei richiedono un attento monitoraggio postoperatorio dei parametri vitali e locali con eventuale utilizzo di fluidoterapia e vasopressori e pertanto richiedono un monitoraggio semi-intensivo per le prime 72h con l'utilizzo di macchinari doppler per la valutazione della perfusione tissutale dei tessuti ricostruiti.	Tutta la Struttura	UCO Chirurgia Plastica	% di ricoveri in semintensiva >80%.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2413	10	Screening MRSA-MSSA cutaneo/nasale in pazienti sottoposte a chirurgia mammaria protesica	Visto il rischio di complicanze infettive nella chirurgia mammaria protesica, esecuzione di tamponi di screening preoperatorio per la contaminazione cutanea e nasale da MRSA/MSSA in modo da poter eseguire eradicazione e isolamento delle pazienti in stanze dedicate. Utile inoltre, in caso di comparsa di infezione, per la terapia antibiotica.	Dirigenza Medica e Breast Nurse	UCO Chirurgia Plastica	Presenza di risultato dei tamponi in visore referti del G2 in più del 90% delle pazienti e in database interno alla struttura.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2414	11	Aumento dell'offerta ambulatoriale dell'Isontino per il trattamento delle patologie oncologiche Abbattimento della tempistica di intervento ambulatoriale di "asportazione radicale lesione cute" per patologie neoplastiche cutanee"	Aumento dell'utilizzo della saletta ambulatoriale a disposizione presso l'Ospedale di Gorizia possibile in funzione dell'incremento della presenza del chirurgo plastico nell'isontino da 4 a 5 giorni a partire da ottobre 2023 e/o aumento dell'attività ambulatoriale presso l'ospedale di Monfalcone previa individuazione di spazi adeguati (creazione di Ambulatorio di Classe A). L'attività necessita di personale infermieristico dedicato (1 unità) e di strumentario chirurgico (campetti chirurgici in numero adeguato agli interventi previsti).	Dirigenza	UCO Chirurgia Plastica SC Chirurgia	Incremento degli interventi ambulatoriali per le patologie oncologiche cutanee e diminuzione tempi di attesa (< 90 giorni).	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Chirurgia Plastica	3396	2415	12	Attivazione della prenotabilità delle visite di chirurgia plastica tramite CUP presso l'Ospedale di Gorizia	Aumento dell'utilizzo della saletta ambulatoriale a disposizione presso l'Ospedale di Gorizia possibile in funzione dell'incremento della presenza del chirurgo plastico nell'isontino da 4 a 5 giorni a partire da ottobre 2023 e/o aumento dell'attività ambulatoriale presso l'ospedale di Monfalcone previa individuazione di spazi adeguati (creazione di Ambulatorio di Classe A). L'attività necessita di personale	Dirigenza	UCO Chirurgia Plastica SC Chirurgia	Apertura agende CUP per la prenotazione delle prime visite tramite sportello.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						infermieristico dedicato (1 unità) e di strumentario chirurgico (campetti chirurgici in numero adeguato agli interventi previsti).				
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2432	1	Odontoiatria Pubblica: percentuale complessiva di prime visite	Erogare una percentuale complessiva di prime visite e visite di controllo sul totale delle prestazioni inferiore al 30%.	Tutta la Struttura	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia	Percentuale di visite (prime visite e visite di controllo) sul totale delle prestazioni erogate inferiore al 30%.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2433	2	Odontoiatria Pubblica	Erogare nell'annoalmeno 1400 prestazioni/riunito.	Tutta la Struttura	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia	Erogazione annuale di almeno 1400 prestazioni/riunito.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2403C	3	Disturbi dello spettro autistico: attivazione di un progetto realizzato secondo il modello DAMA	Attivazione di un progetto realizzato secondo il modello DAMA, rivolto alle persone con una diagnosi di Disturbo dello Spettro dell'Autismo o una Disabilità Cognitiva o Intellettiva senza interessamento motorio o sensoriale, di età adulta (>17 anni). Il progetto è finalizzato alla presa in carico multiprofessionale del paziente da sottoporre a cure odontoiatriche con sedazione.	Tutta la Struttura	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia SC Anestesia e Rianimazione, SC Integrazione Socio Sanitaria per le disabilità cognitive e intellettive Servizio di Day Surgery Degenza/SC Clinica Oculistica	Attivazione del progetto.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2402C	4	Piano della Formazione DAI Chirurgia Specialistica	Garantire il mantenimento del monitoraggio della frequenza ai corsi a carattere obbligatorio sulla sicurezza (D.Lgs 81/2008, art. 37) mediante aggiornamento della griglia in formato Excel predisposta ad hoc.	Coordinatore Infermieristico	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia	Evidenza delle griglie aggiornate in formato Excel e relazione finale sulle attività formative 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2428	5	Distribuzione diretta dei medicinali	Ottimizzare i percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR attraverso il mantenimento della distribuzione diretta dei medicinali a tutti i pazienti ambulatoriali per i quali essa è indicata.	Dirigenza Medica	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia	Distribuzione diretta dei medicinali a tutti i pazienti ambulatoriali per i quali essa è indicata.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2429	6	Qualità e sicurezza nel processo di sterilizzazione della strumentazione chirurgica: riorganizzazione logistica e strutturale della Sala di Sterilizzazione	Attuare il processo di riorganizzazione logistica e strutturale della Sala di Sterilizzazione, in linea con i riferimenti normativi e regolamentari Presidiare la qualità e la sicurezza del processo di sterilizzazione attraverso adeguata formazione del personale.	Tutta la Struttura	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia	Attivazione delle procedure per l'aggiornamento della nuova Sala di Sterilizzazione Attivazione di adeguata formazione del personale.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2230C	7	Gestione del rischio clinico e Accreditamento: lotta alle resistenze antibiotiche	Realizzare una giornata di Consensus quale supporto alla realizzazione degli obiettivi di lotta alle resistenze antibiotiche.	Dirigenza Medica	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia Direttore SC Malattie Infettive prof Roberto Luzzati Direttore SC Faramacia prof Paolo Schincariol	Giornata di Consensus e relazione finale.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2430	8	Percorsi diagnostici-terapeutici	Attivare un percorso condiviso con la Clinica Dermatologica per la diagnosi e il trattamento delle malattie mucocutanee, con particolare riferimento ai disturbi vescivolo-bollosi, attraverso una valutazione condivisa dei pazienti con piano di cura avviato.	Tutta la Struttura	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia UCO Clinica Dermatologica	Evidenza dell'attivazione del percorso attraverso la valutazione redatta congiuntamente dagli Specialisti in G2 (visite brevi della Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia).	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2550	9	Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca.	Tutta la Struttura	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia	Almeno quindici pubblicazioni su riviste con IF.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1660	2426	10	Disturbi dello spettro autistico - inserimento sociale	Attivare un progetto realizzato secondo il modello DAMA, rivolto alle persone con diagnosi dello spettro autistico mediante 4 borse lavoro elargite dal Comune, per l'inserimento sociale e la valorizzazione del lavoro, attraverso la decorazione di una sala di attesa della Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia.	Coordinatore SC Centralino Bianco Maurizio	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia Coordinatore SC Centralino Bianco Maurizio	Attivazione del progetto.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2450	1	Percorso dei pazienti che afferiscono agli ambulatori di retina medica, fluorangiografia, laser terapia	Produzione ed applicazione di un protocollo per definire il percorso dei pazienti afferenti ai servizi di retina medica, sottoposti a trattamento intravitreale e a laser terapia presso la Cl. Oculistica dell'Ospedale Maggiore.	Prof. Tognetto Dott.ssa D. Fanni Dott.ssa S. Rinaldi Dott. M. Pastore Dott. A. Gaggino Personale infermieristico afferente all'Ambulatorio di fluorangiografia e laser terapia	SC Clinica Oculistica	Produzione e messa in atto del protocollo.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2451	2	Percorso dei pazienti che afferiscono alla Clinica Oculistica per sottoporsi ad un trattamento intravitreale	Redazione, ed applicazione, di un protocollo per definire il percorso dei pazienti che afferiscono alla Clinica Oculistica per sottoporsi a trattamento intravitreale in Ambulatorio di Classe A e produzione di un Modulo di Time-in e Time-out .	Prof. Tognetto Dott.ssa D. Fanni Dott.ssa S. Rinaldi Dott. M. Pastore Dott. A. Gaggino Personale infermieristico afferente all'Ambulatorio di Classe A Personale infermieristico di Reparto	SC Clinica Oculistica Personale del comparto del Complesso Operatorio	Produzione e messa in atto del protocollo.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2452	3	Attivazione del programma di telemedicina per lo screening della retinopatia diabetica: definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici nella collaborazione ospedale-territorio.	1. Screening di retinopatia diabetica nei soggetti diabetici mediante retinografia a colori effettuata dalla diabetologia del territorio ed inviata per via telematica alla Clinica Oculistica. 2. Refertazione della retinografia presso la Clinica Oculistica e invio del referto per via telematica alla diabetologia del territorio. 3. Individuazione di un percorso condiviso tra ospedale e territorio per la diagnosi e la terapia nei pazienti affetti da retinopatia diabetica. 4. Informazione dei MMG da parte degli organi Aziendali deputati a farlo	UCO di Clinica Oculistica ASUGI Prof. Tognetto Dott. Inferrera, Dott.ssa D. Fanni Dott.ssa S. Rinaldi Dott. M. Pastore Dott. A. Gaggino Personale infermieristico afferente al Servizio di Fluorangiografia e Laser terapia Prof Candido e Personale infermieristico del centro diabetologico Ing Spagno Ing Laudicina	SC Clinica Oculistica Centro Diabetologico SC Informatica e Telecomunicazioni	1. Esecuzione di almeno 200 retinografie presso il territorio nel 2023 e loro refertazione presso la Clinica Oculistica. 2. Individuazione del percorso diagnostico e terapeutico dei pazienti diabetici sottoposti a screening per retinopatia diabetica e redazione di una flow chart.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						e loro coinvolgimento per l'invio dei pazienti diabetici alla diabetologia del territorio.				
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2453	4	Riduzione dei tempi d'attesa per l'esecuzione di iniezioni intravitreali rispetto al 2022	Incremento del numero di iniezioni intravitreali per il trattamento delle maculopatie e delle retinopatie al fine di fornire un trattamento quanto più possibile tempestivo in accordo con i tempi dettati dal PDTA regionale.	UCO di Clinica Oculistica ASUGI Dr.ssa Fanni Dr.ssa Rinaldi Personale afferente al Servizio di Fluorangiografia e Laser terapia, al reparto della Clinica Oculistica e alla sala operatoria della Clinica Oculistica. SC Farmacia Ospedaliera - AREA GIULIANA	UCO di Clinica Oculistica ASUGI - SC Farmacia Ospedaliera - Area Giuliana	Aumento del numero di iniezioni intravitreali eseguite nel 2023 rispetto a quelle eseguite nel 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2454	5	Protocollo perioperatorio per la preparazione dei pazienti operandi di chirurgia palpebrale	Redazione ed applicazione secondo protocollo di una scheda perioperatoria da applicare ai pazienti operandi di Chirurgia Palpebrale comprendente anamnesi, terapia assunta, stato allergico, parametri vitali rilevati durante la chirurgia ed indicazioni per il paziente.	Dott.ssa S. Rinaldi Prof. Dario Marangoni Personale infermieristico afferente all'Ambulatorio di Classe A Personale infermieristico di afferente all'ambulatorio di chirurgia palpebrale (Coord.Inf Isabella Marsi Inf. Franca Possa)	SC Clinica Oculistica	Incremento degli interventi di chirurgia palpebrale rispetto al 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2455	6	Prosecuzione della collaborazione interdisciplinare tra Chirurgia Plastica ed Oculistica	Prosecuzione ed incremento delle visite e controlli multidisciplinari in presenza di Chirurgo Plastico e Oculista per la gestione di casi complessi.	UCO di Clinica Oculistica ASUGI Dr.ssa Silvia Rinaldi Prof. Dario Marangoni Dr. Leandro Inferrera UCO di Chirurgia Plastica Dr. Federico Novati	UCO di Clinica Oculistica ASUGI UCO di Chirurgia Plastica ASUGI	Esecuzione di almeno 90 visite/controlli con approccio multidisciplinare.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2456	7	Identificazione di un percorso per i pazienti da sottoporre ad intervento di cataratta relativo alla necessità chirurgiche ed anestesilogiche	Creazione di uno score preoperatorio di stratificazione del rischio chirurgico ed anestesilogico del paziente operando di cataratta.	Prof. Daniele Tognetto Prof Dario Marangoni Dr.ssa Silvia Rinaldi Dr.ssa Gabriella Cirigliano Dr.ssa Rosa Giglio Dr. Marco Pastore Dr. Gian Marco Guerin Dr. Andrea Gaggino Dr.ssa Dell'Aquila-Direttore e Dirigenti medici SC Anestesia e Rianimazione	UOC Clinica Oculistica e SC Anestesia e Rianimazione	Produzione di un documento condiviso sul percorso dei pazienti operandi di cataratta.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2457	8	Ridurre la lista d'attesa per l'esecuzione di prime visite presso Centro Glaucoma	Aumento della possibilità di accesso all'ambulatorio di secondo livello Glaucoma per pazienti critici e che necessitano presa in carico per avvio a procedure chirurgiche.	Dr.ssa Pedio	UOC Clinica Oculistica	Incremento del numero di prime visite presso Centro Glaucoma.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2458	9	Attivazione ambulatorio di malattie degenerative retiniche e maculari e riabilitazione visiva	1. Valutazione di pazienti con patologie degenerative retiniche e maculari mediante esame obiettivo oculare, metodiche di elettrofisiologia oculare, esame OCT, fotografia del fundus e autofluorescenza retinica. 2. Realizzazione di metodiche di riabilitazione visiva in pazienti ipovedenti. 3. Individuazione di un percorso condiviso tra il reparto di oculistica e territorio per la diagnosi genetica in pazienti con patologie ereditarie.	Prof. Dario Marangoni Dr.ssa Anna Coslovich Dott.ssa Anna Miani, Dott.ssa Paola Trovarelli, Dott.ssa Marinella Pinto. Dott.ssa Maria Luigia Calella	SC Clinica Oculistica	Attivazione ambulatorio di malattie degenerative retiniche e maculari e riabilitazione visiva.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2459	10	Aumento del numero di interventi di cataratta rispetto a quelli eseguiti nel 2022	Aumento del numero di sedute operatorie dedicate alla chirurgia della cataratta rispetto alle sedute operatorie effettuate nel 2022.	Prof. Tognetto Prof Marangoni Dr. Pastore Dr.ssa Rinaldi Dr.ssa Cirigliano Dr.ssa Giglio Dr. Guerin Dr. Infrerera Dr.ssa Zagidullina Dr Gaggino Dr.ssa Dell'Aquila , Personale del comparto afferente all'ambulatorio moduli, al reparto della Clinica Oculistica e alla sala operatoria della Clinica Oculistica	SC Clinica Oculistica	Aumento del numero di interventi di cataratta eseguiti nel 2023 rispetto a quelli eseguiti nel 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	2403C	11	Disturbi dello spettro autistico: attivazione di un progetto realizzato secondo il modello DAMA	Attivazione di un progetto realizzato secondo il modello DAMA, rivolto alle persone con una diagnosi di Disturbo dello Spettro dell'Autismo o una Disabilità Cognitiva o Intellettiva senza interessamento motorio o sensoriale, di età adulta (>17 anni). Il progetto è finalizzato alla presa in carico multiprofessionale del paziente da sottoporre a cure odontoiatriche con sedazione.	Personale del Comparto delle strutture coinvolte	SC Anestesia e Rianimazione, SC Integrazione Socio Sanitaria per le disabilità cognitive e intellettive Servizio di Day Surgery Degenza/sc Clinica Oculistica	Attivazione del progetto.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica Oculistica	1680	4500	12	Governo della spesa farmaceutica. Appropriata prescrizione	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica ORL	1640	2443	1	Istituzione percorso diagnostico-terapeutico pazienti oncologici che necessitano di ricostruzione microvascolare	Condivisione tra ORL dei criteri per la selezione dei pazienti da operare per K testa e collo che necessitano di ricostruzione complessa microvascolare.	Direttori ORL Trieste/Monfalcone	ORL Trieste/ORL Monfalcone	Evidenza del numero di pazienti trattati seguendo il percorso diagnostico-terapeutico comune.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica ORL	1640	2444	2	Attività scientifica e di ricerca	Istituzione meeting di UO per la trattazione di argomenti specialistici per l'aggiornamento continuo del personale medico.	Direttore UO ORL		Organizzazione e formalizzazione di almeno un meeting/mese UO ORL (con raccolta firme e invio ufficio preposto).	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica ORL	1640	2445	3	impianti cocleari: consolidamento come centro di riferimento FVG	Incremento di attività.	Dirigenza medica		Incremento casistica rispetto al 2021: 16 casi e al 2022 25 casi.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica ORL	1640	2446	4	attività chirurgica in ambulatorio classe A	Incremento di attività chirurgica in anestesia locale in ambulatorio di classe A per ridurre l'occupazione sala operatoria con interventi minori.	dirigenza medica e infermieristica		Incremento di attività rispetto al 2022: 104 casi.	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica ORL	1640	2447C	5	Percorsi di cura. Ottimizzare i percorsi riabilitativi e della qualità delle cure nell'ambito del paziente con carcinoma del distretto cervico facciale	1. Stesura di un percorso di presa in carico riabilitativa per pazienti con lesione del nervo spinale e/o del nervo facciale sottoposti ad intervento chirurgico per tumore del distretto cervicofacciale. 2. Attuazione percorso.	Dirigenti medici ORL	SC Riabilitazione TS in comune con Clinica ORL	1. Evidenza dell'implementazione del percorso. 2. presa in carico dei 100% dei pazienti segnalati (data base SC Riabilitazione).	Entro il 31/12/2023
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica ORL	1640	2448	6	GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID CONTENIMENTO DEI CONTAGI DA SARS COV-2: GESTIONE DEI PAZIENTI CHE NECESSITANO DI RICOVERO O DI CHIRURGIA	Mantenere le misure di contenimento della diffusione del virus sars cov-2 attraverso l'esecuzione dei tamponi rino-faringei prima del ricovero.	PERSONALE DEL COMPARTO	S C (UCO) Clinica OTORINOLARINGOIATRICA	Esecuzione del tampone rino-faringeo a tutti i pazienti 24/48 ore prima del ricovero.	Dal 01/01/2023 fino a nuove disposizioni Ministeriali, Regionali e Aziendali
DAI Chirurgia Specialistica	UCO Clinica ORL	1640	2402C	7	Piano della Formazione DAI Chirurgia Specialistica	Garantire il mantenimento del monitoraggio della frequenza ai corsi a carattere obbligatorio sulla sicurezza (D.Lgs 81/2008, art. 37) mediante aggiornamento della griglia in formato Excel predisposta ad hoc.	Coordinatore Infermieristico/RID	S C (UCO) Clinica OTORINOLARINGOIATRICA	Evidenza delle griglie aggiornate in formato Excel e relazione finale sulle attività formative 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	DAI Diagnostica per immagini	3448	3201C	1	Ottimizzazione della gestione dei pazienti da sottoporre a indagini radiologiche che utilizzano mezzi di contrasto a base di iodio e a base di gadolinio alla luce delle linee guida europee sulla safety dei mezzi di contrasto	1. Revisione dell'attuale modulistica informativa per il paziente. 2. Formazione dei medici radiologi e del personale del comparto volta a garantire l'aderenza alle linee guida per una gestione più appropriata del paziente da sottoporre alla somministrazione del mezzo di contrasto.	Direttore DAI in comune con RTD, Direttore SC Radiologia OM, Direttore SC Radiologia GoMo e Direttore SC Medicina Nucleare	Tutte le SC del DAI Diagnostica per Immagini	1. Evidenza della nuova modulistica. 2. Evidenza dell'avvenuta effettuazione dell'evento formativo (date delle due edizioni con firme dei partecipanti) con superamento della prova pratica da parte di almeno il 95% dei partecipanti 3. verifica dell'aderenza alle linee guida (n. esami sospesi nel periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023 e analisi delle motivazioni)	1) 30/09/2023 2) 31/12/2023 3) periodo 1 ottobre-31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	3204	1	Accreditamento, divulgazione dei programmi e dell'attività di Accreditation Canada e divulgazione dei programmi di qualità	Organizzazione di incontri periodici con i dirigenti medici nucleari e comparto finalizzati alla divulgazione dei programmi e dell'attività di Accreditation Canada e alla divulgazione dei programmi di qualità nell'ambito della SC Medicina Nucleare.	Direttore S.C. Responsabile SS CTSRM		1. Numero incontri verbalizzati con i dirigenti medici e Comparto Medicina Nucleare. 2. Messa in atto di eventuali azioni correttive a fronte delle criticità rilevate.	1) n. incontri verbalizzati >= 5 2) evidenza del piano di miglioramento entro il 30.11.2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	3201C	1	Ottimizzazione della gestione dei pazienti da sottoporre a indagini radiologiche che utilizzano mezzi di contrasto a base di iodio e a base di gadolinio alla luce delle linee guida europee sulla safety dei mezzi di contrasto	1. Revisione dell'attuale modulistica informativa per il paziente. 2. Formazione dei medici radiologi e del personale del comparto volta a garantire l'aderenza alle linee guida per una gestione più appropriata del paziente da sottoporre alla somministrazione del mezzo di contrasto.	Direttore DAI in comune con RTD, Direttore SC Radiologia OM, Direttore SC Radiologia GoMo e Direttore SC Medicina Nucleare	Tutte le SC del DAI Diagnostica per Immagini	1. Evidenza della nuova modulistica. 2. Evidenza dell'avvenuta effettuazione dell'evento formativo (date delle due edizioni con firme dei partecipanti) con superamento della prova pratica da parte di almeno il 95% dei partecipanti 3. verifica dell'aderenza alle linee guida (n. esami sospesi	1) 30/09/2023 2) 31/12/2023 3) periodo 1 ottobre-31 dicembre 2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									nel periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023 e analisi delle motivazioni)	
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	3205C	2	Azione finalizzata all'ottimizzazione dell'impiego PET/TC	Rotazione di medici delle SC Radiologia OC OM presso la SC Medicina Nucleare ai fini di una valutazione integrata della casistica, soprattutto nei casi che richiedono la somministrazione di MDC.	Dirigenti	SC Radiologia Diagnostica Interventistica OC SC Radiologia OM	N. esami PET-TAC con mdc referatati congiuntamente da medico nucleare e medico radiologo (100%).	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	3206	3	Efficienza organizzativa : ottimizzazione governo risorse umane assegnate e volumi attività. Riorganizzazione attività diagnostica convenzionale e PET	Riorganizzazione attività diagnostica convenzionale e PET: implementazione doppio turno (turno pomeridiano).	Responsabile e Coordinatore TSRM		Ottimizzazione utilizzo risorse umane e tecnologiche assegnate: predisposizione del piano di riorganizzazione entro Settembre 2023.	Attuazione piano riorganizzazione turni Personale entro Dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	2515C	4	Riorganizzazione dell'offerta: facilitazione procedure di accesso, esame PET/TC oncologica al fine di ridurre i tempi di inquadramento diagnostico in pazienti con carcinoma della mammella	Predisposizione agenda CUP dedicata: prenotazione diretta esame PET/TC senza mezzo di contrasto radiologico dalla Breast Unit.	Dirigenti e Comparto	Clinica Chirurgica-SSD Oncologia-Senologia e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	Almeno 30% PET/TC erogate per le Strutture Complesse coinvolte prenotate con accesso diretto . Evidenza Agende CUP-G2.	Predisposizione agenda entro Maggio 2023. Periodo secondo semestre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	2931C	5	Riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale: accesso diretto prenotazione esame PET/TC senza mezzo di contrasto radiologico in pazienti con carcinoma della mammella e carcinomi ginecologici avanzati per valutazione progressione/ripresa malattia e monitoraggio clinico in corso d'impiego farmaci ad alto costo	Mantenimento prenotazione diretta tramite Agenda CUP dedicata secondo tempistica adeguata.	Dirigenti e Comparto	S.C. Oncologia-Senologia e dell'Apparato Riproduttivo Femminile.	Almeno 90% esami PET/TC erogate con prenotazione diretta.	Periodo monitoraggio Aprile -Dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	3207	6	Efficienza organizzativa : ottimizzazione governo risorse umane assegnate e volumi attività. Mantenimento attività diagnostica convenzionale	Mantenimento attività diagnostica convenzionale durante il periodo di sostituzione della gamma camera GE Infinia (durata per tutto il periodo richiesto dalla installazione della nuova apparecchiatura).	Dirigenti e Comparto		Predisposizione di doppio turno nel periodo stimato per la sostituzione della gamma camera (durata per tutto il periodo richiesto dalla installazione della nuova apparecchiatura).	Attuazione piano riorganizzazione turni Personale periodo Settembre-Dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	3208	7	Riorganizzazione dell'offerta: facilitazione procedure di accesso, scintigrafia polmonare perfusionale per diagnosi di microembolia polmonare al fine di ridurre i tempi di inquadramento diagnostico.	Predisposizione agenda CUP dedicata : prenotazione diretta esame scintigrafico polmonare perfusionale dal Personale della Pneumologia in CUP-WEB.	Dirigenti e Comparto	S.C. Pneumologia	Almeno 30% Scintigrafie erogate per la S.C. Pneumologia prenotate con accesso diretto . Evidenza Agende CUP-G2.	Predisposizione agenda entro Maggio 2023 Periodo monitoraggio secondo semestre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	3209C	8	Studio fattibilità per implementazione di due nuovi radioisotopi : Selenio 75 e Gallio 68	Valutazione dell'impatto clinico, tecnologico e radioprotezionistico per l'introduzione dei nuovi isotopi nella pratica clinica della MN Medicina Nucleare.	Dirigenti Medici e Fisici Sanitari	S.C. Fisica Sanitaria	Produzione relazione finale con valutazione dell'impatto.	Predisposizione relazione finale entro Novembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	3210	9	Applicazione dei percorsi di appropriatezza prescrittiva : revisione delle procedure di prenotazione per indagini PET/TC al fine di ottimizzare appropriatezza e timing di esecuzione dell'esame.	Modifica della scheda di richiesta esame PET-TC con indicazione del timing di esecuzione dell'esame da parte del Medico prescrittori. Incontri con i Medici prescrittori per ottimizzare i criteri di appropriatezza e l'ordine di priorità di esecuzione dell'indagine PET.	Direttore e Responsabile SS Diagnostica PET/TC		Revisione della richiesta PET/TC. Individuazione di almeno 3 Unità Operative prescrittrici e raggiungimento di almeno 60% di schede compilate correttamente. Individuazione di 3 Strutture .	Revisione scheda entro Giugno. Periodo di monitoraggio Settembre-Dicembre

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	3211	10	Garantire l'attività di Medicina Nucleare Convenzionale con la formazione di ulteriori 2 TSRM	Addestramento di 2 TSRM, attualmente impiegati solo in diagnostica PET, per consentire maggiore rotazione In diagnostica SPECT.	Coordinatore TSRM		Evidenza dell'inserimento in turno lavoro per l'attività specifica di 2 TSRM. Produzione documento	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Medicina Nucleare	2020	2930C	11	Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica nell'ambito del GOG (Gruppo multidisciplinare interaziendale Oncologia Ginecologica)	Revisione dei PDTA delle più frequenti neoplasie ginecologiche: carcinoma ovarico, carcinoma endometriale, carcinoma della cervice uterina.	Direttore e Dirigenti Medici	In comune con SSD Oncologia-Senologia e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	Produzione dei 3 documenti condivisi entro Agosto 2023.	Entro il 31/08/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia Gorizia e Monfalcone	624	3209	1	Radiologia Domiciliare	Acquisizione delle apparecchiature (apparecchio radiologico ed ecografo). Stesura protocollo operativo.	Direttore Coordinatori	Radiologia GoMo Cure Palliative Distretto	Attivazione di un servizio di Radiologia Domiciliare.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia Gorizia e Monfalcone	624	3201C	2	Ottimizzazione della gestione dei pazienti da sottoporre a indagini radiologiche che utilizzano mezzi di contrasto a base di iodio e a base di gadolinio alla luce delle linee guida europee sulla safety dei mezzi di contrasto	1. Revisione dell'attuale modulistica informativa per il paziente. 2. Formazione dei medici radiologi e del personale del comparto volta a garantire l'aderenza alle linee guida per una gestione più appropriata del paziente da sottoporre alla somministrazione del mezzo di contrasto.	Direttore DAI in comune con RTD, Direttore SC Radiologia OM, Direttore SC Radiologia GoMo e Direttore SC Medicina Nucleare	Tutte le SC del DAI Diagnostica per Immagini	1. Evidenza della nuova modulistica. 2. Evidenza dell'avvenuta effettuazione dell'evento formativo (date delle due edizioni con firme dei partecipanti) con superamento della prova pratica da parte di almeno il 95% dei partecipanti 3. verifica dell'aderenza alle linee guida (n. esami sospesi nel periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023 e analisi delle motivazioni)	1) 30/09/2023 2) 31/12/2023 3) periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia Gorizia e Monfalcone	624	3211a	3	Rielaborazione delle liste di sezione TC in entrambe le sedi per ridurre i tempi di attesa per i pazienti ricoverati	Riservare posti dedicati ai pazienti ricoverati in Medicina (entrambe le sedi) e Neurologia (Gorizia).	Dirigenti Medici	Medicine, Neurologia	Riduzione dei tempi di attesa degli esami TC per i pazienti ricoverati.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia Gorizia e Monfalcone	624	3212	4	Predisposizione di agende TC e RM dedicate ai pazienti operandi per patologia neoplastica	Riservare in TC e RM posti dedicati ai pazienti del pre-ricovero dei reparti chirurgici (entrambe le sedi) che devono essere operati per patologia neoplastica.	Comparto	Reparti chirurgici di entrambe le sedi ed oncologia	Possibilità per il pre-ricovero/ambulatori dei reparti chirurgici di prenotare direttamente esami TC ed RM pre-operatori in pazienti oncologici.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia Gorizia e Monfalcone	624	3213	5	Economico L'obiettivo si prefigge di ridurre i volumi e i conseguenti costi dei rifiuti erroneamente stoccati e pertanto mal riciclati, in un ottica di risparmio ed attenzione all'ambiente per una corretta transizione ecologica	1. Corretta distribuzione dei contenitori atti al riciclo. 2. Corsi di formazione atti anche a sensibilizzare all'argomento i lavoratori. 3. Creazione di check list e corretta cartellonistica Verifica presenza.	Comparto	Radiologia GoMo	Due riunioni plenarie per sede con tutto il personale. Evidenza delle azioni svolte	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia Gorizia e Monfalcone	624	3214	6	Gestione dei pazienti non ricoverati che devono sottoporsi a procedure interventistiche	Presa in carico condivisa dai vari reparti dei pazienti che devono sottoporsi a procedure interventistiche.	Direttori Coordinatori	Dipartimenti	Stesura procedura operativa di presa in carico e gestione di tali pazienti.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3201C	1	Ottimizzazione della gestione dei pazienti da sottoporre a indagini radiologiche che utilizzano mezzi di contrasto a base di iodio e a base di gadolinio alla luce delle linee guida	1. Revisione dell'attuale modulistica informativa per il paziente. 2. Formazione dei medici radiologi e del personale del comparto volta a garantire l'aderenza alle linee guida	Direttore DAI in comune con RTD, Direttore SC Radiologia OM, Direttore SC Radiologia	Tutte le SC del DAI Diagnostica per Immagini	1. Evidenza della nuova modulistica. 2. Evidenza dell'avvenuta effettuazione dell'evento formativo (date delle due	1) 30/09/2023 2) 31/12/2023 3) periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					europee sulla safety dei mezzi di contrasto	per una gestione più appropriata del paziente da sottoporre alla somministrazione del mezzo di contrasto.	GoMo e Direttore SC Medicina Nucleare		edizioni con firme dei partecipanti) con superamento della prova pratica da parte di almeno il 95% dei partecipanti 3. verifica dell'aderenza alle linee guida (n. esami sospesi nel periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023 e analisi delle motivazioni)	
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3215C	2	Riorganizzazione dell'attività nelle 3 sezioni TAC della SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e formazione del personale medico delle 2 SC Radiologia OC e OM alla luce della recente installazione della nuova TC multistrato dual energy presso la Radiologia OC	1. Revisione delle agende delle sezioni TC della SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica. 2. Organizzazione dell'attività dei dirigenti medici finalizzata a garantire la formazione iniziale di 2 dirigenti medici OC e successivo affiancamento dei dirigenti medici OC e OM.	Direttore SC in comune con Direttore SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e RTD	SC Radiologia OM in comune con SC Radiologia diagnostica e Interventistica	1. Evidenza delle nuove agende. 2. Almeno 2 turni in affiancamento per ciascun medico radiologo OC e OM.	1) a partire dal 1 aprile 2023 2) tutti i dirigenti medici radiologi delle 2 SC formati entro il 31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3204	3	Accreditamento, divulgazione dei programmi e dell'attività di Accreditation Canada e divulgazione dei programmi di qualità	Organizzazione di incontri periodici con i dirigenti medici radiologi finalizzati alla divulgazione dei programmi e dell'attività di Accreditation Canada e alla divulgazione dei programmi di qualità nell'ambito della SC Radiologia OM.	Direttore SC in comune con RTD, Coordinatori e Team Leader	SC Radiologia OM	1. Numero incontri verbalizzati con i dirigenti medici della SC Radiologia OM >= 5 2. Evidenza del piano di miglioramento entro il 30 novembre 2023 2.Mmessa in atto di azioni correttive a fronte di eventuali criticità riscontrate.	1) 31/12/2023 2) 30/11/2023 3) 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	2513C	4	Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesioni sospette nelle Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche (FAST TRACK)	Applicazione del protocollo già in atto e mantenimento di tale attività.	Dirigenti medici e TSRM	SC Radiologia OM in comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	>80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB). Base dati: G2 e data breast.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	2514C	5	Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche	Applicazione del protocollo già in atto per le pazienti screening e per il progetto Pronto Seno.	Dirigenti medici e TSRM	SC Radiologia OM in comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	> 60% delle pazienti con lesione sospetta alla mammografia e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB). Base dati: G2 e data breast.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3205C	6	Azione finalizzata all'ottimizzazione dell'impiego PET/TC	Rotazione di medici delle SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e SC Radiologia OM presso la SC Medicina Nucleare ai fini di una valutazione integrata della casistica, soprattutto nei casi che richiedono la somministrazione di MDC.	Dirigenti medici	SC Radiologia OM in comune con SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e SC Medicina Nucleare	100% esami PET-TC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e medico radiologo.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3216C	7	Miglioramento gestione del paziente: uniformità della procedura di preparazione del paziente da sottoporre a entero/colon-TC e entero/colon-RM nelle 3 SC Radiologia di ASUGI	Ottimizzazione della procedura di preparazione del paziente da sottoporre a entero/colon-TC e entero/colon-RM nelle 3 SC Radiologia di ASUGI alla luce della revisione della letteratura.	Dirigenti medici e comparto	SC Radiologia OM in comune con SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SC Radiologia GoMo	Evidenza della procedura ottimizzata.	Entro il 31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3217C	8	Miglioramento appropriatezza: Avviare/favorire consulenze radiologiche telefoniche per MMG, relative a prescrizione di esami radiologici per migliorare appropriatezza delle richieste	1. Condivisione della proposta con i MMG. 2. Predisposizione fascia oraria per la consulenza.	Dirigenti medici	SC Radiologia OM in comune con SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e SC Radiologia GoMo	1. Incontro con i rappresentanti dei MMG. 2. Definizione della procedura operativa e identificazione della fascia oraria. 3. Applicazione della procedura.	1) entro il 30 giugno 2023 2) entro il 30 luglio 2023 3) a far data dal 1 agosto 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3218C	9	Formazione di un secondo radiologo interventista per procedure osteoarticolari	1. Individuazione del dirigente medico da formare. 2. Formazione del dirigente medico mediante affiancamento al dirigente medico del DAI già formato.	Dirigenti medici	SC Radiologia OM in comune con SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	1. Almeno 4 turni in affiancamento del medico in formazione al dirigente medico già formato. 2. Inizio attività del medico neoformato.	Inizio attività del medico neoformato entro il 30 novembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3010C	10	Percorsi di cura Creazione di percorso interno per garantire l'esecuzione di esami RM in pazienti con patologia del nervo pudendo afferenti alla SC Riabilitazione OM	1. Valutazione del flusso di pazienti con patologia del nervo pudendo afferenti alla SC Riabilitazione OM. 2. Ottimizzazione del protocollo di esame. 3. Attivazione del percorso.	Dirigenti medici e comparto	SC Radiologia OM in comune con SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e SC Riabilitazione OM	1. Evidenza del numero stimato di pazienti da sottoporre a esami RM per patologia del nervo pudendo. 2. Evidenza del protocollo di esame. 3. Inizio dell'attività.	Attivazione dell'attività entro 01 ottobre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3227	11	Attualmente 8 TSRM sono in grado di utilizzare il tomografo di Risonanza Magnetica; si rende necessaria la formazione di almeno un TSRM in più rispetto agli attuali. Garantire la formazione ad 1 TSRM per l'attività di Risonanza Magnetica	Da aprile a dicembre 2023 formazione di 1 TSRM per RM.	Coordinatori	SC Radiologia OM	Un ulteriore TSRM autonomo nell'esecuzione di RM.	Entro il 31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SC Radiologia H. Maggiore	2100	3228	12	Registrazione digitale dei fermo macchina per tutte le apparecchiature radiologiche ed elettromedicali	Da maggio 2023 creazione file ed inizio registrazione dati.	Comparto	SC Radiologia OM	Evidenza delle giornate di fermo macchina al fine di rendicontazione esami radiologici non effettuati.	Entro il 31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Formazione e Ricerca Ultrasonografica Vascolare Multiparametrica	3797	3202	1	Implementazione esami Doppler vascolari arteriosi TSA e AAIL	Apertura di liste e inizio attività sezione Doppler vascolare arteriosi TSA e AAIL.	Responsabile SSD Ecografia Multiparametrica e Vascolare e Dirigenti Medici Sc Radiologia Diagnostica ed Interventistica	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Esecuzione di almeno 500 esami Doppler in tale distretto.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Formazione e Ricerca Ultrasonografica Vascolare Multiparametrica	3797	3201C	2	Ottimizzazione della gestione dei pazienti da sottoporre a indagini radiologiche che utilizzano mezzi di contrasto a base di iodio e a base di gadolinio alla luce delle linee guida europee sulla safety dei mezzi di contrasto	1. Revisione dell'attuale modulistica informativa per il paziente. 2. Formazione dei medici radiologi e del personale del comparto volta a garantire l'aderenza alle linee guida per una gestione più appropriata del paziente da sottoporre alla somministrazione del mezzo di contrasto.	Direttore DAI in comune con RTD, Direttore SC Radiologia OM, Direttore SC Radiologia GoMo e Direttore SC Medicina Nucleare	Tutte le SC del DAI Diagnostica per Immagini	1. Evidenza della nuova modulistica. 2. Evidenza dell'avvenuta effettuazione dell'evento formativo (date delle due edizioni con firme dei partecipanti) con superamento della prova pratica da parte di almeno il 95% dei partecipanti 3. verifica dell'aderenza alle linee guida (n. esami sospesi nel periodo 1 ottobre- 31	1) 30/09/2023 2) 31/12/2023 3) periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									dicembre 2023 e analisi delle motivazioni)	
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Formazione e Ricerca Ultrasonografica Vascolare Multiparametrica	3797	3203	3	Formazione di personale all'esecuzione di esami Doppler vascolari arteriosi TSA e AAIL	Organizzazione dei turni di attività in modo coordinato tra la SC Radiologia Diagnostica ed interventistica e la SSD di Ecografia Multiparametrica e vascolare, con utilizzo flessibile del personale in modo tale da garantire la formazione di un dirigente medico.	Responsabile SSD Ecografia Multiparametrica e Vascolare e Dirigenti Medici SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	SC Radiologia Diagnostica ed interventistica	Formazione di un dirigente medico all'esecuzione di esami Doppler vascolari arteriosi TSA e AAIL, come documentabile dall'esecuzione e refertazione di esami in modo autonomo.	Entro il 30/06/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Formazione e Ricerca Ultrasonografica Vascolare Multiparametrica	3797	2546C	4	Avviamento dell'attività della SSD Ecografia Multiparametrica e Vascolare	Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare. Approntamento degli ambienti e installazione delle apparecchiature. Apertura delle stanze, predisposizione delle liste e inizio attività.	Responsabile SSD Ecografia Multiparametrica e Vascolare e Dirigenti Medici SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e Dirigeneti Medici SC Urologia che partecipano all'attività	SC Radiologia Diagnostica ed interventistica SC Urologia	Evidenza di apertura agende prenotazioni, raggiungimento della piena operatività organizzativa della SSD.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	3829	3223C	1	Aggiornamento Moduli Consenso Informato per l'esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti come previsto dal D. Lsg 101/2020	Revisione modulistica per le procedure di radiologia interventistica endovascolare con l'inserimento del consenso all'esposizione come da D. Lsg 101/2020.	Coordinatore SSD Radiologia Interventistica Endovascolare e Responsabile SSD	SC Fisica Sanitaria	Diffusione nuova modulistica.	Entro il 01/10/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	3829	3201C	2	Ottimizzazione della gestione dei pazienti da sottoporre a indagini radiologiche che utilizzano mezzi di contrasto a base di iodio e a base di gadolinio alla luce delle linee guida europee sulla safety dei mezzi di contrasto	1. Revisione dell'attuale modulistica informativa per il paziente. 2. Formazione dei medici radiologi e del personale del comparto volta a garantire l'aderenza alle linee guida per una gestione più appropriata del paziente da sottoporre alla somministrazione del mezzo di contrasto.	Direttore DAI in comune con RTD, Direttore SC Radiologia OM, Direttore SC Radiologia GoMo e Direttore SC Medicina Nucleare	Tutte le SC del DAI Diagnostica per Immagini	1. Evidenza della nuova modulistica. 2. Evidenza dell'avvenuta effettuazione dell'evento formativo (date delle due edizioni con firme dei partecipanti) con superamento della prova pratica da parte di almeno il 95% dei partecipanti 3. verifica dell'aderenza alle linee guida (n. esami sospesi nel periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023 e analisi delle motivazioni)	1) 30/09/2023 2) 31/12/2023 3) periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	3829	2545C	3	Collaborazione SSD Radiologia Interventistica Endovascolare-SC Clinica Urologica per la riduzione tempi d'attesa attività operatoria urologica	Incremento attività di radiologia interventistica endourologica (posizionamento stent ureterali, sostituzione nefrostomie, nefrostomie, etc) in collaborazione con la SC di urologia.	Medici, TSRM, IP SC Radiologia Diagnostica ed interventistica	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SSD Radiologia Interventistica Endovascolare; SC Clinica Urologica	Almeno 120 procedure endourologiche.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	3829	3224	4	Garantire le procedure angiografiche/rx interventistica urgenti/emergenti nella fascia oraria 14:00-20:00	Le procedure urgenti/emergenti di radiologia interventistica nella fascia oraria 14-20 sono garantite da 5 radiologi "interventisti" che fanno turni pomeridiani in TAC, PS, RM, etc, sobbarcandosi il carico, oltre all'attività programmata, anche di eventuali procedure interventistiche urgenti/emergenti che venissero richieste in tale fascia oraria. Tale impegno diviene talvolta problematico da garantire nei periodi	Personale medico della SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	N. procedure di radiologia interventistica eseguita nella fascia oraria pomeridiana.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						di ferie (estate-natale). Ci si impegna a garantire la copertura dei pomeriggi critici mediante protocollo interno condiviso tra i radiologi interventisti.				
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	3829	2416C	5	Istituzione di meeting multidisciplinari (radiologia, neurologia, radiologia interventistica, neurochirurgia) annuali per discutere casistica/tematiche di patologia vascolare con particolare focus sul trattamento e diagnostica aggiornata di quella particolare patologia.	Realizzazione di almeno 4 meeting.	Personale medico delle SC di Radiologia Diagnostica ed Interventistica, Neurochirurgia e Clinica Neurologica	SC di Radiologia Diagnostica ed Interventistica; SC Neurochirurgia; SC Clinica Neurologica	Documento di sintesi condiviso sui 4 meeting effettuati.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	3829	3225	6	Collaborazione SSD Radiologia Interventistica Endovascolare-SC Clinica Chirurgica per la riduzione tempi d'attesa attività operatoria	Attivazione procedure di embolizzazione delle emorroidi sintomatiche in collaborazione con la SC Clinica Chirurgica.	Radiologi Interventisti, TSRM operativi in sala di radiologia interventistica, IP SC Radiologia Diagnostica ed interventistica, personale medico SC Clinica Chirurgica	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica, SSD Radiologia Interventistica Endovascolare; SC Clinica Chirurgica	Definizione protocollo operativo (linee guida etc). Avvio attività: almeno 5 procedure.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Interventistica	2080	3201C	1	Ottimizzazione della gestione dei pazienti da sottoporre a indagini radiologiche che utilizzano mezzi di contrasto a base di iodio e a base di gadolinio alla luce delle linee guida europee sulla safety dei mezzi di contrasto	1. Revisione dell'attuale modulistica informativa per il paziente. 2. Formazione dei medici radiologi e del personale del comparto volta a garantire l'aderenza alle linee guida per una gestione più appropriata del paziente da sottoporre alla somministrazione del mezzo di contrasto.	Direttore DAI in comune con RTD, Direttore SC Radiologia OM, Direttore SC Radiologia GoMo e Direttore SC Medicina Nucleare	Tutte le SC del DAI Diagnostica per Immagini	1. Evidenza della nuova modulistica. 2. Evidenza dell'avvenuta effettuazione dell'evento formativo (date delle due edizioni con firme dei partecipanti) con superamento della prova pratica da parte di almeno il 95% dei partecipanti 3. verifica dell'aderenza alle linee guida (n. esami sospesi nel periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023 e analisi delle motivazioni)	1) 30/09/2023 2) 31/12/2023 3) periodo 1 ottobre- 31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Interventistica	2080	3215C	2	Riorganizzazione dell'attività nelle 3 sezioni TAC della SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica e formazione del personale medico delle 2 SC Radiologia OC e OM alla luce della recente installazione della nuova TC multistrato dual energy presso la Radiologia OC	1. Revisione delle agende delle sezioni TC della SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica. 2. organizzazione dell'attività dei dirigenti medici finalizzata a garantire la formazione iniziale di 2 dirigenti medici OC e successivo affiancamento dei dirigenti medici OC e OM.	Direttore SC in comune con Direttore SC Radiologia OM e RTD	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica in comune con SC Radiologia OM	1. Evidenza delle nuove agende. 2. Almeno 2 turni in affiancamento per ciascun medico radiologo OC e OM.	1) a partire dal 1 aprile 2023 2) tutti i dirigenti medici radiologi delle 2 SC formati entro il 31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Interventistica	2080	3204	3	Accreditamento, divulgazione dei programmi e dell'attività di Accreditation Canada e divulgazione dei programmi di qualità	Organizzazione di incontri periodici con i dirigenti medici radiologi finalizzati alla divulgazione dei programmi e dell'attività di Accreditation Canada e alla divulgazione dei programmi di qualità nell'ambito della SC Radiologia diagnostica ed Interventistica.	Direttore SC in comune con RTD, coordinatori e team leader	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica	1. Numero incontri verbalizzati con i dirigenti medici della SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica. 2. messa in atto di eventuali azioni correttive a fronte delle criticità rilevate.	1) n. incontri verbalizzati >= 5 2) evidenza del piano di miglioramento entro il 30 novembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Interventistica	2080	2513C	4	Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesioni sospette nelle Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche (FAST TRACK)	Applicazione del protocollo già in atto e mantenimento di tale attività.	Dirigenti medici e TSRM	SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica in comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato	>80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
								Riproduttivo Femminile (Osarf), SC Radiologia OM, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	fatta per VAB). Base dati: G2 e data breast.	
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervistica	2080	2514C	5	Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche	Applicazione del protocollo già in atto per le pazienti screening e per il progetto Pronto Seno.	Dirigenti medici e TSRM	SC Radiologia Diagnostica ed Intervistica in comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SC Radiologia OM, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	> 60% delle pazienti con lesione sospetta alla mammografia e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB). Base dati: G2 e data breast.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervistica	2080	3205C	6	Azione finalizzata all'ottimizzazione dell'impiego PET/TC	Rotazione di medici delle SC Radiologia Diagnostica ed Intervistica e SC Radiologia OM presso la SC Medicina Nucleare ai fini di una valutazione integrata della casistica, soprattutto nei casi che richiedono la somministrazione di MDC.	Dirigenti medici	SC Radiologia Diagnostica ed Intervistica in comune con SC Radiologia OM e SC Medicina Nucleare	100% esami PET-TC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e medico radiologo.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervistica	2080	3216C	7	Miglioramento gestione del paziente: uniformità della procedura di preparazione del paziente da sottoporre a entero/colon-TC e entero/colon-RM nelle 3 SC Radiologia di ASUGI	Ottimizzazione della procedura di preparazione del paziente da sottoporre a entero/colon-TC e entero/colon-RM nelle 3 SC Radiologia di ASUGI alla luce della revisione della letteratura.	Dirigenti medici e comparto	SC Radiologia Diagnostica ed Intervistica OC in comune con SC Radiologia OM, SC Radiologia GoMo	Evidenza della procedura ottimizzata.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervistica	2080	3217C	8	Miglioramento appropriatezza: Avviare/favorire consulenze radiologiche telefoniche per MMG, relative a prescrizione di esami radiologici per migliorare appropriatezza delle richieste	1. Condivisione della proposta con i MMG. 2. Predisposizione fascia oraria per la consulenza.	Dirigenti medici	SC Radiologia Diagnostica ed Intervistica OC in comune con SC Radiologia OM e SC Radiologia GoMo	1. Incontro con i rappresentanti dei MMG. 2. Definizione della procedura operativa e identificazione della fascia oraria. 3. Applicazione della procedura.	1) entro il 30 giugno 2023 2) entro il 31 luglio 2023 3) a far data dal 1 agosto 2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervistica	2080	3218C	9	Formazione di un secondo radiologo interventista per procedure osteoarticolari	1. Individuazione del dirigente medico da formare. 2. Formazione del dirigente medico mediante affiancamento al dirigente medico del DAI già formato.	Dirigenti medici	SC Radiologia Diagnostica ed Intervistica OC in comune con SC Radiologia OM	1. Almeno 4 turni in affiancamento del medico in formazione al dirigente medico già formato. 2. Inizio attività del medico neoformato.	1) inizio attività del medico neoformato entro il 30 novembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervistica	2080	3010C	10	Percorsi di cura Creazione di percorso interno per garantire l'esecuzione di esami RM in pazienti con patologia del nervo pudendo afferenti alla SC Riabilitazione OM	1. Valutazione del flusso di pazienti con patologia del nervo pudendo afferenti alla SC Riabilitazione OM. 2. Ottimizzazione del protocollo di esame. 3. Attivazione del percorso.	Dirigenti medici e comparto	SC Radiologia Diagnostica ed Intervistica OC in comune con SC Radiologia OM e SC Riabilitazione OM	1. Evidenza del numero stimato di pazienti da sottoporre a esami RM per patologia del nervo pudendo. 2. Evidenza del protocollo di esame. 3. Inizio dell'attività.	inizio dell'attività entro 1 ottobre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervistica	2080	3219C	11	Ottimizzazione protocolli di acquisizione sulla nuova TC Canon installata presso la S.C. (UCO) di Radiologia Diagnostica e Intervistica di Cattinara	Riunioni periodiche per individuare eventuali necessità di intervento, emerse dal monitoraggio di indicatori dosimetrici e qualità dell'immagine.	Dirigenti medici e comparto	SC Radiologia Diagnostica e Intervistica in comune con SC Fisica Sanitaria	Ottimizzazione dei protocolli usati più frequentemente rispetto a quelli proposti dalla Ditta all'inizio dell'attività clinica.	evidenza dei protocolli modificati entro il 31 dicembre 2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervistica	2080	3220	12	Registrazione digitale della situazione operativa degli apparecchi mobili per rx intrasportabili	Creazione di un database condiviso tra tutto il personale tecnico e i coordinatori. Compilazione puntuale del file con descrizione sulla locazione e sullo	Coordinatori e TSRM	SC Radiologia Diagnostica e Intervistica	Registrazione delle informazioni richieste per almeno l'80% delle procedure eseguite.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						stato tecnico di tutti gli apparecchi mobili e sulla presenza degli strumenti accessori e dei dpi.				
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervestistica	2080	3221	13	Garantire l'attività nella nuova TC Dual Energy con la formazione di almeno 15 TSRM	Addestramento di almeno 15 TSRM all'utilizzo della nuova apparecchiatura TC dual energy per consentire un'adeguata turnazione sull'apparecchiatura. Evidenza della giornate in cui i TSRM hanno avuto formazione e addestramento.	Coordinatori	SC Radiologia Diagnostica e Intervestistica	Almeno 15 TSRM saranno in grado di utilizzare la nuova apparecchiatura.	Entro il 31/12/2023
DAI Diagnostica per Immagini	UCO Radiologia Diagnostica ed Intervestistica	2080	3222	14	Promozione attività scientifica e di ricerca	Produzione di attività scientifica e di ricerca.	Tutta la struttura	SC Radiologia Diagnostica ed Intervestistica	Almeno 15 pubblicazioni.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	DAI Medicina dei Servizi	463	3301	1	Rimodulazione delle attribuzioni analitiche tra le Strutture dipartimentali e adeguamento continuo dell'offerta diagnostica del DAI di medicina dei servizi nell'evoluzione pandemica da SARS CoV2	La graduale attenuazione della situazione pandemica e la concomitante criticità del turnover non compensato del personale tecnico sanitario rendono necessaria una razionalizzazione delle attività notturne a carattere microbiologico tra strutture dipartimentali che operano sulle 24h, in modo da garantire la continuità delle attività diurne ad alta priorità. Obiettivo del Direttore del DAI sarà quello di gestire la rimodulazione delle attribuzioni analitiche tra le Strutture dipartimentali, per una migliore risposta diagnostica, in coerenza con le esigenze clinico assistenziali ed epidemiologiche e orientata alla multidisciplinarietà delle competenze. La riorganizzazione di tali attività prevede un accentramento della diagnostica tradizionale notturna presso la SC Laboratorio Analisi Unico e un decentramento graduale mediante sistemi POCT presso i Pronto Soccorso ASU GI della diagnostica COVID contribuendo a ridurre i tempi relativi al percorso di ricovero ospedaliero dell'area di emergenza/urgenza già comprovata da criticità logistico-organizzative. Azioni Previste: 1. Interazione con l'industria, definizione di un eventuale capitolato di gara e scelta della strumentazione con caratteristiche PoCT, valutate le necessità organizzative dei contesti di riferimento. 2. Pianificazione delle azioni tecniche, informatiche e impiantistiche necessarie. 3. Realizzazione del nuovo assetto	Direttore DAI		Relazione con evidenza della realizzazione delle azioni previste.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						tecnologico. 4. Definizione della stesura procedure per l'attività gestionale, analitica e il controllo di qualità. 5. Coordinamento della formazione, addestramento e tutoraggio del personale della struttura/reparto incaricato della gestione del POCT. 6. Coordinamento e attribuzione attività alle SS.CC/UCO Dipartimentali interessate su diagnosi diretta di SARS- CoV-2 con relativa rimodulazione dei turni di guardia attiva notturna.				
DAI Medicina dei Servizi	DAI Medicina dei Servizi	463	3302C	2	Sostenere e diffondere la cultura della formazione professionalizzante ed extra professionalizzante, integrandola con i modelli organizzativi ed assistenziali declinati dalla programmazione del Sistema Sanitario Regionale.	1. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi professionalizzanti e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire il mantenimento degli standard quali/quantitativi dei servizi parallelamente alle attività di affiancamento per i tirocini professionalizzanti di cui al Protocollo regionale dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. 2. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire la frequenza e l'affiacamento agli studenti dei Corsi di Laurea dell'area Medica e Sanitaria, mantenendo gli standard di attività.	a) Personale del comparto delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi che garantisce supporto indiretto alle attività di formazione professionalizzante INDICARE I NOMI b) Personale dirigente delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi INDICARE I NOMI	- UCO Anatomia Patologica - SC Laboratorio Analisi Unico - UCO Igiene e Medicina preventiva - SC Microbiologia - SSD Laboratorio Spoke Area Isontina	1.Tenuto conto dell'incremento degli studenti dei CDL professioni sanitarie di cui al Protocollo regione università, presentazione di una relazione sul mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022. 2. Sviluppo di percorsi di affiancamento per gli studenti dei Corsi di Laurea e Scuola di specializzazione relativi all'area Medica e Sanitaria: relazione sugli interventi di affiacamento effettuati dalle SC/UCO in incremento rispetto al 2022, garantendo il mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Laboratorio Analisi Unico	5282	3312C	1	Adottare, nel Laboratorio Unico di ASUGI, procedure condivise per la corretta gestione dell'esame dei liquidi cavitari, suddivisi per tipologia, al fine di aumentarne lo spessore informativo con miglior outcome per i pazienti	Ricerca e analisi della letteratura scientifica aggiornata (riviste indicizzate, linee guida di enti che definiscono gli standard standard di qualità dei test di di laboratorio clinico...) Scelta degli esami più idonei ed eliminazione di quelli obsoleti secondo criteri EBLM (se necessario, consultando i Clinici di riferimento).	Dirigenti; Comparto	SC Laboratorio Unico, SSD Laboratorio Spoke Isontino	Stesura di una SOP condivisa per ciascuna tipologia di materiale.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Laboratorio Analisi Unico	5282	3302C	2	Sostenere e diffondere la cultura della formazione professionalizzante ed extra professionalizzante, integrandola con i modelli organizzativi ed assistenziali declinati dalla programmazione del Sistema Sanitario Regionale.	1. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi professionalizzanti e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire il mantenimento degli standard quali/quantitativi dei servizi parallelamente alle attività di affiancamento per i tirocini	a) Personale del comparto delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi che garantisce supporto indiretto alle attività di formazione professionalizzante INDICARE I NOMI	- UCO Anatomia Patologica - SC Laboratorio Analisi Unico - UCO Igiene e Medicina preventiva - SC Microbiologia - SSD Laboratorio Spoke Area Isontina	1.Tenuto conto dell'incremento degli studenti dei CDL professioni sanitarie di cui al Protocollo regione università, presentazione di una relazione sul mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>professionalizzanti di cui al Protocollo regionale dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.</p> <p>2. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire la frequenza e l'affiacamento agli studenti dei Corsi di Laurea dell'area Medica e Sanitaria, mantenendo gli standard di attività.</p>	<p>b)</p> <p>Personale dirigente delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi</p> <p>INDICARE I NOMI</p>		<p>2. Sviluppo di percorsi di affiancamento per gli studenti dei Corsi di Laurea e Scuola di specializzazione relativi all'area Medica e Sanitaria: relazione sugli interventi di affiancamento effettuati dalle SC/UCO in incremento rispetto al 2022, garantendo il mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022.</p>	
DAI Medicina dei Servizi	SC Laboratorio Analisi Unico	5282	3313C	3	Programmi di screening HCV: Refertazione del test di I livello (reflex)	Refertazione dei test di I livello (HCV Ab screening e HCV RNA) su campioni arruolati nello screening regionale HCV entro 12gg dal prelievo, di cui almeno il 50% entro 7 gg.	Dirigenti; Comparto	SC Laboratorio Unico, UCO Igiene e Medicina Preventiva	<p>Refertazione del test HCV Ab screening da parte del Laboratorio Unico entro 3 gg dal prelievo (TAT<=3gg). Almeno il 50% dei test HCV Ab refertati entro 2 gg dal prelievo (TAT < 2 gg). Refertazione del test HCV RNA da parte del Laboratorio di Igiene entro 9 gg (TAT <= 9 gg) dalla refertazione del Laboratorio Unico del test HCV Ab screening. Almeno il 50% dei test HCV RNA da parte del laboratorio di Igiene refertati entro 5 gg (TAT < 5 gg) dalla refertazione del Laboratorio Unico del test HCV screening.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Laboratorio Analisi Unico	5282	3314C	4	Determinazione del PTHIO in SSD Spoke Isontino	<p>Il dosaggio intraoperatorio del paratormone (PTHIO) dopo interventi di paratiroidectomia mini-invasiva video-assistita (MIVAP) è utile per confermare il successo della terapia chirurgica.</p> <p>Il PTH è prodotto solo dalle paratiroidi, ha una emivita molto breve (3-5 minuti), perciò eliminando il tessuto iperfunzionante, si osserva una immediata riduzione delle concentrazioni in circolo (indice di successo della terapia).</p>	Dirigenti; Comparto	SC Laboratorio Unico, SSD Spoke Isontino	<p>Programmazione ed esecuzione del PTHIO con percorso dedicato su analizzatore automatico. Stesura di una I.O. ad hoc condivisa con i Clinici dello Spoke Isontino.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Laboratorio Analisi Unico	5282	3315C	5	Accentrare la diagnostica su matrice fecale nella SSD Laboratorio spoke - Area Isontina. Concentrare la diagnostica delle infezioni virali, batteriche e parassitarie del tratto gastrointestinale, eseguire la diagnostica e il monitoraggio post terapeutico dei pazienti con infezione da H. pylori, eseguire il dosaggio dei marker complementari nella diagnosi di malattie intestinali infiammatorie e non (elastasi fecale,	<p>Predisposizione della struttura informatica al passaggio dei test al laboratorio di Monfalcone.</p> <p>Formazione del personale dirigente e tecnico all'esecuzione dei nuovi test.</p> <p>Applicazione delle linee guida nazionali e internazionali sull'appropriatezza prescrittiva e applicazione del tariffario regionale.</p> <p>Definizione di un percorso diagnostico condiviso tra le strutture di laboratorio coinvolte.</p>	Dirigenti; Comparto	DAI Medicina dei servizi, SC Microbiologia e Virologia, SC Laboratorio Unico, SSD Laboratorio Spoke Isontino	<p>Trasferimento ed esecuzione dei test Mantenimento dei TAT.</p> <p>Passaggio ed esecuzione del 100% dei test indicati (ad eccezione degli esami urgenti) su Monfalcone.</p>	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					esame chimico fisico delle feci, calprotectina) ha come finalità: ottimizzare i trasporti, stabilire un unico punto di riferimento aziendale, migliorare la qualità e i tempi di refertazione utilizzando un minor numero di campioni.	Informazione ai clinici (ospedalieri, convenzionati, MMG, liberi professionisti) delle nuove metodiche.				
DAI Medicina dei Servizi	SC Laboratorio Analisi Unico	5282	2915C	6	Piattaforma sperimentazioni fase 1	Porre le basi per dare avvio al sistema di autocertificazione richiesto da AIFA per poter eseguire studi fase 1.	a) Direttore Ematologia b) Direttore Ricerca e Innovazione clinico assistenziale c) Direttore Laboratorio d) Direttore Farmacia e) Direzione Medica f) Dirigenti Medici Ematologia, Laboratorio Analisi, Direzione Medica, Farmacisti , g) Coordinatrice Ematologia, h) Coordinatrice CUSA, i) SSD PREVENZIONE PROTEZIONE AMBIENTI DI LAVORO	SC Ricerca e Innovazione clinico assistenziale, Laboratorio Analsi, Farmacia, Direzione Medica, CUSA, SSD PPAL	Identificazione delle figure professionali coinvolte. Identificare la lista delle procedure richieste. Identificare le risorse umane richieste. Identificare le risorse strutturali necessarie.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Laboratorio Analisi Unico	5282	3316C	7	Garantire una gestione coordinata delle criticità legate ai blocchi informatici maggiori dei sistemi gestionali di laboratorio riducendo il disagio per gli operatori, i rischi ed i ritardi legati alla attivazione procedure di backup	Convocazioni di incontri congiunti tra i referenti delle strutture complesse di laboratorio con la Direzione Medica. Stesura di un protocollo condiviso.	Dirigenti; Comparto	UC Medicina Trasfusionale, UCO Igiene e Medicina Preventiva SC Laboratorio Analisi Unico SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina SC Microbiologia	Protocollo di gestione delle emergenze informatiche dei laboratori validato e condiviso.	Entro il 30/06/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Laboratorio Analisi Unico	5282	3317	8	Ampliamento del repertorio di test sierologici e immunometrici per l'affinamento diagnostico e la miglior definizione prognostica, oltre che per migliorare i tempi di refertazione e semplificare i percorsi diagnostici	1. Ricerca e valutazione critica della letteratura scientifica, scelta di analizzatori e reagenti con miglior performance. 2. Pianificazione delle attività analitiche, informatiche ed impiantistiche necessarie. 3. Realizzazione del nuovo assetto tecnologico e assegnazione del personale tecnico. 4. Stesura delle procedure per l'attività gestionale, analitica e qualitativa. 5. Formazione del personale di Laboratorio. 6. Informazione ai clinici di riferimento per l'appropriatezza della richiesta e la corretta interpretazione dei test in relazione al quadro clinico di riferimento. 7. Accordo con la Direzione Sanitaria del Burlo e definizione del percorso (analitico e informatico) per la richiesta dei test.	Direttore SC		Relazione con evidenza della realizzazione delle azioni previste.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Medicina dei Servizi	SC Microbiologia	3568	3324	1	Riorganizzazione delle attività della SC Microbiologia con ampliamento delle nuove tecnologie	Revisione delle attività della SC Microbiologia: rimodulazione della distribuzione delle attività e ampliamento dell'offerta diagnostica. Riorganizzazione di spazi, strumentazione e flussi di lavoro.	Direttore SC		1. Rimodulazione della distribuzione delle attività diagnostiche: relazione attestante le innovazioni introdotte. 2. Presenza di nuovi esami di diagnostica molecolare.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Microbiologia	3568	3302C	2	Sostenere e diffondere la cultura della formazione professionalizzante ed extra professionalizzante, integrandola con i modelli organizzativi ed assistenziali declinati dalla programmazione del Sistema Sanitario Regionale.	1. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi professionalizzanti e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire il mantenimento degli standard quali/quantitativi dei servizi parallelamente alle attività di affiancamento per i tirocini professionalizzanti di cui al Protocollo regionale dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. 2. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire la frequenza e l'affiacamento agli studenti dei Corsi di Laurea dell'area Medica e Sanitaria, mantenendo gli standard di attività.	a) Personale del comparto delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi che garantisce supporto indiretto alle attività di formazione professionalizzante INDICARE I NOMI b) Personale dirigente delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi INDICARE I NOMI	- UCO Anatomia Patologica - SC Laboratorio Analisi Unico - UCO Igiene e Medicina preventiva - SC Microbiologia - SSD Laboratorio Spoke Area Isontina	1.Tenuto conto dell'incremento degli studenti dei CDL professioni sanitarie di cui al Protocollo regione università, presentazione di una relazione sul mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022. 2. Sviluppo di percorsi di affiancamento per gli studenti dei Corsi di Laurea e Scuola di specializzazione relativi all'area Medica e Sanitaria: relazione sugli interventi di affiacamento effettuati dalle SC/UCO in incremento rispetto al 2022, garantendo il mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Microbiologia	3568	3325	3	Miglioramento della qualità: Ottimizzazione della diagnostica microbiologica con acquisizione e/o implementazione di nuove tecnologie	Riorganizzazione delle attività del settore (personale tecnico e dirigente da SARS CoV2 ad altra diagnostica). Implementazione delle strumentazioni di diagnostica molecolare acquisite; automazione e informatizzazione della diagnostica esistente.	Dirigenti Medici e Biologi, Coordinatore e TSLB		1. incremento del numero di test di diagnostica molecolare non Covid (almeno +20% rispetto all'anno precedente). 2. Almeno una tipologia di test passato da metodica manuale ad automazione.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Microbiologia	3568	2229C	4	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza. Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive.	Sorveglianza di organismi multiresistenti e di specie microbiche responsabili di infezioni correlate all'assistenza (ICA): rilevazione dei casi e approfondimenti mediante nuove tecniche di sequenziamento. Introduzione di un protocollo per la genotipizzazione di batteri multiresistenti. Introduzione di un protocollo di sequenziamento 16S in NGS per la caratterizzazione di patogeni responsabili di ICA.	Dirigenti; comparto	UCO Igiene	Introduzione di una nuova analisi di tipo NGS per tipizzazione di almeno un patogeno con multiresistenze tra quelli di interesse (Glass - Global Antimicrobial resistance and use Surveillance System - WHO). Introduzione di un protocollo di sequenziamento 16S in NGS per l'identificazione di patogeni responsabili di infezioni correlate all'assistenza. Identificazione presso la SC Microbiologia e conferimento alla UCO Igiene. Sequenziamento di almeno 10	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									ceppi batterici di interesse per sospetto outbreak o MDR.	
DAI Medicina dei Servizi	SC Microbiologia	3568	2231C	5	Lotta alle resistenze antibiotiche - Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza e Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG (obiettivo: Lotta alle resistenze antibiotiche)	Appropriatezza nell'uso dei nuovi antibiotici nella terapia dei germi multiresistenti. Protocollo diagnostico per i test microbiologici di approfondimento.	dirigenti	Malattie infettive	Elaborazione di un protocollo che per MDR definisce le indicazioni operative e metodologiche sui test in vitro e sinergismi degli antibiotici di seconda e terza linea.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Microbiologia	3568	2234C	6	Rischio Clinico - Integrazione operativa dell'area Giuliano-Isontina (Antimicrobial Stewardship)	Analisi dei dati di antibioticoresistenza e uniformità della reportistica tra area giuliana e isontina.	dirigenti	Malattie infettive, SSD Spoke, infettivologi Monfalcone e Gorizia	Report condiviso sulle antibiotico-resistenze dei principali microrganismi causa di infezioni, elaborato tenendo conto delle linee guida internazionali e nazionali.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Microbiologia	3568	3326	7	Miglioramento della qualità: Ottimizzazione delle procedure diagnostiche di laboratorio per la gestione delle infezioni di impianti protesici mammari	Miglioramento della diagnosi delle infezioni da impianti protesici mammari che vengono espantati in sospetta infezione mediante l'introduzione di metodiche che permettono la dissoluzione del biofilm per aumentare la sensibilità e permettere l'identificazione di germi a lenta crescita.	dirigenti: dr.ssa Manuela Di Santolo e dr.ssa Venera Costantino	Chirurgia plastica	Valutazione delle metodiche disponibili e dei dati di letteratura. Stesura di una procedura per la raccolta e la processazione degli impianti protesici mammari e dei tessuti periprotetici.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Microbiologia	3568	3315C	8	Accentrare la diagnostica su matrice fecale nella SSD Laboratorio spoke - Area Isontina. Concentrare la diagnostica delle infezioni virali, batteriche e parassitarie del tratto gastrointestinale, eseguire la diagnostica e il monitoraggio post terapeutico dei pazienti con infezione da H. pylori, eseguire il dosaggio dei marker complementari nella diagnosi di malattie intestinali infiammatorie e non (elastasi fecale, esame chimico fisico delle feci, calprotectina) ha come finalità: ottimizzare i trasporti, stabilire un unico punto di riferimento aziendale, migliorare la qualità e i tempi di refertazione utilizzando un minor numero di campioni.	Predisposizione della struttura informatica al passaggio dei test al laboratorio di Monfalcone. Formazione del personale dirigente e tecnico all'esecuzione dei nuovi test. Applicazione delle linee guida nazionali e internazionali sull'appropriatezza prescrittiva e applicazione del tariffario regionale. Definizione di un percorso diagnostico condiviso tra le strutture di laboratorio coinvolte. Informazione ai clinici (ospedalieri, convenzionati, MMG, liberi professionisti) delle nuove metodiche.	Dirigenza e Comparto	DAI Medicina dei servizi, SC Microbiologia e Virologia, SC Laboratorio Unico, SSD Laboratorio Spoke Isontino	Trasferimento ed esecuzione dei test Mantenimento dei TAT. Passaggio ed esecuzione del 100% dei test indicati (ad eccezione degli esami urgenti) su Monfalcone.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SC Microbiologia	3568	2230C	9	Gestione del rischio clinico e Accreditazione: lotta alle resistenze antibiotiche	Antibiotic Stewardship, Linee guida di terapia antibiotica empirico-ragionata delle principali sindromi infettive.	dirigenti medici, biologi, farmacisti (M.Infettive, Microbiologia, Farmacia)	Malattie infettive, Farmacia AG	Presentazione di documento condiviso.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3302C	1	Sostenere e diffondere la cultura della formazione professionalizzante ed extra professionalizzante, integrandola con i modelli organizzativi ed assistenziali declinati dalla programmazione del Sistema Sanitario Regionale.	1. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi professionalizzanti e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire il mantenimento degli standard quali/quantitativi dei servizi parallelamente alle attività di affiancamento per i tirocini professionalizzanti di cui al Protocollo	a) Personale del comparto delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi che garantisce supporto indiretto alle attività di formazione professionalizzante INDICARE I NOMI	- UCO Anatomia Patologica - SC Laboratorio Analisi Unico - UCO Igiene e Medicina preventiva - SC Microbiologia - SSD Laboratorio Spoke Area Isontina	1. Tenuto conto dell'incremento degli studenti dei CDL professioni sanitarie di cui al Protocollo regione università, presentazione di una relazione sul mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022. 2. Sviluppo di percorsi di	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						regionale dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. 2. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire la frequenza e l'affiacamento agli studenti dei Corsi di Laurea dell'area Medica e Sanitaria, mantenendo gli standard di attività.	b) Personale dirigente delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi INDICARE I NOMI		affiacamento per gli studenti dei Corsi di Laurea e Scuola di specializzazione relativi all'area Medica e Sanitaria: relazione sugli interventi di affiacamento effettuati dalle SC/UCO in incremento rispetto al 2022, garantendo il mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022.	
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3312C	2	Adottare, nel Laboratorio Unico di ASUGI, procedure condivise per la corretta gestione dell'esame dei liquidi cavitari, suddivisi per tipologia, al fine di aumentarne lo spessore informativo con miglior outcome per i pazienti	Ricerca e analisi della letteratura scientifica aggiornata (riviste indicizzate, linee guida di enti che definiscono gli standard di qualità dei test di di laboratorio clinico...). Scelta degli esami più idonei ed eliminazione di quelli obsoleti secondo criteri EBLM (se necessario, consultando i Clinici di riferimento).	Dirigenza e Comparto	SC Laboratorio Unico, SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	Stesura di una SOP condivisa per ciascuna tipologia di materiale.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3314C	3	Determinazione del PTHIO in SSD Spoke Isontino	Il dosaggio intraoperatorio del paratormone (PTHIO) dopo interventi di paratiroidectomia mini-invasiva video-assistita (MIVAP) è utile per confermare il successo della terapia chirurgica. Il PTH è prodotto solo dalle paratiroidi, ha una emivita molto breve (3-5 minuti), perciò eliminando il tessuto iperfunzionante, si osserva una immediata riduzione delle concentrazioni in circolo (indice di successo della terapia).	Dirigenza e Comparto	SC Laboratorio Unico, SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	Programmazione ed esecuzione del PTHIO con percorso dedicato su analizzatore automatico; stesura di una I.O. ad hoc condivisa con i Clinici dello Spoke Isontino.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	2314C	4	Corretta gestione dei campioni ambulatoriali in area goriziana	Incontri tra coordinatori per dotare gli ambulatori delle attrezzature per la corretta gestione dei campioni biologici. Verificare che il personale dei servizi abbia accesso ad una postazione per la stampa etichette ed il check-out dei campioni e che sia autorizzato a farlo. Verificare che il trasporto dei campioni avvenga nella maniera prevista dalle procedure aziendali.	Coordinatore Infermieristico	SC Radiologia Isontina, SC Medicina Gorizia,, SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina, SC Chirurgia Generale (sede di Gorizia)	Almeno un incontro propedeutico alla stesura delle procedure. Stesura della procedura. Creazione di nuove codifiche di reparto e dotazione di attrezzature informatiche per la gestione diretta da parte dei reparti dei campioni biologici ambulatoriali. Verifica delle nuove accettazioni e conteggio delle prestazioni ambulatoriali così ottenute, con evidenza di almeno 10 esami di laboratorio e 10 microbiologici.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3315C	5	Accentrare la diagnostica su matrice fecale nella SSD Laboratorio spoke - Area Isontina. Concentrare la diagnostica delle infezioni virali, batteriche e parassitarie del tratto gastrointestinale, eseguire la diagnostica e il monitoraggio post	Predisposizione della struttura informatica al passaggio dei test al laboratorio di Monfalcone. Formazione del personale dirigente e tecnico all'esecuzione dei nuovi test. Applicazione delle linee guida nazionali e internazionali	Dirigenza e Comparto	DAI Medicina dei servizi, SC Microbiologia e Virologia, SC Laboratorio Unico, SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	Trasferimento ed esecuzione dei test Mantenimento dei TAT. Passaggio ed esecuzione del 100% dei test indicati (ad eccezione degli esami urgenti) su Monfalcone.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					terapeutico dei pazienti con infezione da H. pylori, eseguire il dosaggio dei marker complementari nella diagnosi di malattie intestinali infiammatorie e non (elastasi fecale, esame chimico fisico delle feci, calprotectina) ha come finalità: ottimizzare i trasporti, stabilire un unico punto di riferimento aziendale, migliorare la qualità e i tempi di refertazione utilizzando un minor numero di campioni.	sull'appropriatezza prescrittiva e applicazione del tariffario regionale. Definizione di un percorso diagnostico condiviso tra le strutture di laboratorio coinvolte. Informazione ai clinici (ospedalieri, convenzionati, MMG, liberi professionisti) delle nuove metodiche.				
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3318	6	Contenere la spesa riguardante la gestione dei rifiuti speciali causata da un'uso improprio dei vari contenitori dei rifiuti.	Riunioni formative sulla corretta gestione dei rifiuti. Controllo dell'uso appropriato dei diversi contenitori dei rifiuti.	Comparto	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	Diminuzione della produzione dei rifiuti speciali almeno del 10%.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3319	7	Pianificazione e progettazione dei percorsi operativi per la parte pre-analitica e analitica dei centri prelievi. Elaborazione degli strumenti utili a mantenere livelli qualitativi garantiti in linea con le nuove gare strumentali e di pre-analitica	Stesura delle istruzioni operative, SOP, ecc (censire quelle presenti e se necessario aggiornarle, scrivere quelle mancanti).	Coordinatore Infermieristico	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	Stesura di almeno una SOP su temi comuni a quelli indicati.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3320	8	Verifica dell'adeguatezza di ambienti, locali e posti di lavoro alle norme in materia di agibilità, sicurezza e igiene al fine di garantire un ambiente adeguato.	Verifica e adeguamento agli standard di accreditamento per le seguenti sotto-sezioni: - organizzare il laboratorio in modo da assicurare servizi di laboratorio sicuri, efficienti e riservati; - seguire le migliori pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni al fine di mantenere un ambiente fisico pulito; - mantenimento delle condizioni ambientali adeguate nel laboratorio.	Coordinatore Tecnico	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	Relazione sulle attività svolte.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	2234C	9	Rischio Clinico - Integrazione operativa dell'area Giuliano-Isontina (Antimicrobial Stewardship)	Analisi dei dati di antibioticoresistenza e uniformità della reportistica tra area giuliana e isontina.	Responsabile SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	SC Microbiologia, SC Malattie infettive, SSD Spoke, infettivologi Monfalcone e Gorizia	Report condiviso sulle antibiotico-resistenze dei principali microrganismi causa di infezioni, elaborato tenendo conto delle linee guida internazionali e nazionali.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3321	10	Consolidamento attività dirigenziali multidisciplinari di Microbiologia, Chimica clinica-immunometria, Coagulazione e Ematologia	Eseguire la validazione degli esami e firmare digitalmente i referti entro i tempi previsti. Fornire consulenza ai Clinici e al personale infermieristico dei punti prelievo. Fare formazione al personale tecnico (spiegazione dei principi strumentali, di grafici e citogrammi, spiegazione degli allarmi strumentali, spiegazione delle procedure di Microbiologia d'Urgenza, ecc). Valutazione dei controlli interni di qualità (QCI, Unity) ed esecuzione delle VEQ di Chimica-clinica e	dott.ssa Daniela Ciubotaru dott.ssa Libera Clemente	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	Almeno due corsi di formazione su temi comuni a quelli indicati. Stesura di almeno due SOP su temi comuni a quelli indicati.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						immunometria, ematologia, coagulazione e microbiologia. Stesura delle istruzioni operative, SOP, ecc (censire quelle presenti e se necessario aggiornarle, scrivere quelle mancanti).				
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3322	11	Creazione di percorsi formativi fino ad un totale di 50 ECM per TLSB. Fornire ai TLSB di Gorizia e Monfalcone, attraverso corsi di formazione sul campo, la possibilità di acquisire tutti i crediti ECM previsti per l'anno corrente e per aggiornare le conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica più autonoma, competente ed esperta.	Strutturare un corso ECM in grado di declinare la definizione di urgenza microbiologica ed ematologica e la gestione di un percorso diagnostico h24 7/7 per i pazienti affetti da patologia infettiva in un laboratorio SPOKE di analisi chimico-cliniche e microbiologiche. Strutturare un corso ECM sulle fasi pre-analitiche necessarie per un laboratorio SPOKE di analisi chimico-cliniche e microbiologiche. Creazione di un pool professionale in grado di valutare le priorità e l'appropriatezza delle richieste, in grado di processare al meglio anche i campioni del paziente critico. Valutazione e autovalutazione dei comportamenti da adottare nei confronti delle richieste cliniche, anche in base alla tipologia di campione, per potersi interfacciare con i reparti al fine di ottimizzare l'efficacia della risposta. Valutazione della capacità e dell'autonomia acquisita sull'uso dei software e sulla padronanza della risoluzione dei problemi tecnologici e strumentali. Valutazione dell'esecuzione degli esami con applicazione corretta delle nuove procedure.	TSLB	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	Ottenimento dei crediti ECM previsti per l'anno in corso per almeno l'80% del personale TLSB.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3316C	12	Garantire una gestione coordinata delle criticità legate ai blocchi informatici maggiori dei sistemi gestionali di laboratorio riducendo il disagio per gli operatori, i rischi ed i ritardi legati alla attivazione procedure di backup	Convocazioni di incontri congiunti tra i referenti delle strutture di laboratorio con la Direzione Medica. Stesura di un protocollo condiviso.	Medici, Biologi, TSLB	SC Laboratorio Analisi, SC Medicina Trasfusionale, SC Microbiologia, SC Igiene e Med. Preventiva, SC Direzione Medica, SSD Laboratorio Spoke Isontino	Protocollo di gestione delle emergenze informatiche dei laboratori validato e condiviso.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina	2095	3323C	13	Consegna prioritaria esami urgenti da territorio a laboratorio. Consegna diretta a microbiologia campioni provenienti da ambulatorio Cure Palliative o territorio. Risparmio accessi in ospedale e riduzione burocratici. Inclusa tempestiva visualizzazione da parte del medico	Esecuzione di prelievi per esami laboratoristici con il carattere di urgenza e microbiologici a domicilio e in ambulatorio con consegna diretta e valutazione medica del referto di laboratorio. Eventuale prescrizione di trattamento se indicata.	Dirigenza comparto, compreso personale di segreteria	SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina, SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina	Almeno un incontro propedeutico alla stesura della procedura. Stesura della procedura. Evidenza di almeno 20 esami di laboratorio e 10 microbiologici.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3303	1	PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI Screening Cervice Uterina Esami I livello	Procedere nella riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatore, Comparto		100% degli esami sono analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'anatomia patologica di Trieste.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						Dna come test primario alla classe di età 30-64 anni e PAP TEST in fase liquida per la fascia 25-29 anni.				
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3302C	2	Sostenere e diffondere la cultura della formazione professionalizzante ed extra professionalizzante, integrandola con i modelli organizzativi ed assistenziali declinati dalla programmazione del Sistema Sanitario Regionale.	1. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi professionalizzanti e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire il mantenimento degli standard quali/quantitativi dei servizi parallelamente alle attività di affiancamento per i tirocini professionalizzanti di cui al Protocollo regionale dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. 2. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire la frequenza e l'affiancamento agli studenti dei Corsi di Laurea dell'area Medica e Sanitaria, mantenendo gli standard di attività.	a) Personale del comparto delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi che garantisce supporto indiretto alle attività di formazione professionalizzante INDICARE I NOMI b) Personale dirigente delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi INDICARE I NOMI	- UCO Anatomia Patologica - SC Laboratorio Analisi Unico - UCO Igiene e Medicina preventiva - SC Microbiologia - SSD Laboratorio Spoke Area Isontina	1. Tenuto conto dell'incremento degli studenti dei CDL professioni sanitarie di cui al Protocollo regione università, presentazione di una relazione sul mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022. 2. Sviluppo di percorsi di affiancamento per gli studenti dei Corsi di Laurea e Scuola di specializzazione relativi all'area Medica e Sanitaria: relazione sugli interventi di affiancamento effettuati dalle SC/UCO in incremento rispetto al 2022, garantendo il mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3304	3	PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI Screening Cervice Uterina. Esami I livello	Tempi di refertazione PAP test primari.	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatore, Comparto		% Pap test primari refertati entro 21 giorni dalla data del prelievo > 80%.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3306	5	Implementazione delle tecnologie diagnostiche. Ricerca di varianti patogenetiche o probabilmente patogenetiche nei geni BRCA1 e BRCA2	Ricerca di varianti patogenetiche o probabilmente patogenetiche nei geni BRCA1 e BRCA2, siano esse di natura germinale o somatica, mediante Next Generation Sequencing (NGS). Ricerca di ampi riarrangiamenti, delezioni o duplicazioni utili come test molecolari predittivi al trattamento con specifici farmaci.	Coordinatore, Comparto		>= 20 determinazioni BRCA NGS (dati dal sistema gestionale Apsys).	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3307	6	Monitoraggio del laboratorio di istopatologia per la concentrazione della formalina	Il laboratorio di istopatologia è conforme a quanto previsto dalla normativa corrente sulla limitazione dell'esposizione all'uso della formalina. Dal 2020 si sono installati 4 rilevatori di formalina per monitoraggio continuo dei livelli di concentrazione della formalina negli ambienti in cui la stessa viene utilizzata.	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatore, Comparto	SC SSP Dirigenza e comparto e Medico Competente	Discussione dei report mensili con i referenti del SPP. Monitoraggio e giustificazione delle eventuali anomalie. Elaborazione di proposte operative correttive con verifica di efficacia.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3308	7	Implementazione delle tecnologie diagnostiche: metodica CytoMatrix	La metodica CytoMatrix permette di conservare attraverso la fissazione in formalina ed inclusione in paraffina il materiale proveniente da un agoaspirato, su cui effettuare le varie indagini diagnostiche di routine dall'Ematosillina-Eosina (EE),	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatore, Comparto		>= 20 allestimenti Cytomatrix (dati dal sistema gestionale Apsys).	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						all'Immunistoichimica (IHC), Biologia Molecolare.				
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3309	8	Implementazione delle tecnologie diagnostiche. metodica NGS	L'utilizzo dei farmaci a bersaglio molecolare e l'immunoterapia sta rivoluzionando il trattamento di molte patologie oncologiche. Risulta necessario implementare la metodica NGS con nuova strumentazione: Il sistema MiSeq che sfrutta la chimica di sequenziamento mediante sintesi (SBS) di Illumina che permette un sequenziamento genico più esteso (60 geni con l'utilizzo di piattaforme di nuova generazione sia in ambito di amplificazione genica che di sequenziamento).	Coordinatore, Comparto		>= 50 determinazioni NGS (dati dal sistema gestionale Apsys).	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3310	9	Rinnovo certificazione EUSOMA	Predisposizione documenti e partecipazione alla visita EUSOMA febbraio 2023.	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatore, Comparto		Rispetto degli indicatori previsti giugno 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3311	10	PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI Screening Colon retto	Screening universale Sindrome di Lynch con Instabilità MSI, mutazioni di BRAF e Metilazione promotore di MLH1.	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatore, Comparto		> 80% dei casi con nuova diagnosi istologica di carcinoma.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3314	11	Programmi di screening Oncologici. Mammella Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico.	Direttore Dirigenti Comparto		% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato >=85%.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Anatomia e Istologia Patologica	3522	3315	12	Programmi di screening Oncologici. Colon retto Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico	Assicurare una risposta tempestiva dell'esame istocitopatologico.	Direttore Dirigenti Comparto		% di esami istocitopatologici refertati entro 5 gg lavorativi dall'esecuzione dell'agoaspirato >=85%.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Igiene e Medicina Preventiva	5281	3302C	1	Sostenere e diffondere la cultura della formazione professionalizzante ed extra professionalizzante, integrandola con i modelli organizzativi ed assistenziali declinati dalla programmazione del Sistema Sanitario Regionale.	1. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi professionalizzanti e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire il mantenimento degli standard quali/quantitativi dei servizi parallelamente alle attività di affiancamento per i tirocini professionalizzanti di cui al Protocollo regionale dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. 2. In coerenza con la mission e la vision aziendale, sviluppare un modello di sinergia tra i processi formativi e l'armonizzazione dei modelli organizzativi per garantire la frequenza e l'affiancamento agli studenti dei Corsi di Laurea dell'area Medica e Sanitaria, mantenendo gli standard di attività.	a) Personale del comparto delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi che garantisce supporto indiretto alle attività di formazione professionalizzante INDICARE I NOMI b) Personale dirigente delle Strutture afferenti al dipartimento Medicina dei Servizi INDICARE I NOMI	- UCO Anatomia Patologica - SC Laboratorio Analisi Unico - UCO Igiene e Medicina preventiva - SC Microbiologia - SSD Laboratorio Spoke Area Isontina	1. Tenuto conto dell'incremento degli studenti dei CDL professioni sanitarie di cui al Protocollo regione università, presentazione di una relazione sul mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022. 2. Sviluppo di percorsi di affiancamento per gli studenti dei Corsi di Laurea e Scuola di specializzazione relativi all'area Medica e Sanitaria: relazione sugli interventi di affiancamento effettuati dalle SC/UCO in incremento rispetto al 2022, garantendo il mantenimento degli standard quali/quantitativi delle attività ovvero numero di prestazioni con riferimento al 2022.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Medicina dei Servizi	UCO Igiene e Medicina Preventiva	5281	10004C	2	Redigere le Job Description degli incarichi di funzione Responsabili di Piattaforma Assistenziale nell'ottica dell'attuazione dell'Atto Aziendale.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare e aggiornare le responsabilità e attività dei Responsabili di Piattaforma trasversali a tutte le piattaforme assistenziali. 2. Creare uno strumento aggiornato per la definizione dello scopo della funzione, le responsabilità, funzioni e sviluppo. 3. Individuare e descrivere le funzioni peculiari di ciascuna delle Piattaforme Assistenziali. 	I Responsabili delle Piattaforme Assistenziali.	<p>Tutte le Piattaforme Assistenziali.</p> <p>In collaborazione con S.C. Coordinamento delle Professioni Sanitarie.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entro Aprile sarà costituito il gruppo di lavoro e programmate le attività. 2. Entro settembre produzione della Job Description generale degli incaricati di funzione responsabili delle Piattaforme Assistenziali. 3. Entro ottobre evidenza dei documenti generale e specifico delle Job Description di ciascuna delle Piattaforme Assistenziali. 	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Igiene e Medicina Preventiva	5281	2229C	3	Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza. Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive.	<p>Sorveglianza di organismi multiresistenti e di specie microbiche responsabili di infezioni correlate all'assistenza (ICA): rilevazione dei casi e approfondimenti mediante nuove tecniche di sequenziamento. Introduzione di un protocollo per la genotipizzazione di batteri multiresistenti.</p> <p>Introduzione di un protocollo di sequenziamento 16S in NGS per la caratterizzazione di patogeni responsabili di ICA.</p>	Dirigenti; comparto	Obiettivo in comune con SC Microbiologia	<p>Introduzione di una nuova analisi di tipo NGS per tipizzazione di almeno un patogeno con multiresistenze tra quelli di interesse (Glass - Global Antimicrobial resistance and use Surveillance System - WHO). Introduzione di un protocollo di sequenziamento 16S in NGS per l'identificazione di patogeni responsabili di infezioni correlate all'assistenza. Identificazione presso la SC Microbiologia e conferimento alla UCO Igiene; sequenziamento di almeno 10 ceppi batterici di interesse per sospetto outbreak o MDR.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Igiene e Medicina Preventiva	5281	3451	4	Programmi di screening HCV: Referenti aziendali screening HCV	Partecipazione alle riunioni organizzate dalla DCS.	Segat Ludovica, Pierlanfranco D'Agaro		Partecipazione di almeno un referente del laboratorio di Igiene a tutte le riunioni organizzate dalla DCS con i referenti dei laboratori regionali per lo screening HCV.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Igiene e Medicina Preventiva	5281	3452	5	Sorveglianza epidemiologica e virologica. Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023): Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFLU FVG 2021 – 2023) per le diverse fasi pandemiche.	Aggiornamento dei protocolli e delle metodiche per il monitoraggio di virus emergenti e/o potenzialmente pandemici (per es influenza A H5, H7, H9).	Dirigenti; comparto		Almeno 1 protocollo disponibile e aggiornato per: INFLUENZA A H1/H3/H5/H7/H9 INFLUENZA B Victoria/Yamagata RSV A/B SARS-COV2 più eventuali patogeni di rilevanza individuati da ISS.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Igiene e Medicina Preventiva	5281	3453	6	Potenziamento della capacità di analisi di sequenze dei virus influenzali circolanti e di potenziali nuovi agenti emergenti. Piano Strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una	Estensione della sorveglianza virologica dei virus influenzali anche nel periodo inter-pandemico.	Dirigenti; comparto		Caratterizzazione molecolare di almeno il 95% dei campioni pervenuti presso il laboratorio di Igiene e valutati idonei (ct<=30) alla caratterizzazione nel periodo interepidemico.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					pandemia influenzale (panFlu FVG 2021-2023): Garantire tutti gli obiettivi previsti e declinati nel Piano Strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (panFLU FVG 2021 – 2023) per le diverse fasi pandemiche.					
DAI Medicina dei Servizi	UCO Igiene e Medicina Preventiva	5281	3313C	7	Programmi di screening HCV: Refertazione del test di I livello (reflex)	Refertazione dei test di I livello (HCV Ab screening e HCV RNA) su campioni arruolati nello screening regionale HCV entro 12gg dal prelievo, di cui almeno il 50% refertati entro 7gg.	Dirigenti; comparto	Obiettivo in comune con SC Microbiologia	Refertazione dei test di screening di I livello entro 12gg dal prelievo (TAT <=12gg). Almeno il 50% dei campioni refertati entro 7gg (TAT<=7gg). Refertazione del test HCV Ab screening da parte del laboratorio Unico entro 3 gg dal prelievo (TAT<=3gg). Almeno il 50% dei test HCV Ab refertati entro 2gg dal prelievo (TAT<=2gg). Refertazione del test HCV RNA da parte del laboratorio di Igiene entro 9gg (TAT <= 9 gg) dalla refertazione del laboratorio Unico del test HCV Ab screening. Almeno il 50% dei test HCV RNA da parte del laboratorio di Igiene refertati entro 5gg (TAT <= 5 gg) dalla refertazione del laboratorio Unico del test HCV Ab screening.	Entro il 31/12/2023
DAI Medicina dei Servizi	UCO Igiene e Medicina Preventiva	5281	3220C	8	Sequenziamento della leucemia mieloide centralizzato	Analizzare la disponibilità di dispositivi diagnostici presenti sul mercato e testarli. Effettuare un'analisi sulla fattibilità della centralizzazione del sequenziamento a Trieste.	Direttore Dirigenti Comparto	SC Ematologia SC Igiene e Sanità Pubblica	Valutazione preliminare di fattibilità.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	DAI Medico Area Giuliana	462	2201C	1	Linea Regionale 5.2 Accredimento Accredimento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzazione di un piano di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accredimento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabili di Area Riabilitativa Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie e SSD Rischio Clinico,	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto.</p> <p>2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori.</p> <p>3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza.</p> <p>4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.</p>	Qualità e Accredimento			
DAI Medico Area Giuliana	DAI Medico Area Giuliana	462	2202C	2	<p>Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.</p>	<p>Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina.</p> <p>Analisi dei dati che emergono dallo studio.</p> <p>Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.</p>	<p>Responsabili Infermieristici di Piattaforma</p> <p>Responsabili Infermieristici di Struttura</p>	<p>per l'area giuliana: SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica SC Geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico</p> <p>per l'area isontina: SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici</p> <p>obiettivo condiviso con il DAI Medico dell'Area Isontina</p>	<p>Evidenza dei risultati dello studio.</p> <p>Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	DAI Medico Area Giuliana	462	2203C	3	<p>Contrastare la perdita di funzioni dei pazienti fragili durante la degenza, contenere la richiesta di RSA alla dimissione, migliorare gli outcome dell'assistenza, ridurre i tempi di degenza.</p>	<p>Formulazione, attuazione, registrazione e verifica di un piano di mobilitazione quotidiano individualizzato per ogni degente.</p>	<p>Personale OSS</p> <p>Personale Infermieristico</p>	<p>SC MEDICINA INTERNA SC MEDICINA CLINICA SC CLINICA MEDICA SC GERIATRIA</p>	<p>Attuazione di almeno il 95% dei piani di mobilitazione formulati.</p> <p>Fonte dei dati: Registro interno della Struttura.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	DAI Medico Area Giuliana	462	2204C	4	<p>Potenziamento della presa in carico dei pazienti afferenti agli ambulatori del DAI di Medicina attraverso l'attivazione di un servizio di tele-nursing.</p>	<p>Potenziamento dell'attività telefonica di consulenza infermieristica dei pazienti afferenti agli ambulatori di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologia - Reumatologia - Malattie Metaboliche dell'osso - Diabetologia - Neurologia - Dislipidemie - Malattie Tromboemboliche <p>Entro aprile sarà introdotto presso gli ambulatori un sistema di monitoraggio dei contatti telefonici per consulenza infermieristica e un</p>	<p>Personale Infermieristico delle aree ambulatoriali</p>	<p>SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica DH, Prosecuzione Cure, Ambulatori DAI Medico</p>	<p>Entro il 31/12/2023 sarà prodotta una relazione di analisi delle attività di consulenza infermieristica telefonica effettuata nell'anno (prima rilevazione).</p>	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						registro dei contenuti delle consulenze.				
DAI Medico Area Giuliana	DAI Medico Area Giuliana	462	2205	5	Efficientamento dei flussi dei ricoveri: Contenimento dei tempi di degenza nelle strutture internistiche del Dipartimento, appropriatezza dei processi di continuità assistenziale.	Collaborazione con il servizio di Bed Management: - Raccordo clinico assistenziale con il bed manager; - monitoraggio continuo dei flussi dei pazienti; - rilevazione e segnalazione al bed manager dei casi che presentano criticità nel percorso di dimissione; - mappatura e analisi delle cause interne ed esterne di eventuali ritardi; - per le medicine rendicontazione mensile dei tempi di degenza di ciascuna struttura anche suddivisi per destino alla dimissione.	Tutto il personale del Dipartimento Medico Area Giuliana	Dipartimento Medico Area Giuliana in collaborazione con il Servizio di Bed Management	Produzione di un documento di analisi dei casi di interesse del bed manager, di analisi delle criticità e delle azioni risolutive attivate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	DAI Medico Area Giuliana	462	2206C	6	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Piano dell'Offerta Formativa	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	DAI Medico Area Giuliana	462	2207C	7	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati	Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati espletata nel Dipartimento Medico Area Giuliana. Mantenimento di un registro delle presenze degli studenti frequentanti le Strutture nel secondo semestre. Rilevazione della qualità percepita dagli studenti accolti in tirocinio presso le Strutture del Dipartimento Medico di Area Giuliana. Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	I Responsabili Infermieristici delle Piattaforme afferenti al DAI Medico di Area Giuliana.	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del documento di sintesi con i dati di frequenza dei tirocini espletati nel Dipartimento e i dati della qualità percepita dagli Studenti. Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	DAI Medico Area Giuliana	462	2208C	8	Linea Regionale 5.1 Gestione del Rischio Clinico. Prevenzione e controllo delle ICA.	Stesura e implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni delle vie urinarie.	Dirigenti Medici del DAI di Medicina Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: a. Entro 30 settembrestesura del percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni urinarie. b. Da ottobre a dicembre implementazione del percorso proposto in aumento il 60% dei casi eleggibili.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2236C	1	Sulla Linea LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SSR 2023 D.2 Rete Cure palliative e terapia del	Costituzione del gruppo di lavoro interdisciplinare medico infermieristico SC Medicina Interna e	DIRIGENZA MEDICA SC MEDICINA INTERNA COORDINATORE E	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica	Entro Maggio costituzione del gruppo di lavoro. Entro giugno stesura del	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					dolore: Appropriatezza della presa in carico della persona candidata a cure palliative e terapia del dolore.	SC Cure Palliative. Stesura e attuazione di un percorso condiviso per l'identificazione e la presa in carico del paziente candidato a cure palliative.	PERSONALE INFERMIERISTICO MEDICINA INTERNA DIRIGENZA MEDICA CURE PALLIATIVE COORDINATORE E PERSONALE INFERMIERISTICO CURE PALLIATIVE	SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	percorso condiviso tra le due Strutture (evidenza del documento). 1. Entro 31 dicembre verranno segnalate per la presa incarico alle Cure Palliative almeno 30 assistiti degenti in medicina interna.	
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2201C	2	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Accreditemento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzazione di un piano di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditemento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditemento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabili di Area Riabilitativa Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitari e SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditemento	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2237	3	Razionalizzazione dei percorsi di cura: Apertura di 2 posti/settimana ambulatoriali prenotabili da G2, per prime visite, destinati a pazienti con tromboembolismo venoso provenienti da SC Pronto Soccorso Obiettivo specifico: Rendere possibile l'accesso a visita specialistica presso l'Ambulatorio malattie Tromboemboliche, (SC Medicina Interna) con prenotazione diretta da G2 clinico da parte del Collega Pronto Soccorso (visita internistica indirizzamento malattie tromboemboliche).	Programmazione delle agende ed esecuzione delle visite specialistiche. Responsabilità: Dirigenti Medici e personale del Comparto dell'Ambulatorio Malattie Tromboemboliche della Sc Medicina Interna dedicati al progetto, Dirigenti Medici del Pronto Soccorso.	SC Medicina Interna- Ambulatorio malattie tromboemboliche- Direttore Dott. Bianchini Dario • Dott.ssa Giulia Simon • Dott. Stefano Furlotti • Dott.ssa Monica Cavressi • Infermiere Maurizio Martingano • Infermiera Loredana S.C. Pronto soccorso: Direttore Dott. Cominotto Franco e dirigenza medica	S.C. MEDICINA INTERNA In comune con il S.C. PRONTO SOCCORSO	1. Attivazione entro il mese di presso l'ambulatorio malattie tromboemboliche degli slot di spazio ambulatoriale e delle relative agende G2 da dedicare a pazienti provenienti da Pronto Soccorso (output: si/no). 2. Invio con prenotazione mediante G2 dei pazienti affetti da tromboembolismo da parte dei dirigenti medici del Pronto Soccorso (output:si/no). 3. Volume attività previsto: 2 visite/settimana a partire da	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2202C	4	Nell'ottica della valorizzazione del personale:	Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in	Responsabili Infermieristici di	per l'area giuliana: SC Medicina Interna	Evidenza dei risultati dello studio.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.	teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina. Analisi dei dati che emergono dallo studio. Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.	Piattaforma Responsabili Infermieristici di Struttura	SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica SC Geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico per l'area isontina: SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici obiettivo condiviso con il DAI Medico dell'Area Isontina	Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.	
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2203C	5	Contrastare la perdita di funzioni dei pazienti fragili durante la degenza, contenere la richiesta di RSA alla dimissione, migliorare gli outcome dell'assistenza, ridurre i tempi di degenza.	Formulazione, attuazione, registrazione e verifica di un piano di mobilitazione quotidiano individualizzato per ogni degente.	Personale OSS Personale Infermieristico	SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Geriatria	Attuazione di almeno il 95% dei piani di mobilitazione formulati. Fonte dei dati: Registro interno della Struttura.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2204C	6	Potenziamento della presa in carico dei pazienti afferenti agli ambulatori del DAI di Medicina attraverso l'attivazione di un servizio di tele-nursing.	Potenziamento dell'attività telefonica di consulenza infermieristica dei pazienti afferenti agli ambulatori di: - Endocrinologia - Reumatologia - Malattie Metaboliche dell'osso - Diabetologia - Neurologia - Dislipidemie - Malattie Tromboemboliche Entro aprile sarà introdotto presso gli ambulatori un sistema di monitoraggio dei contatti telefonici per consulenza infermieristica e un registro dei contenuti delle consulenze.	Personale Infermieristico delle aree ambulatoriali	SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica DH, Prosecuzione Cure, Ambulatori DAI Medico	Entro il 31/12/2023 sarà prodotta una relazione di analisi delle attività di consulenza infermieristica telefonica effettuata nell'anno (prima rilevazione).	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2207C	7	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2206C	8	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università:	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					formazione dei professionisti della sanità. Piano dell'Offerta Formativa	Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.		UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2208C	9	Linea Regionale 5.1 Gestione del Rischio Clinico. Prevenzione e controllo delle ICA.	Stesura e implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni delle vie urinarie.	Dirigenti Medici del DAI di Medicina Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: a. Entro 30 settembrestesura del percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni urinarie. b. Da ottobre a dicembre implementazione del percorso proposto in aumento il 60% dei casi eleggibili.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	2104C	10	Donazione cornee. Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 (4.2).Delibera N. 480 del 17 marzo 2023.	1. Monitoraggio mensile del numero di decessi e delle schede compilate di segnalazione di paziente candidabile al prelievo cornee. 2. Report per SC Medicina Interna, SC Medicina Clinica e SC Clinica Medica.	Dirigenti Medici e Comparto	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Report mensile con dati n. decessi e schede di segnalazione compilate per La SC Medicina Interna, Sc Clinica Medica, SC Medicina Clinica .	Secondo Semestre
DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna Trieste	240	4500	11	Governo della spesa farmaceutica. Appropriattezza prescrittiva	Ricercare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -1% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2209	1	Messa in atto di un percorso condiviso volto alla prevenzione e al trattamento dei tumori cutanei dell'utente candidato a trapianto e trapiantato renale	Formazione di un gruppo interdisciplinare per facilitare i percorsi degli utenti tra le diverse strutture e implementare protocolli condivisi di prevenzione e cura dei tumori cutanei.	Direttori, Dirigenti medici Nefrologia e Dialisi Dirigenti medici Clinica Dermatologica Comparto Clinica Dermatologica Comparto Nefrologia e Dialisi	Nefrologia e Dialisi Clinica Dermatologica	Almeno 50 pazienti condivisi in un anno.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2210	2	Linea 1.2 Favorire il trapianto e la Dialisi domiciliare peritoneale	Mettere in atto tutte le azioni per raggiungere e mantenere la percentuale indicata.	Comparto Nefrologia e Dialisi Dirigenti medici Nefrologia e Dialisi	Nefrologia e Dialisi	Mantenimento del numero degli emodializzati rispetto al totale dei pazienti in terapia sostitutiva(emodialisi + dialisi peritoneale + trapiantati) <52%.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2211C	3	Gruppo Lavoro multidisciplinare Cardionefrometabolico	Proseguimento ed ampliamento attività gruppo CardioNefroMetabolico: 1. Aggiornamento Documento redatti	Dirigenti Medici//SS Nefrologia Clinica e DH	SC Nefrologia, e Dialisi Trieste; SC di Cardiologia, Cardiologia Territoriale;	1. Effettuazione aggiornamento e redazione di 4 documenti aggiornati.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						nel 2022 su ARNI, SGLT2i, GLP1ra, nuovi K Binders. 2. Effettuazione 2 incontri formativi intra-aziendali per la diffusione dei 4 documenti redatti nel 2022. 3. Redazione di nuovo documento su nuove terapie ipolipemizzanti.		Cardiologia Gorizia/Monfalcone; SC Diabetologia Trieste; SC, Clinica Medica, SC Nefrologia Gorizia/Monfalcone; Clinica Geriatrica, Farmacia Ospedaliera e Territoriale,	2. Effettuazione 2 incontri (2 edizioni per ogni incontro). 3. Stesura documento inedito su nuove terapie ipolipemizzanti. Entro il 31/12/2023 invio in Direzione Sanitaria	
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2212C	4	Collaborazione SC Clinica Urologica - SC Nefrologia per la gestione multidisciplinare dei pazienti con urolitiasi	Proseguimento dell'attività di ambulatorio nefrologico della calcolosi in un contesto condiviso urologico-nefrologico per ottimizzare la gestione multidisciplinare degli utenti con urolitiasi.	Dirigenti Medici// SS Nefrologia Clinica e DH Dirigenti Medici UCO Cl Urologica	SC Nefrologia e Dialisi SC (UCO) Clinica Urologica	Erogazione numero di prestazioni ≥ 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2213	5	Integrazione fra Nefrologia e Dialisi di Trieste e Gorizia/Monfalcone per la cura/gestione integrata dei pazienti nefropatici complessi che giungono nella Struttura HUB di Triestina per complessità di cura.	Implementazione della presa in carico dei pazienti provenienti dalla SC di Nefrologia e Dialisi di Go e Monfalcone da parte della SC di Nefrologia di Trieste orientata alla gestione integrata dei pazienti nefropatici complessi che giungono nella HUB Triestina per complessità di cura e devono rientrare verso lo Spoke.	Dirigenti Medici Nefrologia di Trieste In comune con Dirigenti Medici Nefrologia di Gorizia, Monfalcone	SC Nefrologia e Dialisi Trieste :SC Nefrologia Ambulatoriale Gorizia e Monfalcone; Medicina Gorizia e Monfalcone	Evidenza delle attività e report sui pazienti come da azione.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2207C	6	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2214C	7	Consolidamento percorso del malato critico in Terapia Intensiva Cardiologica che necessita di CRRT.	Implementazione trattamenti CRRT armonizzando le risorse umane con le nuove apparecchiature applicandole alle metodiche di dialisi continua a bassi flussi.	Dirigenza Medica e Comparto SC Nefrologia e Dialisi - SC UTIC	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Garanzia di almeno 2 trattamenti continui in CRRT in utenti ricoverati presso Utic.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2206C	8	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Piano dell'Offerta Formativa	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
								Vascolare Multidisciplinare		
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2208C	9	Linea Regionale 5.1 Gestione del Rischio Clinico. Prevenzione e controllo delle ICA.	Stesura e implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni delle vie urinarie.	Dirigenti Medici del DAI di Medicina Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: a. Entro 30 settembrestesura del percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni urinarie. b. Da ottobre a dicembre implementazione del percorso proposto in aumento il 60% dei casi eleggibili.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2215	10	Implementazione dell'uso delle metodiche dialitiche emoadsorbitive nella gestione dello shock settico e nella rimozione di farmaci nel sovradosaggio di ticagrelor e NAO nel paziente critico cardiocirurgico.	Fornire trattamenti extracorporei emoadsorbitivi garantendo un corretto e sicuro trattamento del paziente cardiocirurgico in area critica.	Dialisi Dirigenza Medica e Comparto In comune con Dirigenti Medici e Comparto TI CCH	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Garanzia di almeno 3 trattamenti continui emoadsorbitivi.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2216C	11	Condivisione e presa in carico degli accessi vascolari per emodialisi complessi e/o malfunzionanti all'interno del gruppo multidisciplinare nefrovascolare giuliano isontino	Gli accessi vascolari per emodialisi malfunzionanti necessitano di una rapida presa in carico per evitare la trombosi o per trattare le complicanze acute (quali trombosi, pseudoaneurismi, sindrome mediastinica, sindrome ischemica) nel più breve tempo possibile. Il loro trattamento richiede la revisione (chirurgica, ibrida, o endovascolare) con modalità da concordare tra il nefrologo ed il chirurgo vascolare.	Personale medico ed infermieristico . C. Nefrologia e Dialisi TS, SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, S. C .Nefrologia e Dialisi MF-GO.	Obiettivo in comune tra . C. Nefrologia e Dialisi TS, SOC Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, e S. C. Nefrologia MF-GO	1. Presa in carico di almeno 5 pazienti. 2. Almeno 3 incontri multidisciplinari.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2217C	12	5.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG: connessione/deconnessione del CVC al monitor di dialisi	Produzione di un documento condiviso per la connessione/deconnessione del cvc al monitor di Dialisi.	Coordinatori di Nefrologia e di Dialisi di Trieste e Gorizia Comparto delle Strutture di Nefrologia e Dialisi di ASUGI	SC Nefrologia e Dialisi Asugi area giuliana e Nefrologia e Dialisi Asugi area Isontina	Produzione di un documento condiviso per la connessione/deconnessione del cvc al monitor di Dialisi. Risultati: produzione di un documento condiviso per la gestione del cvc.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2218	13	5.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG	Monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza nel reparto di Nefrologia e Dialisi. Utilizzo di una check list per rilevare le non conformità nelle procedure più in uso nella struttura. Pianificazione di corsi per consolidare le buone pratica nelle procedure dove sono state rilevate le maggiori criticità. Monitoraggio post formazione.	Nefrologia e dialisi: Responsabili Infermieristici, comparto.	SC Nefrologia e Dialisi	Costruzione di una check list per il monitoraggio delle non conformità. Risultato: riduzione delle non conformità dopo l'implementazione dei corsi per le buone pratiche.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2201C	14	Linea Regionale 5.2 Accredittamento Accredittamento Istituzionale e Accredittation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura	sc Nefrologia e Dialisi Trieste :	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accredimento.</p> <p>1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto.</p> <p>2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori.</p> <p>3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza.</p> <p>4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Piattaforma</p> <p>in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accredimento</p>			
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	2220C	15	Integrazione e assistenza socio-sanitaria. Garantire supporto alla popolazione anziana fragile per coinvolgerli nella costruzione del percorso di cura e promuovere "Clinical Health Promotion"	Garantire supporto alla popolazione anziana fragile rafforzando l'integrazione socio sanitaria e la personalizzazione delle cure attraverso, l'implementazione di incontri e gruppi di lavoro multi professionali, ospedalieri e territoriali, con assistiti e caregiver di pazienti ambulatoriali e ricoverati presso la degenza nefrologica, per coinvolgerli nella costruzione del percorso di cura e promuovere "Clinical Health Promotion".	<p>Comparto Nefrologia e Dialisi</p> <p>Dirigenti medici Nefrologia e Dialisi</p>	Nefrologia e Dialisi	Verbali degli incontri dei gruppi di lavoro multi professionali con allegate presenze. Risultati: pianificati multi professionali con utenti e assistiti pari o superiori all'anno precedente.	Tempo: Entro 31 Dicembre 2022
DAI Medico Area Giuliana	SC Nefrologia Dialisi Area Giuliana	1920	4500	16	Governo della spesa farmaceutica. Appropriata prescrizione	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SSD Angiologia e Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	2052	2245	1	Prestazioni di specialistica ambulatoriale.	Effettuare un numero di prestazioni adeguate al numero di dirigenti medici presenti (attualmente 1 dirigente medico).	Dirigenti medici e comparto	SSD Angiologia	Garantire un numero di prestazioni pari o superiore a quelle effettuate nel 2021 (nel 2022 non possibile conteggio delle prestazioni per assenza personale per quiescenza).	Fine 2023
DAI Medico Area Giuliana	SSD Angiologia e Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	2052	2246	2	Obiettivo strategico multidisciplinare con incontri tra tutte le unità afferenti negli ambulatori della SSD di Angiologia per creare uniformità e appropriatezza clinica nella gestione delle principali patologie della Medicina vascolare.	Incontri periodici tra la SSD Angiologia e le UOC afferenti funzionalmente.	Dirigenti medici e comparto	SSD Angiologia, UOC Medicina Interna, UOC Clinica Medica, UOC Medicina Clinica, UOC Clinica Neurologica, UOC Chirurgia Vascolare	Redazione di almeno un processo operativo condiviso.	Fine 2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Medico Area Giuliana	SSD Angiologia e Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	2052	2207C	3	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	SSD Angiologia e Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	2052	2206C	4	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Piano dell'Offerta Formativa	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	2201C	1	Linea Regionale 5.2 Accredimento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzazione di un piano di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accredimento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabili di Area Riabilitativa Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie e SSD Rischio Clinico, Qualità e Accredimento	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	2202C	2	Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni	Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione	Responsabili Infermieristici di Piattaforma Responsabili	per l'area giuliana: SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica SC Geriatria	Evidenza dei risultati dello studio. Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.	Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina. Analisi dei dati che emergono dallo studio. Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.	Infermieristici di Struttura	DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico per l'area isontina: SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici obiettivo condiviso con il DAI Medico dell'Area Isontina		
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	2203C	3	Contrastare la perdita di funzioni dei pazienti fragili durante la degenza, contenere la richiesta di RSA alla dimissione, migliorare gli outcome dell'assistenza, ridurre i tempi di degenza.	Formulazione, attuazione, registrazione e verifica di un piano di mobilitazione quotidiano individualizzato per ogni degente.	Personale OSS Personale Infermieristico	SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Geriatria	Attuazione di almeno il 95% dei piani di mobilitazione formulati. Fonte dei dati: Registro interno della Struttura.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	2204C	4	Potenziamento della presa in carico dei pazienti afferenti agli ambulatori del DAI di Medicina attraverso l'attivazione di un servizio di tele-nursing.	Potenziamento dell'attività telefonica di consulenza infermieristica dei pazienti afferenti agli ambulatori di: - Endocrinologia - Reumatologia - Malattie Metaboliche dell'osso - Diabetologia - Neurologia - Dislipidemie - Malattie Tromboemboliche Entro aprile sarà introdotto presso gli ambulatori un sistema di monitoraggio dei contatti telefonici per consulenza infermieristica e un registro dei contenuti delle consulenze.	Personale Infermieristico delle aree ambulatoriali	SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica DH, Prosecuzione Cure, Ambulatori DAI Medico	Entro il 31/12/2023 sarà prodotta una relazione di analisi delle attività di consulenza infermieristica telefonica effettuata nell'anno (prima rilevazione).	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	2207C	5	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	2206C	6	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Piano dell'Offerta Formativa	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
								UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare		
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	2208C	7	Linea Regionale 5.1 Gestione del Rischio Clinico. Prevenzione e controllo delle ICA.	Stesura e implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni delle vie urinarie.	Dirigenti Medici del DAI di Medicina Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: a. Entro 30 settembrestesura del percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni urinarie. b. Da ottobre a dicembre implementazione del percorso proposto in aumento il 60% dei casi eleggibili.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	2104C	8	Donazione cornee. Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 (4.2).Delibera N. 480 del 17 marzo 2023.	1. Monitoraggio mensile del numero di decessi e delle schede compilate di segnalazione di paziente condidabile al prelievo cornee. 2. Report per SC Medicina Interna, SC Medicina Clinica e SC Clinica Medica.	Dirigenti Medici e Comparto	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	Report mensile con dati n. decessi e schede di segnalazione compilate per La SC Medicina Interna, Sc Clinica Medica, SC Medicina Clinica.	Secondo Semestre
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	4500	9	Governo della spesa farmaceutica. Appropriatezza prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Medica	1800	4050C	10	Continuità del percorso di presa in carico del paziente diabetico post dimissione	Garantire la continuità assistenziale dei pazienti diabetici post dimissione mediante l'invio ai servizi di presa incarico trerritoriale. Applicazione e eventuale aggiornamento/revisione di protocollo di continuità dei pazienti diabetici.	Tutto il personale SC Clinica Medica	SC Patologie Diabetiche	100% pazienti eligibili inviati a SC Patologie Diabetiche per presa in carico territoriale post dimissione.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2201C	1	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Accreditemento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzazione di un piano di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditemento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabili di Area Riabilitativa Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitari e SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditemento	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effeto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.				
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2204C	2	Potenziamento della presa in carico dei pazienti afferenti agli ambulatori del DAI di Medicina attraverso l'attivazione di un servizio di tele-nursing.	Potenziamento dell'attività telefonica di consulenza infermieristica dei pazienti afferenti agli ambulatori di: - Endocrinologia - Reumatologia - Malattie Metaboliche dell'osso - Diabetologia - Clinica Neurologica Entro aprile sarà introdotto presso gli ambulatori un sistema di monitoraggio dei contatti telefonici per consulenza infermieristica e un registro dei contenuti delle consulenze.	Personale Infermieristico delle aree ambulatoriali	SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica DH, Prosecuzione Cure, Ambulatori DAI Medico	Entro il 31/12/2023 sarà prodotta una relazione di analisi delle attività di consulenza infermieristica telefonica effettuata nell'anno (prima rilevazione).	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2205	3	Efficientamento dei flussi dei ricoveri: Contenimento dei tempi di degenza nelle strutture internistiche del Dipartimento, appropriatezza dei processi di continuità assistenziale.	Collaborazione con il servizio di Bed Management: 1. Monitoraggio continuo dei flussi dei pazienti. 2. Rilevazione e segnalazione al bed manager dei casi che presentano criticità nel percorso di dimissione. 3. Raccordo clinico assistenziale con il bed manager. 4. Mappatura e analisi delle cause interne ed esterne di eventuali ritardi.	Tutto il personale del Dipartimento Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Produzione di un documento di analisi dei casi di interesse del bed manager, di analisi delle criticità e delle azioni risolutive attivate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2240	4	5,2 Accredimento In linea con le POO previste dal Accredimento Canadese, garantire che le informazioni pertinenti l'assistenza al paziente vengano comunicate in maniera efficace durante l'handover.	Realizzare uno strumento comunicativo standardizzato per l'handover adatto all'assistenza specialistica al paziente neurologico. Entro il 31 maggio costituzione del gruppo di lavoro. Revisione e ricerca infermieristica. Entro il 31 ottobre creazione dello strumento e avvio della sperimentazione della scheda.	tutto il personale del comparto	UCO Cl. Neurologica - Stroke unit	Evidenza dello Strumento elaborato e messo in uso nell'ultimo bimestre (documentazione archiviata presso la Struttura).	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2241C	5	Linea di gestione del SSR D.2- Rete cure palliative Identificare tempestivamente i pazienti che non rispondono a trattamenti specifici, per indirizzarli precocemente verso un percorso di delle cure palliative.	Entro il 30 maggio sarà costituito il gruppo di lavoro. Verrà identificata una scheda di valutazione del paziente. Entro il 31 dicembre sarà elaborata una procedura per la presa in carico appropriata della persona con patologia neurologica terminale.	Personale Medico Personale del comparto	UCO Clinica Neurologica stroke Unit in collaborazione con SC Cure Palliative	Al 31/12/2023 evidenza della procedura elaborata.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2242	6	Emergenza Urgenza esecuzione del trattamento trombolisi in tutti i pazienti che	Esecuzione del numero di trombolisi calcolando i tempi door to needle e continuazione del registro stroke in fase acuta.	Personale Medico Personale del comparto	UCO Clinica Neurologica stroke Unit	Al 31/12/2023 evidenza della procedura elaborata.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					necessitano di trattamento acuto nello stroke					
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2243	7	Emergenza Urgenza esecuzione del trattamento trombectomie in tutti i pazienti che necessitano di trattamento acuto nello stroke	Esecuzione del numero di trombectomia continuazione del registro stroke in fase acuta.	Personale Medico Personale del comparto	UCO Clinica Neurologica stroke Unit	Al 31/12/2023 evidenza della procedura elaborata.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2244	8	Emergenza Urgenza consulenze neurologiche in rianimazione ed esecuzione esami di neurofisiologia in rianimaizone	Numero di consulenze neurologoche in rianimazione nei pazienti critici e numero di esemai di neurofisiologia eseguiti in rianimazione.	Personale Medico tecnici di neurofisiologia	UCO Clinica Neurologica e di Unità di Neurofisiologia clinica collaborazione con l' ARTA	Al 31/12/2023 evidenza della procedura elaborata.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2207C	9	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2206C	10	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Piano dell'Offerta Formativa	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	2208C	11	Linea Regionale 5.1 Gestione del Rischio Clinico. Prevenzione e controllo delle ICA.	Stesura e implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni delle vie urinarie.	Dirigenti Medici del DAI di Medicina Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: a. Entro 30 settembrestesura del percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni urinarie. b. Da ottobre a dicembre implementazione del percorso proposto in aumento il 60% dei casi eleggibili.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Clinica Neurologica	1860	4500	12	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2201C	1	Linea Regionale 5.2 Accredimento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzazione di un piano di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accreditamento.</p> <p>1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto.</p> <p>2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accreditamento da parte di un gruppo di coordinatori.</p> <p>3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza.</p> <p>4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.</p>	<p>Responsabili di Area Riabilitativa</p> <p>Responsabile Infermieristico di Piattaforma</p> <p>in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie e SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento</p>	<p>SC geriatria</p> <p>DH, Prosecuzione Cure</p> <p>Ambulatori DAI Medico</p>		
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2202C	2	<p>Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.</p>	<p>Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina.</p> <p>Analisi dei dati che emergono dallo studio.</p> <p>Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.</p>	<p>Responsabili Infermieristici di Piattaforma</p> <p>Responsabili Infermieristici di Struttura</p>	<p>per l'area giuliana:</p> <p>SC Medicina Interna</p> <p>SC Medicina Clinica</p> <p>SC Clinica Medica</p> <p>SC Clinica Neurologica</p> <p>SC Geriatria</p> <p>DH, Prosecuzione Cure</p> <p>Ambulatori DAI Medico</p> <p>per l'area isontina:</p> <p>SC Medicina Interna GO</p> <p>SC Medicina Interna MO</p> <p>SC Neurologia GO</p> <p>SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico</p> <p>DH Medico</p> <p>Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici</p> <p>obiettivo condiviso con il DAI Medico dell'Area Isontina</p>	<p>Evidenza dei risultati dello studio.</p> <p>Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2203C	3	<p>Contrastare la perdita di funzioni dei pazienti fragili durante la degenza, contenere la richiesta di RSA alla dimissione, migliorare gli outcome dell'assistenza, ridurre i tempi di degenza.</p>	<p>Formulazione, attuazione, registrazione e verifica di un piano di mobilitazione quotidiano individualizzato per ogni degente.</p>	<p>Personale OSS</p> <p>Personale Infermieristico</p>	<p>SC Medicina Interna</p> <p>SC Medicina Clinica</p> <p>SC Clinica Medica</p> <p>SC Geriatria</p>	<p>Attuazione di almeno il 95% dei piani di mobilitazione formulati.</p> <p>Fonte dei dati: Registro interno della Struttura.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2207C	4	<p>Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della</p>	<p>Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana.</p>	<p>Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana</p>	<p>SC Medicina Interna</p> <p>UCO Medicina Clinica</p> <p>UCO Clinica Medica</p>	<p>Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento.</p> <p>Evidenza del Piano di</p>	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					sanità. Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati	Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.		UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	miglioramento proposto e delle attività implementate.	
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2206C	5	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Piano dell'Offerta Formativa	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2208C	6	Linea Regionale 5.1 Gestione del Rischio Clinico. Prevenzione e controllo delle ICA.	Stesura e implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni delle vie urinarie.	Dirigenti Medici del DAI di Medicina Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: a. Entro 30 settembrestesura del percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni urinarie. b. Da ottobre a dicembre implementazione del percorso proposto in aumento il 60% dei casi eleggibili.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2221	7	Linea 3.1 Integrazione socio-sanitaria	Garantire le dimissioni protette per le persone con fragilità. Migliorare la presa in carico precoce dell'anziano fragile: segnalazione di stato di fragilità mediante apposita scala.	Medici e comparto	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Dal 1 Aprile > 70% dei soggetti dimessi con indicazione di un valore di fragilità. Indicatore: lettera dimissione.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2222	8	4.1.1. Indicatori di attività ospedaliera	Si ripropone visti gli ottimi risultati ottenuti nel 2022, con alcuni miglioramenti, il percorso di Ortogeriatrics (attività clinica di supporto per le problematiche di ordine geriatrico ai degenti in ortopedia di età>65 anni con frattura di collo del femore). Volume di attività.	Medici	UCO Geriatria	Dal 1 gennaio >70% dei soggetti candidabili da protocollo presi in carico INDICATORE: consulenze in G2.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2223	9	5.1 Rischio clinico Uso sicuro dei farmaci - avvio di specifiche azioni sulla gestione della politerapia in particolare per specifiche classi di rischio	Controllo di eventuali interazioni farmacologiche nella terapia alla dimissione tramite apposito strumento informatizzato (Terap).	Direttore	UCO Geriatria	Dal 1 giugno 2023 >70% dei pazienti dimessi con controllo delle interazioni farmacologiche della terapia prescritta alla dimissione indicatore: G2 lettera di dimissione.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2224	10	Corretta compilazione e tenuta delle Cartelle Cliniche	Organizzazione di audit finalizzati alla verifica della completezza delle Cartelle Cliniche. Entro maggio sarà formato il gruppo di lavoro. Entro dicembre realizzazione di almeno due incontri con la SC Medicina Legale per la revisione e analisi delle criticità della documentazione sanitaria della Struttura.	Tutto il personale della UCO Geriatria	UCO Geriatria in collaborazione SC (UCO) Medicina Legale	Stesura e implementazione dei piani di miglioramento. Evidenza relazione fornita dalle strutture coinvolte.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Geriatria	2140	2225	11	5.1 Gestione del rischio clinico e accreditamento Superamento della contenzione come previsto dalla DGR n 1904/2016	Monitoraggio dei casi di pazienti con bisogni personalizzati di assistenza. Descrizione delle soluzioni di gestione personalizzata attivate per evitare la contenzione. Descrizione delle criticità eventuali e delle risorse impiegate.	Tutto il personale della UCO Geriatria	UCO Geriatria	Evidenza del monitoraggio effettuato dalla Struttura Documento di analisi dei dati raccolti.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2228C	1	Implementazione dello screening del carcinoma dell'ano nei centri MST	Stesura di un protocollo per lo screening del carcinoma dell'ano mediante co-testing (paptest e HPV anale).	dirigenti medici; infermieri	UCO Malattie Infettive; UCO Clinica Dermatologica- Centri MST Trieste e Gorizia; UCO Anatomia Patologica	EVIDENZA: produzione del documento condiviso; esecuzione pilota dello screening in 10 pazienti.	documento entro 30/09/2023; screening entro 31.12.23
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2234C	2	Rischio Clinico - Integrazione operativa dell'area Giuliano-Isontina (Antimicrobial Stewardship)	Analisi dei dati di antibioticoresistenza con uniformità della reportistica tra le due aree Giuliana-Isontina.	dirigenti medici; biologi	SC Microbiologia; SSD Microbiologia; Direzione medica Isontina; UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: produzione dei report di antibioticoresistenza secondo i citati criteri.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2227	3	Ampliamento dell'offerta di antibiotico terapia: assicurare continuità di cura e terapeutica nelle giornate festive e nei fine settimana ai pazienti non ricoverati (ambulatoriali e DH) [appropriatezza uso antibiotici]	1. Organizzazione strutturale degli spazi adibiti all'interno della degenza di Malattie Infettive. 2. Formazione del personale della degenza all'attività ambulatoriale e alla documentazione. 3. Definizione dei casi, delle patologie e delle terapie trattati nel fine settimana/festivi. 4. Ampliamento dell'offerta al fine settimana/festivo fino a 5 terapie in isorisorte.	Infermieri e OSS della U.C.O. Malattie Infettive		Entro 2023 verrà attuata la terapia antibiotica iniettiva nelle giornate di sabato, domenica e festivi ai pazienti ambulatoriali e DH garantendo continuità di cura ed assistenza infermieristica all'interno della degenza di Malattie Infettive per un massimo di 5 terapie die in isorisorte e per un tempo complessivo di massimo 3 ore.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2226C	4	Appropriatezza organizzativa: farmaci speciali di urgenza infettiva	1. Individuazione dei farmaci di urgenza infettiva. 2. Individuazione dei farmaci a gestione U.C.O. Malattie Infettive e dei farmaci a gestione condivisa con la Farmacia. 3. Previsione del fabbisogno di ogni terapia. 4. Definizione delle scorte minime di giacenza sulla base delle terapie. 5. Creazione di una istruzione operativa condivisa che comprenda: a. La gestione globale dei farmaci anti infettivi. b. Il controllo della giacenza e della scadenza dei farmaci. c. Modalità operative sull'inizio terapia.	Tutta la Struttura (Responsabili, dirigenza e comparto)	S.C. Farmacia Ospedaliera Territoriale area Giuliana	1. Definizione dei farmaci a gestione della U.C.O. Malattie Infettive e del fabbisogno. 2. Predisposizione di una istruzione operativa condivisa ed approvata da tutte le strutture coinvolte. 3. Implementazione della nuova gestione. Indicatori: 1. Creazione del file excel con farmaci e scorte minime presenti presso le diverse strutture coinvolte. 2. Condivisione dell'istruzione operativa tramite mail (protocollo interno) a tutti gli	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						d. Modalità operative sul trasporto e i recapiti dei servizi. e. Modalità di acquisizione dei farmaci. f. Timing di approvvigionamento dei farmaci.			operatori coinvolti. 3. Controllo periodico e invio di mail di feedback alla SC Farmacia di controllo giacenze effettuate. 4. in caso di inizio terapia verrà inviata mail alla farmacia dagli operatori coinvolti. 5. Verrà predisposto il format di approvvigionamento e il coordinatore seguirà, di concerto con la farmacia, lo stato di avanzamento della pratica.	
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2230C	5	Gestione del rischio clinico e Accreditamento: lotta alle resistenze antibiotiche	Antibiotic Stewardship: Formazione/Aggiornamento per la realizzazione degli obiettivi di lotta alle antibiotico-resistenze.	dirigenti medici, farmacisti	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo-Facciale ed Odontoiatria in comune con: UCO Malattie Infettive, SC Farmacia	EVIDENZA: una giornata di Consensus sull'obiettivo proposto.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2231C	6	Lotta alle resistenze antibiotiche - Programma PL10 Misure per il contrasto dell'antibiotico resistenza e Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG (obiettivo: Lotta alle resistenze antibiotiche)	Diagnostic Stewardship: Sinergismi antibiotici per microrganismi multiantibioticoresistenti.	dirigenti medici, biologi, tecnici	SC Microbiologia in comune con UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: esecuzione e produzione di > 50 test di sinergia.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2207C	7	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2232C	8	Potenziamento del percorso di continuità assistenziale ospedale – territorio dedicato ai pazienti con epatopatia grave e/o disturbo da uso di alcol.	1. Definizione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per l'utenza target con la definizione di: obiettivi; aree di responsabilità dei servizi coinvolti; target; criteri di inclusione ed esclusione dell'utenza; offerta, strumenti e metodologie di lavoro; monitoraggio e valutazione. 2. Segnalazione ed invio per valutazione e trattamento dei pazienti in carico alla Struttura semplice dipendenze comportamentali e da sostanze legali (SSDCSL) con epatopatia grave alla Clinica Patologie del Fegato (CPF) secondo PDTA. 3. Presa in carico da parte della SSDCSL dei soggetti segnalati dai centri ospedalieri (Clinica patologie del fegato e SC Malattie infettive - SC	Medici ed Infermieri di CPF e M.Infettive; Medici, infermieri e personale di supporto della SSDCSL	Clinica patologie del fegato in comune con: UCO Malattie infettive, SS Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali	1. Predisposizione e formalizzazione del PDTA. 2. Dal 01/10/2023 il 100% dei soggetti target che hanno espresso il consenso vengono segnalati dalla SSDCSL alla SC CPF secondo PDTA. 3. Dal 01/10/2023 il 100% dei soggetti target segnalati dal CPF e da SC MI vengono presi in carico secondo PDTA.	1: 30/09/2023 2: 31/12/2023 3: 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						MI) con sospetto disturbo da uso di alcol secondo PDTA.				
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2206C	9	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Piano dell'Offerta Formativa	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	2208C	10	Linea Regionale 5.1 Gestione del Rischio Clinico. Prevenzione e controllo delle ICA.	Stesura e implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni delle vie urinarie.	Dirigenti Medici del DAI di Medicina Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: a. Entro 30 settembrestesura del percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni urinarie. b. Da ottobre a dicembre implementazione del percorso proposto in almeno il 60% dei casi eleggibili.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Malattie Infettive	1880	4500	11	Governo della spesa farmaceutica. Appropriata prescrizione	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -1% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2233C	1	Discussione multidisciplinare di casi endocrino-chirurgici complessi con il fine di uniformare il percorso diagnostico terapeutico alle linee guida e migliorare la gestione dei pazienti	Programmazione di 8 incontri multidisciplinari all'anno con discussione collegiale di 4/8 casi di pazienti selezionati.	SS DI ENDOCRINOLOGIA - UCO DI MEDICINA CLINICA: Prof. Bruno Fabris Prof.ssa Stella Bernardi Dott.ssa Veronica Calabrò Dott.ssa Giulia Zuolo UCO CLINICA CHIRURGICA: Prof.ssa Chiara Dobrinija SS RADIOLOGIA OSPEDALE MAGGIORE: Dott. Marco Cavallaro	UCO Medicina Clinica SS di Endocrinologia UCO Clinica Chirurgica UCO Radiologia Diagnostica ed Interventistica - Ospedale Maggiore	1. Entro il 30 giugno 2023 definizione calendario incontri. 2. Evidenza di discussione di almeno 25 casi entro il 31 dicembre 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2201C	2	Linea Regionale 5.2 Accredimento Accredimento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzazione di un piano di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accredimento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabili di Area Riabilitativa Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie e	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto.</p> <p>2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori.</p> <p>3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza.</p> <p>4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.</p>	SSD Rischio Clinico, Qualità e Accredimento			
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2234	3	<p>Segnalazione dei casi di Insufficienza surrenalica cronica seguiti dall'ambulatorio di Endocrinologia di Cattinara al UCO di pronto Soccorso. OBIETTIVO: Prevenzione della crisi addisoniana in pazienti portatori di insufficienza surrenalica cronica</p>	<p>1. Incontro con Dirigenti della SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza al fine da sensibilizzare tutti gli operatori sul rischio "Crisi addisoniana" nei pazienti con diagnosi di insufficienza surrenalica cronica che si presentino in PS.</p> <p>2. Segnalazione dei casi di Insufficienza surrenalica cronica seguiti dall'ambulatorio di Endocrinologia di Cattinara alla SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza di Cattinara.</p> <p>3. Segnalare i casi di insufficienza surrenalica cronica noti alla SC Informatica e telecomunicazioni al fine di verificare la possibilità di predisporre un ALERT agganciato al nominativo dei pazienti con insufficienza surrenalica cronica nel sistema informatico.</p>	<p>SS DI ENDOCRINOLOGIA - UCO DI MEDICINA CLINICA: Prof. Bruno Fabris Prof.ssa Stella Bernardi Dott.ssa Veronica Calabrò Dott.ssa Giulia ZUOLO SC PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA: Dott. Franco COMINOTTO SC INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI: Ing Cinzia Spagno Ing. Giorgia German</p>	<p>UCO Medicina Clinica SS Endocrinologia SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza SC Informatica e Telecomunicazioni</p>	<p>1. Aver programmato almeno due Incontri con Personale medico di PS da eseguirsi entro luglio 2023 (uno già eseguito).</p> <p>2. Aver trasmesso i nominativi dei pazienti affetti da insufficienza surrenalica cronica seguiti dalla SS di Endocrinologia afferente alla SC Medicina Clinica alla SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza.</p> <p>3. Aver fatto inserire nel sistema informatico un ALERT agganciato al nome del paziente affetto da insufficienza surrenalica cronica.</p>	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2202C	4	<p>Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.</p>	<p>Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina.</p> <p>Analisi dei dati che emergono dallo studio.</p> <p>Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.</p>	<p>Responsabili Infermieristici di Piattaforma</p> <p>Responsabili Infermieristici di Struttura</p>	<p>per l'area giuliana: SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica SC Geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico</p> <p>per l'area isontina: SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici</p> <p>obiettivo condiviso con il</p>	<p>Evidenza dei risultati dello studio.</p> <p>Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.</p>	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
								DAI Medico dell'Area Isontina		
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2235	5	Ottimizzazione del percorso di cura in pazienti affetti da reumo artropatie infiammatorie associate a patologia polmonare con particolare riferimento alle interstiziopatie	1. Definizione del protocollo operativo condiviso tra SS di Reumatologia e SC Pneumologia. 2. Creazione di una Agenda CUP condivisa per la prenotazione interna di visite specialistiche reumatologiche e pneumologiche in pazienti con patologia reumatica e sospetto di patologia polmonare e in pazienti con patologia plomonale e sospetto di patologia reumatologica associata.	SS DI REUMATOLOGIA - UCO DI MEDICINA CLINICA: Prof. Bruno Fabris Dott. Fabio Fischetti Dott.ssa Paola Tomietto Dott.ssa Michela Gasparotto. SC PNEUMOLOGIA: Prof. Marco Confalonieri Prof.ssa Barbara Ruaro Dott.ssa Rossana Della Porta Dott.ssa Metka Kodric	UCO Medicina Clinica SS Reumatologia SC Pneumologia	1. Stesura del protocollo entro il 30 giugno 2023. 2. Attivazione di agenda CUP condivisa tra SS Reumatologia e SC Pneumologia con disponibilità di 5 visite mensili. 3. Esecuzioni di almeno 20 visite con tempi di attesa tra richiesta ed erogazione della visita inferiori a 15 giorni.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2203C	6	Contrastare la perdita di funzioni dei pazienti fragili durante la degenza, contenere la richiesta di RSA alla dimissione, migliorare gli outcome dell'assistenza, ridurre i tempi di degenza.	Formulazione, attuazione, registrazione e verifica di un piano di mobilitazione quotidiano individualizzato per ogni degente.	Personale OSS Personale Infermieristico	SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Geriatria	Attuazione di almeno il 95% dei piani di mobilitazione formulati. Fonte dei dati: Registro interno della Struttura.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2204C	7	Potenziamento della presa in carico dei pazienti afferenti agli ambulatori del DAI di Medicina attraverso l'attivazione di un servizio di tele-nursing.	Potenziamento dell'attività telefonica di consulenza infermieristica dei pazienti afferenti agli ambulatori di: - Endocrinologia - Reumatologia - Malattie Metaboliche dell'osso - Diabetologia - Neurologia - Dislipidemie - Malattie Tromboemboliche Entro aprile sarà introdotto presso gli ambulatori un sistema di monitoraggio dei contatti telefonici per consulenza infermieristica e un registro dei contenuti delle consulenze.	Personale Infermieristico delle aree ambulatoriali	SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica DH, Prosecuzione Cure, Ambulatori DAI Medico	Entro il 31/12/2023 sarà prodotta una relazione di analisi delle attività di consulenza infermieristica telefonica effettuata nell'anno (prima rilevazione).	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2207C	8	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Monitoraggio dell'Attività Formativa Universitaria e degli Enti di Formazione convenzionati	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2206C	9	Integrazione tra Dipartimento Medico Area Giuliana e Università: formazione dei professionisti della sanità. Piano dell'Offerta Formativa	Redazione del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento di Medicina dell'Area Giuliana. Elaborazione e avvio di un piano di miglioramento.	Il Direttore del DAI Medico Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive SSD Angiologia	Evidenza del Piano dell'Offerta Formativa del Dipartimento. Evidenza del Piano di miglioramento proposto e delle attività implementate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
								Fisiologia Clinica Vascolare Multidisciplinare		
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2208C	10	Linea Regionale 5.1 Gestione del Rischio Clinico. Prevenzione e controllo delle ICA.	Stesura e implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni delle vie urinarie.	Dirigenti Medici del DAI di Medicina Area Giuliana	SC Medicina Interna UCO Medicina Clinica UCO Clinica Medica UCO Clinica Neurologica UCO Geriatria SC Nefrologia e Dialisi UCO Malattie Infettive	EVIDENZA: a. Entro 30 settembrestesura del percorso diagnostico-terapeutico delle infezioni urinarie. b. Da ottobre a dicembre implementazione del percorso proposto in aumento il 60% dei casi eleggibili.	Entro il 31/12/2023
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	2104C	11	Donazione cornee. Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 (4.2).Delibera N. 480 del 17 marzo 2023.	1. Monitoraggio mensile del numero di decessi e delle schede compilate di segnalazione di paziente condidabile al prelievo cornee. 2. Report per SC Medicina Interna, SC Medicina Clinica e SC Clinica Medica.	Dirigenti Medici e Comparto	SSD Qualità ed Accreditamento	Report mensile con dati n. decessi e schede di segnalazione compilate per La SC Medicina Interna, Sc Clinica Medica, SC Medicina Clinica.	Secondo Semestre
DAI Medico Area Giuliana	UCO Medicina Clinica	1820	4500	12	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -1,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	DAI Oncologia	2364	2522C	1	PDTA implementazione del PDTA del colon e del retto	Revisare ed implementare il PDTA del colon e del retto Proseguire con i gruppi di lavoro omogenei già attivi. Armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale. Avviare una collaborazione con la SC Riabilitazione di Trieste per implementare PDTA nella parte riabilitativa. Misurare gli indicatori individuati per il tumore del retto, almeno 1 indicatore per specialità coinvolta (sia per il gruppo CORE che per la Riabilitazione).	Direttori/Dirigenti afferenti alle diverse SC e che partecipano al Gruppo Multidisciplinare/ Coordinatori infermieristici/tecnici	SC Oncologia Trieste SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC (UCO) Clinica Chirurgica Trieste SC Chirurgia Generale Gorizia e Monfalcone SC(UCO) Anatomia ed Istologia Patologica SC Gastroenterologia SC Radiologia Maggiore SC (UCO) Radiodiagnostica e radiologia interventistica Cattinara SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Radioterapia SC Riabilitazione Trieste	Produzione di due documenti finali relativi a PDTA del colon e del retto. Redazione di una tabella che presenti i risultati degli indicatori che andranno monitorati con cadenza quadrimestrale.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	DAI Oncologia	2364	2901C	2	Gruppo multidisciplinare Neoplasie del polmone	Implementare il percorso dedicato per i pazienti con sospette neoplasie del polmone. Adeguare le agende CUP interne dedicate per prenotazione di esami diagnostici radiologici (RX e TC del torace) e di medicina nucleare (PET-TC), visita pneumologica, visita chirurgica, broncoscopia. Confermare e monitorare gli obiettivi identificati nel percorso diagnostico/terapeutico. Accreditamento ECM ed organizzare un evento formativo che coinvolga	Direttori/Dirigenti afferenti alle diverse SC e che partecipano al Gruppo Multidisciplinare/ Coordinatori infermieristici/tecnici	Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste SC Oncologia Gorizia Monfalcone SC Pneumologia Trieste SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore Cattinara SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC(UCO) Anatomia ed	Rendicontazione obiettivi condivisi con monitoraggi quadrimestrali. Evidenza di svolgimento del corso formativo. Arrivare a deliberare formalmente il percorso aziendale con coinvolgimento della Direzione Medica di presidio.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						Azienda Ospedaliera e Territorio per informare tutti gli operatori dell'esistenza del percorso. Coinvolgere la Direzione Medica per affiancarci nel monitoraggio degli obiettivi.		Istologia Patologica SC Radioterapia		
DAI Oncologia	DAI Oncologia	2364	2902	3	Condivisione gestione tossicità da farmaci oncologici con MMG	Incontri formativi/educativi con MMG in ASUGI.	Direttore DAI, e SOC di Oncologia TS. Personale di comparto, Direttori Distretti Sanitari	DAI Oncologia ASUGI, SOC di Oncologia ASUGI, Direttori Distretti Sanitari	Evidenza di riunioni in tutti i distretti di ASUGI, raccolta di questionari di gradimento.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	DAI Oncologia	2364	2903	4	Rete Oncologica - PDTA tumore del pancreas	Avvio della predisposizione alla stesura del PDTA.	Direttori e Dirigenti delle diverse SC che convergono nell'oggetto dell'obiettivo. Coordinatori infermieristici	ARCS. DAI Oncologia ASUGI	Produzione bozza iniziale di PDTA condiviso.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	DAI Oncologia	2364	2904	5	Rete Oncologica - PDTA tumore dello stomaco	Avvio della predisposizione alla stesura del PDTA.	Direttori e Dirigenti delle diverse SC che convergono nell'oggetto dell'obiettivo. Coordinatori infermieristici	ARCS. DAI Oncologia ASUGI	Produzione bozza iniziale di PDTA condiviso.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	DAI Oncologia	2364	2905	6	Breast unit aziendale	Avvio dell'attività di confronto.	Direttori	Breast Unit DAI CHIR AG DAI chirurgico AI	Documento contenente una proposta organizzativa di Breast Unit aziendale.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Gorizia e Monfalcone	623	2920	1	Utilizzo dei biosimilari	Richiesta farmaci oncologici per principio attivo.	medici,	Oncologia	Utilizzo del biosimilare rispetto alla molecola "brand" = 90%.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Gorizia e Monfalcone	623	2921	2	Schede AIFA farmaci oncologici ai fini del rimborso	Compilazione corretta delle schede AIFA dirette alla Farmacia.	Medici,	Oncologia	95% delle schede compilate correttamente.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Gorizia e Monfalcone	623	2922C	3	Attivazione di un Ambulatorio per la Radiofrequenza in Oncologia Ginecologica	Individuazione del percorso prescrittivo e attuativo.	Direttore e dirigenti medici della SOC di Oncologia di Gorizia-Monfalcone. Coordinatore infermieristico e personale di comparto	SOC di Ginecologia di Gorizia Monfalcone	Produzione di un protocollo di attività e avvio con almeno 5 pazienti.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Gorizia e Monfalcone	623	2919C	4	Definire la modalità di accesso dei farmaci ad alto costo nelle Strutture di Oncologia hub e spoke	Produrre una procedura che delinea la modalità di accesso ai trattamenti oncologici ad alto costo e le modalità di svolgimento delle discussioni dei casi nelle Strutture hub e spoke. Valutare l'impatto organizzativo conteggiando il monte orario necessario a svolgere questa attività considerata la dotazione organica delle Strutture coinvolte.	Direttori di Struttura di Oncologia	SC Oncologia di Trieste SC Oncologia di Monfalcone e Gorizia SSD OSARF	Evidenza della procedura. Evidenza di riunioni tra oncologi di hub e spoke su piattaforma dedicata e del monte orario impegnato con conseguente ricaduta organizzativa.	Entro il 30/06/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Gorizia e Monfalcone	623	4500	5	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Trieste	2180	2918	1	Continuità ospedale- territorio mediante il coinvolgimento del terzo settore. Migliorare l'informazione sul servizio	1. Costituzione di un gruppo di lavoro che identifichi le associazioni di volontariato presenti sul territorio giuliano ed isontino che si occupino di	Coordinatore Infermieristico, infermieri e OSS del CUSA.		1. Produzione di una brochure entro il 31.12.2023 dove siano indicate le associazioni di volontariato	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					trasporti offerto gratuitamente dalle associazioni di volontariato ai pazienti fragili oncologici ed ematologici.	malati oncologici ed ematologici. 2. Suddivisione tra tutto il personale del CUSA dell'elenco estrapolato per la presa di contatto e la raccolta di informazioni su modalità e tempi di attivazione della richiesta di trasporto. 3. Stesura di una brochure informativa, divulgabile all'utenza.			che offrono i trasporti gratuiti ai malati onco-ematologici fragili e i riferimenti su come contattarli.	
DAI Oncologia	SC Oncologia Trieste	2180	2919C	2	Definire la modalità di accesso dei farmaci ad alto costo nelle Strutture di Oncologia hub e spoke	Produrre una procedura che delinea la modalità di accesso ai trattamenti oncologici ad alto costo e le modalità di svolgimento delle discussioni dei casi nelle Strutture hub e spoke. Valutare l'impatto organizzativo conteggiando il monte orario necessario a svolgere questa attività considerata la dotazione organica delle Strutture coinvolte.	Direttori di Struttura di Oncologia	SC Oncologia di Trieste SC Oncologia di Monfalcone e Gorizia SSD OSARF	Evidenza della procedura. Evidenza di riunioni tra oncologi di hub e spoke su piattaforma dedicata e del monte orario impegnato con conseguente ricaduta organizzativa.	Entro il 31/05/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Trieste	2180	2914C	3	Prevenzione delle infezioni cateteri venosi centrali correlate e miglioramento del comfort del paziente mediante l'impiego di PICC PORTH	1. Richieste di posizionamento del PICC PORTH al posto del PICC tradizionale in pazienti ematologici affetti da linfoma. 2. Gestione infermieristica del PICC PORTH impiantati ed educazione sanitaria agli assistiti.	Direttore Ematologia Direttore ARTA Dirigenti Medici Ematologia Dirigenti Medici ARTA Coordinatore Ematologia Coordinatore CUSA Personale comparto Ematologia e CUSA	SC ARTA Ematologia Oncologia AG Oncologia AI	Almeno il 50% dei pazienti affetti da linfoma che devono posizionare un PORT, posizionano un PORT PICC. Attività documentante le gestione infermieristica del PICC PORT.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Trieste	2180	2522C	4	PDTA implementazione del PDTA del colon e del retto	Revisione ed implementazione del PDTA del colon e del retto. Proseguire con i gruppi di lavoro omogenei già attivi Armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento finale. Avviare collaborazione con la SC Riabilitazione di Trieste per implementare PDTA nella parte riabilitativa. Misurare gli indicatori individuati per il tumore del retto, almeno 1 per specialità coinvolta (sia per il gruppo CORE che per la Riabilitazione).	Direttori/Dirigenti afferenti alle diverse SC e che partecipano al Gruppo Multidisciplinare/Coordinatori infermieristici/tecnici	SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone SC (UCO) Clinica Chirurgica Trieste SC Chirurgia Generale Gorizia e Monfalcone SC(UCO) Anatomia ed Istologia Patologica SC Gastroenterologia SC Radiologia Maggiore SC (UCO) Radiodiagnostica e radiologia interventistica Cattinara SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Radioterapia SC Riabilitazione Trieste	Produrre 2 documenti finali relativi a PDTA del colon e del retto. Tabella che presenti i risultati degli indicatori che andranno monitorati con cadenza quadrimestrale.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Trieste	2180	2901C	5	Gruppo multidisciplinare Neoplasie del polmone	1. Implementare il percorso dedicato per i pazienti con sospette neoplasie del polmone. 2. Adeguare le agende CUP interne dedicate per prenotazione di esami diagnostici radiologici (RX e TC del torace) e di medicina nucleare (PET-TC), visita pneumologica, visita chirurgica.	Direttori/Dirigenti afferenti alle diverse SC e che partecipano al Gruppo Multidisciplinare/Coordinatori infermieristici/tecnici	Obiettivo in comune tra SC Oncologia Trieste SC Oncologia Gorizia Monfalcone SC Pneumologia Trieste SSD Pneumologia Gorizia/Monfalcone SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore	Rendicontazione obiettivi condivisi con valutazioni quadrimestrali. Evidenza di svolgimento del corso formativo. Arrivare a deliberare formalmente il percorso aziendale.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						3.Confermare e monitorare gli obiettivi identificati nel percorso diagnostico/terapeutico. 4. Accreditamento ECM e attuazione di evento formativo che coinvolga Azienda Ospedaliera e Territorio per informare tutti gli operatori dell'esistenza del percorso. 5. Coinvolgimento della Direzione Medica per affiancarci nel monitoraggio degli obiettivi		Cattinara SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC(UCO) Anatomia ed Istologia Patologica SC Radioterapia		
DAI Oncologia	SC Oncologia Trieste	2180	2508C	6	Miglioramento qualità delle prestazioni: meeting multidisciplinare epatologico	Miglioramento percorso di gestione dei pazienti discussi al meeting multidisciplinare epatologico.	Dirigenti Medici	In comune con Radiologia, Clinica chirurgica, Anatomia Patologica, Gastroenterologia, Radioterapia, Oncologia,	Relazione su casistica generale e outcome operativo e clinico dei pazienti presi in carico per trattamento.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Oncologia Trieste	2180	4500	7	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Radioterapia	2200	2923C	1	Analisi FMECA per i trattamenti di radioterapia	Riunioni con la SC Radioterapia e la Direzione Medica per continuare l'analisi iniziata nel 2022. Istituzione del gruppo di lavoro, definizione degli step. Individuazione processi per analisi fasi per i trattamenti radianti.	EDIRIGENZA E COMPARTO	fisica sanitaria	Analisi FMECA per i trattamenti di radioterapia effettuata	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Radioterapia	2200	2928	2	Implementazione del nuovo sistema di brachiterapia HDR con Flexitron	Preparazione di una Istruzione Operativa sull' utilizzo del Flexitron da parte del personale TSRM, che preveda la descrizione dei vari step da seguire per effettuare un trattamento di Brachiterapia.	TSRM in Radioterapia		Entro il 31/12 verrà stilata sia la procedura che una Flow chart le quali permetteranno a tutti i TSRM in servizio presso la S.C. ,di essere edotti sull'utilizzo del Flexitron. Verrà stilato un registro con i nominativi degli operatori che hanno preso visione della procedura.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Radioterapia	2200	2924C	3	Mantenere tempi previsti da accreditamento EUSOMA	1. Programmazione di visita, contouring e plan calculation + RT in modo da iniziare RT entro 12 settimane dall'intervento chirurgico. 2. Programmazione dell'inizio della Radioterapia entro 12 settimane dall'intervento chirurgico nei casi di ca. mammella senza CT adiuvante.	DIRIGENZA Coordinatore Tecnico della S.C. Radioterapia	fisica sanitaria	1. Rispetto dell'85% dei tempi d'attesa. 2. Rispetto dell' 90% dei tempi d'attesa dell'inizio della RT, calcolato su funzione matematica.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Radioterapia	2200	2929	4	Miglioramento percorsi di educazione sanitaria per i pazienti oncologici in trattamento con Radioterapia .Creazione di una brochure esplicativa per il paziente che si sottopone al trattamento radiante con specifiche su comportamenti igienico-sanitari.	Costituzione del gruppo di lavoro costituito da 3 infermiere, per predisporre una brochure illustrativa specifica per l'area trattata.	Infermiere in Radioterapia		1. Entro il 30/6 verrà predisposta la brochure e valutata dall' Ufficio Comunicazione . Dal 01/07 al 31/12/23 verranno consegnate ed illustrate,al 90% dei nuovi pazienti in carico, le brochure dedicate. (fonte dati File Report Utenti	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									Segreteria Rt per nuovi inizi RT vs file dedicato presente in ambulatorio visite).	
DAI Oncologia	SC Radioterapia	2200	2925C	5	Trattamento dei casi di metastasi osse entro 3 giorni dalla prima visita	1. Prima visita. 2. Centramento. 3. Conturing. 4. Pianificazione del trattamento. 5. Trattamento	Dirigenza Fisici TSRM	SC Fisica Sanitaria	Mantenimento del trattamento del 95% dei casi entro il limite di 3 giorni.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Radioterapia	2200	2926C	6	Radioterapia intraoperatoria in pz. con ca. mammario in chirurgia conservativa	Trattamento intraoperatorio con 1 seduta.	DIRIGENTI E TSRM	fisica sanitaria	15 casi irradiati entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SC Radioterapia	2200	2927C	7	Condivisione di percorsi aziendali dei trattamenti, radioter loco regional i (stereotassi body, brachiterapia	Realizzazione di eventi formativi e di scambio sui sui percorsi aziendali per i trattamenti radioterapici	Tutto il personale	SC Fisica Sanitaria SC Radioterapia	Almeno 2 edizioni.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5270	2930C	1	Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica nell'ambito del GOG (Gruppo multidisciplinare interaziendale Oncologia Ginecologica)	Revisione dei PDTA delle più frequenti neoplasie ginecologiche: carcinoma ovarico, carcinoma endometriale, carcinoma della cervice uterina.	Direttore	UCO Anatomia Patologica, SC Radioterapia, SC Medicina Nucleare, SC Oncologia Gorizia-Monfalcone, SC Ginecologia Gorizia MonfalconeClinica Ginecologica e Ostetrica IRCSS Burlo Garofalo	Produzione dei 3 documenti condivisi.	Entro il 31/08/2023
DAI Oncologia	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5270	2919C	2	Definire la modalità di accesso dei farmaci ad alto costo nelle Strutture di Oncologia hub e spoke	Produrre una procedura che delinea la modalità di accesso ai trattamenti oncologici ad alto costo e le modalità di svolgimento delle discussioni dei casi nelle Strutture hub e spoke. Valutare l'impatto organizzativo conteggiando il monte orario necessario a svolgere questa attività considerata la dotazione organica delle Strutture coinvolte.	Direttori di Struttura di Oncologia	SC Oncologia di Trieste SC Oncologia di Monfalcone e Gorizia SSD OSARF	Evidenza della procedura. Evidenza di riunioni tra oncologi di hub e spoke su piattaforma dedicata e del monte orario impegnato con conseguente ricaduta organizzativa.	Entro il 31/05/2023
DAI Oncologia	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5270	2515C	3	Riorganizzazione dell'offerta: facilitazione procedure di accesso, esame PET/TC oncologica al fine di ridurre i tempi di inquadramento diagnostico in pazienti con carcinoma della mammella	Predisposizione agenda CUP dedicata : prenotazione diretta esame PET/TC senza mezzo di contrasto radiologico dalla Breast Unit.	Dirigenti e Comparto	SSD Breast Unit, SC Medicina Nucleare	Almeno 30% PET/TC erogate per le Strutture Complesse coinvolte prenotate con accesso diretto. Evidenza Agende CUP-G2.	Agende maggio 2023- periodo secondo semestre 2023
DAI Oncologia	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5270	2931C	4	Riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale: accesso diretto prenotazione esame PET/TC senza mezzo di contrasto radiologico in pazienti con carcinoma della mammella e carcinomi ginecologici avanzati per valutazione progressione/ripresa malattia e monitoraggio clinico in corso d'impiego farmaci ad alto costo	Mantenimento e implementazione dell'attività.	Dirigenti e Comparto	SC Medicina Nucleare	Almeno 90% esami PET/TC erogate con prenotazione diretta (agende CUP, G2).	Periodo monitoraggio Aprile -Dicembre 2023
DAI Oncologia	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5270	2932C	5	Indicazioni a prescrizione Ecocardiografia in donne affette da tumore della mammella sottoposte a trattamenti cardiotoxici alla luce delle nuove guida ESC 2022 in ambito di Cardioncologia.	1. Revisione del PDTA cardioncologico con la SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile. 2. Organizzazione dell'attività di ecocardiografia nel carcinoma	Dirigenti e comparto	SC Patologie Cardiovascolari	1. Revisione delle indicazioni del PDTA cardioncologico. 2. Riduzione del 20% del numero di ecocardiogrammi in pazienti con 1° ecocardiogramma in trattamento chemioterapico	1. Entro il 30/06/2023 2. Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						mammario alla luce delle nuove Linee Guida 2022.			senza significativo effetto cardiottossico.	
DAI Oncologia	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5270	2513C	6	Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesioni sospette nelle Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche (FAST TRACK)	Mantenimento dell'attività.	Dirigenti e comparto	SC Radiologia; SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica SSD Breast Unit	>80% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagini di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB). Base dati: G2 e data breast.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5270	2514C	7	Governo clinico: Percorso breve nelle pazienti con lesione sospetta dopo Mx di screening spontaneo e nelle sintomatiche	Mantenimento dell'attività.	Dirigenti e comparto	SC Radiologia; SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica SSD Breast Unit	> 60% delle pazienti con lesione sospetta alla mammografia e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB). Base dati: G2 e data breast.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5270	2406C	8	Governo clinico: coordinamento di un modello specializzato nell'assistenza alla donna con patologia della mammella sulla base di un piano di assistenza personalizzato	Rispetto di tutti gli indicatori obbligatori (versione 2020) previsti nel percorso della paziente e finalizzati al manenimento della certificazione EUSOMA.	Dirigenti e Comparto	SSD Breast Unit	Mantenimento della certificazione EUSOMA (Base Dati : Data Breast e Report Audi t 2023).	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5270	4500	10	Governo della spesa farmaceutica. Appropriata prescrivita	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: mantenere 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Clinica Dermatologica e Centro MST	1840	2906	1	Miglioramento delle segnalazioni degli eventi avversi cutanei e allergiche a farmaci sistemici	Monitoraggio delle segnalazioni ogni 3 mesi.	Medici strutturati	UCO Dermatologia e Centro MST e SC Farmacia	Nr delle segnalazione 2023 > 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Clinica Dermatologica e Centro MST	1840	2907	2	Miglioramento dei percorsi PER invio blocchetti/vetrini tra strutture esterne e Antomia Patologica per analisi mutazionale di melanoma	Preparazione di un foglio informativo da consegnare agli utenti con diagnosi di melanoma diagnosticato altrove.	Medici strutturati	UCO Dermatologia e Centro MST e SC Antomia Patologica	Nr. del materiale inviato e ritiro nel secondo semestre 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Clinica Dermatologica e Centro MST	1840	2908	3	Unificazione del rilascio esenzione 048 per tumori cutanei regionale	Elaborazione di una proposta esenzione 048 per tumori cutanei tra le principali strutture ospedaliere in regione da implementare come proposta regionale.	Medici strutturati	UCO Dermatologia e Centro MST, SC Chirurgia Plastica, SC Oncologia Trieste e Gorizia	Entro 12/2023 messa in pratica dell'esenzione unificata 048 per tumori cutanei regionale.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Clinica Dermatologica e Centro MST	1840	2909	4	Rispettare fruizione ferie	Montioraggio delle giorni di ferie ogni 3 mesi.	Medici strutturati	UCO Dermatologia e Centro MST	Entro 12/2023 smaltimento delle ferie dell'anno precedente.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Clinica Dermatologica e Centro MST	1840	2910	5	Unificazione del sistema informatico tra le sede MST Trieste e Gorizia	Implementazione del nuovo programma informatico Gedi in uso in CMST TS a GO.	Medici strutturati	UCO Dermatologia e Centro MST	Nr. dei report informatico di accessi e prestazioni al cmst giuliano entro 12/ 2023 e dei nuovi accessi in cmst isontino nel secondo semestre dell'anno 2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Clinica Dermatologica e Centro MST	1840	2228C	6	Implementazione dello screening del carcinoma dell'ano nei centri MST	Preparazione di un protocollo per lo screening dell'ano mediante PAP test e HPV test.	Medici strutturati	UCO Dermatologia e Centro MST, Malattie Infettive, SC Antomia Patologica	Entro 12/2023 Implementazione del protocollo nell'offerta delle strutture.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Clinica Dermatologica e Centro MST	1840	2911	7	Miglioramento della presa in carico dell'utente con tumore cutaneo seguito presso l' ambulatorio	1. Costituzione di un gruppo di lavoro per elaborare una scheda infermieristica che raccolga	Comparto UCO Cl.Dermatologica di Trieste	UCO Cl.Dermatologica e MST di Gorizia	Entro il 30 maggio stesura della scheda infermieristica;dal 1 giugno al	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					oncologico , in trattamento presso l' ambulatorio di fotodinamica e in terapia con farmaci biologici	informazioni sullo stato di salute e sull'andamento delle cure. 2. Attuare un sistema di monitoraggio del percorso di cura attraverso intervista telefonica all'utenza presa in carico.			31 dicembre contatto e compilazione delle schede progettate per almeno il 80% degli utenti eleggibili.	
DAI Oncologia	UCO Clinica Dermatologica e Centro MST	1840	2912	8	Appropriatezza organizzativa presso la Segreteria e l'Archivio della Struttura Cl. Dermatologica di Trieste. Migliorando la tracciabilità risulta più agevole il recupero di informazioni e la soluzione di eventuali contenziosi procedurali facilita il lavoro di tutta l'equipe.	Archiviazione del Piano Terapeutico. La copia cartacea dei piani terapeutici dovranno essere archiviati secondo le seguenti aree: malattie rare, malattie oncologiche, malattie infiammatorie. All'interno di ciascuna area, le copie cartacee dovranno essere catalogate secondo ordine alfabetico e in ordine decrescente di data.	Comparto UCO Cl.Dermatologica di Trieste	UCO Cl.Dermatologica e MST di Trieste	Entro il 31 dicembre 2023 il 100% dell'attività svolta viene archiviata con tracciatura dell'operatore responsabile e della data di archiviazione tramite compilazione di un registro ad uso interno. Il registro risulterà compilato e i documenti archiviati	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Clinica Dermatologica e Centro MST	1840	4500	9	Governo della spesa farmaceutica. Appropriatezza prescrittiva	Ricercare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -1% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Ematologia	1760	2913	1	Attivazione ambulatorio ematologico presso ospedale san Polo di Monfalcone	Ambulatorio di ematologia per prime visite, controlli, consulenze ogni martedì mattina dalle h 8:30 alle h 13 (+ 1 h di back office).	Direttore Ematologia Dirigenti Medici Ematologia		Apertura ambulatorio entro giugno 2023 Eseguire almeno 30 visite/controlli ematologici/mese a Monfalcone.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Ematologia	1760	2914C	2	Prevenzione delle infezioni cateteri venosi centrali correlate e miglioramento del comfort del paziente mediante l'impiego di PICC PORTH	1. Richieste di posizionamento del PICC PORT al posto del PICC tradizionale in pazienti ematologici affetti da linfoma. 2. Gestione infermieristica del PICC PORT impiantati ed educazione sanitaria agli assistiti .	Direttore Ematologia Direttore ARTA Dirigenti Medici Ematologia Dirigenti Medici ARTA Coordinatrice Ematologia Coordinatrice CUSA Personale comparto Ematologia e CUSA	ARTA CUSA	Almeno il 50% dei pazienti affetti da linfoma che devono posizionare un PORT, posizionano un PORT PICC . Attività documentante le gestione infermieristica del PICC PORT.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Ematologia	1760	2915C	3	Piattaforma sperimentazioni fase 1	Porre le basi per dare avvio al sistema di autocertificazione richiesto da AIFA per poter eseguire studi fase 1.	a) Direttore Ematologia b) Direttore Ricerca e Innovazione clinico assistenziale c) SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato d) Direttore Laboratorio e) Direttore Farmacia f) Dirigenti Medici Ematologia, Laboratorio Analisi, Farmacisti , g) Coordinatrice Ematologia, h) Coordinatrice CUSA	SC Ricerca e Innovazione clinico assistenziale; SC Servizio Prevenzione, Protezione, Gestione Ambientale e Sistema di Gestione Integrato; Laboratorio Analisi; Farmacia; CUSA	Identificazione di: a. Figure professionali coinvolte. b. Lista delle procedure richieste. c. Risorse umane richieste. d. Risorse strutturali necessarie.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Ematologia	1760	2916	4	Percorso integrato di gestione del paziente ematologico critico;	Programma di formazione per migliorare la capacità di gestione delle problematiche del paziente	1. Coordinatrici infermieristiche delle	1. SC Medicina Urgenza 2. ARTA 3. TIPO	Espletamento del programma formativo da parte dell 70% del personale del comparto.	entro 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					gestione semintensiva del paziente ematologico	ematologico critico con riferimento a: 1. Monitoraggio dei parametri cardio-respiratori. 2. Apparecchiature di monitoraggio. 3. Approccio all'impiego di farmaci vasoattivi. 4. Approccio alla ventilazione non invasiva.	strutture coinvolte (SC Ematologia, ARTA, TIPO, SC Medicina Urgenza) 2:- infermieri, OSS delle strutture coinvolte (SC Ematologia, ARTA, TIPO, SC Medicina Urgenza)			
DAI Oncologia	UCO Ematologia	1760	2917	5	Miglioramento degli standard assistenziali e della documentazione infermieristica, che risponda ai requisiti richiesti dall'Accreditamento JACIE e che favorisca la continuità assistenziale ospedale / territorio e miri alla riduzione del rischio clinico [capitolo 5.1 PAL 2022]	1.Costituzione di un gruppo di lavoro infermieristico. 2. Revisione della letteratura nazionale ed internazionale sugli strumenti quali-quantitativi di trasmissione delle consenze e sulla documentazione infermieristica. 3. Produzione di una cartella infermieristica appropriata per le attività della UCO Ematologia in linea con i requisiti richiesti da JACIE.	Coordinatrice InfermieristicaE InfermieriU.C.O.	UCO EMATOLOGIA	Entro 15/05/2023 formazione del gruppo di lavoro e divisione dei compiti e delle modalità operative 2. Entro il 30/06/2023 stesura di una cartella infermieristica in bozza; 3.entro il 31/08 stesura finale. Entro il 31/12 implementazione di una cartella infermieristica appropriata per le attività della UCO Ematologia e dell'UnitàTtrapianti, in linea con i requisiti richiesti dall'Accreditamento JACIE.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Ematologia	1760	4500	6	Governo della spesa farmaceutica. Appropriatazza prescrittiva	Ricercare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DAI Oncologia	UCO Ematologia	1760	3220C	7	Sequenziamento della leucemia mieloide centralizzato	Analizzare la disponibilità di dispositivi diagnostici presenti sul mercato e testarli. Effettuare un'analisi sulla fattibilità della centralizzazione del sequenziamento a Trieste.	Direttore Dirigenti Comparto	SC Ematologia SC Igiene e Sanità Pubblica	Valutazione preliminare di fattibilità.	Entro il 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	2365	3001	1	Valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza del personale con funzioni organizzative all'interno del DAI. Analisi delle funzioni e del ruolo delle SC e SSD del DAI e dei percorsi multidisciplinari interni ed in collaborazione con strutture esterne al DAI	1. Acquisizione da parte del Direttore di DAI dai Direttori di SC e SSD di una breve relazione che illustri compiti, competenze ed aree di operatività delle strutture e del personale afferente al DAI. Le relazioni includeranno le peculiarità cliniche e i percorsi diagnostico-terapeutici, compresi quelli multidisciplinari interni al DAI ed in collaborazione con strutture esterne. 2.Organizzazione di una riunione di DAI per la sintesi del lavoro svolto e la definizione di possibili linee di sviluppo.	Direttore di DAI e RID	DAI di Ortopedia e Medicina Riabilitativa	1.Acquisizione delle relazioni entro il 30 settembre. 2.Organizzazione di riunione per restituzione della sintesi e definizione del piano di sviluppo entro ottobre 2023.	Entro il 30/09/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	2522C	1	PDTA implementazione del PDTA del colon e del retto	Revisione ed implementazione del PDTA del colon e del retto. Proseguire con i gruppi di lavoro omogenei già attivi. Armonizzare il percorso diagnostico	Direttore, Responsabile SS disturbi del piano perineale	SC Riabilitazione TS in comune con SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone	Produrre 2 documenti finali relativi a PDTA del colon e del retto. Tabella che presenti i risultati degli indicatori che	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale. Avviare collaborazione con la SC Riabilitazione di Trieste per implementarlo nella parte riabilitativa. Misurare gli indicatori individuati per il tumore del retto , almeno 1 indicatore per specialità coinvolta (sia per il gruppo CORE che per la Riabilitazione).		SC (UCO) Clinica Chirurgica Trieste SC Chirurgia Generale Gorizia e Monfalcone SC(UCO) Anatomia ed Istologia Patologica SC Gastroenterologia SC Radiologia Maggiore SC (UCO) Radiodiagnostica e radiologia interventistica Cattinara SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Radioterapia	andranno monitorati con cadenza quadrimestrale.	
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	3006C	2	Rapporto con i cittadini / Qualità delle cure Valutare la soddisfazione del paziente in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD Territoriale sul servizio offerto allo scopo di avere un feedback concreto ed apportare eventuali azioni di miglioramento	1. Entro il 30.06.23 verrà creato un questionario per valutare la soddisfazione dell'utenza rispetto la continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale. 2. A partire dal 01.07.23 il questionario verrà somministrato telefonicamente a tutti i pazienti in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale.	Coordinatori area riabilitativa, Terapisti occupazionali	SC Riabilitazione TS SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Giuliana e Area Isontina	1. Evidenza del questionario entro il 30.06.2023. 2. A partire dal 01.07.23 il questionario verrà somministrato al 100% dei pazienti in continuità riabilitativa con SSD di Riabilitazione Territoriale. 3. Report risultati al 31.12.23.	1. 30/06/2023 2. 01/07/2023 3. 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	3009	3	Rapporto con i cittadini / Qualità delle cure Migliorare la compliance al trattamento riabilitativo delle persone colpite da ictus	1. Stesura di un opuscolo informativo e di norme igienico-comportamentali-riabilitative per persone colpite da ictus. 2. Pubblicazione su sito internet. 3. Consegna dell'opuscolo a tutte le persone con ictus in carico alla SC Riabilitazione.	Direttore, Dirigenti Medici e Psicologi, Coordinatori, Comparto (infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti)	SC Riabilitazione TS	1.Evidenza dell'Opuscolo e pubblicazione sul sito internet entro 30.09.23. 2. A partire dal 01.10.23 l'opuscolo verrà consegnato al 100% dei pazienti colpiti da ictus presi in carico dalla SC Riabilitazione (data base SC Riabilitazione).	1. 30/09/2023 2. 01/10/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	3004C	4	Appropriatezza ricoveri di riabilitazione ospedaliera Adeguare i percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore (SMD) al Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri".	Sperimentazione e adozione della nuova scheda di continuità riabilitativa ospedale-territorio (SMD) revisionata nel 2022 in attuazione al Decreto Ministeriale n. 2942 del 05.08.2021.	Coordinatori area riabilitativa, Dirigenti Medici, Fisioterapisti	SC Riabilitazione TS in comune con Servizio Riabilitativo Aziendale, SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriali, SC Clinica Ortopedica e Traumatologica, SC Neurologia	1. Inizio sperimentazione 01.06.23. 2. Termine sperimentazione 30.09.23. 3. Apporto eventuali modifiche ed adozione della nuova scheda entro 01.12.23.	1. 01/06/2023 2. 30/09/2023 3. 01/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	3010C	5	Percorsi di cura Creazione di percorso interno per garantire l'esecuzione di esami RM in pazienti con patologia del nervo pudendo afferenti alla SC Riabilitazione OM	1. Valutazione del flusso di pazienti con patologia del nervo pudendo afferenti alla SC Riabilitazione OM. 2. Ottimizzazione del protocollo di esame. 3. Attivazione del percorso.	Dirigenti Medici Comparto	Sc Riabilitazione TS in comune con SC Radiologia OM, Radiologia Diagnostica ed Interventistica	1. Evidenza del numero stimato di pazienti da sottoporre a esami RM per patologia del nervo pudendo. 2. Evidenza del protocollo di esame. 3. Inizio dell'attività.	Attivazione dell'attività entro 01 ottobre 2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	2447C	6	Percorsi di cura. Ottimizzare i percorsi riabilitativi e della qualità delle cure nell'ambito	1. Stesura di un percorso di presa in carico riabilitativa per pazienti con lesione del nervo spinale e/o del nervo facciale sottoposti ad intervento	Direttore, Coordinatori area riabilitativa, Dirigenti Medici, Fisioterapisti	SC Riabilitazione TS in comune con Clinica ORL	1. Evidenza del percorso entro 01.10.23. 2. A Partire da 01.10.23 presa in carico dei 100% dei pazienti	1 Entro il 01/10/2023 2 Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					del paziente con carcinoma del distretto cervico facciale	chirurgico per ca del distretto cervicofacciale. 2. Attuazione percorso.			segnalati (data base SC Riabilitazione).	
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	3011C	7	Percorsi di cura Aumentare l'efficienza, attraverso l'impiego delle risorse, al fine di migliorare, uniformando, la qualità dei servizi erogati	Stabilire criteri di invio e presa in carico dei Lavoratori afferenti alla Sorveglianza Sanitaria relativamente ai disturbi muscolo-scheletrici.	Direttore, Coordinatore area riabilitativa	SC Riabilitazione di TS in comune con UCO Medicina del Lavoro	Redazione della procedura entro 30.11.23.	Entro il 30/11/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	2201C	8	Linea Regionale 5.2 Accredimento Accredimento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzazione di un piano di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accredimento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura, Coordinatori area riabilitativa	in comune con Responsabile Infermieristico di Piattaforma SC Direzione delle Professioni Sanitari e SSD RiSchio Clinico Qualità e Accredimento SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica SC Geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	2202C	9	Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.	Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina. Analisi dei dati che emergono dallo studio. Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.	Responsabili Infermieristici di Struttura	in comune con Responsabile Infermieristico di Piattaforma SC Medicina Interna SC Medicina Clinica SC Clinica Medica SC Clinica Neurologica SC Geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico per l'area isontina: SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico	Evidenza dei risultati dello studio. Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
								Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici obiettivo condiviso con il DAI Medico dell'Area Isontina		
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Medicina Riabilitativa Trieste	1960	3012C	10	CL ORTOPEDICA/RIABILITAZIONE Appropriatezza, qualità ed efficienza delle cure: ridurre il rischio di complicanze post decateterizzazione	1. Analisi dei disturbi post minzionali dopo decateterizzazione nei pazienti ricoverati presso la SC Riabilitazione, sottoposti ad intervento chirurgico ortopedico. 2. Analisi delle procedure di decateterizzazione in essere. 3. Revisione delle procedure e condivisione.	Coordinatori infermieristici e comparto (infermieri), Dirigente Responsabile SS.	SC Riabilitazione TS in comune con Cl Ortopedica e Traumatologica TS	1. Analisi delle procedure e dell'incidenza delle problematiche post decateterizzazione entro 30.09. 2. Revisione delle procedure e condivisione entro 10.23. 3. Analisi dei disturbi minzionali post decateterizzazione dopo revisione procedure.	1) 30/09/23 2)31/10/23 3)31/12/23
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone	357	3006C	1	Rapporto con i cittadini / Qualità delle cure Valutare la soddisfazione del paziente in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD Territoriale sul servizio offerto allo scopo di avere un feedback concreto ed apportare eventuali azioni di miglioramento	1. Entro il 30.06.23 verrà creato un questionario per valutare la soddisfazione dell'utenza rispetto la continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale. 2. A partire dal 01.07.23 il questionario verrà somministrato telefonicamente a tutti i pazienti in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale.	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatori area riabilitativa, Terapisti occupazionali, personale comparto area riabilitativa	SC Riabilitazione TS SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Giuliana e Area Isontina	1. Evidenza del questionario entro il 30.06.2023. 2. A partire dal 01.07.23 il questionario verrà somministrato al 100% dei pazienti in continuità riabilitativa con SSD di Riabilitazione Territoriale. 3. Report risultati al 31.12.23.	1. 30/06/2023 2. 01/07/2023 3. 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone	357	3004C	2	Appropriatezza ricoveri di riabilitazione ospedaliera Adeguare i percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore (SMD) al Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri".	Sperimentazione e adozione della nuova scheda di continuità riabilitativa ospedale-territorio (SMD) revisionata nel 2022 in attuazione al Decreto Ministeriale n. 2942 del 05.08.2021.	Direttore,Dirigenti Medici, Coordinatori area riabilitativa, Fisioterapisti	UCO Clinica Ortopedica Traumatologica in collaborazione con SC Riabilitazione TS , Servizio Riabilitativo Aziendale, SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriali	1. Inizio sperimentazione 01.05.23. 2. Termine sperimentazione 30.09.23. 3. Apporto eventuali modifiche ed adozione della nuova scheda entro 01.12.23.	1. 01/06/2023 2. 30/09/2023 3. 01/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone	357	2327C	3	Governo clinico e reti di patologia Consolidamento della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica (ai sensi del DGR 817/2017)	1. Implementazione attività, presso il PO di Monfalcone, dell'Ambulatorio multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con malattia neuromuscolare dell'ambito territoriale dell'ambito territoriale di competenza. 2. Revisione del gruppo integrato neuromuscolare con ridefinizione ambiti e miglioramento qualità dell'assistenza.	Direttore, Dirigenti medici, Coordinatore area riabilitativa, personale del comparto area riabilitativa, personale di segreteria	SC Riabilitazione Isontina, SC Pneumologia territoriale SC Neurologia Gorizia - Monfalcone.	1. Evidenza di ambulatorio attivo. 2. Evidenza di più incontri collegiali per la revisione dei processi.	Entro il 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SC Riabilitazione Gorizia e Monfalcone	357	2528C	4	Organizzazione multidisciplinari "pavimento pelvico"	Continuazione del lavoro del Gruppo Multidisciplinare con specialisti di Urologia e/o Proctologia e/o Ginecologia e/o Fisioterapia Fisioterapisti Dedicati. Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire	Direttore, Dirigenti medici, Coordinatore area riabilitativa, personale del comparto area riabilitativa, personale di segreteria	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone); SC Riabilitazione (Gorizia-Monfalcone); SC Urologia (Gorizia-Monfalcone); SC	Costituzione del Gruppo di Lavoro e inizio del lavoro in comune Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla costituzione del Gruppo di Lavoro	1. 31.12.23

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						dalla costituzione del Gruppo di Lavoro		Chirurgia (Gorizia-Monfalcone)		
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SSD Prevenzione e Cura della Fragilità Scheletrica	2098	3008	1	Reti cliniche e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (linee di Gestione SSR) Sicurezza delle terapie farmacologiche di prevenzione secondaria delle fratture	1. Redazione di un documento per la gestione delle terapie farmacologiche antiirassorbitive e le cure odontoiatriche. 2. Distribuzione del documento ai pazienti trattati nell'ambulatorio della fragilità scheletrica.	Direttore SSD, UCO Clinica Di Chirurgia Maxillo Faciale e Odontostomatologia	SSD Prevenzione e cura della fragilità scheletrica, UCO Clinica Di Chirurgia Maxillo Faciale e Odontostomatologia	1. Evidenza del nuovo documento entro 31.10.23. 2. Distribuzione del documento dal 2.11.2023.	1)31/10/23 2)2/11/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SSD Prevenzione e Cura della Fragilità Scheletrica	2098	3003C	2	Rapporto con i cittadini / Qualità delle cure Informazione dei pazienti affetti da fratture da fragilità sulla patologia osteoporosi e sull'opportunità di un percorso diagnostico e preventivo	1. Stesura di un opuscolo informativo sulle fratture da fragilità, sui rischi di rifrattura e sulle norme igienico-comportamentali-riabilitative per persone colpite da frattura. 2. Pubblicazione su sito internet. 3. Consegna dell'opuscolo alle persone affette da frattura di femore trattate chirurgicamente in Clinica Ortopedica Traumatologica. 4. Disponibilità dell'opuscolo presso gli ambulatori del DAI (nelle SC e nelle varie SSD).	Direttori SSD e UCO, Dirigenti Medici, Coordinatori, Comparto	SSD Prevenzione e cura della fragilità scheletrica, UCO Clinica Ortopedica Traumatologica	1. e 2. Evidenza dell'Opuscolo e pubblicazione sul sito internet entro 30.10.23. 3. A partire dal 01.11.23 l'opuscolo verrà consegnato al 100% dei pazienti affetta da frattura di femore e trattati presso la Clinica Ortopedica Traumatologica (data base SC Clinica Ortopedica Traumatologica). 4. Relazione sulla disponibilità dell'opuscolo negli ambulatori del DAI.	1/30/10/2023 2,02/11/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Giuliana	2096	3006C	3	Rapporto con i cittadini / Qualità delle cure Valutare la soddisfazione del paziente in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD Territoriale sul servizio offerto allo scopo di avere un feedback concreto ed apportare eventuali azioni di miglioramento	1. Entro il 30.06.23 verrà creato un questionario per valutare la soddisfazione dell'utenza in dimissione dalla SC Riabilitazione rispetto la continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale. 2. A partire dal 01.07.23 il questionario verrà somministrato telefonicamente a tutti i pazienti in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale.	Personale servizio riabilitativo aziendale	SC Riabilitazione TS SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Giuliana e Area Isontina	1. Evidenza del questionario entro il 30.06.2023. 2. A partire dal 01.07.23 il questionario verrà somministrato al 100% dei pazienti in continuità riabilitativa con SSD di Riabilitazione Territoriale. 3. Report risultati al 31.12.23.	1. 30/06/2023 2. 01/07/2023 3. 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Giuliana	2096	3004C	4	Appropriatezza ricoveri di riabilitazione ospedaliera Adeguare i percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore (SMD) al Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri".	Sperimentazione e adozione della nuova scheda di continuità riabilitativa ospedale-territorio (SMD) revisionata nel 2022 in attuazione al Decreto Ministeriale n. 2942 del 05.08.2021.	Personale servizio riabilitativo aziendale	UCO Clinica Ortopedica Traumatologica in collaborazione con SC Riabilitazione TS, Servizio Riabilitativo Aziendale, SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriali	1. Inizio sperimentazione 01.05.23. 2. Termine sperimentazione 30.09.23. 3. Apporto eventuali modifiche ed adozione della nuova scheda entro 01.12.23.	1. 01/06/2023 2. 30/09/2023 3. 01/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Giuliana	2096	2039	5	3.3 Anziani Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	1. Screening della disfagia. 2. Monitoraggio dei pazienti con disfagia. 3. Supporto nella gestione dei pazienti con disfagia.	Logopedista, Servizio Riabilitativo Aziendale	Residenze comunali e private convenzionate	1. Screening e monitoraggio della funzione deglutitoria in 150 ospiti residenti in struttura per anziani. 2. Report dell'attività.	Entro il 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Isontina	2097	3006C	1	Rapporto con i cittadini / Qualità delle cure Valutare la soddisfazione del paziente in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD Territoriale sul servizio offerto allo scopo di avere	1. Entro il 30.06.23 verrà creato un questionario per valutare la soddisfazione dell'utenza rispetto la continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale. 2. A partire dal 01.07.23 il	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatori area riabilitativa, Terapisti occupazionali, personale comparto area riabilitativa	SC Riabilitazione TS SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Giuliana e Area Isontina	1. Evidenza del questionario entro il 30.06.2023. 2. A partire dal 01.07.23 il questionario verrà somministrato al 100% dei pazienti in continuità riabilitativa con SSD di	1. 30/06/2023 2. 01/07/2023 3. 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					un feedback concreto ed apportare eventuali azioni di miglioramento	questionario verrà somministrato telefonicamente a tutti i pazienti in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale.			Riabilitazione Territoriale. 3. Report risultati al 31.12.23.	
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Isoncina	2097	3004C	2	Appropriatezza ricoveri di riabilitazione ospedaliera Adeguare i percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore (SMD) al Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri".	Sperimentazione e adozione della nuova scheda di continuità riabilitativa ospedale-territorio (SMD) revisionata nel 2022 in attuazione al Decreto Ministeriale n. 2942 del 05.08.2021.	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatori area riabilitativa, Fisioterapisti personale comparto area riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica Traumatologica in collaborazione con SC Riabilitazione TS, Servizio Riabilitativo Aziendale, SC Riabilitazione Isoncina, SSD Riabilitazione Territoriali	1. Inizio sperimentazione 01.05.23. 2. Termine sperimentazione 30.09.23. 3. Apporto eventuali modifiche ed adozione della nuova scheda entro 01.12.23.	1. 01/06/2023 2. 30/09/2023 3. 01/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Isoncina	2097	2327C	3	Governo clinico e reti di patologia Consolidamento della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica (ai sensi del DGR 817/2017)	1. Implementazione attività, presso il PO di Monfalcone, dell'Ambulatorio multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con malattia neuromuscolare dell'ambito territoriale dell'ambito territoriale di competenza. 2. Revisione del gruppo integrato neuromuscolare con ridefinizione ambiti e miglioramento qualità dell'assistenza.	Direttore, Dirigenti medici, Coordinatore area riabilitativa, personale del comparto area riabilitativa, personale di segreteria	SC Riabilitazione Isoncina, SC Pneumologia territoriale SC Neurologia Gorizia - Monfalcone.	1. Evidenza di ambulatorio attivo. 2. Evidenza di più incontri collegiali per la revisione dei processi.	Entro il 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Isoncina	2097	2528C	4	Organizzazione multidisciplinari "pavimento pelvico"	Continuazione del lavoro del Gruppo Multidisciplinare con specialisti di Urologia e/o Proctologia e/o Ginecologia e/o Fisiatria Fisioterapisti Dedicati. Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla costituzione del Gruppo di Lavoro.	Direttore, Dirigenti medici, Coordinatore area riabilitativa, personale del comparto area riabilitativa, personale di segreteria	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone); SC Riabilitazione (Gorizia-Monfalcone); SC Urologia (Gorizia-Monfalcone); SC Chirurgia (Gorizia-Monfalcone)	Costituzione del Gruppo di Lavoro e inizio del lavoro in comune. Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla costituzione del Gruppo di Lavoro.	Entro il 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica e Traumatologica	1540	2201C	1	Linea Regionale 5.2 Accredimento Accredimento Istituzionale e Accreditation Canada: partecipazione attiva ai programmi.	Realizzare una serie di "visite di autovalutazione" da parte dei Responsabili Infermieristici, del RID e degli infermieri "link professional" nelle Strutture del DAI/Piattaforma al fine di implementare gli Standard di qualità richiesti dal percorso di Accredimento. 1. Nel periodo aprile-dicembre sarà costituito il gruppo di lavoro e saranno svolte delle visite di autovalutazione (minimo 9) da parte dei Coordinatori Infermieristici del Dipartimento/Piattaforma organizzati in piccoli gruppi, assieme ai Responsabili di Piattaforma e agli infermieri link professional per la sicurezza delle cure in ciascuna delle Strutture aderenti al progetto. 2. In tutte le Strutture si è svolta almeno una visita di autovalutazione degli standard di Accredimento da parte di un gruppo di coordinatori. 3. Tutti i Coordinatori hanno	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Responsabile Infermieristico di Piattaforma in collaborazione con: SC Direzione delle Professioni Sanitarie, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accredimento	Piattaforma di Chirurgia: Clinica Chirurgica, Clinica Urologica, Gastroenterologia, Clinica Patologie fegato, Clinica Ortopedica e Traumatologia	EVIDENZA: relazione dei piani di miglioramento e delle azioni correttive introdotte ad effetto delle visite effettuate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						effettuato almeno una visita in Struttura diversa da quella di afferenza. 4. Stesura e attuazione dei piani di miglioramento.				
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica e Traumatologica	1540	3002	2	Reti cliniche e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (linee di Gestione SSR) Formalizzazione del gruppo di lavoro di orto-anestesia	Formalizzazione di un accordo fra i Direttori di SC Clinica Ortopedica Traumatologica e SC Anestesia e Rianimazione TIPO per destinare anestesisti dedicati all'attività chirurgica ortopedico traumatologica.	Direttori UCO Clinica Ortopedica Traumatologica e UCO Anestesia Rianimazione TIPO	UCO Clinica Ortopedica Traumatologica in collaborazione con UCO Anestesia rianimazione e rianimazione TIPO	Stesura del documento che individua gli anestesisti dedicati all'attività ortopedico traumatologica entro il 1 settembre.	Entro il 30/09/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica e Traumatologica	1540	2113C	3	Linea Regionale 5.2 Accreditamento Revisione Cartella Infermieristica e lettera di trasferimento / dimissione infermieristica	1. Creazione gruppo di lavoro giuliano-isontino per la definizione del progetto. 2. Definizione del progetto: realizzare un format inerente la presa in carico del paziente comune a tutte le Strutture ASUGI. 3. Programmazione degli incontri per la valutazione dei documenti in essere. 4. Condivisione e sperimentazione del format in almeno 1 struttura del Dai/Piattaforma ed eventuale revisione.	Responsabile Infermieristico di Piattaforma SC Direzione delle Professioni SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento SC Medicina Legale In collaborazione con i Responsabili Infermieristici di Struttura	Almeno 1 SC di ogni Dai/Piattaforma	1. Costituzione gruppo di lavoro entro marzo 2023. 2. Definizione del progetto entro luglio 2023. 3. Programmare nel corso dell'anno almeno 4 incontri. 4. Evidenza dello strumento di lavoro condiviso a livello aziendale (ambito giuliano ed isontino) entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica e Traumatologica	1540	3003C	4	Rapporto con i cittadini / Qualità delle cure Informazione dei pazienti affetti da fratture da fragilità sulla patologia osteoporosi e sull'opportunità di un percorso diagnostico e preventivo	1. Stesura di un opuscolo informativo sulle fratture da fragilità, sui rischi di rifrattura e sulle norme igienico-comportamentali-riabilitative per persone colpite da frattura. 2. Pubblicazione su sito internet. 3. Consegna dell'opuscolo a tutte le persone affette da frattura di femore e trattate chirurgicamente in Clinica Ortopedica Traumatologica.	Direttori SSD e UCO, Dirigenti Medici, Coordinatori, Comparto	SSD Prevenzione e cura della fragilità scheletrica, UCO Clinica Ortopedica Traumatologica	1. e 2. Evidenza dell'Opuscolo e pubblicazione sul sito internet entro 30.10.23. 3. A partire dal 01.11.23 l'opuscolo verrà consegnato al 100% dei pazienti affetta da frattura di femore e trattati presso la Clinica Ortopedica Traumatologica (data base SC Clinica Ortopedica Traumatologica).	1) 30/10/2023 2) 01/11/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica e Traumatologica	1540	3012C	5	CL ORTOPEDICA/RIABILITAZIONE Appropriatezza, qualità ed efficienza delle cure: ridurre il rischio di complicanze post decaeterizzazione	1. Analisi dei disturbi post minzionali dopo decaeterizzazione nei pazienti ricoverati presso la SC Riabilitazione, sottoposti ad intervento chirurgico ortopedico. 2. Analisi delle procedure di decaeterizzazione in essere. 3. Revisione delle procedure e condivisione.	Coordinatori infermieristici e comparto (infermieri), Dirigente Responsabile SS.	SC Riabilitazione TS in comune con CI Ortopedica e Traumatologica TS	1. Analisi delle procedure e dell'incidenza delle problematiche post decaeterizzazione entro 30.09. 2. Revisione delle procedure e condivisione entro 10.23. 3. Analisi dei disturbi minzionali post decaeterizzazione dopo revisione procedure.	1) 30/09/23 2) 31/10/23 3) 31/12/23
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica e Traumatologica	1540	3004C	6	Appropriatezza ricoveri di riabilitazione ospedaliera Adeguate i percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore (SMD) al Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri".	Sperimentazione e adozione della nuova scheda di continuità riabilitativa ospedale-territorio (SMD) revisionata nel 2022 in attuazione al Decreto Ministeriale n. 2942 del 05.08.2021.	Coordinatori, Dirigenti Medici, Direttore	UCO Clinica Ortopedica Traumatologica in collaborazione con SC Riabilitazione TS, Servizio Riabilitativo Aziendale, SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriali	1. Inizio sperimentazione 01.05.23. 2. Termine sperimentazione 30.09.23. 3. Apporto eventuali modifiche ed adozione della nuova scheda entro 01.12.23.	1. 01/06/2023 2. 30/09/2023 3. 01/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica e Traumatologica	1540	2615C	7	Accesso alla prestazione di infiltrazione/iniezione di PRP in Ortopedia in ASUGI secondo un protocollo condiviso tra tutte le UUOO coinvolte nella piena Conformità dei requisiti richiesti	Redazione di un documento per la gestione dell'utilizzo infiltrativo degli emocomponenti autologhi per patologie dell'apparato muscoloscheletrico alla luce delle più recenti evidenze scientifiche e della normativa vigente.	Direttore, Dirigenti Medici Comparto	UCO Clinica Ortopedica Traumatologica, SC Ortopedia GO-MO, DAI di Medicina Trasfusionale	Evidenza del nuovo documento entro 31.10.23.	Entro il 31/10/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica e Traumatologica	1540	3005	8	Rapporto con i cittadini / Governo delle liste di attesa e del percorso del paziente chirurgico programmato Applicazione delle direttive aziendali sulla gestione delle liste di attesa con approccio multiprofessionale	1. Stesura di un documento con le istruzioni operative per la gestione del registro di prenotazione ricoveri e delle liste di attesa per interventi chirurgici in Clinica Ortopedica Traumatologica. 2. Organizzazione di riunioni settimanali per la verifica dei casi candidati ad intervento e del corretto scorrimento delle liste con il Direttore o suo sostituto, La Coordinatrice ed il personale infermieristico dell'ambulatorio moduli (case manager).	Direttore UCO, Dirigenti Medici, Coordinatori, Comparto	UCO Clinica Ortopedica Traumatologica	1. e 2. Evidenza dell'Opuscolo e pubblicazione sul sito internet entro 30.05.23. 3. A partire dal 01.06.23 organizzazione settimanale delle riunioni multiprofessionali (fonte relazione finale).	1.30/05/2023 2.01/06/2023
DAI Ortopedia e Medicina Riabilitativa	UCO Clinica Ortopedica e Traumatologica	1540	4500	9	Governo della spesa farmaceutica. Appropriata prescrivibilità	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022 in ospedaliera, mantenere 2022 in diretta.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	2372	3500	1	Integrazione delle attività all'interno del Dipartimento e omogeneizzazione tra area giuliana e area isontina	Analisi della situazione organizzativa del Dipartimento delle sue articolazioni e funzioni, sia in area giuliana che in area isontina. Individuazione delle criticità e condivisione all'interno del DAI Definizione di un piano di miglioramento e avvio di almeno 1 azione di miglioramento	Direttore DAI		Evidenza dell'avvio di almeno un'azione di miglioramento dell'integrazione del neo istituito DAI.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	2372	3502	2	Formazione e aggiornamento professionale	Adozione di un piano di formazione condiviso a livello dipartimentale.	Direttore Dipartimento		Invio della proposta di Piano formativo al Responsabile della Formazione.	Entro il 30/09/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Centro Regionale Unico Amianto	981	3501	1	L gestione 1.1.3.6 CRUA/Aziende Sanitarie (SO PSAL e UCO Medicina del Lavoro): collaborare con la DCS alla predisposizione delle attività informative e alla sorveglianza sanitaria dei cittadini riconosciuti da INAIL esposti all'amianto ai fini previdenziali ai sensi della L. 257/92	Revisione materiale e, se necessario, aggiornamento del materiale informativo. Collaborare ad iniziative regionali.	Dott. Paolo Barbina AS Maria Grazia Toni AS Antonella Devetti		Materiale informativo predisposto e reso noto alle associazioni ex esposti amianto e patronati. Presenza del materiale predisposto dalla Direzione Centrale Salute.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Centro Regionale Unico Amianto	981	3503	3	Partecipare iniziative ARPA Direzione Centrale Ambiente	Revisione materiale e, se necessario, modifica discusso dal Gruppo Gira (ARPA - Direzione Centrale Ambiente).	Dott. Paolo Barina Dott.ssa Paola Gabrielli		Materiale predisposto e condiviso.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Centro Regionale Unico Amianto	981	3504	4	Sorveglianza Sanitaria addetti bonifica amianto: adozione di piano mirato in edilizia	Adozione di piano mirato in edilizia: sorveglianza sanitaria in edilizia con particolare riferimento ad addetti bonifica amianto.	Dott. Paolo Barbina AS Maria Grazia Toni AS Antonella Devetti	UCO - SPSAL ASS	Verbalizzati incontri. Redazione documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						Almeno 3 incontri gruppo CRUA Redazione documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria gli addetti alla bonifica di MCA.			sanitaria gli addetti alla bonifica di MCA	
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Centro Regionale Unico Amianto	981	3505	5	Sorveglianza Sanitaria addetti bonifica amianto: formazione dei medici competenti	Formazione dei medici competenti sulle buone pratiche condivise per la sorveglianza sanitaria.	Dott. Paolo Barbina AS Maria Grazia Toni AS Antonella Devetti	UCO - SPSAL ASS	Evento formativo organizzato.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Centro Regionale Unico Amianto	981	3506C	6	Percorso Socio-Sanitario Assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad amianto nella Regione FVG di cui al DGR 250/2016.	Mantenimento del percorso socio sanitario ed assistenziale già adottato a livello intraospedaliero presso l'Ambulatorio per le malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto con codice D01 ed E01 o altri codici di esenzione, comprensive di visita medica, valutazione della dinamica ventilatoria e diagnostica per immagini su indicazione del medico valutatore.	Dott. Paolo Barbina AS Maria Grazia Toni AS Antonella Devetti	In comune con Prof. Corrado Negro Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI (collaborazione giuliano-isontina per ambulatorio malattie respiratorie in ex-esposti all'amianto). AS Antonella Devetti AS MG Toni	1. Mantenimento del volume di attività dell'ambulatorio delle malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto (Ambulatori UCO Medicina del Lavoro CRUA sedi di Palmanova e Monfalcone). Garantire le consulenze dei ricoverati entro 5 giorni nei nosocomi ASUGI e Bassa Friulana (Palmanova - Latisana). Garantire entro 15 giorni le visite per gli utenti esterni (Trieste). 2. Consuntivo del complesso dell'attività di sorveglianza sanitaria per ex-esposti all'amianto svolta da UCO Medicina del Lavoro e CRUA in ambito ASUGI e Ospedali della Bassa Friulana e Ambulatorio di Palmanova. 3. Garantire le segnalazioni ove richieste per IC e L 104 negli assistiti visitati. 4. Per il CRUA: esaminare tutte le domande di iscrizione al registro regionale ex esposto pervenute (CRUA).	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	3507	1	Istituzione dell'archivio iniziale delle apparecchiature radiologiche e radioterapiche in STRIMS	Registrazione sul portale di ISIN delle apparecchiature radiogene e sostanze radioattive secondo D.lgs. 101 e successivi adempimenti.	Direttore	SC Fisica Sanitaria	Evidenza delle registrazioni.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	3508	2	Realizzazione di un percorso regionale per la formazione dei MMG e di tutti gli altri specialisti (art. 162 D.lgs. 101 e s.m.i.) sulla radioprotezione del paziente	Incontri con i centri di formazione regionale, ARCS e con le SC Fisica Sanitaria per la delineaazione del programma e degli aspetti tecnici. Programmazione e realizzazione di più eventi di formazione FAD asincrona per tutta la regione.	Direttore, Dirigenza	SC Fisica Sanitaria	Evidenza delle edizioni effettuate e dei partecipanti.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	3219C	3	Ottimizzazione protocolli di acquisizione sulla nuova TC Canon installata presso la S.C. (UCO) di Radiologia Diagnostica e Interventistica di Cattinara	Monitoraggio degli indicatori dosimetrici per i protocolli più frequentemente utilizzati. Verifica della qualità immagine dalle immagini cliniche.	Dirigenza e Comparto	SC Fisica Sanitaria SC (UCO) di Radiologia Diagnostica e Interventistica di Cattinara	Ottimizzazione dei protocolli usati più frequentemente/Numero di protocolli modificati rispetto a quelli proposti dalla Ditta all'inizio dell'attività clinica.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	2923C	4	Analisi FMECA per i trattamenti di radioterapia	Riunioni con la SC Radioterapia e la Direzione Medica per continuare l'analisi iniziata nel 2022. Istituzione del gruppo di lavoro, definizione degli step. Individuazione processi per analisi fasi per i trattamenti radianti.	Dirigenza e Comparto	SC Fisica Sanitaria SC Radioterapia Direzione Medica	Analisi FMECA per i trattamenti di radioterapia effettuata	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	2925C	5	Trattamento dei casi di metastasi osse entro 3 giorni dalla prima visita	1. Prima visita. 2. Centramento. 3. Conturing. 4. Pianificazione del trattamento. 5. Trattamento	1. Dirigenti medici Radioterapisti 2. TSRM in Radioterapia 3. Fisici Sanitari	SC Radioterapia	Mantenimento del trattamento del 95% dei casi entro il limite di 3 giorni. 95% delle richieste evase entro il 31/12	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	3209C	6	Studio fattibilità per implementazione di due nuovi radioisotopi : Selenio 75 e Gallio 68	Valutazione dell'impatto clinico, tecnologico e radioprotezionistico per l'introduzione dei nuovi isotopi nella pratica clinica della SC Medicina Nucleare.	1. Dirigenti Fisici e Dirigenti Medici	SC Fisica Sanitaria SC Medicina Nucleare	Relazione finale.	Entro il 01/10/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	2924C	7	Mantenere tempi previsti da accreditamento EUSOMA	Programmazione di visita, contouring, calcolo dosimetrico e inizio terapia entro 12 settimane dall'intervento chirurgico.	Dirigenza	SC Fisica Sanitaria SC Radioterapia	Rispetto nell'85% dei casi dei tempi d'attesa.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	2926C	8	Radioterapia intraoperatoria in pz. con ca. mammario in chirurgia conservativa	Trattamento IORT intraoperatorio.	Dirigenza	SC Fisica Sanitaria SC Radioterapia SSD Senologia	Evidenza di 15 trattamenti IORT.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	2927C	9	Condivisione di percorsi aziendali dei trattamenti, radioter loco regional i (stereotassi body, brachiterapia	Realizzazione di eventi formativi e di scambio sui sui percorsi aziendali per i trattamenti radioterapici	Tutto il personale	SC Fisica Sanitaria SC Radioterapia	Almeno 2 edizioni.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	3223C	10	Aggiornamento Moduli Consenso Informato per l'esposizione del paziente a radiazioni ionizzanti come previsto dal D. Lsg 101/2020	Definizione, assieme alla SC di Fisica Sanitaria, delle procedure di radiologia interventistica endovascolare in cui è necessario l'aggiornamento del consenso informato. Creazione nuova modulistica.	Coordinatore SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	SC Fisica Sanitaria	Diffusione nuova modulistica.	Entro il 30/09/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	3509	11	Implementazione e utilizzo di una nuova scheda per il controllo periodico di radioprotezione di tutte le apparecchiature radiologiche presenti in ASUGI	Preparazione della nuova scheda per il controllo periodico di radioprotezione. Diffusione scheda al comparto ed utilizzo.	Coordinatore e Comparto SC Fisica Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	Utilizzo da parte del comparto della nuova modalità di raccolta dati.	Entro 31 /12/2023 utilizzo della nuova scheda per le tutte le apparecchiature.
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SC Fisica Sanitaria	1980	3510	12	Revisione procedura gestione dispositivi DPI anti X per ASUGI	Implementazione della procedura, gestione del flusso operativi e interazione con i reparti e con i centri di acquisto.	Coordinatore	SC Fisica Sanitaria	Approvazione procedura e applicazione della stessa.	Approvazione procedura entro 06/2023 e applicazione entro 10/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SSD Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria Lavoratori SSR	5274	3524	1	Definire linee di gestione comuni per la sorveglianza sanitaria dei Medici Competenti	Definizione di protocolli comuni per la sorveglianza sanitaria e per la gestione delle idoneità alla mansione.	Prof. Negro	UCO Medicina del Lavoro, Dr. De Toni e Canfora Isontinino	Standardizzazione delle procedure per la sorveglianza sanitaria di ASUGI e definizione di percorsi comuni per la prevenzione delle patologie professionali.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SSD Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria Lavoratori SSR	5274	3512C	2	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età media e lavoratori al fine di prevenire	Avvio del progetto di screening CV dei lavoratori: calcolo del rischio CV per una presa in carico specialistica (cardiologica, pneumologica,	Dirigenza e Comparto	a) UCO Medicina del Lavoro/Medici Competenti ASUGI Area Territoriale e Area	Calcolo del rischio CV secondo linee guida europee (SCORE 2) di almeno il 50% dei lavoratori visitati e valutabili nel corso	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					l'insorgenza di malattie croniche (PL13)	diabetologica) dei pazienti a rischio CV alto o molto alto .		Isontina, MC Comune di Trieste e Regione FVG b) SSD prof. Corrado Negro c) SC Patologie Cardiovascolari d) SC Patologie Diabetologiche	del 2023, e contestuale invio a valutazione specialistica del 100% dei lavoratori a rischio alto/molto alto non ancora in trattamento.	
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SSD Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria Lavoratori SSR	5274	3506C	3	Percorso Socio-Sanitario Assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad amianto nella Regione FVG di cui al DGR 250/2016.	Mantenimento del percorso socio sanitario ed assistenziale già adottato a livello intraospedaliero presso l'Ambulatorio per le malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto con codice D01 ed E01 o altri codici di esenzione, comprensive di visita medica, valutazione della dinamica ventilatoria e diagnostica per immagini su indicazione del medico valutatore.	dott.ssa Paola De Michieli Comparto	In comune con Prof. Corrado Negro Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI (collaborazione giuliano-isontina per ambulatorio malattie respiratorie in ex-esposti all'amianto). AS Antonella Devetti AS MG Toni	1. Mantenimento del volume di attività dell'ambulatorio delle malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto (Ambulatori UCO Medicina del Lavoro CRUA sedi di Palmanova e Monfalcone). Garantire le consulenze dei ricoverati entro 5 giorni nei nosocomi ASUGI e Bassa Friulana (Palmanova - Latisana). Garantire entro 15 giorni le visite per gli esterni (Trieste). 2. Consuntivo del complesso dell'attività di sorveglianza sanitaria per ex-esposti all'amianto svolta da UCO Medicina del Lavoro e CRUA in ambito ASUGI e Ospedali della Bassa Friulana e Ambulatorio di Palmanova. 3. Garantire le segnalazioni ove richieste per IC e L 104 negli assistiti visitati. 4. Per il CRUA: esaminare tutte le domande di iscrizione al registro regionale ex esposto pervenute (CRUA).	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	SSD Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria Lavoratori SSR	5274	3011C	4	Percorsi di cura Aumentare l'efficienza, attraverso l'impiego delle risorse, al fine di migliorare, uniformando, la qualità dei servizi erogati	Aumentare l'efficienza, attraverso l'impiego delle risorse, al fine di migliorare, uniformando, la qualità dei servizi erogati. Creazione di liste di lavoro, in CUPWEB, dedicate alla registrazione informatica delle prestazioni erogate ai singoli Istituti e Ditte Private, in convenzione con la UCO Medicina di Lavoro.	Dirigenza RI Rosalba Stuppia	a) Direttore della SC Medicina Riabilitativa Trieste b) Coordinatore Area Riabilitativa	Redazione di una procedura volta ad ottimizzare l'identificazione dei lavoratori ASUGI con DMS a carattere acuto e l'invio a valutazione specialistica fisiatrica.	Entro il 30/11/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina del Lavoro	1900	3511C	1	Piano mirato di prevenzione per la gestione dei rischi psicosociali in sanità (Programma PP3 - Luoghi di Lavoro che promuovono salute - WHP)	1. Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Coordinamento RSPP e medici competenti di tutti gli enti e aziende sanitarie. 2. Analisi ed identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi psicosociali in ambito sanitario e	Coordinamento dei Medici Competenti delle Aziende sanitarie FVG	a. Coordinamento dei Medici Competenti delle Aziende sanitarie FVG b. Responsabili SPP Aziende Sanitarie FVG e psicologia	1. Organizzazione di un evento formativo regionale per figure aziendali sulla identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi psicosociali in ambito sanitario e loro prevenzione. 2. Predisposizione di interventi mirati alla	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						adozione di misure per prevenirli e tenerli sotto controllo.			prevenzione in collaborazione con SPP.	
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina del Lavoro	1900	3512C	2	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età media e lavoratori al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche (PL13)	Avvio del progetto di screening CV dei lavoratori: calcolo del rischio CV per una presa in carico specialistica (cardiologica, pneumologica, diabetologica) dei pazienti a rischio CV alto o molto alto.	Dirigenza e Comparto	a) UCO Medicina del Lavoro/Medici Competenti ASUGI Area Territoriale e Area Isontina, MC Comune di Trieste e Regione FVG b) SSD prof. Corrado Negro c) SC Patologie Cardiovascolari d) SC Patologie Diabetologiche	Calcolo del rischio CV secondo linee guida europee (SCORE 2) di almeno il 50% dei lavoratori visitati e valutabili nel corso del 2023, e contestuale invio a valutazione specialistica del 100% dei lavoratori a rischio alto/molto alto non ancora in trattamento.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina del Lavoro	1900	3513C	3	Standardizzare le metodiche di archiviazione delle cartelle sanitarie e di rischio sia per l'archivio corrente sia per la documentazione da inviare all'archivio centrale.	Creare una procedura per l'archiviazione delle cartelle sanitarie e di rischio per i dipendenti in attività lavorativa e per le cartelle da inviare all'archivio centrale di Udine.	Comparto	UCO Medicina del Lavoro (Sedi -Maggiore-Cattinara-Nordio), Servizio del Medico Competente Monfalcone e Gorizia	Definizione di procedure, condivise all'interno dell'area giuliano-isontina, finalizzate alla gestione delle cartelle sanitarie e di rischio dei lavoratori dell'ASUGI.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina del Lavoro	1900	3514	4	Presa in carico della gestione delle convenzioni aziendali per Istituti/Enti e Ditte Private.	Uniformare la gestione dei riepiloghi delle prestazioni propedeutiche alla corretta fatturazione per gli Istituti e le Ditte Private in convenzione Aziendale.	Comparto	UCO Medicina del Lavoro	Registrazione informatica delle prestazioni erogate ai singoli Istituti e Ditte Private, in convenzione con la UCO Medicina di Lavoro, nel sistema CUPWEB e successivamente nei riepiloghi su fogli di calcolo excel.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina del Lavoro	1900	3515	5	Mantenimento delle procedure di sorveglianza sanitaria (DLgs 81/2008) per i dipendenti del Comune di Trieste sulla base della Convenzione tra Comune di Trieste e ex-ASUITS di cui al decreto ASUITS n. 997 dd. 12/12/2018 e dei dipendenti della Regione FVG	Mantenimento dei programmi e protocolli sanitari per la sorveglianza sanitaria preventiva, periodica, e straordinaria dei dipendenti comunali (circa 2600 unità) e regionali (circa 3600).	Dirigenza e Comparto	UCO Medicina del Lavoro MC Comune di Trieste e Regione FVG	Garantire la regolare periodicità della sorveglianza sanitaria e l'esecuzione degli accertamenti sanitari inseriti nei protocolli e preparatori alla visita medica preventiva o periodica del Medico Competente.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina del Lavoro	1900	3506C	6	Percorso Socio-Sanitario Assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad amianto nella Regione FVG di cui al DGR 250/2016.	Mantenimento del percorso socio sanitario ed assistenziale già adottato a livello intraospedaliero presso l'Ambulatorio per le malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto con codice D01 ed E01 o altri codici di esenzione, comprensive di visita medica, valutazione della dinamica ventilatoria e diagnostica per immagini su indicazione del medico valutatore.	dott.ssa Paola De Michieli Comparto	In comune con Prof. Corrado Negro Dr. Paolo Barbina, Direttore del Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) di ASUGI (collaborazione giuliano-isontina per ambulatorio malattie respiratorie in ex-esposti all'amianto). AS Antonella Devetti AS MG Toni	1. Mantenimento del volume di attività dell'ambulatorio delle malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto (Ambulatori UCO Medicina del Lavoro CRUA sedi di Palmanova e Monfalcone). Garantire le consulenze dei ricoverati entro 5 giorni nei nosocomi ASUGI e Bassa Friulana (Palmanova - Latisana). Garantire entro 15 giorni le visite per gli utenti esterni (Trieste). 2. Consuntivo del complesso dell'attività di sorveglianza sanitaria per ex-esposti all'amianto svolta da UCO Medicina del Lavoro e CRUA in ambito ASUGI e Ospedali della Bassa Friulana e Ambulatorio	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									di Palmanova. 3. Garantire le segnalazioni ove richieste per IC e L. 104 negli assistiti visitati. 4. Per il CRUA: esaminare tutte le domande di iscrizione al registro regionale ex esposto pervenute (CRUA).	
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina del Lavoro	1900	3516	7	Performance della SC (UCO) Medicina del Lavoro Didattica/Tutoraggio degli studenti nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale (Consolidare la sinergia e la collaborazione ospedale/territorio identificando reti e percorsi condivisi e Rilanciare la ricerca, l'innovazione organizzativa e la didattica di alto profilo, in collaborazione con l'Università degli Studi di Trieste)	1. Attivazione rete formativa degli specialisti in formazione con Gorizia/Monfalcone ed Ex territorio - Mantenimento delle ore di docenza istituzionale dei Professori Universitari (120 ore/anno) e dei Dirigenti Ospedalieri presso i Corsi di Studio Magistrali e Triennali e le Scuole di Specializzazione di Area Medica in UniTs e UniUd, nonché del tutoraggio degli studenti dei Corsi di Laurea Magistrali in Medicina-Chirurgia e Odontoiatria, Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie con sede autonoma in UniTs o InterAteneo con UniUd. 2. Verifica dell'appropriatezza delle procedure diagnostiche e della relazione causa-effetto nelle denunce di neoplasia professionale.	Direttore (Prof.ssa Francesca Laresse Filon)	Dirigenza	1. Registri ufficiali delle attività didattiche forniti dai Corsi di Studio. Documentazione della presenza di studenti e medici specializzandi presso l'UCO di Medicina del Lavoro. Rotazione degli specializzandi nella rete formativa Monfalcone/Gorizia/Ex territorio. 2. Monitoraggio e validazione delle denunce di malattie professionali e del referto giudiziario per neoplasie lavoro-correlate aventi rilevanza penale per il datore di lavoro, con descrizione analitica della casistica sulla base dei registri interni. 3. Pubblicazione di almeno 5 lavori scientifici su riviste dotate di Impact Factor.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina del Lavoro	1900	3011C	8	Percorsi di cura Aumentare l'efficienza, attraverso l'impiego delle risorse, al fine di migliorare, uniformando, la qualità dei servizi erogati	Aumentare l'efficienza, attraverso l'impiego delle risorse, al fine di migliorare, uniformando, la qualità dei servizi erogati.	Dirigenza RI Rosalba Stuppia	a) Direttore della SC Medicina Riabilitativa Trieste b) Coordinatore Area Riabilitativa	Redazione di una procedura volta ad ottimizzare l'identificazione dei lavoratori ASUGI con DMS a carattere acuto e l'invio a valutazione specialistica fisiologica.	Entro il 30/11/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina del Lavoro	1900	3517	9	Aumentare l'efficienza e la qualità dei servizi erogati dall'Ambulatorio Allergologico ASUGI	Sorveglianza epidemiologica delle dermatiti da contatto nel personale ASUGI ed azione di prevenzione.	Dr.ssa Ilaria Lazzarato Allergologia Comparto	Medici competenti ASUGI	Riduzione dei tempi di attesa inferiori ai 30 giorni per la presa in carico delle patologie allergologiche professionali.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina Legale	3576	3518	1	Audit sulle cartelle cliniche aperte	Verifica ed analisi di almeno 15 cartelle cliniche aperte inadesezione agli standard previsti.	Dirigente medico, Coordinatrice Infermieristica, Comparto		Analisi di almeno 15 cartelle cliniche aperte con produzione della relativa reportistica e condivisione della stessa con le Strutture Aziendali coinvolte.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina Legale	3576	2113C	3	Linea Regionale 5.2 Accreditamento Revisione Cartella Infermieristica e lettera di trasferimento / dimissione infermieristica	1. Incontri per valutazione dei documenti in essere. 2. Stesura di un format comune a tutte le Strutture riguardo la documentazione infermieristica della presa in carico. 3. Condivisione e sperimentazione nelle SC piattaforma delle Chirurgie ed eventuale revisione.	Coordinatore Infermieristico, Comparto, Dirigente Medico della SC (UCO) Medicina Legale	Direzione delle Professioni Infermieristiche; Piattaforma di Chirurgia: Clinica Chirurgica, Clinica Urologica, Gastroenterologia, Centro Patologie Fegato, Clinica Ortopedica e Traumatologica	1, Evidenza dello strumento di lavoro condiviso ed uniforme in Azienda (parte Giuliana ed Isontina) entro il 31/12/2023. 2. Adozione del format in tutte le Strutture ospedaliere di ASUGI.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina Legale	3576	3519	4	Definizione del percorso della gestione delle richieste di risarcimento	Redazione e validazione di Istruzione Operativa Interna.	Direttore, Dirigente Medico, Coordinatrice Infermieristica, Comparto	//	Redazione ed adozione dell'Istruzione Operativa Interna.	Entro il 01/05/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina Legale	3576	3520	5	Definizione del percorso dei riscontri diagnostici del territorio	Redazione e validazione di Istruzione Operativa interna.	Direttore, Dirigente Medico, Coordinatrice Infermieristica, Comparto	SC UCO Accertamenti Clinici di Medicina Legale (OBIETTIVO IN COMUNE)	Redazione ed adozione dell'Istruzione Operativa Interna.	Entro il 30/06/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina Legale	3576	3521	6	Gestione del contenzioso Medico Legale	Redazione di parere medico-legale (secondo Buona Pratica Soc Scientifica COMLAS) e partecipazione ATP/CTU.	Direttore, Dirigente Medico, Coordinatrice Infermieristica, Comparto		70% delle richieste di parere medico-legale pervenute entro l'anno. Partecipazione a 100% delle CTU/ATP.	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina Legale	3576	3522	7	Audit medico-legale e Morbidity and Mortality Review (MMR) medico-legale	Incontri dedicati secondo le modalità dell'audit e della MMR (con possibilità di accreditamento ECM) finalizzati al miglioramento della qualità e della performance in medicina legale, della sicurezza delle cure.	Direttore, Dirigente Medico, Coordinatrice Infermieristica, Comparto	Potranno essere coinvolte di volta in volta altre SSCC eventualmente interessate ai temi dell'audit e della MMR	3 audit su contenzioso medico-legale e 3 MMR di medicina legale e redazione di verbale di audit/MMR / verbale dell'audit/MMR con raccolta firme dei presenti (partecipazione ad almeno 90% degli audit e 90% MMR).	Entro il 31/12/2023
DAI Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria	UCO Medicina Legale	3576	3523	8	Registro Regionale Morti Cardiache Improvvise in età giovanile	Redazione relazione di consuntivo attività biennio 2021-2022.	Direttore SC Medicina Legale, Direttore SC Cardiologia	SC Cardiologia, SC Anatomia Patologica, SC Diagnostica per Immagini (OBIETTIVO IN COMUNE)	Approvazione della relazione di consuntivo e trasmissione Regione FVG - Direzione Centrale Salute.	Entro il 30/06/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	DIP Chirurgia Area Isontina	1211	3650	1	Migliorare la gestione delle risorse umane considerando le competenze e la presenza di limitazioni	Creazione di una scheda standard da personalizzare in base alle limitazioni per infermieri. Creazione di una scheda standard da personalizzare in base alle limitazioni per OSS. Condivisione delle schede con Medico Competente.	Coordinatori degenze chirurgiche e ambulatori chirurgici Sede di GORIZIA	Dipartimento Chirurgico GoMo Degenze M.A.I. - M.B.I. sede di GORIZIA	1. Produzione delle schede standard per Infermieri ed O.S.S. 2. Approvazione schede personalizzate da parte del medico competente in tutti i casi in cui viene richiesto.	1) 30/06/2023 2) 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	DIP Chirurgia Area Isontina	1211	3651	2	Migliorare la presa in carico del paziente fragile	Coinvolgimento dell' operatore socio sanitario (creazione gruppo di lavoro) nella revisione della scheda di presa in carico del paziente fragile, riguardante i bisogni primari delle attività quotidiane del paziente. Condivisione della scheda con gli OSS.	OSS Degenze M.A.I e M.B.I. Sede di GORIZIA	Dipartimento Chirurgico GoMo Degenze M.A.I. - M.B.I. sede di GORIZIA	1. Revisione scheda presa in carico con 3 riunioni di condivisione (verbali). 2. Sperimentazione della scheda in almeno 80% dei pazienti coinvolti.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	DIP Chirurgia Area Isontina	1211	3652	3	Mobilizzazione precoce dei pazienti operati entro 48h ,al fine di favorire il recupero funzionale motorio in previsione di dimissione	Compilazione dell' area della mobilizzazione del foglio parametri da parte di tutto il personale.	Infermieri e Oss		La compilazione delle schede deve riguardare almeno 80% dei pazienti ricoverati da maggio 23 a dic 23.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	DIP Chirurgia Area Isontina	1211	3654	5	Supportare il Pronto Soccorso attraverso l' assistenza a pazienti che necessitano osservazioni brevi, assicurandone la continuità assistenziale e garantendo al contempo il normale svolgimento della programmazione chirurgica della propria SOC. Definizione di un numero preordinato di posti letto in area chirurgica quotidianamente disponibili.	Colloqui telefonici giornalieri con il Direttore della SC Pronto Soccorso o suo delegato, e quando attiva, con la figura del Bed Manager. Riunione settimanale il venerdì per programmazione fine settimana con Direzione Sanitaria.	Personale del Comparto e Coordinatore Infermieristico	S.C. Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza Bed Manager	1. Rapida dimissione del paziente " in appoggio" (entro le 18 ore) garantendo l' attività chirurgica ordinaria. 2. Costante monitoraggio dei posti letto disponibili per gli appoggi PS al netto dei ricoveri per l'attività chirurgica programmata.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DIP Chirurgia Area Isontina	DIP Chirurgia Area Isontina	1211	3655	6	Promuovere la standizzazione delle procedure degli interventi per i pazienti che necessitano di cure di ortodonzia pubblica regionale	Creazione di una procedura da adottare nei pazienti ortodontisti. Creazione Check List.	Personale del comparto servizio di Odontostomatologia	Servizio Odontostomatologia Gorizia-Monfalcone	Presenza di una procedura da adottare nei pazienti ortodontisti. Sperimentazione Check List (30/06-31/12/2023).	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	DIP Chirurgia Area Isontina	1211	3656	7	Aggiornamento e condivisione del manuale operativo dell'Area Isontina allineandolo con il protocollo appena creato dall'Area Giuliana	Creazione protocollo operativo per il processo di Sterilizzazione dei Dispositivi Medici Riutilizzabili in Area Isontina.	RID Dipartimento Chirurgico GOMO Coordinatori Blocchi Operatori Gorizia Monfalcone	Blocchi Operatori GOMO Centrale di Sterilizzazione Monfalcone	Presenza protocollo operativo.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	DIP Chirurgia Area Isontina	1211	3657	8	Attuare le varie fasi del processo di esternalizzazione dell'attività di sterilizzazione di tutto lo strumentario chirurgico dei Blocchi Operatori di Gorizia e Monfalcone	Partecipazione agli incontri mensili con il gruppo tecnico, previsti dalla Direzione Strategica. Rilevazione report degli interventi chirurgici relativi agli anni 2019, 2022. Strutturazione e partecipazione ai gruppi di lavoro fra gli strumentisti esperti. Costituzione KIT strumenti chirurgici.	Coordinatori Blocchi Operatori Gorizia Monfalcone	Blocchi Operatori GOMO	Creazione delle Check List per i containers contenenti lo strumentario chirurgico di tutte le specialità chirurgiche.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	DIP Chirurgia Area Isontina	1211	3658	9	Progetto di interscambiabilità del personale di supporto nelle Degenze del Dipartimento Chirurgico del PO di Monfalcone, con l'obiettivo di acquisire nuove conoscenze e competenze nell'ambito delle diverse specialità chirurgiche afferenti al Dipartimento Chirurgico	A cadenza bimestrale un Operatore Socio Sanitario presta servizio presso altra degenza chirurgica.	Dipartimento Chirurgico Degenze PO Monfalcone	Dipartimento Chirurgico Degenze PO Monfalcone	Evidenza da turni mensili custoditi negli studi dei Coordinatori.	Inizio 01/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2311C	1	Istituzione nell'Area Isontina di un ambulatorio trasversale di Diagnostica vascolare	Il progetto si prefigge di ampliare l'offerta della diagnostica vascolare mediante l'apertura di ambulatori dedicati e di garantire l'espletamento delle urgenze (programmate mediante CUP) entro le canoniche 72 ore. Per l'espletamento del progetto a cui parteciperà anche il Dipartimento di Medicina Interna si rende necessaria la presenza negli Ambulatori Chirurgici di un'ulteriore infermiera, l'adeguamento dell'organico dei Dirigenti Medici e l'acquisizione di un nuovo ecocolor doppler per gli Ambulatori della chirurgia.	Dirigenti Medici	Chirurgia GOMO; Dipartimento Medicina Interna SC Medicina Interna Gorizia e Monfalcone	1. Stesura di un protocollo operativo. 2. Ampliamento delle agende con inserimento di prestazioni urgenti. 3. Apertura di ulteriori ambulatori di diagnostica vascolare intrasettimanali, in entrambi i presidi ospedalieri, così da garantire l'espletamento delle richieste urgenti esterne ed interne.	1) 30 giugno 2) 30 giugno 3) 30 settembre
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2601	2	Riorganizzazione dell'Attività Ambulatoriale finalizzata all'uniformazione con l'Area Giuliana. Apertura ambulatori dedicati (Parete Addominale, Proctologia, Flebologia)	Istituire un unico coordinamento per gli Ambulatori Chirurgici con incarico dovutamente pesato. Apertura di agende con specifici indirizzamenti speculari a quelle dell'Area Giuliana in maniera che si giunga ad un'uniformità all'interno della stessa azienda. Acquisizione di un'infermiera per l'Ambulatorio di Monfalcone da utilizzare anche per la diagnostica vascolare (vedi progetto 2).	Direttore SOC, RID Dipartimento Chirurgico, Responsabile medico degli Ambulatori Responsabile, Infermieristico Area Ambulatoriale.		1. Apertura agende speculari all'Area Giuliana. 2. Attivazione Ambulatori Dedicati (Parete addominale, Proctologia, Flebologia). 3. Apertura di un'ulteriore giornata settimanale (escluso periodo estivo) di diagnostica vascolare.	1) 30 giugno 2) 30 settembre 3) 30 settembre

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2602	3	Istituzione di un percorso per gli adolescenti affetti da grave obesità candidabili a chirurgia bariatrica	Essendo l'obesità in età pediatrica in continua crescita, si rende necessario istituire delle sinergie tra pediatri e Chirurghi per la presa in carico e la cura degli adolescenti affetti da obesità grave.	Dirigenti Medici, Psicologi, Dietisti	SOC Chirurgia GOMO, Chirurgia Pediatrica Burlo, Clinica Pediatrica Università di Trieste	Redigere un protocollo per la presa in carico degli adolescenti affetti da grave obesità. Predisporre meeting multidisciplinari per discutere i casi clinici. Aprire Ambulatori condivisi tra Pediatri e Chirurghi bariatrici.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2603	4	Trapianti e chirurgia bariatrica	Collaborazione con ASUFC (Udine) per avviare un programma di trattamento integrato chirurgia bariatrica / trapianto epatico ai pazienti affetti da obesità patologica in lista per trapianto di fegato. Disponibilità da parte del personale ASUGI (Gorizia) di effettuare interventi bariatrici presso la sede di Udine, elettiva o in regime di urgenza differita in caso di trattamento concomitante in tempo unico durante l'intervento di trapianto epatico.	Dirigenti Medici	SOC Chirurgia GOMO, SS Obesity Unit (Gorizia), SOC Epatologia e trapianti di fegato (Udine), SOC Clinica Chirurgica (Udine)	Redigere un protocollo condiviso sulla gestione del paziente obeso candidato a trapianto, eventuali interventi presso la sede di Udine in due tempi o tempo unico.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2604C	5	Stesura del regolamento di Sala Operatoria	Al fine di ottimizzare l'efficienza delle sale operatorie si rende necessario redigere un regolamento unico di Sala Operatoria all'interno di ASUGI.	Responsabile Dipartimento Chirurgico, RID Dipartimento Chirurgico, Direttori delle due SOC di Rianimazione, Coordinatrici Infermieristiche dei Blocchi Operatori	Dipartimento Chirurgico GOMO, Anestesia e Rianimazione di Gorizia, Anestesia e Rianimazione di Monfalcone	Redigere un Regolamento Unico dei Blocchi Operatori di ASUGI.	Entro il 30/09/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2309C	6	Consolidare la presenza dell'Internista nel Dipartimento Chirurgico	Strutturare percorsi di presa in carico internistica specifici per le seguenti tipologie di pazienti chirurgici: 1. Frattura di femore (fase post-chirurgica). 2. Diabete mellito tipo 2.	Dirigenti Medici del Dipartimento Chirurgico, Dott.ssa Sabato, RID del Dipartimento chirurgico, RID del Dipartimento medico	SC Medicina Interna Gorizia, SC Chirurgia Gorizia, SC Ortopedia Gorizia, SC Urologia Gorizia,	1. Condivisione di un percorso strutturato di presa in carico (documento operativo) per le 2 tipologie di pazienti. 2. Presa in carico di almeno 15 pazienti per percorso.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2307C	7	Aumentare la sicurezza del Foglio Unico di Terapia (FUT). Utilizzare un unico FUT in tutte le strutture di degenza ordinaria del presidio ospedaliero di Gorizia	1. Avviare l'utilizzo di un FUT che centri i seguenti obiettivi: modalità prescrittiva univoca (principio attivo, dose, forma farmaceutica, via di somministrazione, tempi di somministrazione). 2. Separazione delle prescrizioni secondo via di somministrazione. 3. Firma del prescrittore e dell'esecutore della somministrazione.	Dirigenti Medici Infermieri	SC Medicina Interna GO; SC Chirurgia GO; SC Ortopedia GO, SC Urologia, SC Neurologia	Tutte le nuove prescrizioni di terapia vengono effettuate con il nuovo FUT formato A3.	Entro il 30/09/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2522C	8	PDTA implementazione del PDTA del colon e del retto	Revisione ed implementazione del PDTA del colon e del retto. Proseguire con i gruppi di lavoro omogenei già attivi Armonizzare il percorso diagnostico terapeutico in ASUGI e creazione di un documento, finale. Avviare collaborazione con la SC	Direttori/Dirigenti afferenti alle diverse SC e che partecipano al Gruppo Multidisciplinare/Coordinatori infermieristici/tecnici	SC Oncologia Trieste e SC Oncologia Gorizia e Monfalcone, SC (UCO) Clinica Chirurgica Trieste, SC Chirurgia Generale Gorizia e Monfalcone, SC(UCO) Anatomia ed	Produrre 2 documenti finali relativi a PDTA del colon e del retto. Tabella che presenti i risultati degli indicatori che andranno monitorati con cadenza quadrimestrale.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						Riabilitazione di Trieste per implementare PDTA nella parte riabilitativa. Misurare gli indicatori individuati per il tumore del retto, almeno 1 indicatore per specialità coinvolta (sia per il gruppo CORE che per la Riabilitazione).		Istologia Patologica, SC Gastroenterologia, SC Radiologia Maggiore, SC (UCO) Radiodiagnostica e radiologia interventistica Cattinara, SC Radiologia Gorizia e Monfalcone, SC Radioterapia, SC Riabilitazione Trieste		
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2604	9	Gestione liste d'attesa	Istituire un'agenda dedicata ad esami radiologici di stadiazione per i pazienti candidati ad intervento chirurgico per neoplasie gastro intestinali.	Direttore SOC Radiologia; Direttore SOC Chirurgia	SC Radiologia GOMO, SC Chirurgia GOMO	Attivare un'agenda per TAC toraco addominali e RMN gestibile direttamente dalla SOC di Chirurgia. Evidenza dell'attivazione.	Entro il 31/05/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Chirurgia Generale	349	2314C	10	Corretta gestione dei campioni ambulatoriali in area goriziana	Incontri tra coordinatori per autonomizzare gli ambulatori nella gestione dei campioni biologici. Verificare che il personale dei servizi abbia accesso ad una postazione per la stampa etichette ed il check-out dei campioni e che sia autorizzato a farlo. Verificare che il trasporto dei campioni avvenga nella maniera prevista dalle procedure aziendali.	Coordinatore Infermieristico	Ambulatori Medici e Chirurgici PO di Gorizia, SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina, SC Radiologia	I campioni biologici prelevati dagli ambulatori non transiteranno più dal Centro Prelievi di Gorizia e non avranno più manipolazioni intermedie tra il prelievo e l'arrivo in Laboratorio Analisi.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Oculistica	353	2605	1	Riduzione tempo medio tra diagnosi maculopatia e prima iniezione intravitreale	Adozione protocollo Treat-and-Extend modificato dal dr. Papayannis, aumento delle sedute di chirurgia intrevitrea ed esecuzione di controllo OCT il giorno dell'iniezione.	Tutti i medici Comparto MO	Monfalcone	Tempo di attesa per la prima iniezione di quattro settimane in almeno il 50% delle nuove diagnosi di maculopatia essudativa.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Oculistica	353	2606	2	incremento offerta diagnostica. ambulatorio chirurgia refrattiva corneale	Apertura ambulatorio chirurgia refrattiva corneale.	Bova Perrotta Scardellato Interlandi	Gorizia	Inizio attività.	Entro il 30/06/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Oculistica	353	2607	3	Incremento offerta diagnostica. ambulatorio cornea	Aumento del volume di prestazioni erogate ambulatorio cornea.	Perrotta Bova Scardellato Interlandi	Monfalcone	Aumento prestazioni del 20% rispetto all'anno precedente.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Oculistica	353	2608	4	Incremento offerta chirurgica cataratta	Aumento del volume di interventi di cataratta eseguiti.	Vita Antonuccio Bertoli Bova Interlandi Papayannis Perrotta Comparto MO GO	Monfalcone / Gorizia	Aumento prestazioni del 20% rispetto all'anno precedente.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Oculistica	353	2609	5	Aumento utilizzo farmaco Avastin	Utilizzo del farmaco Bevacizumab come prima scelta nel paziente naïve, shift terapeutico a bevacizumab nei pazienti non responders ad altre terapie.	Tutti i medici Comparto MO	Monfalcone	Aumento del numero di iniezioni di Avastin del 20% rispetto all'anno precedente.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Oculistica	353	2610	6	Incremento offerta diagnostica. esami OCT	Aumento del numero della prestazione OCT erogata: apertura di un'agenda che prevede l'esecuzione di 2 esami OCT al pomeriggio nei giorni feriali.	Tutti i medici MO	Monfalcone	Aumento del numero di OCT del 20% rispetto all'anno precedente.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Oculistica	353	2611	7	Incremento offerta diagnostica. Ambulatorio uveiti	Aumento del volume di prestazioni erogate ambulatorio uveiti.	Bertoli Papagno Zuliani Vita	Monfalcone	Aumento prestazioni del 20% rispetto all'anno precedente.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Oculistica	353	4500	8	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrivita	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.				
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2315C	1	Patologie respiratorie trattabili con farmaci "biologici"	Partecipazione ai meeting mensili multidisciplinari con discussione di casi clinici.	Dirigenza	SSD Pneumologia SC Medicina Gorizia (Allergologo dott. Riccardo Mancini)	Partecipazione documentata >= 90% degli incontri.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2623C	2	Definizione percorso perioperatorio per i pazienti da sottoporre a sleep endoscopy farmaco indotta	Costituzione di un gruppo di lavoro, analisi della letteratura, stesura del documento.	Dirigenza e Comparto	SOC Anestesia	Evidenza del documento e della sua applicazione.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2624C	3	Valutazione multidimensionale, trasversale e multisetting tra cure palliative e ORL	Valutazione e trattamento di pazienti ORL con bisogni di cure palliative, e viceversa, in setting domiciliare, ambulatoriale e ospedaliero (medicazioni complesse, trattamento dei sintomi).	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC ORL Area Isontina	Evidenza di almeno 3 prese in carico condivise.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2323C	4	Predisposizione percorso per individuazione e trattamento con PEG di pazienti disfagici affetti da malattia del motoneurone	Preparazione del percorso ed evidenza della sua attivazione.	Dirigenza e Comparto	SC Neurologia GO/MO, SC Gastroenterologia GO/MO	Predisposizione del percorso.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2625	5	Patologie endocrinologiche del distretto testa collo	Partecipazione ai meeting multidisciplinari con discussione di casi clinici.	Dirigenza	SC Medicina Interna (Monfalcone)	Partecipazione multidisciplinare al 90% dei meeting.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2626C	6	REGOLAMENTO (UE) N. 536/2014 del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e dal REGOLAMENTO (UE) 2017/745 del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici. Gestione della fase transitoria e conclusione dell'iter autorizzativo aziendale (ex DM del Ministero della Salute del 27 febbraio 2023)	Aggiornamento del Regolamento di funzionamento Nucleo di Ricerca Clinica (ex DCR n. 808 dd. 23-09-2021). predisposizione di atto di adozione del testo aggiornato da parte della Direzione generale di ASUGI.	1) Direttore e Personale del comparto della SC R&I; 2) V Guidi Direzione Socio Sanitaria; 3) G Perri SC DM Cattinara e Maggiore; 4) M Zucca e P Schincariol SC Farmacia Osp e Terr Area Giuliana; 5) M Renco SC ORL GOMO; 6) G De Petris SCIT; 7) M Cleva SSD Emergenze Territoriali; 8) S D'Errico SC (UCO) Medicina Legale	Componenti del Nucleo di Ricerca Clinica e SC R&I: - Direzione Socio Sanitaria; - SC DM Cattinara e Maggiore; - SC Farmacia Osp e Terr Area Giuliana; - SC ORL GOMO; - SCIT; - SSD Emergenze Territoriali; - SC (UCO) Medicina Legale	1. Redazione di una prima bozza di modifiche al Regolamento di funzionamento adottato con DCR n. 646 dd. 07.07.2022. 2. Trasmissione Bozza di Regolamento di funzionamento del NRC e proposta di DCR alla Direzione strategica per sua approvazione .	30/06/2023 30/09/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2616	7	Adesione a modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati	Applicazione del regolamento di sala operatoria.	Direttore Dirigenti		Evidenza dell'applicazione del regolamento di sala operatoria.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2617	8	miglioramento del percorso perioperatorio del paziente chirurgico e del governo delle liste di attesa.	Percorso peri-operatorio: lista d'attesa, pre-ricovero.	Direttore Dirigenti		Evidenza delle azioni svolte	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2618	9	C2A.C Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	Riduzione degenza media rispetto dati 2021 (0,59?).	tutti dirigenti personale infermieristico		<0,00	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2619	10	Riduzione tempi d'attesa prestazioni chirurgiche classe B	D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B	Direttore Dirigenza Comparto		>= 90%	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						in rapporto al totale di prestazioni di classe B (dato ARCS): 72,09%.				
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2620	11	Tumore maligno alla Tiroide	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A per interventi chirurgici. Bersaglio 44,85% (dato 2021).	Direttore Dirigenza Comparto		>= 90%	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2621	12	progetti Linea 1 - SALOP - indicatori relativi al volume di prestazioni e al tempo di attesa	Recupero del n. prestazioni pre-pandemia (2019): 90% degli interventi non tumorali e 100% degli interventi per rimozione tumore.	Dirigenza e Comparto		90% degli interventi non tumorali. 100% degli interventi per rimozione tumore.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC ORL	355	2622	13	progetti Linea 2 - TAMB - indicatori monitorate e/o critiche	Recupero del n. prestazioni pre-pandemia (2019): visite ORL ambulatoriali, esami audiometrici.	Dirigenza e Comparto		100% degli interventi per rimozione tumore.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Ortopedia	354	2612C	1	Produzione di un PDTA sulla Base delle linee Guida delle società scientifiche al fine di garantire il miglioramento del tasso di interventi per fratture di femore entro 48 ore	Sviluppo documento per presa in carico del paziente dall'accesso al PS fino all'atto chirurgico.	Direttori sc	ps go-mo/anestesia go-mo/ ortopedia go-mo/ DMO Go-Monf	Documento pdta. Utilizzo della procedura in almeno 20 pazienti.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Ortopedia	354	2309C	2	Consolidare la presenza dell'Internista nel Dipartimento Chirurgico	Strutturare percorsi di presa in carico internistica specifici per le seguenti tipologie di pazienti chirurgici: 1. Frattura di femore (fase post-chirurgica/ortogeriatrica). 2. Diabete mellito tipo 2.	Dirigenti Medici del Dipartimento Chirurgico Dott.ssa Sabato RID del Dipartimento chirurgico RID del Dipartimento medico	SC Medicina Interna Gorizia SC Chirurgia Gorizia SC Ortopedia Gorizia SC Urologia Gorizi	1. Condivisione di un percorso strutturato di presa in carico (documento operativo) per le 2 tipologie di pazienti. 2. Presa in carico di almeno 15 pazienti per percorso.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Ortopedia	354	2307C	3	Aumentare la sicurezza del Foglio Unico di Terapia (FUT). Utilizzare un unico FUT in tutte le strutture di degenza ordinaria del presidio ospedaliero di Gorizia	Avviare l'utilizzo di un FUT che centri i seguenti obiettivi: 1. modalità prescrittiva univoca (principio attivo, dose, forma farmaceutica, via di somministrazione, tempi di somministrazione). 2. separazione delle prescrizioni secondo via di somministrazione. 3. firma del prescrittore e dell'esecutore della somministrazione.	Dirigenti Medici Infermieri	SC Medicina Interna Gorizia SC Neurologia Gorizia SC Chirurgia Gorizia SC Ortopedia Gorizia SC Urologia Gorizia	Tutte le nuove prescrizioni di terapia vengono effettuate con il nuovo FUT formato A3.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Ortopedia	354	2613	4	Miglioramento integrazione ospedale-territorio GO_MO	Riunioni periodiche con medici medicina generale per aggiornamenti su: 1. Appropriatezza prescrittiva. 2. Comunicazioni su specifiche tecniche chirurgiche ortopediche in uso nella SC.	Dirigenti medici	SC ortopedia	Almeno 2 riunioni annue con firma partecipazione.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Ortopedia	354	2614	5	Aumento offerta chirurgia ambulatoriale per la chirurgia della mano Gorizia	Creazione nuovo percorso per la chirurgia ambulatoriale con introduzione di documento operativo.	dirigenti medici infermieri	sc ortopedia DH gorizia	Documento operativo ed almeno 40 pazienti trattati con nuovo percorso.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Ortopedia	354	2316C	6	Gestione internistica degli anziani con patologie multiple ricoverati presso la SC ortopedia per frattura femore o Altre lesioni traumatiche	1. Esecuzione entro 24 ore delle consulenze internistiche urgenti nei casi di frattura di femore candidati all'intervento. 2. Nel caso il personale medico della SC Medicina Interna venisse aumentato di almeno una unità	Direttori Dirigenti medici	SC Ortopedia Gorizia Monfalcone Sede di Monfalcone SC Medicina interna Monfalcone	1. Verifica della esecuzione entro 24 ore sulle consulenze. 2. Verifica delle indicazioni Internistiche sul diario clinico. N.B. Nel caso non si verificasse l'incremento di in medico internista per il	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						rispetto al numero attuale, un Internista eseguirà giornalmente dal lunedì al venerdì un giro visita insieme all'ortopedico sui pazienti segnalati.			raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato solo il punto1.	
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Ortopedia	354	2314C	7	Corretta gestione dei campioni ambulatoriali in area goriziana	Incontri tra coordinatori per autonomizzare gli ambulatori nella gestione dei campioni biologici. Verificare che il personale dei servizi abbia accesso ad una postazione per la stampa etichette ed il check-out dei campioni e che sia autorizzato a farlo. Verificare che il trasporto dei campioni avvenga nella maniera prevista dalle Procedure aziendali.	Coordinatore Infermieristico	Ambulatori Medici e Chirurgici PO di Gorizia, SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina, SC Radiologia	I campioni biologici prelevati dagli ambulatori non transiteranno più dal Centro Prelievi di Gorizia e non avranno più manipolazioni intermedie tra il prelievo e l'arrivo in Laboratorio Analisi.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Ortopedia	354	2615C	8	Accesso alla prestazione di infiltrazione/iniezione di PRP in Ortopedia in ASUGI secondo un protocollo condiviso tra tutte le UUOO coinvolte nella piena Conformità dei requisiti richiesti	Convocazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare, stesura e condivisione del protocollo tra tutte le strutture coinvolte.	Medici , infermieri	UC Clinica Ortopedica, UC Ortopedia Isontino, UC Medicina Trasfusionale	Disponibilità della prestazione PRP im tutta ASUGI in piena Conformità ai requisiti.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Urologia	347	2627	1	incremento dell'offerta di trattamenti endoscopici tradizionali e mininvasivi per le patologie prostatiche	Aumento di una seduta chirurgica settimanale, noleggio del "rezum".	1 anestesista, 3 infermieri,	sc urologia, sc anestesia, comparto sala operatoria	Almeno 40 interventi/trattamenti in aggiunta.	01/06/2023 al 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Urologia	347	2628	2	trattamento chirurgico per la incontinenza da sforzo femminile e maschile	Introduzione della metodica.	3 urologi	sc urologia	Almeno 5 interventi.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Urologia	347	2629	3	introduzione della doppia reperibilità	Presenza di un urologo sino alle ore venti in Ospedale a Gorizia e due urologi disponibili a domicilio dalle 20 alle 8 del giorno successivo feriali e tutto il giono nei festivi e sabati.	11 urologi	sc urologia	Presenza di 1 urologo in turno anche dalle 16 alle 20 dei giorni feriali.	dal 01/05/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Urologia	347	2630	4	introduzione della chirurgia del prolasso genitale femminile nella chirurgia robotica	Introduzione della metodica.	4 urologi	sc urologia	Almeno 3 interventi di colposcopiosi.	dal 01/04/2023 al 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Urologia	347	2631	5	reintroduzione dell'ambulatorio calcolosi	Concentrazione dei pazienti affetti dalla patologia in un ambulatorio dedicato gestito dagli esperti in materia.	4 urologi	sc urologia	Un ambulatorio alla settimana.	dal 01/06/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Urologia	347	2632	6	formazione sul campo per la conversione di un intervento robotico in cielo aperto per emergenza - validità ECM	Accreditamento ECM già avviato. Addestramento di tutto il personale di SO.	tutti i Dirigenti Medici SC Urologia	Sc Urologia, SC Anestesia, Comparto SO	Esecuzione dei corsi.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Urologia	347	2633	7	Implementazione della check list per la chirurgia robotica	Stesura della scheda ed applicazione sul campo	tutto il Personale coinvolto in SO	Sc Urologia, SC Anestesia, Comparto SO	Applicazione pratica con compilazione della scheda.	Entro il 31/12/2023
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Urologia	347	2634	8	porre le basi per la istituzione di un Centro Specializzato per la diagnosi e il trattamento delle seguenti patologie urologiche femminili: cistopatia interstiziale, stenosi dell'uretra, diverticoli uretrali, fistole vescico-vaginali e uritrovaginali, confezionamento di neovescica femminile. Tale tipologia di Centro	Formazione del Personale Medico e Infermieristico.	4 urologhe e 3 Infermiere dell'Ambulatorio	Sc Urologia, Comparto Dipartimento	Organizzazione del Gruppo di lavoro, formazione, attivazione del programma.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					non esiste attualmente nella Regione VFG					
DIP Chirurgia Area Isontina	SC Urologia	347	2528C	9	Organizzazione multidisciplinari "pavimento pelvico"	Consolidamento del Gruppo Multidisciplinare con specialisti di Urologia e/o Proctologia e/o Ginecologia e/o Fisiatria Fisioterapisti Dedicati. Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla costituzione del Gruppo di Lavoro.	Specialisti di Urologia e/o Proctologia e/o Ginecologia e/o Fisiatria Fisioterapisti Dedicati.	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone); SC Riabilitazione (Gorizia-Monfalcone); SC Urologia (Gorizia-Monfalcone); SC Chirurgia (Gorizia-Monfalcone)	Continuazione del lavoro in comune Almeno una riunione multidisciplinare al mese a partire dalla costituzione del Gruppo di Lavoro.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	DIP Emergenza e Accettazione	1844	2701C	1	La dignità del paziente terminale: protocollo sulla gestione del paziente end-stage in PS Medicina d'Urgenza	Adozione protocollo sulla gestione del paziente end-stage in PS Medicina d'Urgenza. Risultato atteso: miglioramento della gestione degli end-stage e della fine vita.	Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza TS-GO-MN medici comparto	Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza TS-GO-MN SOC Cure palliative	Adozione protocollo N° 2 Audit per formazione sul campo interdisciplinari entro 31 dicembre.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	DIP Emergenza e Accettazione	1844	2702C	2	Formazione intra dipartimentale per la creazione di percorsi condivisi in ambito urgenza ed emergenza per favorire l'integrazione multi equipe a) Omogeneizzazione delle procedure in ps meu b) Aggiornamento professionale c) Protocolli condivisi	1. Revisione condivisa delle procedure: cvc, drenaggio toracico, accesso venoso periferico eco assistito. 2. Audit clinici con formazione a distanza. 3. Adozione comune di almeno 2 protocolli operativi: a. Percorso radiologia interventistica. b. Percorso sedazione in ps meu.	a) Coordinatori-comparto b) Medici ps meu c) Medici ps meu	1. N° 3 Audit clinico formativi entro 30 dicembre; Omogeneizzazione delle procedure: drenaggio toracico, accesso venoso centrale, accesso venoso periferico; Corso accesso venoso ecoassistito: almeno 3 edizioni entro 30 dicembre. 2. Certificazione di presenza per almeno 60% degli incontri. 3. Definizione gruppi di lavoro e audit esplicativi (almeno 2).	Entro il 31/12/2023	
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Cattinara	1701	2712	1	Consolidamento del percorso per le donne oggetto di violenza (PDTA violenza contro le donne VFG)	Revisione protocollo violenza di genere.	PS Cattinara medici comparto		Protocollo definitivo entro 30 giugno. Audit formativi per il personale almeno 3 al 30 dicembre (Indicatore: N. operatori formati/n. totale operatori PS. Standard =>50).	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Cattinara	1701	3109C	2	Monitoraggio percorso attività ECLS/ECMO. Aderenza al PDTA Regionale per il trattamento del paziente potenzialmente candidabile a ECLS/ECMO.	Valutazione e monitoraggio degli impianti e delle indicazioni ad impianto ECLS/ECMO; valutazione esiti.	Medici infermieri	S.C. Cardiologia (obiettivo condiviso); SSD emergenze Territoriali-118 (obiettivo condiviso), S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza (obiettivo condiviso)	Monitoraggio al 31/12/2023 della percentuale di impianti ECLS/ECMO con indicazioni aderenti al PDTA Regionale (50%).	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Cattinara	1701	2713	3	Miglioramento di percorsi clinico-assistenziali a) Percorso di cura del paziente fragile in PS: (percorso Argento) b) Adozione di procedura specifica finalizzata alla dimissione in sicurezza di pazienti fragili con malattia degenerativa cerebrale invalidante (Alzheimer) dal PS MEU c) Percorso di cura del paziente con infezione urinaria d) Emergenze endocrino metaboliche	a) Attivazione di protocollo di riconoscimento. Formazione triage. Coinvolgimento strutture assistenziali (RSA-cdr). Attivazione sperimentale di percorso argento per RSA. b) Condivisione di protocollo di inclusione, e definizione dei percorsi di controllo e cura.	a) Medici e comparto ps b) Personale medico comparto PS MEU TS Medici e Comparto Distretto Sanitario coinvolto n°3 c) Medici soc ps med urg-Cl malattie infettive d) Medicina Clinica –PS Medici	1. Verifica di percorso entro 30 giugno 2023. Stesura di progetto definitivo entro 30 settembre. 2. Attivazione e verifica dei percorsi attivati, (almeno 10 pazienti anno) entro 31 dicembre. Da mettere in progetto incentivato linea 3? 3. Adozione protocollo specifico N° 1 audit entro 30 dicembre. 4. Adozione protocollo	Entro il 31/12/2023	

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					Miglioramento di percorsi clinico-assistenziali				specifico N° 2 audit entro 30 dicembre.	
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Cattinara	1701	2714	4	Linee progettuali PAL 2023 Indicatori Emergenza-urgenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti. 2. Miglioramento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti. 3. Rispetto dei tempi massimi intercorrenti tra presa in carico del paziente al triage e conclusione della prestazione di Pronto Soccorso. 	Tutta la struttura		<ol style="list-style-type: none"> 1. Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 (verde) visitati entro 120 minuti Target - Spoke: >=75%; Hub: >=65% (indicatore Bersaglio C16.3.NA). 2. Incremento della percentuale di accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 3 (azzurro) visitati entro 60 minuti Target - Spoke: >=80%; Hub: >=70% (indicatore Bersaglio C16.2.N). 3. Miglioramento della percentuale di pazienti in accesso al Pronto Soccorso, non ricoverati e non trasferiti in OBI, dimessi entro 8 ore dalla presa in carico al triage rispetto al II semestre 2022. 	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Cattinara	1701	2403C	5	Disturbi dello spettro autistico: attivazione di un progetto realizzato secondo il modello DAMA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prosecuzione della formazione del personale selezionato (team-percorso disabilità). 2. Prosecuzione della rilevazione di esperienze e criticità riscontrate dalla popolazione oggetto del presente obiettivo. 3. Condivisione con il personale sanitario dei bisogni evidenziati ed individuazione di soluzioni più adeguate e possibili procedure operative per migliorare l'accoglienza di persone fragili al fine di prevenire comportamenti problema in ambito emergenziale. 4. Stesura e protocollazione di un sistema di comunicazione interna e attivazione della SC per la disabilità a fine consulenziale e di supporto alle cure. 5. Progettazione, allestimento e avvio delle azioni necessarie alla messa in operatività di una stanza dedicata all'accoglienza delle persone con disabilità in PS. 6. Ricognizione e avvio delle procedure necessarie alla predisposizione e installazione di Cartellonistica e Materiali di facilitazione comunicativa, in continuità con quanto già predisposto come obiettivo per l'anno 2022. 	Dott. Cristiano Stea Dott. Cominotto Franco Medici e comparto SC PS Cattinara (nomi da implementare)	SC Anestesia e Rianimazione, SC Integrazione Socio Sanitaria per le disabilità cognitive e intellettive	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resoconto dell'attività svolta. 2. N 1 AUDIT Formativo divulgativo con personale SOC PS. 3. Individuazione di materiali di facilitazione comunicativa, ad integrazione di quanto individuato durante l'anno 2022. 4. Protocollazione di una procedura condivisa tra la SC scrivente e la SOC PS per la comunicazione interna e l'attivazione a fine consulenziale e di supporto alle cure. 5. Individuazione, progettazione e attivazione delle strutture competenti per la realizzazione di una stanza dedicata all'accoglienza delle persone con disabilità in PS. 	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Cattinara	1701	4500	6	Governo della spesa farmaceutica. Approprietezza prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Gorizia	358	2703C	1	Creazione di un percorso per l'accogliimento dei pazienti con problematiche sociali presso l'RSA-DBI direttamente dal Pronto Soccorso	Presa in carico dei "casi sociali" allertando, da subito, i PUA e le RSA.	Medici RSA-DBI, Medici Pronto soccorso e Servizi Sociali	RSA-DBI, Pronto Soccorso e Servizi Sociali	Accogliimento di almeno 20 assistiti direttamente dal Pronto Soccorso evitando il ricovero in ambito ospedaliero.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Gorizia	358	2704	2	Mantenimento dei volumi di attività in Med Urg/Semintensiva	Mantenimento del reparto di Med Urg/Semintensiva.	Medici e infermieri PS/Med Urg	Medici e infermieri PS/Med Urg	Mantenimento dei numero dei ricoveri rispetto al 2022.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Gorizia	358	2705C	3	Rilevazione dei bisogni socio assistenziali dei pazienti fragili che giungono in PS	.Disponibilita' di infermiere di continuità assistenziale in PS in orario feriale 8/14	Infermieri e medici PS/DBI	DBI/PS GO	Segnalazione di almeno 20 pazienti con bisogno socio assistenziali da PS.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Gorizia	358	2702C	4	Formazione intra dipartimentale per la creazione di percorsi condivisi in ambito urgenza ed emergenza per favorire l'integrazione multi equipe a) Omogeneizzazione delle procedure in ps meu b) Aggiornamento professionale c) Protocolli condivisi	1. Revisione condivisa delle procedure: cvc, drenaggio toracico, accesso venoso periferico eco assistito. 2. Audit clinici con formazione a distanza. 3. Adozione comune di almeno 2 protocolli operativi: a. Percorso radiologia interventistica. b. Percorso sedazione in ps meu.	a) Coordinatori-comparto b) Medici ps meu c) Medici ps meu	Coordinatori-comparto b) Medici ps meu c) Medici ps meu	1. N° 3 Audit clinico formativi entro 30 dicembre; Omogeneizzazione delle procedure: drenaggio toracico, accesso venoso centrale, accesso venoso periferico; Corso accesso venoso ecoassistito: almeno 3 edizioni entro 30 dicembre. 2. Certificazione di presenza per almeno 60% degli incontri. 3. Definizione gruppi di lavoro e audit esplicativi (almeno 2).	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Gorizia	358	2701C	5	La dignità del paziente terminale: protocollo sulla gestione del paziente end-stage in PS Medicina d'Urgenza	Adozione protocollo sulla gestione del paziente end-stage in PS/Med Urg.	Medici infermieri PS/Med URG; SOC Cure palliative	PS Med URG TS/GO/MF	Adozione protocollo. n° 2 Audit per formazione sul campo interdisciplinari entro 31/12.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Gorizia	358	2707C	6	Creazione cartella clinica integrata medico/infermieristica per la Med Urgenza	Predisporre la documentazione clinica in base agli standard di accreditamento Adottare una cartella integrata tra area medica e area infermieristica per la Medicina D'Urgenza	Medici, Infermieri PS/Med URG	Med Urg GO	Documentazione clinica completa in linea con gli standard di accreditamento.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Gorizia	358	2612C	7	Produzione di un PDTA sulla Base delle linee Guida delle società scientifiche al fine di garantire il miglioramento del tasso di interventi per fratture di femore entro 48 ore	Sviluppo documento per presa in carico del paziente dall'accesso in PS fino all'atto chirurgico.	Direttori sc	ps go-mo/anestesia go-mo/ortopedia go mo	Documento pdta utilizzo della procedura in almeno 20 pazienti.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	942	2708C	1	Formazione in cure palliative al personale della SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza di Monfalcone	Analisi dei bisogni formativi, pianificazione e realizzazione di un percorso formativo volto al riconoscimento e trattamento dei principali sintomi in cure palliative.	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	Evidenza di: almeno 1 incontro per l'analisi dei bisogni. Almeno 2 incontri per la pianificazione. Almeno 3 incontri dedicati alla formazione.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	942	2709C	2	Istituzione di un gruppo multidisciplinare (medico palliativista, terapeuta del dolore, PS) per affrontare problematiche legate a pazienti con necessità di utilizzo di	Valutazione congiunta dei casi al fine di individuare percorsi e trattamenti sicuri e, al contempo, consentire un adeguato controllo dei sintomi in diversi setting (domiciliare,	Dirigenza	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone /	Creazione del gruppo multidisciplinare con evidenza dei partecipanti. Strutturazione delle modalità di richiesta di attivazione e	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					oppioidi e grave rischio di diversione e/o misuso.	ambulatoriale, ospedaliero) attivabile mediante specifica richiesta.		SC Rianimazione Monfalcone	divulgazione della prestazione in Area Isontina.	
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	942	2703C	3	Creazione di un percorso per l'accoglienza dei pazienti con problematiche sociali presso l'RSA-DBI direttamente dal Pronto Soccorso	Presenza in carico dei "casi sociali" allertando, da subito, i Servizi Sociali di competenza per attivare, nel minor tempo possibile, il processo di deospedalizzazione facendosi carico dei bisogni sia sociali che socio-sanitari.	Medici RSA-DBI, Medici Pronto soccorso e Servizi Sociali	RSA-DBI, Pronto Soccorso e Servizi Sociali	Accoglimento di almeno 40 assistiti direttamente dal Pronto Soccorso evitando il ricovero in ambito ospedaliero.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	942	2710	4	Incremento dei volumi di attività in Med Urg/Semintensiva	Potenziamento del reparto di Med Urg/Semintensiva.	Medici e infermieri PS/Med Urg		Incremento del 50% del numero dei ricoveri rispetto al 2022.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	942	2705C	5	Rilevazione dei bisogni socio assistenziali dei pazienti fragili che giungono in PS	Disponibilità di infermiere di continuità assistenziale in PS in orario feriale 8/14.	Infermieri PS/DBI	DBI/PS GO	Segnalazione di almeno 30 pazienti con bisogno socio assistenziali da PS.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	942	2702C	6	Formazione intra dipartimentale per la creazione di percorsi condivisi in ambito urgenza ed emergenza per favorire l'integrazione multi equipe a) Omogeneizzazione delle procedure in ps meu b) Aggiornamento professionale c) Protocolli condivisi	1. Revisione condivisa delle procedure: cvc, drenaggio toracico, accesso venoso periferico eco assistito. 2. Audit clinici con formazione a distanza. 3. Adozione comune di almeno 2 protocolli operativi: a. Percorso radiologia interventistica b. Percorso sedazione in ps meu	a) Coordinatori-comparto b) Medici ps meu c) Medici ps meu	a) Coordinatori-comparto b) Medici ps meu c) Medici ps meu	a. N° 3 Audit clinico formativi entro 30 dicembre; b) Omogeneizzazione delle procedure: drenaggio toracico, accesso venoso centrale, accesso venoso periferico; Corso accesso venoso ecoassistito: almeno 3 edizioni entro 30 dicembre. b. Certificazione di presenza per almeno 60% degli incontri. c. Definizione gruppi di lavoro e audit esplicativi (almeno 2).	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	942	2701C	7	La dignità del paziente terminale: protocollo sulla gestione del paziente end-stage in PS Medicina d'Urgenza	Adozione protocollo sulla gestione del paziente end-stage in PS/Med Urg.	Medici infermieri PS/Med URG; SOC Cure palliative	PS Med URG TS/GO/MF	Adozione protocollo. n° 2 Audit per formazione sul campo interdisciplinari entro 31/12.	Entro il 31/12/2023
DIP Emergenza e Accettazione	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	942	2707C	8	Creazione cartella clinica integrata medico/infermieristica per la Med Urgenza	Predisporre la documentazione clinica in base agli standard di accreditamento Adottare una cartella integrata tra area medica e area infermieristica per la Medicina D'Urgenza	Medici, Infermieri PS/Med URG	Med Urg GO	Documentazione clinica completa in linea con gli standard di accreditamento.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	DIP Materno Infantile	1196	9501	1	Implementazione del rapporto Ospedale-Territorio mediante la promozione dell'attività e della mission del Dipartimento Materno-Infantile in Area Isontina	Costituzione gruppo di lavoro. Predisposizione materiale informativo e questionari da somministrare in occasione degli incontri con Medici di base AFT.	Direttore Dipartimento	SC Ost-Gin. SC Pediatria. Distretto Alto Isontino. Distretto Basso Isontino.	Identificazione gruppo di lavoro. Almeno 2 incontri con i medici di base. Analisi dei questionari.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	DIP Materno Infantile	1196	3610	2	Promozione, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico (linee di gestione 4.3- Percorso Nascita)	Corso di formazione ASUGI_01202 "Revisione di metodologie e contenuti assistenziali alla luce delle nuove evidenze nel percorso a basso rischio ostetrico (gravidanza e travaglio/parto) ...".	Referente Ostetrica dr.ssa r. Giornelli	Dipartimento Materno infantile. SC Età Evolutiva/Famiglia e disabilità.	Percorso formativo crediti ecm raggiunti (40 crediti ecm).	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	DIP Materno Infantile	1196	9503	3	implementazione del processo gestione farmaci e DM nella SC Pediatria	Elaborare una procedura per la gestione dei farmaci e DM: inventario farmaci di reparto, gestione scadenze, farmaci LASA.	Referente Infermieristica Calligaris Maria Chiara	Dipartimento Materno-Infantile. SC Pediatria.	Procedura elaborata e applicata.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3601	1	Implementazione del rapporto Ospedale-Territorio mediante la promozione dell'attività e della mission della SC di Ostetricia e Ginecologia in Area Isontina	Costituzione gruppo di lavoro. Predisposizione materiale informativo e questionari da somministrare in occasione degli incontri con Medici di base AFT.	Direttore SC Dott. Pierino Boschian-Bailo.	SC Ost-Gin. SC Pediatria	Identificazione gruppo di lavoro. Almeno 2 incontri con i medici di base. Analisi dei questionari.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3602	2	Revisione dei contenuti piattaforma G2 Clinico e formazione del personale	Costituzione gruppo di lavoro. Revisione delle procedure in essere. Implementazione contenuti (Macro, Schedoni).	Direttore SC. Ost-Gin. Dirigenti Medici. Ostetriche, Operatori informatici.	SC Ostetricia e Ginecologia. SC Informatica e Telecomunicazioni	Report sugli incontri svolti. Evidenza della documentazione.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3603	3	Riduzione interventi per IVG chirurgica in favore del trattamento farmacologico finalizzata anche alla riduzione impiego sale operatorie favorendo contrazione liste d'attesa per altri interventi ginecologici	Revisione PDTA. Incremento proposta verso trattamento farmacologico.	Direttore SC. Dirigenti Medici. Ostetriche.	SC Ostetricia e Ginecologia	Documento revisione PDTA. Report percentuale trattamenti farmacologici versus chirurgici nel II semestre 2023 maggiore al valore dello stesso periodo 2022.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3604	4	Approccio multidisciplinare in ambito Uro-Ginecologico per le disfunzioni del pavimento pelvico	Attività chirurgica uro-ginecologica nelle 2 sedi (Gorizia e Monfalcone) con equipe mista. Formazione per l'utilizzo del Robot Chirurgico con partecipazione dei ginecologi alle sedute operatorie presso la Sala di Urologia di Gorizia.	Medici Ginecologi e Urologi. Ferriste	SC Ostetricia-Ginecologia; SC Urologia; SC Chirurgia Generale	Relazioni suull'attività multidisciplinare (almeno 2 incontri/mese nel II semestre). Avvio attività robotica congiunta.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3605	5	Attività multidisciplinare per la diagnosi e cura delle disfunzioni del pavimento pelvico	Costituzione gruppo di lavoro con specialisti di Ginecologia-Ostetricia, Urologia, Proctologia, Fisioterapia, Ostetriche e Fisioterapisti. Almeno 1 incontro/mese per revisione protocolli e discussione casi clinici.	Medici. Ostetriche. Fisioterapisti. Infermiere	SC Ostetricia e Ginecologia; Urologia, Chirurgia Generale; Fisioterapia	Identificazione gruppo di lavoro. Verbale degli incontri. Produzione di almeno 2 PDTA secondo argomenti individuati dal gruppo di lavoro.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3606	6	Predisposizione PDTA sulla parto-Analgesia	Costituzione gruppo di lavoro per revisione delle procedure in essere e analisi della letteratura.	Dirigenti Medici e Ostetriche	SC Ostetricia e Ginecologia. SC Anestesia e rianimazione	Produzione del PDTA.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3607	7	Promozione dell'Analgesia Naturale in travaglio di parto	Costituzione gruppo di lavoro per analisi della letteratura e revisione delle procedure in essere.	Dirigenti Medici, Ostetriche	SC Ostetricia e Ginecologia.	Identificazione gruppo di lavoro. Produzione di un protocollo condiviso Predisposizione di materiale divulgativo per i corsi di accompagnamento alla nascita e incontri con la popolazione.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3608	8	Impiego della Radiofrequenza quale metodica alternativa al trattamento farmacologico per le patologie da atrofia dell'apparato genito-urinario in donne operate per tumore al seno	Costituzione gruppo di lavoro per analisi della letteratura e produzione PDTA. Avvio attività ambulatoriale specifica.	Dirigenti Medici e Ostetriche	SC stetricia e Ginecologia. SC Oncologia Medica	Evidenza PDTA. Trattamento ambulatoriale completo di almeno 4 casi nel II semestre.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3609	9	Gestione multidisciplinare nell'ambito del GOG per la presa in carico e trattamento dei casi Oncologici in Ginecologia	Continua l'attività del GOG con confronto multidisciplinare in videoconferenza bisettimanale. Partecipazione dei Ginecologi ad interventi chirurgici oncologici presso l'HUB (Burlo Garofolo).	Dirigenti Medici.	SC Ostetricia e Ginecologia; SC Oncologia; Clinica Ginecologica Burlo Garofolo; Anatomia Patologica, Radioterapia	Verbale incontri GOG. Report dei casi inviati da Monfalcone al Burlo (K ovaio, Endometrio Alto Grado, Portio, Vulva).	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Ostetricia e Ginecologia (Gorizia-Monfalcone)	351	3610	10	Promozione, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle	Corso di formazione ASUGI_01202 "Revisione di metodologie e contenuti assistenziali alla luce delle nuove evidenze nel percorso a basso rischio	Referente Ostetrica dr.ssa r. Giornelli	Dipartimento materno infantile -SC Età EvolutivaFamiglia e disabilità;	Percorso formativo crediti ecm raggiunti (40 crediti ecm).	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico (linee di gestione 4.3- Percorso Nascita)	ostetrico (gravidanza e travaglio/parto).				
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	9504	1	Collaborare con il Terzo Settore per la presa in carico psicologica della popolazione diabetica minori e famiglie (linee di gestione pg 67)	Stipula di convenzione annuale Mappatura delle famiglie con minore diabetico in area isontina.	Dirigenti medici pediatria	Pediatria SC Terzo Settore	Convenzione stipulata N. Casi presa in carico/tot famiglie intercettate.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	7009C	2	Percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza di minori con DCA concordato con le equipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico, in coerenza con il documento del Ministero della Salute "Percorso Lilla in pronto soccorso"	Elaborare una bozza di protocollo per la gestione ospedaliera dei minori con DCA.	direttrice SC Pediatria, direttrice ssc dca monfalcone	pediatria, ssc DCA di Monfalcone	PDTA elaborato e condiviso.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	9506	3	Revisione ed implementazione del percorso BRO (gravidanza a basso rischio ostetrico). Coordinamento del gruppo di lavoro	Analisi della situazione e revisione del PDTA. Implementazione del know-how. Coordinamento del gruppo di lavoro per la rimodulazione organizzativa e gestionale per favorire l'implementazione del percorso BRO in continuità assistenziale con i Consultori famigliari in collaborazione con URP. 1. Creazione file dati. 2. Elaborazione questionario da somministrare alle donne. 3. Formazione del personale ostetrico per l'implementazione del percorso.	Dir. Dipartimento. Referente Ostetrica Aziendale Giornelli Roberta	ssc dca	Coordinamento sull'analisi e revisioni del percorso BRO, creazione di strumenti per il monitoraggio misurazione di impatto non solo clinico assistenziale ma attraverso questionari da somministrare alle donne sul gradimento.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	9508	4	Revisione ed implementazione del percorso BRO (gravidanza a basso rischio ostetrico). PDTA	Analisi della situazione e revisione del PDTA. Implementazione del know-how.	Tutta la SOC	Sc Ost-Gin. Pediatria.	Aggiornamento del PDTA. Monitoraggio dei casi presi in carico.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	9509	5	Uniformare protocolli assistenziali. PDTA bronchiolite ed empiema pleurico in età pediatrica	Revisione della letteratura ed elaborazione PDTA bronchiolite ed empiema pleurico in età pediatrica.	Tutta la SC	SC Pediatria	Elaborazione PDTA bronchiolite ed empiema pleurico in età pediatrica.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	9510	6	Uniformare protocolli assistenziali. Protocollo assistenza al neonato sano	Revisione della letteratura ed elaborazione protocollo assistenza al neonato sano presso la SC di Pediatria di Monfalcone.	Tutta la SC	SC Pediatria	Elaborazione protocollo assistenza al neonato sano presso la SC di Pediatria di Monfalcone.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	9511	7	Elaborare una bozza di protocollo per la continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento al seno in caso di ricovero ospedaliero	Coinvolgere le SC che possono ricoverare madri e lattanti nelle due sedi ospedaliere di Gorizia e Monfalcone. Costituire un gruppo di lavoro ed effettuazione incontri. Produzione di un documento sulla continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento al seno.	DIRIGENZA E COMPARTO	Dip chirurgico, dip. medico, dip. Emergenza SC ostetrica e Ginecologia SC Pediatria	Protocollo per la continuità del rapporto madre-bambino e il mantenimento dell'allattamento al seno in caso di ricovero ospedaliero.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	9512	8	Avvio di un sistema di collaborazione con il Dipartimento di Pediatria dell'IRCCS Burlo G. propeudeutico all'ipotesi di un nuovo assetto organizzativo	Partecipare alle riunioni con Clinica Pediatrica IRCCS Burlo per discussione dei casi clinici.	SC Pediatria dott. D. Dragovic	IRCCS Burlo Garolofolo-Clinica Pediatrica e Pronto Soccorso Pediatrico	I dirigenti medici partecipano ad almeno 10 riunioni da giugno a dicembre. Effettuare un audit dei casi trasferiti presso il PS	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									Pediatico e/o Clinica Pediatrica.	
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	2810C	9	Elaborazione di un protocollo per standardizzare il percorso del minore che necessita di intervento di odontostomatologia	Organizzare un gruppo di lavoro multidisciplinare, stesura del documento, condivisione scale del dolore.	Coordinatore inf	SC ORL, SC Anestesia, SC Pediatria, Odontostomatologia, Infermieri blocco operatorio Monfalcone	Documento elaborato, individuate le scale di dolore per età pediatrica, personalizzazione del percorso del minore in sala operatoria.	Entro il 31/12/2023
DIP MATERNO INFANTILE	SC Pediatria Gorizia - Monfalcone	356	9515	10	Sicurezza. Implementazione EMOWARD	Supporto alla formazione sull'utilizzo di EMOWARD ai reparti dell'area isontina. Realizzare incontri con i reparti per l'implementazione prescrizione informatizzata (Emoward) area isontina.	Dirigenti medici		100% richieste di supporto delle strutture dell'area isontine evase.	Entro il 31/12/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3316C	1	Garantire una gestione coordinata delle criticità legate ai blocchi informatici maggiori dei sistemi gestionali di laboratorio riducendo il disagio per gli operatori, i rischi ed i ritardi legati alla attivazione procedure di backup	Convocazioni di incontri congiunti tra i referenti delle strutture complesse di laboratorio con la Direzione Medica, stesura di un protocollo condiviso.	Medici, Biologi, Tecnici di Laboratorio	SC Laboratorio Analisi, SC Medicina Trasfusionale, SC Microbiologia, SSC Direzioni Mediche, SSD Laboratorio Spoke Area Isontina	Protocollo di gestione delle emergenze informatiche dei laboratori validato e condiviso.	Entro il 01/10/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3401	2	5.2 Conferma degli accreditamenti e certificazioni obbligatorie e facoltative	Mantenimento ed aggiornamento documentazione del Sistema Gestione Qualità nei rispettivi settori in maniera conforme ai requisiti aggiornati dei rispettivi enti di accreditamento/certificazione.	Medici, Biologi, Tecnici di Laboratorio, Infermieri, OSS	DIMT	Accreditamento Regionale, Certificazione ISO, Accredited EFI, Accreditation Canada, Jacie.	Entro il 31/12/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3402	3	5.2 Messa in uso per la tipizzazione HLA di routine della metodica NGS di recente convalida.	Produzione della documentazione richiesta per accreditamento EFI. Domanda di Accredimento.	Biologi, Tecnici di Laboratorio	SC Medicina Trasfusionale	Tipizzazione, senza errori, di almeno 10 controlli di qualità esterni, provenienti dall'UCLA e dall'Istituto Superiore di Sanità. Preparazione della documentazione necessaria per richiedere l'accreditamento della metodica.	Entro il 31/12/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3403	4	Utilizzo del Software Canopo per la gestione della documentazione del Sistema Gestione Qualità del Dipartimento di Medicina Trasfusionale	In collaborazione con la software house ed il servizio Informatico di ASUGI customizzazione del programma per le esigenze del DIMT, transizione della documentazione del SGQ.	Medici, Biologi, Tecnici di Laboratorio, Infermieri	DIMT, SC Informatica e telecomunicazioni	Transizione della documentazione SGQ, Disponibilità di almeno il 20% dei documenti del SGQ del DIMT in CANOPO.	Entro il 31/12/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3404	5	Studio di fattibilità della gestione trasfusionale del paziente in assistenza extraospedaliera con il supporto della telemedicina	Valutazione dei rischi, delle opportunità, delle tecnologie di telemonitoraggio disponibili e dei vincoli normativi per l'esecuzione di un programma di trasfusioni domiciliari con il supporto della telemedicina.	Medici, Infermieri	DIMT	Produzione di un documento di fattibilità aggiornato.	Entro il 30/09/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3405	6	Validazione ed introduzione della metodica per il dosaggio delle isoagglutinine sui concentrati piastrinici da Aferesi	Revisione della Bibliografia disponibile, esecuzione di test per determinare la metodica e i cutoff appropriati, visita di studio ad altri centri di riferimento che utilizzano la metodica. Validazione del metodo. Applicazioni delle soluzioni	Medici, Tecnici di Laboratorio	DIMT	Almeno 50% di CP da Aferesi con titolo di isoagglutinine verificato per eventuali trasfusioni piastriniche plasma incompatibili.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						organizzative più appropriate nel contesto delle attività del DIMT.				
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3406	7	Qualifica e convalida secondo i principi delle GPG delle nuove apparecchiature introdotte	Tank criogenico, Planer, filtro a cascata Monet per la LDL Aferesi, ed altre strumentazioni di nuova acquisizione.	Medici, Tecnici di Laboratorio, Infermieri	DIMT	Strumenti e metodi qualificati e/o convalidati per l'utilizzo. Report di convalida/qualifica.	Entro il 31/12/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3407	8	disponibilità in ASUGI della metodica analitica per il dosaggio della Adamst 13 e degli anticorpi anti Adamst-13 per la diagnostica delle Microangiopatie Trombotiche	Attivazione procedure di acquisizione dei test fruibile sullo strumento disponibile presso il laboratorio di MT ed il test ELISA per la ricerca degli anticorpi e acquisizione di uno strumento semi automatico ELISA per la esecuzione del dosaggio degli anticorpi. Validazione del metodo.	Biologi, Tecnici di Laboratorio, Medici	SC Medicina Trasfusionale	Introduzione della metodica dopo validazione in regime di routine 5/7.	Entro il 31/12/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	2615C	9	Accesso alla prestazione di infiltrazione/iniezione di PRP in Ortopedia in ASUGI secondo un protocollo condiviso tra tutte le UUOO coinvolte nella piena Conformità dei requisiti richiesti	Redazione di un documento per la gestione dell'utilizzo infiltrativo degli emocomponenti autologhi per patologie dell'apparato muscoloscheletrico alla luce delle più recenti evidenze scientifiche e della normativa vigente.	Direttore, Dirigenti Medici Comparto	UCO Clinica Ortopedica Traumatologica, SC Ortopedia GO-MO, DAI di Medicina Trasfusionale	Evidenza del nuovo documento entro 31.10.23.	Entro il 31.10.23
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3408	10	Programma unico di trapianto, esteso a più centri appartenenti alla stessa area geografica con l'obiettivo dell'Istituzione trapianto CSE congiunto e sua formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT- GITMO)	Partecipazione per quanto di competenza.	Responsabili DIMT Unità di raccolta Unità di Processazione	Programma trapianti ASUFC Programma trapianti CRO Aviano Programma trapianti ASUGI (DIMT ASUGI) Programma trapianti IRCCS Burlo (DIMT ASUGI)	Partecipazione per quanto di competenza.	Entro il 31/12/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3409	11	Vigilanza sui dispositivi medici	Gli Enti del SSR assicurano le attività di vigilanza nel rispetto delle disposizioni nazionali e delle indicazioni ministeriali. Supportano inoltre i Responsabili regionali della vigilanza (RRV) garantendo i riscontri richiesti dalla DCS nei tempi indicati, con particolare riferimento alla gestione degli avvisi di sicurezza.	Dirigenti, Comparto DIMT	SC SPPA?	Entro i termini e con rispetto delle modalità indicate.	Entro il 31/12/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3410	12	Implementazione prescrizione trasfusionale informatizzata (>=90% EMOWARD)	Produzione di report trimestrali attraverso il sistema performance (RW10) sullo stato di avanzamento dell'obiettivo. Eventuali consulenze per gli utilizzatori.	Medici , TLB	Condiviso con Direzione Sanitaria IRCCS Burlo. ASUGI	4 report trimestrali.	Entro il 31/12/2023
DIP Medicina Trasfusionale	DIP Medicina Trasfusionale	466	3411	13	Elaborazione di uno studio di fattibilità di un sistema di accettazione ed etichettatura offline per garantire la continuità della raccolta degli emocomponenti in caso di blocco informatico prolungato.	Analisi dei rischi. Incontri con i referenti informatici e software house coinvolta. Produzione di un protocollo.	Medici, TLB, infermieri	DIMT ASUGI, DIMT ASFO, DIMT ASUFC, CURPE	Produzione di uno Studio di fattibilità.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DIP Medico Area Isontina	DIP Medico Area Isontina	1213	2202C	1	Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.	Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina. Analisi dei dati che emergono dallo studio. Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.	Responsabili Infermieristici di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura OBIETTIVO CONDIVISO CON IL DAI MEDICO DELL'AREA GIULIANA	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	Evidenza dei risultati dello studio. Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	DIP Medico Area Isontina	1213	2301C	2	Efficientamento della degenza nel Dipartimento Medico area Isontina, in particolare per la popolazione fragile e anziana Mappatura monitoraggio delle tematiche cliniche, assistenziali, socio-sanitarie, organizzativa, per tutti i pazienti ricoverati dal 01/02/23 ostacolanti Identificare le tematiche e categorie prioritarie sulle quali sviluppare e condividere percorsi/linee operative specifiche	Predisporre una scheda di monitoraggio avanzato e informatizzato, per determinare degenza presso le Strutture > 12 giorni Adottare la scheda di monitoraggio informatizzato per la valutazione di "data found in real time". 1. Valutazione delle principali categorie (tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi). 2. Segnalazione/analisi/revisione dei casi clinici che hanno comportato particolari problematiche clinico/organizzative. 3. Identificare aree prioritarie sulle quali sviluppare/condividere percorsi specifici in base all'intensità degli interventi. 4. Definire le modalità operative di risposta coerentemente con le diverse fasi del percorso clinico-assistenziale di degenza.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	Tutte le strutture di degenza del Dipartimento Medico Area Isontina	Predisporre la scheda di monitoraggio informatizzato avanzato. Applicare il nuovo sistema di monitoraggio informatizzato avanzato. Elaborazione report settimanale sulle tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-saniatria, area outcomes organizzativi, per i pazienti con degenza > 12 giorni. Elaborazione report finale sulle tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-saniatria, area outcomes organizzativi per i pazienti con degenza > 12 giorni.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	DIP Medico Area Isontina	1213	2302C	3	Promuovere la Sicurezza delle cure e la standardizzazione di attività di Gestione del Rischio Clinico nelle nostre Organizzazioni richiede una Cultura capillarizzata che permetta di implementare attività di diffusione e consolidamento dei metodi più appropriati di gestione del rischio clinico, consenta di superare le reticenze naturali verso l'ammissione degli errori e che sostenga il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, dei near miss e delle inefficienze del Sistema	Realizzare una indagine monocentrica finalizzata a raccogliere le opinioni del Personale sulla Sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico nella propria realtà operativa. Monitorare la percezione della situazione da parte degli operatori ed identificare e promuovere azioni di miglioramento atte a prevenire, proteggere ed elevare il livello qualitativo degli ambienti di lavoro per il benessere dei pazienti e degli operatori.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	Tutte le strutture di degenza del Dipartimento Medico Area Isontina SC Nefriologia e Dialisi Area Isontina (d.s.t.)	Accertare il livello di Cultura della Sicurezza con strumenti appropriati (somministrazione questionario validato). Entro dicembre sarà effettuata l'indagine e saranno elaborati i dati. Evidenza documento di elaborazione, sintesi dei risultati e restituzione ai partecipanti dello studio descrittivo utile a favorire il trasferimento nella clinica e nell'assistenza delle principali	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									Linee Guida per la gestione del Rischio Clinico.	
DIP Medico Area Isontina	DIP Medico Area Isontina	1213	2303C	4	Educazione terapeutica del paziente diabetico all'autogestione del diabete mellito tipo 2	Formazione di 2 Infermieri specialist all'interno della SOC del Dipartimento sui temi educazione TEDI per i pz ricoverati; creazione del percorso condiviso con Infermieri SC Diabetologia Gorizia e Monfalcone.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico Area Isontina SC Medicina Interna Monfalcone SC Medicina Interna Gorizia SC Neurologia Gorizia	Entro dicembre formati 2 Infermieri/SOC. Entro dicembre formalizzazione del percorso. Sono stati formati sui temi dell'educazione terapeutica (TEDI) due Infermieri delle SOC Med Int Monfalcone, due Med Int Gorizia, due Neurologia Gorizia.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico	350	2202C	1	Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.	Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina. Analisi dei dati che emergono dallo studio. Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.	Responsabili Infermieristici di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura OBIETTIVO CONDIVISO CON IL DAI MEDICO DELL'AREA GIULIANA	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	Evidenza dei risultati dello studio. Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico	350	2302C	2	Promuovere la Sicurezza delle cure e la standardizzazione di attività di Gestione del Rischio Clinico nelle nostre Organizzazioni richiede una Cultura capillarizzata che permetta di implementare attività di diffusione e consolidamento dei metodi più appropriati di gestione del rischio clinico, consenta di superare le reticenze naturali verso l'ammissione degli errori e che sostenga il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, dei near miss e delle inefficienze del Sistema	Realizzare una indagine monocentrica finalizzata a raccogliere le opinioni del Personale sulla Sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico nella propria realtà operativa. Monitorare la percezione della situazione da parte degli operatori ed identificare e promuovere azioni di miglioramento atte a prevenire, proteggere ed elevare il livello qualitativo degli ambienti di lavoro per il benessere dei pazienti e degli operatori.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	Tutte le strutture di degenza del Dipartimento Medico Area Isontina Nefrologia e Dialisi Area Isontina (d.s.t.)	Accertare il livello di Cultura della Sicurezza con strumenti appropriati (somministrazione questionario validato). Entro dicembre sarà effettuata l'indagine e saranno elaborati i dati. Evidenza documento di elaborazione, sintesi dei risultati e restituzione ai partecipanti dello studio descrittivo utile a favorire il trasferimento nella clinica e nell'assistenza delle principali Linee Guida per la gestione del Rischio Clinico.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico	350	2303C	3	Educazione terapeutica del paziente diabetico all'autogestione del diabete mellito tipo 2	Formazione di 2 Infermieri specialisti all'interno della SOC del Dipartimento sui temi educazione TEDI per i pazienti ricoverati. Creazione del percorso condiviso con Infermieri SC Diabetologia Gorizia e Monfalcone.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico Area Isontina SC Medicina Interna Monfalcone SC Medicina Interna Gorizia SC Neurologia Gorizia	Entro dicembre formati 2 Infermieri/SOC. Entro dicembre formalizzazione del percorso. Sono stati formati sui temi dell'educazione terapeutica (TEDI) due Infermieri delle SOC Med Int Monfalcone, due Med Int Gorizia, due Neurologia Gorizia.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DIP Medico Area Isontina	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico	350	2304	4	Informatizzazione cartella clinica reparto Medicina Diabetica	Avvio informatizzazione cartella clinica per i pazienti ricoverati per piede diabetico. Creazione cartella clinica informatizzata per il paziente ricoverato. Utilizzo cartella per i pazienti ricoverati per piede diabetico.	medici	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC clinica riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	Creazione cartella clinica entro 30 settembre 2023. Cartella clinica compilata nel 70% dei pazienti.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico	350	2305C	5	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze lungo termine per diabete (indicatore D03C): Percorso di gestione del paziente con piede diabetico	In relazione alla recente pubblicazione delle linee di indirizzo regionali sul piede diabetico si avvia il percorso di implementazione aziendale attraverso un percorso formativo ed informativo del personale e la semplificazione dei percorsi.	medici e comparto	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico Area Isontina SC Medicina Interna Monfalcone SC Medicina Interna Gorizia SC Neurologia Gorizia	Organizzazione di almeno n. 2 eventi formativi sui percorsi piede diabetico (uno in area giuliana e uno in area isontina). Individuazione dei punti di accesso del paziente con piede diabetico in ASUGI. Individuazione operatori per il triage del paziente.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico	350	2301C	6	Efficientamento della degenza nel Dipartimento Medico area Isontina, in particolare per la popolazione fragile e anziana Mappatura monitoraggio delle tematiche cliniche, assistenziali, socio-sanitarie, organizzativa, per tutti i pazienti ricoverati dal 01/02/23 ostacolanti Identificare le tematiche e categorie prioritarie sulle quali sviluppare e condividere percorsi/linee operative specifiche	Predisporre una scheda di monitoraggio avanzato e informatizzato, per determinare degenza presso le Strutture > 12 giorni. Adottare la scheda di monitoraggio informatizzato per la valutazione di "data found in real time". 1. Valutazione delle principali categorie (tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi). 2. Segnalazione/analisi/revisione dei casi clinici che hanno comportato particolari problematiche clinico/organizzative. 3. Identificare aree prioritarie sulle quali sviluppare/condividere percorsi specifici in base all'intensità degli interventi. 4. Definire le modalità operative di risposta coerentemente con le diverse fasi del percorso clinico-assistenziale di degenza.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttrici di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	SC Chirurgia Toracica SC Pneumologia Trieste SC Medicina Interna Monfalcone e Gorizia SSD Monfalcone e Gorizia	Predisporre la scheda di monitoraggio informatizzato avanzato. Nuovo sistema di monitoraggio informatizzato avanzato. Report settimanale sulle tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi, per i pazienti con degenza > 12 giorni. Rreport finale sulle tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi per i pazienti con degenza > 12 giorni.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2306	1	Monitorare le ICA (infezioni correlate all'assistenza) nella SC di Medicina Interna di Gorizia	Strutturare dei registri di monitoraggio delle seguenti ICA: 1) Infezioni vie urinarie	Dirigenti Medici Infermieri	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica	Produrre un registro di monitoraggio del secondo semestre 2023.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						2) Polmoniti 3) Sepsi		SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici		
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2202C	1	Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.	Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina. Analisi dei dati che emergono dallo studio. Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.	Responsabili Infermieristici di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura OBIETTIVO CONDIVISO CON IL DAI MEDICO DELL'AREA GIULIANA	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	Evidenza dei risultati dello studio. Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2307C	2	Aumentare la sicurezza del Foglio Unico di Terapia (FUT). Utilizzare un unico FUT in tutte le strutture di degenza ordinaria del presidio ospedaliero di Gorizia	Avviare l'utilizzo di un FUT che centri i seguenti obiettivi: 1. Modalità prescrittiva univoca (principio attivo, dose, forma farmaceutica, via di somministrazione, tempi di somministrazione). 2. Separazione delle prescrizioni secondo via di somministrazione. 3. Firma del prescrittore e dell'esecutore della somministrazione.	Dirigenti Medici Infermieri	SC Medicina Interna Gorizia SC Neurologia Gorizia SC Chirurgia Gorizia SC Ortopedia Gorizia SC Urologia Gorizia	Tutte le nuove prescrizioni di terapia vengono effettuate con il nuovo FUT formato A3.	Entro il 30/09/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2301C	3	Efficientamento della degenza nel Dipartimento Medico area Isontina, in particolare per la popolazione fragile e anziana Mappatura monitoraggio delle tematiche cliniche, assistenziali, socio-sanitarie, organizzativa, per tutti i pazienti ricoverati dal 01/02/23 ostacolanti Identificare le tematiche e categorie prioritarie sulle quali sviluppare e condividere percorsi/linee operative specifiche	Predisporre una scheda di monitoraggio avanzato e informatizzato, per determinare degenza presso le Strutture > 12 giorni. Adottare la scheda di monitoraggio informatizzato per la valutazione di "data found in real time". 1. Valutazione delle principali categorie (tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi).	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	DIP Medico Area Isontina	Predisporre la scheda di monitoraggio informatizzato avanzato. Nuovo sistema di monitoraggio informatizzato avanzato. Report settimanale sulle tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi, per i pazienti con degenza > 12 giorni. Rreport finale sulle tematiche	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>2. Segnalazione/analisi/revisione dei casi clinici che hanno comportato particolari problematiche clinico/organizzative.</p> <p>3. Identificare aree prioritarie sulle quali sviluppare/condividere percorsi specifici in base all'intensità degli interventi.</p> <p>4. Definire le modalità operative di risposta coerentemente con le diverse fasi del percorso clinico-assistenziale di degenza.</p>			area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi per i pazienti con degenza > 12 giorni.	
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2308	4	Rendere disponibili appuntamenti Tc riservati a pazienti ricoverati in Medicina Interna a Gorizia	Mantenere riservati 7 appuntamenti Tc/settimana per l'inserimento diretto di pazienti da parte della Medicina Interna a Gorizia.	Dirigenti Medici	SC Medicina Interna Gorizia SC Radiologia Gorizia	Evidenziare nelle liste di programmazione Tc della Radiologia di Gorizia del secondo semestre del 2023 la presenza di 2 esami del mattino riservati a pazienti ricoverati nella Medicina Interna di Gorizia.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2302C	5	Promuovere la Sicurezza delle cure e la standardizzazione di attività di Gestione del Rischio Clinico nelle nostre Organizzazioni richiede una Cultura capillarizzata che permetta di implementare attività di diffusione e consolidamento dei metodi più appropriati di gestione del rischio clinico, consenta di superare le reticenze naturali verso l'ammissione degli errori e che sostenga il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, dei near miss e delle inefficienze del Sistema	Realizzare una indagine monocentrica finalizzata a raccogliere le opinioni del Personale sulla Sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico nella propria realtà operativa. Monitorare la percezione della situazione da parte degli operatori ed identificare e promuovere azioni di miglioramento atte a prevenire, proteggere ed elevare il livello qualitativo degli ambienti di lavoro per il benessere dei pazienti e degli operatori.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	TUTTE LE STRUTTURE DI DEGENZA DEL DIPARTIMENTO MEDICO AREA ISONTINA SC NEFRIOLOGIA e DIALISI AREA ISONTINA (D.S.T.)	Accertare il livello di Cultura della Sicurezza con strumenti appropriati (somministrazione questionario validato). Entro dicembre sarà effettuata l'indagine e saranno elaborati i dati. Evidenza documento di elaborazione, sintesi dei risultati e restituzione ai partecipanti dello studio descrittivo utile a favorire il trasferimento nella clinica e nell'assistenza delle principali Linee Guida per la gestione del Rischio Clinico.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2309C	6	Consolidare la presenza dell'Internista nel Dipartimento Chirurgico	Strutturare percorsi di presa in carico internistica specifici per le seguenti tipologie di pazienti chirurgici: 1. Frattura di femore (fase post-chirurgica). 2. Diabete mellito tipo 2.	Dirigenti Medici del Dipartimento Chirurgico Dott.ssa Sabato RID del Dipartimento chirurgico RID del Dipartimento medico	SC Medicina Interna Gorizia SC Chirurgia Gorizia SC Ortopedia Gorizia SC Urologia Gorizia	1. Condivisione di un percorso strutturato di presa in carico (documento operativo) per le 2 tipologie di pazienti. 2. Presa in carico di almeno 15 pazienti per percorso.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2303C	7	Educazione terapeutica del paziente diabetico all'autogestione del diabete mellito tipo 2	Formazione di 2 Infermieri specialist all'interno della SOC del Dipartimento sui temi educazione TEDI per i pz ricoverati; creazione del percorso condiviso con Infermieri SC Diabetologia Gorizia e Monfalcone.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico Area Isontina SC Medicina Interna Monfalcone SC Medicina Interna Gorizia SC Neurologia Gorizia	Entro dicembre formati 2 Infermieri/SOC. Entro dicembre formalizzazione del percorso. Sono stati formati sui temi dell'educazione terapeutica (TEDI) due Infermieri delle SOC Med Int Monfalcone, due Med Int Gorizia, due Neurologia Gorizia.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2310C	8	Gestione condivisa dell'empiema pleurico	Riunioni sul tema dell'empiema pleurico per la realizzazione di un protocollo condiviso sulla base della letteratura esistente.	DIRETTORE DI STRUTTURA DIRIGENTI MEDICI	SC Chirurgia Toracica SC Pneumologia Trieste SC Medicina Interna	Stesura di un documento per pdta dell' empiema pleurico.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
								Monfalcone e Gorizia SSD Monfalcone e Gorizia		
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2311C	9	Istituzione nell'Area Isontina di un ambulatorio trasversale di Diagnostica vascolare	Il progetto si prefigge di ampliare l'offerta della diagnostica vascolare mediante l'apertura di ambulatori dedicati e di garantire l'espletamento delle urgenze (programmate mediante CUP) entro le canoniche 72 ore. Per l'espletamento del progetto a cui parteciperà anche il Dipartimento di Medicina Interna si rende necessaria la presenza negli Ambulatori Chirurgici di un'ulteriore infermiera e l'adeguamento dell'organico dei Dirigenti Medici.	Dirigenti Medici	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	1. Stesura di un protocollo operativo. 2. Ampliamento delle agende con inserimento di prestazioni urgenti. 3. Apertura di ulteriori ambulatori di diagnostica vascolare intrasettimanali, in entrambi i presidi ospedalieri, così da garantire l'espletamento delle richieste urgenti esterne ed interne.	1) 30 giugno 2) 30 giugno 3) 30 settembre
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2312	10	Strutturare un percorso organizzativo per il superamento della contenzione nella SC di Medicina Interna di Gorizia	1. Istituire un tavolo di lavoro multiprofessionale. 2. Avviare un monitoraggio delle situazioni a rischio per ricorso alla contenzione. 3. Revisionare i percorsi organizzativi interni.	Dirigenti Medici Comparto	SC Medicina Interna Gorizia SC Neurologia Gorizia SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Gorizia SC CSM Alto Isontino DMO Gorizia	Produrre un documento di monitoraggio dei casi a rischio contenzione nel secondo semestre del 2023. Riorganizzare l'area di degenza internistica strutturando una stanza in Medicina A ed una in Medicina B per la gestione sistematica dei pazienti a rischio.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2313C	11	Collaborazione tra SC di Nefrologia e Dialisi di Gorizia Monfalcone, Medicina di Monfalcone, Medicina di Gorizia	Integrazione fra Nefrologia e Dialisi di Gorizia e Monfalcone, Medicina Interna di Gorizia, Medicina Interna di Monfalcone, per garantire un flusso di informazioni e azioni per pazienti complessi che necessitano di attività congiunta.	Dirigenti Medici Comparto	SC Nefrologia e Dialisi Area Isontina SC Medicina di Gorizia, SC Medicina di Monfalcone	Evidenza delle attività e report sui pazienti come da azione.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2314C	12	Corretta gestione dei campioni ambulatoriali in area goriziana	Incontri tra coordinatori per dotare gli ambulatori delle attrezzature per la corretta gestione dei campioni biologici. Verificare che il personale dei servizi abbia accesso ad una postazione per la stampa etichette ed il check-out dei campioni e che sia autorizzato a farlo. Verificare che il trasporto dei campioni avvenga nella maniera prevista dalle procedure aziendali.	Coordinatore infermieristico	SC Radiologia Isontina, SC Medicina Gorizia,, SSD Laboratorio SPOKE Area Isontina, SC Chirurgia Generale (sede di Gorizia) SC Ortopedia	Almeno un incontro propedeutico alla stesura delle procedure. Stesura della procedura. Creazione di nuove codifiche di reparto e dotazione di attrezzature informatiche per la gestione diretta da parte dei reparti dei campioni biologici ambulatoriali. Verifica delle nuove accettazioni e conteggio delle prestazioni ambulatoriali così ottenute, con evidenza di almeno 10 esami di laboratorio e 10 microbiologici.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	2315C	13	Patologie respiratorie trattabili con farmaci "biologici"	Partecipazione ai meeting mensili multidisciplinari con discussione di casi clinici.	Dirigenza (Allergologo dott. Riccardo Mancini)	SSD Pneumologia SOC otorino	Partecipazione ad almeno 6 meeting.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Gorizia	342	4500	14	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2316C	1	Gestione internistica degli anziani con patologie multiple ricoverati presso la SC ortopedia per frattura femore o Altre lesioni traumatiche	1. Esecuzione entro 24 ore delle consulenze internistiche urgenti nei casi di frattura di femore candidati all'intervento. 2. Nel caso il personale medico della SC Medicina Interna venisse aumentato di almeno una unità rispetto al numero attuale un Internista seguirà giornalmente dal lunedì al venerdì un giro visita insieme all'ortopedico sui pazienti segnalati.	Direttori Dirigenti medici	SC Ortopedia Gorizia Monfalcone Sede di Monfalcone SC Medicina interna Monfalcone	1. Verifica della esecuzione entro 24 ore sulle consulenze. 2. Verifica delle indicazioni Internistiche sul diario clinico. N.B. Nel caso non si verificasse l'incremento di in medico internista per il raggiungimento dell'obiettivo sarà valutato solo il punto 1.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2202C	2	Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.	Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3), in presenza o in teleconferenza, finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina. Analisi dei dati che emergono dallo studio. Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.	Responsabili Infermieristici di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura OBIETTIVO CONDIVISO CON IL DAI MEDICO DELL'AREA GIULIANA	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	Evidenza dei risultati dello studio. Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2317C	3	RETE ASSISTENZIALE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE La SSD DCA sede di Monfalcone e la SC di Medicina Interna della stessa sede avviano un processo di collaborazione su pazienti affetti da obesità che accedono al servizio DCA e che possono aver bisogno di un inquadramento internistico/endocrinologico e di una terapia farmacologica.	Identificazione e invio dei pazienti. Valutazione endocrinologica. Prescrizione terapeutica.	Direttore SC Responsabile SSD Dirigenti medici e psicologi	SSD DCA SC Medicina Interna Monfalcone	Invio di almeno due pazienti nell'anno 2023.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2301C	4	Efficientamento della degenza nel Dipartimento Medico area Isontina, in particolare per la popolazione fragile e anziana Mappatura monitoraggio delle tematiche cliniche, assistenziali,	Predisporre una scheda di monitoraggio avanzato e informatizzato, per determinare degenza presso le Strutture > 12 giorni. Adottare la scheda di monitoraggio	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura	Tutte le strutture di degenza del Dipartimento Medico Area Isontina	Predisporre la scheda di monitoraggio informatizzato avanzato. Nuovo sistema di monitoraggio informatizzato avanzato.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					socio-sanitarie, organizzativa, per tutti i pazienti ricoverati dal 01/02/23 ostacolanti Identificare le tematiche e categorie prioritarie sulle quali sviluppare e condividere percorsi/linee operative specifiche	informatizzato per la valutazione di "data found in real time". 1. Valutazione delle principali categorie (tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi). 2. Segnalazione/analisi/revisione dei casi clinici che hanno comportato particolari problematiche clinico/organizzative. 3. Identificare aree prioritarie sulle quali sviluppare/condividere percorsi specifici in base all'intensità degli interventi. 4. Definire le modalità operative di risposta coerentemente con le diverse fasi del percorso clinico-assistenziale di degenza.	Coordinatrici Dirigenza/Comparto		Report settimanale sulle tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi, per i pazienti con degenza > 12 giorni. Rreport finale sulle tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi per i pazienti con degenza > 12 giorni.	
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2313C	5	Collaborazione tra SC di Nefrologia e Dialisi di Gorizia Monfalcone, Medicina di Monfalcone, Medicina di Gorizia	L'attuazione dell'attuale atto aziendale ha comportato il trasferimento della Nefrologia nel Dipartimento Territoriale. Tuttavia, la grande frequenza delle nefropatie, determina spesso la necessità di una stretta collaborazione tra internisti e nefrologi per la gestione dei nefropatici che necessitano di ricovero. Questi saranno ricoverati in Medicina interna ma gestiti con la costante collaborazione dei Nefrologi.	Direttore Dirigenza Comparto	SC Medicina Interna Monfalcone e Gorizia SC Nefrologia Gorizia Monfalcone	Rendicontazione casi gestiti.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2302C	6	Promuovere la Sicurezza delle cure e la standardizzazione di attività di Gestione del Rischio Clinico nelle nostre Organizzazioni richiede una Cultura capillarizzata che permetta di implementare attività di diffusione e consolidamento dei metodi più appropriati di gestione del rischio clinico, consenta di superare le reticenze naturali verso l'ammissione degli errori e che sostenga il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, dei near miss e delle inefficienze del Sistema	Realizzare una indagine monocentrica finalizzata a raccogliere le opinioni del Personale sulla Sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico nella propria realtà operativa. Monitorare la percezione della situazione da parte degli operatori ed identificare e promuovere azioni di miglioramento atte a prevenire, proteggere ed elevare il livello qualitativo degli ambienti di lavoro per il benessere dei pazienti e degli operatori.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	Tutte le strutture di degenza del Dipartimento Medico Area Isontina SC Nefrologia e Dialisi Area Isontina (d.s.t.)	Accertare il livello di Cultura della Sicurezza con strumenti appropriati (somministrazione questionario validato). Entro dicembre sarà effettuata l'indagine e saranno elaborati i dati. Evidenza documento di elaborazione, sintesi dei risultati e restituzione ai partecipanti dello studio descrittivo utile a favorire il trasferimento nella clinica e nell'assistenza delle principali Linee Guida per la gestione del Rischio Clinico.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2318	7	Implementazione a orario visite dei congiunti ai degenti.	Per venire incontro alle esigenze dei congiunti che lavorano si è deciso di aggiungere all'orario attuale dalle 12.30 alle 14 una ulteriore ora di apertura dalle 18 alle 19. E' stato inoltre predisposto il rilascio di un permesso senza limiti di orario per i	Direttore Dirigenti medici Coordinatrici inf. Infermieri	SC Medicina Interna Monfalcone	Evidenza modifica orario.	Entro il 30/04/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						casi di particolare gravità individuati dai sanitari.				
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2303C	8	Educazione terapeutica del paziente diabetico all'autogestione del diabete mellito tipo 2	Formazione di 2 Infermieri specialisti all'interno della SOC del Dipartimento sui temi educazione TEDI per i pazienti ricoverati. Creazione del percorso condiviso con Infermieri SC Diabetologia Gorizia e Monfalcone.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico Area Isontina SC Medicina Interna Monfalcone SC Medicina Interna Gorizia SC Neurologia Gorizia	Entro dicembre formati 2 Infermieri/SOC. Entro dicembre formalizzazione del percorso. Sono stati formati sui temi dell'educazione terapeutica (TEDI) due Infermieri delle SOC Med Int Monfalcone, due Med Int Gorizia, due Neurologia Gorizia.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2310C	9	Gestione condivisa dell'empiema pleurico	Riunioni sul tema dell'empiema pleurico per la realizzazione di un protocollo condiviso sulla base della letteratura esistente.	direttore di struttura dirigenti medici	SC Chirurgia Toracica SC Pneumologia Trieste SC Medicina Interna Monfalcone e Gorizia SSD Monfalcone e Gorizia	Stesura di un documento per pdta dell' empiema pleurico.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2311C	10	Istituzione nell'Area Isontina di un ambulatorio trasversale di Diagnostica vascolare	Il progetto si prefigge di ampliare l'offerta della diagnostica vascolare mediante l'apertura di ambulatori dedicati e di garantire l'espletamento delle urgenze (programmate mediante CUP) entro le canoniche 72 ore. Per l'espletamento del progetto a cui parteciperà anche il Dipartimento di Medicina Interna si rende necessaria la presenza negli Ambulatori Chirurgici di un'ulteriore infermiera e l'adeguamento dell'organico dei Dirigenti Medici.	Dirigenti Medici	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	1. Stesura di un protocollo operativo. 2. Ampliamento delle agende con inserimento di prestazioni urgenti. 3. Apertura di ulteriori ambulatori di diagnostica vascolare intrasettimanali, in entrambi i presidi ospedalieri, così da garantire l'espletamento delle richieste urgenti esterne ed interne.	1) 30 giugno 2) 30 giugno 3) 30 settembre
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2330	11	Gestione noduli tiroidei	Partecipazione di un internista ai meeeting multidisciplinari con discussione di casi clinici.	Dirigenti medici	Medicina interna Monf, ORL GoMo, Radiologia, Anatomia patologica.	Partecipazione di un internista al 90% dei meeting multidisciplinari.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2319	12	Rendere disponibili appuntamenti Tc riservati a pazienti ricoverati in Medicina Interna a Monfalcone	Mantenere riservati 7 appuntamenti Tc/settimana per inserimento diretto di pazienti da parte della Medicina Interna a Gorizia.	Dirigenti Medici	SC Medicina Interna Monfalcone SC Radiologia Monfalcone	Evidenziare nelle liste di programmazione Tc della Radiologia di Gorizia del secondo semestre del 2023 la presenza di 2 esami del mattino riservati a pazienti ricoverati nella Medicina Interna di Gorizia.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2320	13	Monitorare le infezioni correlate all'assistenza (ICA) nella SC Medicina Interna Monfalcone	Strutturare dei registri di monitoraggio delle seguenti ICA: 1. Infezioni vie urinarie 2. Polmoniti 3. Sepsì	Dirigenti Medici Infermieri	SC Medicina Interna Monfalcone	Produrre un registro d monitoraggio del secondo semestre 2023.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2321	14	Disturbi Comportamento Alimentare	Un medico della SOC Medicina interna Monfalcone partecipa alla riunione mensile della Equipe multidisciplinare dell'ambulatorio DCA di Monfalcone ed esegue le consulenze internistiche richieste.	Dirigenti medici	Medicina interna Monfalcone	Nel 2023 un medico della Medicina interna partecipa almeno all'80% delle riunioni della equipe multidisciplinare DCA ed effettua tutte le	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									consulenze internistiche richieste.	
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	2322	15	Obesità patologica. Trattamento multidisciplinare.	Partecipazione di un internista ai meeting bariatrici isontini. Con discussione dei casi clinici.	Dirigenti medici	Medicina interna Monf.	Partecipazione internista ad almeno il 90% dei meeting bariatrici nel corso dell'anno con eccezione ferie.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Medicina Interna Monfalcone	352	4500	16	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricerare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2202C	1	Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.	Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina. Analisi dei dati che emergono dallo studio. Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.	Responsabili Infermieristici di Dipartimento Responsabili Infermieristici di Struttura OBIETTIVO CONDIVISO CON IL DAI MEDICO DELL'AREA GIULIANA	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico OB Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	Evidenza dei risultati dello studio. Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2301C	2	Efficientamento della degenza nel Dipartimento Medico area Isontina, in particolare per la popolazione fragile e anziana Mappatura monitoraggio delle tematiche cliniche, assistenziali, socio-sanitarie, organizzativa, per tutti i pazienti ricoverati dal 01/02/23 ostacolanti Identificare le tematiche e categorie prioritarie sulle quali sviluppare e condividere percorsi/linee operative specifiche	Predisporre una scheda di monitoraggio avanzato e informatizzato, per determinare degenza presso le Strutture > 12 giorni. Adottare la scheda di monitoraggio informatizzato per la valutazione di "data found in real time". 1. Valutazione delle principali categorie (tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-sanitaria, area outcomes organizzativi). 2. Segnalazione/analisi/revisione dei casi clinici che hanno comportato particolari problematiche clinico/organizzative. 3. Identificare aree prioritarie sulle quali sviluppare/condividere percorsi specifici in base all'intensità degli interventi. 4. Definire le modalità operative di risposta coerentemente con le diverse fasi del percorso clinico-assistenziale di degenza.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	Tutte le strutture di degenza del Dipartimento Medico Area Isontina	Predisporre la scheda di monitoraggio informatizzato avanzato. Nuovo sistema di monitoraggio informatizzato avanzato. Report settimanale sulle tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-saniatria, area outcomes organizzativi, per i pazienti con degenza > 12 giorni. Rreport finale sulle tematiche area clinica, area outcomes assistenziali, area socio-saniatria, area outcomes organizzativi per i pazienti con degenza > 12 giorni.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2302C	3	Promuovere la Sicurezza delle cure e la standardizzazione di attività di	Realizzare una indagine monocentrica finalizzata a raccogliere le opinioni del	Direttore Dipartimento Responsabile	Tutte le strutture di degenza del Dipartimento	Accertare il livello di Cultura della Sicurezza con strumenti	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					Gestione del Rischio Clinico nelle nostre Organizzazioni richiede una Cultura capillarizzata che permetta di implementare attività di diffusione e consolidamento dei metodi più appropriati di gestione del rischio clinico, consenta di superare le reticenze naturali verso l'ammissione degli errori e che sostenga il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, dei near miss e delle inefficienze del Sistema	Personale sulla Sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico nella propria realtà operativa. Monitorare la percezione della situazione da parte degli operatori ed identificare e promuovere azioni di miglioramento atte a prevenire, proteggere ed elevare il livello qualitativo degli ambienti di lavoro per il benessere dei pazienti e degli operatori.	Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	Medico Area Isontina SC Nefriologia e Dialisi Area Isontina (d.s.t.)	appropriati (somministrazione questionario validato). Entro dicembre sarà effettuata l'indagine e saranno elaborati i dati. Evidenza documento di elaborazione, sintesi dei risultati e restituzione ai partecipanti dello studio descrittivo utile a favorire il trasferimento nella clinica e nell'assistenza delle principali Linee Guida per la gestione del Rischio Clinico.	
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2303C	4	Educazione terapeutica del paziente diabetico all'autogestione del diabete mellito tipo 2	Formazione di 2 Infermieri specialisti all'interno della SOC del Dipartimento sui temi educazione TEDI per i pazienti ricoverati. Creazione del percorso condiviso con Infermieri SC Diabetologia Gorizia e Monfalcone.	Direttore Dipartimento Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico Area Isontina SC Medicina Interna Monfalcone SC Medicina Interna Gorizia SC Neurologia Gorizia	Entro dicembre formati 2 Infermieri/SOC. Entro dicembre formalizzazione del percorso. Sono stati formati sui temi dell'educazione terapeutica (TEDI) due Infermieri delle SOC Med Int Monfalcone, due Med Int Gorizia, due Neurologia Gorizia.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2323C	5	Predisposizione percorso per individuazione e trattamento con PEG di pazienti disfagici affetti da malattia del motoneurone	Preparazione del percorso ed evidenza della sua attivazione.	Personale medico, infermieristico	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	Predisposizione del percorso entro il 31/12.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2324C	6	Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa nel PO di Gorizia Monfalcone	Aderenza del protocollo.	Personale medico ed infermieristico SC Anestesia e Rianimazione e personale medico SC Neurologia PO Gorizia	SC Neurologia GO/MO, SC Rianimazione GO SC PS GO	Attività mantenuta.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2325	7	Perfezionamento di un neurofisiologo come elettromiografista per studio singola fibra	Perfezionamento di un neurofisiologo come elettromiografista per studio singola fibra.	Prosecuzione del perfezionamento ed attivazione dell'attività al	SC Neurologia GO/MO In collaborazione con SC di Neurologia/Neurofisiologia di Udine	Neurologo formato al 12/2023.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2326	8	Percorso transizione da età infantile ad età adulta in pazienti affetti da epilessia	Evidenza di percorso condiviso.	personale medico di SC Neurologia Gorizia/Monfalcone		Percorso condiviso ed applicato.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
							ASUGI e SC Neuropsichiatria Burlo-Garofolo			
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2327C	9	Governo clinico e reti di patologia Consolidamento della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica (ai sensi del DGR 817/2017)	1. Implementazione attività, presso il PO di Monfalcone, dell' Ambulatorio multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con malattia neuromuscolare dell'ambito territoriale di competenza. 2. Revisione del gruppo integrato neuromuscolare con ridefinizione ambiti e miglioramento qualità dell'assistenza.	Direttore, Dirigenti Medici, Coordinatore, Comparto, Personale di Segreteria	SC Riabilitazione Isontina, SC Pneumologia territoriale SC Neurologia Gorizia - Monfalcone.	1. Evidenza di ambulatorio attivo. 2. Evidenza di più incontri collegiali per la revisione dei processi.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2328	10	Mantenimento della rete formativa Gorizia e Monfalcone per la Specializzazione in Neurologia	Collegamento con Gorizia e Monfalcone e piano di studi di Neurologia. Mantenimento specialita' di Neurologia e realizzazione Rete Formativa (Gorizia-Monfalcone) mesi per specializzando documentati. Rotazione degli specializzandi presso l' Unita' di Gorizia-Monfalcone.	Direttore.	Neurologia GoMo	Riscontro e tutoraggio monitoraggio frequenza con giudizio del Direttore di Gorizia. Piano della scuola di specialita' approvato dal Consiglio della Scuola di Specialita' con verbale.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	2329	11	Presa in carico precoce del paziente affetto da ictus con la scheda multidimensionale	Eeguire valutazione fisioterapica già entro 24 ore dall'accoglimento.	Infermieri, OSS e neurologi di Monfalcone e Gorizia, fisiatra e fisioterapisti SC riabilitazione.		Evidenza di percorso ed avvio dell'attività.	Entro il 31/12/2023
DIP Medico Area Isontina	SC Neurologia Gorizia	344	4500	12	Governo della spesa farmaceutica. Appropriata prescrizione	Ricerca la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -2,5% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	Direzione Dipartimento di Prevenzione	5299	4001C	1	Redazione, a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale, del nuovo regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative ex L. 689/81 e L. R. 1/84 da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione in sostituzione dei regolamenti ASUITS e AAS2.	1. I Direttori di SC e SSD inviano alla Direzione del Dipartimento una relazione che specifica la propria competenza nell'ambito applicativo della L. 689/81. 2. I Direttori di SC e SSD partecipano alle riunioni con la Direzione del Dipartimento per la stesura della proposta di regolamento. 3. Invio della proposta alla Direzione Strategica per la successiva approvazione tramite decreto.	Direttore del Dipartimento Sostituta PO dei Servizi Amministrativi dipartimentali	Tutte le strutture del DIP	Invio alla Direzione Generale della proposta di regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione ai sensi della L. 689/81.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	Direzione Dipartimento di Prevenzione	5299	4048	2	Riordino ed archiviazione delle pratiche relative all'emergenza covid-19: scuole, risultati tamponi, schede tracciamento/isolamento/guarigione, case di riposo, vaccinazioni migranti, vaccinazioni carcere, dipendenti ASUGI, certificati inviati via mail, fascicoli inadempienti	1. Catalogazione della documentazione e suddivisione per argomento e periodo. 2. Preparazione degli scatoloni per l'invio all'archivio centrale. 3. Invio tramite omniadoc della documentazione all'archivio centrale.	Amministrativi della Direzione del DIP		Invio delle pratiche relative all'emergenza covid-19 all'archivio centrale.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					obbligo vaccinale DL44, fascicoli inadempienti obbligo vaccinale over 50)					
Dipartimento di Prevenzione	Direzione Dipartimento di Prevenzione	5299	4049	3	Archiviazione e creazione di un database delle sanzioni amministrative dal 1990 al 2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ricognizione delle sanzioni amministrative relative agli anni 90 fino al 2013 archiviate presso gli uffici del DIP di via de ralli 3. 2. Catalogazione delle sanzioni in un file excell. 3. Invio tramite omniadoc della documentazione all'archivio centrale. 	Amministrativi della Direzione del DIP		Invio delle sanzioni amministrative relative agli anni 90 fino al 2013 all'archivio centrale.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Accertamenti Clinici di Medicina Legale	2087	4001C	1	Redazione, a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale, del nuovo regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative ex L. 689/81 e L. R. 1/84 da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione in sostituzione dei regolamenti ASUITS e AAS2.	<ol style="list-style-type: none"> 1. I Direttori di SC e SSD inviano alla Direzione del Dipartimento una relazione che specifica la propria competenza nell'ambito applicativo della L. 689/81. 2. I Direttori di SC e SSD partecipano alle riunioni con la Direzione del Dipartimento per la stesura della proposta di regolamento. 3. Invio della proposta alla Direzione Strategica per la successiva approvazione tramite decreto. 	Responsabile di Struttura	Tutte le strutture del DIP	Invio alla Direzione Generale della proposta di regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione ai sensi della L. 689/81.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Accertamenti Clinici di Medicina Legale	2087	4042	2	Rimodulazione dell'attività ambulatoriale relativa agli accertamenti per l'invalidità civile. (area giuliana)	Predisposizione di ambulatori e sedute dedicate con mantenimento degli orari di vista 2022 (4-5 ore per seduta con l'equivalente di 2/3 ambulatori attivi).	Rersponsabile di struttura		Effettuazione media di 18 sedute mensili.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Accertamenti Clinici di Medicina Legale	2087	4043	3	Riduzione dell'attività valutativa domiciliare per l'accertamento dell'invalidità civile. (area giuliana)	Consolidamento delle procedure valutative previste dalla Legge 11 settembre 2020 n. 120 art 29 ter (semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap) già avviate nel 2021 sugli atti ai sensi della LEGGE 11 settembre 2020, n. 120, Art. 29-ter Semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap. Valutazione espressa sugli atti ai sensi della LEGGE 11 settembre 2020, n. 120, Art. 29-ter. Semplificazione dei procedimenti di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap.	Tutti i Dirigenti Medici della ex SCACLFP e personale di comparto		Valutare sugli atti almeno 200 richieste di visita per l'accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap entro il 31.12.2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Accertamenti Clinici di Medicina Legale	2087	4044	4	Implementazione e miglioramento delle attività di riscontro diagnostico sui cadaveri dei deceduti in sede extraospedaliera	Avvio percorso di confronto e condivisione tra SC su percorsi e metodologie di intervento condivise per l'attività di riscontro diagnostico extraospedaliera. Elaborazione di una procedura operativa per l'area giuliana e isontina.	Direttori, Dirigenti Medici, Coordinatrici Infermieristiche, Comparto	SC (UCO) Medicina legale	Validazione della procedura entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Accertamenti Clinici di Medicina Legale	2087	4045	5	Mantenimento dei tempi di attesa per la convocazione a visita in commissione invalidi civili (area isontina)	Attività di coordinamento tra le Parti coinvolte nel processo, garantendo così la convocazione a visita ambulatoriale nei territori di Gorizia e	Personale del Comparto		Tempi di attesa per la convocazione in seduta ambulatoriale entro i 60 giorni dal ricevimento della	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						Monfalcone entro i 60 giorni dal ricevimento telematico della domanda.			domanda nel mese di dicembre 2023.	
Dipartimento di Prevenzione	SC Accertamenti Clinici di Medicina Legale	2087	4046	6	Armonizzazione delle procedure area giuliana/area isontina per la prenotazione delle visite ambulatorio monocratico	Allineamento informativo sito aziendale/CUP per visite ambulatorio monocratico.	Tutti i Dirigenti Medici della SC ACML e personale di comparto		Operatività procedure entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Accertamenti Clinici di Medicina Legale	2087	4047	7	Assicurare la partecipazione diretta dell'Azienda nei procedimenti giudiziari che la riguardano in punto responsabilità professionale sanitaria (obiettivo prevalente area isontina)	Presidiare attivamente le diverse fasi della consulenza tecnica d'ufficio (C.T.U.) (inizio operazioni peritali, prosecuzione delle operazioni, osservazioni alla bozza di consulenza, osservazioni all'elaborato depositato).	Tutti i dirigenti medico legali della SC ACML		Concreta partecipazione dell'Azienda convenuta nelle attività di C.T.U. per il tramite del proprio consulente tecnico di parte almeno nel 50% dei procedimenti nel periodo di riferimento 01/01/2023 – 31/12/2023. Deposito da parte del c. tecnico d'ufficio nelle cause civili e negli accertamenti tecnici preventivi, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria, di un elaborato ove risultino concretamente considerate e discusse le motivazioni di parte convenuta (ASUGI) e conoscibilità tempestiva da parte dell'Azienda convenuta delle criticità presenti con conseguente possibilità di eventuale precoce risoluzione transattiva a minore impatto economico.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4001C	1	Redazione, a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale, del nuovo regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative ex L. 689/81 e L. R. 1/84 da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione in sostituzione dei regolamenti ASUITS e AAS2.	1. I Direttori di SC e SSD inviano alla Direzione del Dipartimento una relazione che specifica la propria competenza nell'ambito applicativo della L. 689/81. 2. I Direttori di SC e SSD partecipano alle riunioni con la Direzione del Dipartimento per la stesura della proposta di regolamento. 3. Invio della proposta alla Direzione Strategica per la successiva approvazione tramite decreto.	Responsabile di Struttura	Tutte le strutture del DIP	Invio alla Direzione Generale della proposta di regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione ai sensi della L. 689/81.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4033	2	Innovazione e appropriatezza: aggiornare la procedura di audit quale metodo di controllo ufficiale secondo le direttive della Comunicazione della Commissione Europea C355/2022.	Predisporre una nuova procedura di audit SCIAOA delle imprese alimentari ai sensi della C 355/22.	Direttore		Procedura di audit SCIAOA ex C 355/22 notificata agli operatori di controllo ufficiale.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4034	3	Appropriatezza: aggiornamento della procedura di verifica di eventuali conflitti di interesse negli operatori del controllo ufficiale.	Aggiornamento ed attuazione della nuova procedura.	Direttore		Predisposizione della nuova procedura e verifica della presenza/assenza di conflitti di interesse in tutti gli operatori del controllo ufficiale SCIAOA.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4035	4	Appropriatezza, qualità ed uniformità operativa: verifiche di efficacia dei controlli ufficiali.	Esecuzione di verifiche documentali delle relazioni ex art. 13 del regolamento UE 625/17 relativamente ai criteri di coerenza e qualità motivazionale (fatto - diritto) dei provvedimenti.	Direttore		Esecuzione di n. 10 verifiche delle relazioni ex art. 13 del regolamento UE 625/17 di Dirigenti veterinari e Tecnici della prevenzione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4036	5	Sicurezza alimenti o.a.. PRISAN 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	Il PRISAN 23 non è stato ancora emanato. Con riferimento alle imprese registrate ex regolamento CE 852/2004 i piani saranno: 1. Controllo ufficiale di stabilimenti (es. macellerie, pescherie, supermercati, PPL). 2. Controlli ufficiali di pescherecci. 3. Controlli ufficiali su richiesta di Forze dell'Ordine, consumatori ed a seguito di allerta.	Dirigenti veterinari e Tecnici della Prevenzione con assegnazione ad personam.		Esecuzione di 150 controlli a cui si aggiungono quelli su iniziativa, su richiesta delle Forze dell'Ordine, di segnalazioni di rischio da parte di consumatori ed a seguito di allerta. Esecuzione di n. 2 audit in applicazione della Comunicazione C 355/22.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4037	6	Sicurezza alimenti o.a.. PRISAN 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.	Il PRISAN 23 non è stato ancora emanato. Con riferimento agli stabilimenti riconosciuti ex regolamento CE 853/2004 effettuazione dei controlli da esso previsti e programmati sulla base della caratterizzazione del rischio.	Dirigenti veterinari e direttore		Esecuzione del 100% dei controlli programmati dal PRISAN 23 e di n. 4 audit presso stabilimenti riconosciuti ex regolamento CE 853/2004.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4038	7	Sicurezza alimenti o.a.. Piano ASUGI di controlli ufficiali su partite introdotte da altri Stati membri dell'Unione europea	Esecuzione di controlli e campionamenti su merci di provenienza UE.	Dirigenti veterinari e Tecnici della Prevenzione		Esecuzione di n. 27 controlli e campionamenti programmati ASUGI.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4039	8	Sicurezza alimenti o.a.. Piani di campionamento 2023: esecuzione.	Esecuzione dei seguenti piani di campionamento di alimenti di origine animale: 1. Piano pericoli microbiologici in produzione. 2. Piano pericoli microbiologici in dettaglio. 3. Piano pericoli chimici in dettaglio. 4. Piano pericoli chimici in produzione. 5. Piano Fitosanitari. 6. Piano residui. 7. Piano Resistenza antimicrobici. 8. Piano ricerca Additivi. 9. Piano Diossine furani e PCB. 10. Piano Tossine vegetali. 11. Piano Contaminanti ambientali industriali. 12. Piano alimenti trattati con radiazioni. 13. Piano inquinanti organici. 14. Piano tossine vegetali in alim. non regolamentati. 15. Piano contaminanti. amb. in alimenti non regolamentati.	Tecnici della Prevenzione e Dirigenti veterinari, con assegnazione ad personam.		Esecuzione di n. 164 (100% dei programmati) ed adozione delle conseguenti azioni in caso di non conformità (allerta, notizie di reato, informative all'OSA etc.). Esecuzione di campionamenti fuori piano a seguito di segnalazioni di cittadini, indagini di polizia giudiziaria etc.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4040	9	Comunicazione strategica, cultura della sicurezza alimentare ed empowerment. Piano regionale Prevenzione PL12 Alimentazione e sostenibilità. MO 1-15 Migliorare la tutela dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione e MO 6.13 Promuovere interventi formativi, campagne informative educative per gli operatori del settore alimentare sulle malattie trasmesse da alimenti e MO6- 14 promuovere la consapevolezza da parte della comunità sulle malattie trasmesse da alimenti.	Comunicazione. Predisposizione del sito SCIAOA ASUGI con informazioni e documentazione scientifica rivolte alla popolazione ed agli operatori del settore alimentare. Esecuzione di n. 2 interventi formativi ad hoc ad operatori del settore alimentare.	Direttore - Dirigenti veterinari e Tecnici della Prevenzione		Attivazione del sito SCIAOA. Esecuzione di n. 2 interventi di formazione sulla applicazione della Comunicazione C 355/2022 della Commissione europea.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti di Origine Animale	6048	4041	10	Appropriatezza ed uniformità. Formazione degli operatori del controllo ufficiale. Piano regionale Prevenzione PL12 Alimentazione e sostenibilità.	Organizzazione di un corso di formazione ECM sull'applicazione della normativa alimentare e le malattie trasmesse da alimenti dedicato al personale SCIAOA operante nei controlli ufficiali ed al personale amministrativo.	Direttore, Dirigenti veterinari, Tecnici della Prevenzione ed assistente amministrativa		Esecuzione di n. 6 incontri formativi ECM, con elaborazione di relazioni power point sull'esecuzione dei controlli ufficiali e la prevenzione delle mta.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti e della Nutrizione	6046	4001C	1	Redazione, a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale, del nuovo regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative ex L. 689/81 e L. R. 1/84 da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione in sostituzione dei regolamenti ASUITS e AAS2.	1. I Direttori di SC e SSD inviano alla Direzione del Dipartimento una relazione che specifica la propria competenza nell'ambito applicativo della L. 689/81. 2. I Direttori di SC e SSD partecipano alle riunioni con la Direzione del Dipartimento per la stesura della proposta di regolamento. 3. Invio della proposta alla Direzione Strategica per la successiva approvazione tramite decreto.	Responsabile di Struttura	Tutte le strutture del DIP	Invio alla Direzione Generale della proposta di regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione ai sensi della L. 689/81.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti e della Nutrizione	6046	4020	2	Adeguamento al nuovo Decreto Legislativo 23 febbraio 2023, n. 18 Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano	1. Collaborazione con la Direzione Centrale Salute e ARPA FVG. 2. Collaborazione con gli enti gestori presenti sul territorio di competenza.	dirigente medico dirigente biologo tecnico della prevenzione personale amministrativo	personale amministrativo afferente alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione della sede di Gorizia che si occupa di igiene alimenti e nutrizione (Paola Piteo e Nicla Giffoni)	1. Evidenza della partecipazione agli incontri e alle attività programmate dalla Direzione Centrale Salute. 2. Evidenza della partecipazione agli incontri e delle eventuali attività programmate con gli enti gestori presenti sul territorio di competenza.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti e della Nutrizione	6046	4021	3	Valutazione della sicurezza alimentare e nutrizionale presso i nidi d'infanzia: 1. ricerca finalizzata a valutare gli agenti contaminanti e protettivi negli alimenti serviti nei nidi di infanzia 2. campionamento di materiali a contatto con alimenti (MOCA) di stoviglie destinate all'infanzia 3. organizzazione di almeno 1 evento formativo per la restituzione dei risultati e la formazione e	1. Analisi bromatologica dei pasti per la ricerca della capacità protettiva e presenza dei composti della reazione di Maillard. 2. Campionamento di MOCA destinati all'infanzia. 3. Formazione – aggiornamento di educatori, operatori del settore alimentari e relativi consulenti. 4. Ispezioni igienico-nutrizionali presso i nidi d'infanzia.	dirigente medico dirigente biologo tecnico della prevenzione dietista assistente sanitario		1. 78 campionamenti complessivi presso 10 cucine/centri produzione pasti di area giuliana. 2. 2 campionamenti di materiali a contatto con alimenti destinati all'infanzia in area isontina. 3. Realizzazione di almeno 1 evento formativo per la restituzione dei risultati e la formazione e aggiornamento	1: entro il 30.06.2023 2: entro il 30.09.2023 3: entro il 31.12.2023 4: entro il 31.12.2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					l'aggiornamento dedicati a educatori, operatori del settore alimentare e consulenti 4. Attività di Controllo Ufficiale congiunta area sicurezza alimentare e area nutrizione presso i nidi d'infanzia				di: educatori dei nidi d'infanzia, operatori del settore alimentare e consulenti. 4. Attività di Controllo Ufficiale realizzata nel 35% dei nidi d'infanzia.	
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti e della Nutrizione	6046	4022	4	Allineare le modalità operative e procedurali della SC Igiene alimenti e Nutrizione di area giuliana e isontina relativamente ad attività istituzionali rilevanti per aspetti di sicurezza alimentare e nutrizionale	Stesura di almeno 2 procedure operative condivise da applicare su tutto il territorio di competenza.	dirigente medico dirigente biologo tecnico della prevenzione assistente sanitario dietista personale amministrativo	personale amministrativo afferente alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione della sede di Gorizia che si occupa di igiene alimenti e nutrizione (Paola Piteo e Nicla Giffoni)	1. Formalizzazione delle procedure operative.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti e della Nutrizione	6046	4023	5	Verifica della corretta registrazione e autorizzazione degli stabilimenti riconosciuti 852 presenti sul territorio di competenza con verifica ispettiva in sede	1. Estrazione degli stabilimenti riconosciuti presenti in SICER. 2. Confronto con la Direzione Centrale Salute e con la registrazione in SINTESIS. 3. Adeguamento - aggiornamento delle anagrafiche degli stabilimenti 852 in SICER. 4. Attività di CU in tutti gli stabilimenti riconosciuti presenti sul territorio.	dirigente medico dirigente biologo tecnico della prevenzione personale amministrativo	personale amministrativo afferente alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione della sede di Gorizia che si occupa di igiene alimenti e nutrizione (Paola Piteo e Nicla Giffoni)	1. Adeguamento - aggiornamento delle anagrafiche degli stabilimenti riconosciuti 852 in SICER. 2. Attività di CU eseguite in tutti gli stabilimenti riconosciuti presenti sul territorio.	1: entro il 30.06.2023 2: entro il 31.12.2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene Alimenti e della Nutrizione	6046	4024	6	Stesura delle Linee Guida alimentari per le strutture residenziali e semiresidenziali a carattere socio-educativo, socio-assistenziale e socio-sanitario a favore di minori, introdotte dal Regolamento allegato alla Deliberazione della Giunta regionale n. 1488/2022 – all.b – sez.1 - n°24. lettera c.	1. raccolta della documentazione aziendale/regionale pertinente già esistente per la fascia di età 0 - 18 anni. 2. stesura del documento dedicato agli enti gestori delle strutture residenziali e semiresidenziali a carattere socio-educativo, socio-assistenziale e socio-sanitario a favore di minori.	dirigente medico dirigente biologo Tecnico della prevenzione dietista assistente sanitaria		1. Stesura delle Linee Guida alimentari.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4001C	1	Redazione, a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale, del nuovo regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative ex L. 689/81 e L. R. 1/84 da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione in sostituzione dei regolamenti ASUITS e AAS2.	1. I Direttori di SC e SSD inviano alla Direzione del Dipartimento una relazione che specifica la propria competenza nell'ambito applicativo della L. 689/81. 2. I Direttori di SC e SSD partecipano alle riunioni con la Direzione del Dipartimento per la stesura della proposta di regolamento. 3. Invio della proposta alla Direzione Strategica per la successiva approvazione tramite decreto.	Responsabile di Struttura	Tutte le strutture del DIP	Invio alla Direzione Generale della proposta di regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione ai sensi della L. 689/81.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4008	2	Organizzazione della gestione sanitaria rivolta alla popolazione migrante	Collaborazione con gli enti istituzionali (Prefettura, Questura, Comune) al fine di pianificare un progetto di collaborazione con gli enti del terzo settore (Emergency, DONK) in risposta alle esigenze di salute della popolazione migrante.	Dirigenti medici Personale del comparto e personale amministrativo/SC ISP		Partecipazione tavoli di lavoro per la produzione del protocollo condiviso. Rendicontazione delle attività previste dal protocollo condiviso.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4009	3	Promozione e sostegno all'allattamento, iniziative volte alla promozione e protezione	Partecipare ad almeno un corso di formazione interaziendale per operatori coinvolti.	Dirigenti medici Personale del comparto	IRCCS Burlo	Partecipazione di 4 operatori. 90% di schede inserite in SIAVr.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					dell'allattamento, mantenendo attivi i sistemi di rilevazione.	mantenere l'attività di registrazione dei dati alla seconda vaccinazione e inserimento di una relazione specifica nell'ambito della FsC della Struttura.	e personale amministrativo/SC ISP		Realizzazione della relazione sull'allattamento.	
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4010	4	Realizzazione di un corso di formazione sul campo in tema di vaccinazioni rivolto a tutto il personale ASUGI coinvolto nel processo vaccinale con particolare riguardo al personale di nuova acquisizione	Realizzare un corso di formazione sul campo. Partecipare al corso di formazione realizzato.	Dirigenti medici Personale del comparto e personale amministrativo/SC ISP	SC Salute della donna, dell'età evolutiva e della famiglia - Area giuliana e isontina MST	Evidenza del corso realizzato. 80% degli operatori formati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4011C	5	Redazione di protocolli specifici condivisi fra Dipartimenti di prevenzione e specialisti clinici per l'offerta di vaccinazioni specifiche in gruppi a rischio	Sviluppare almeno un percorso di accesso facilitato alla vaccinazione per popolazioni target a rischio di sviluppo di gravi complicanze coinvolgendo gli specialisti clinici individuando strategie e modalità di prenotazione e somministrazione della vaccinazione.	Dirigenti medici Personale del comparto e personale amministrativo/SC ISP	Dipartimento Specialistico Territoriale	Avvio di ambulatorio vaccinale presso il Dipartimento Specialistico Territoriale. Avvio di prenotazione CUP con agenda dedicata.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4012	6	Aumentare la copertura vaccinale per l'influenza e l'adesione consapevole negli operatori sanitari nel corso della Campagna vaccinale antinfluenzale 2023-2024	Definizione di un percorso FAD specifico sulla vaccinazione antinfluenzale e di sedute vaccinali presso il Dipartimento di Assistenza Territoriale, il Dipartimento di Salute Mentale.	Dirigenti medici Personale del comparto e personale amministrativo/SC ISP		Realizzazione del percorso FAD. Effettuazione di almeno 4 sedute vaccinali dedicate.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4013	7	Garantire l'offerta del test di screening HCV alle coorti 1969-1989	Definizione di una procedura per la prenotazione dello screening HCV condivisa con gli operatori addetti alla prenotazione delle vaccinazioni. Esecuzione del prelievo presso la sede del DIP per i dipendenti delle Strutture afferenti.	Dirigenti medici Personale del comparto e personale amministrativo/SC ISP		Redazione procedura ed evidenza della sua condivisione. Numero dei prelievi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4014	8	Garantire un numero di controlli coerente con il Piano nazionale annuale dei controlli in materia REACH e CLP per quanto attiene target group e tipologia di prodotti controllati, nonché coerenti con il PRP 2021-2025 e le LGSSR 2023, favorendo sinergia ed integrazione su specifiche matrici o su specifici ambiti.	Assicurare l'attività prevista sul territorio ASU GI come da programmazione dei controlli definita nel corso della riunione del gruppo tecnico regionale REACH-CLP del 9/3/2023. Eventuale attività reattiva su segnalazioni circostanziate provenienti da SC del Dip Prev. o altri Enti. Partecipazione alle riunioni del Gruppo tecnico regionale REACH-CLP. Attività di formazione e informazione. Rendicontazione annuale attività svolta.	Direttore SC ISP Laura Leban Graziano Olivo	Dipartimento di Prevenzione	100% delle attività programmate. 100% partecipazione alle riunioni del gruppo tecnico regionale REACH-CLP. 100% degli eventi formativi nazionali e/o a ricaduta regionale. Recepimento del concetto di operatore equivalente.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4015	9	Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (muridi)	Rilevazione nelle aree pubbliche delle situazioni a rischio, tali da inficiare gli interventi di derattizzazione (fori nel terreno, discontinuità profonde del manto stradale o dei marciapiedi, ecc.). Trasmissione delle informazioni rilevate ai Comuni, al fine dell'adozione degli interventi di competenza.	Tecnici della prevenzione ed Operatori tecnici/SC ISP Area Giuliana		Segnalazione di tutte le situazioni critiche rilevate ai Comuni territorialmente competenti.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4016	10	Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti	Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radioazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche.	Tecnici della prevenzione Dirigente tecnico ingegnere/ SC ISP Area Giuliana		Effettuazione di sopralluoghi e rilascio del 100% di parere richiesti dalla Prefettura ai sensi del D.Lgs 31 luglio 2020 n.101.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4017	11	Prevenzione delle malattie infettive: Revisione della procedura interna, nell'ambito della tutela della salute negli ambienti di vita, per la prevenzione delle Legionellosi	Indagine epidemiologica, valutazione, con prelievo di campioni idrici, in tutti i casi di legionellosi notificati.	Dirigenti medici Personale del comparto e personale amministrativo/SC ISP		Revisione della procedura e trasmissione della stessa alla Direzione del Dipartimento entro il 3/06/2023, adozione della procedura nel 100% delle notifiche pervenute da tale data.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4018	12	Attività di supporto agli Enti pubblici territoriali a tutela della salute della popolazione da rischio amianto	Azione di sensibilizzazione e incremento del Coordinamento delle attività riferite alla problematica dell'amianto trattata con gli Enti pubblici, in riferimento ai MCA mappati attraverso ARAM, non ancora bonificati e presenti sui territori comunali.	Dirigente tecnico ingegnere/ SC ISP Area Isontina		100 % dei sopralluoghi richiesti e verifica dei manufatti contenenti amianto (MCA) ancora presenti sui territori comunali, attraverso richiesta di resoconto ai Comuni interessati dalla mappatura.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Igiene e Sanità Pubblica	2085	4019	13	Aggiornamento delle procedure per il rilascio dei requisiti igienico sanitari di Strutture rivolte al Pubblico soggette ad interventi di edificazione o ristrutturazione	Azione di sensibilizzazione e informazione in merito alle semplificazioni apportate dalla Delibera 123/2006 CE, sul parere igienico sanitario richiesto per i progetti di Strutture rivolte al pubblico.	Dirigente tecnico ingegnere/ SC ISP Area Isontina		100% delle risposte inviate e riguardanti l'azione di informazione in merito alla semplificazione della Direttiva 123/2006, a seguito di richiesta di parere di competenza ricevuto.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	6045	4001C	1	Redazione, a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale, del nuovo regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative ex L. 689/81 e L. R. 1/84 da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione in sostituzione dei regolamenti ASUITS e AAS2.	1. I Direttori di SC e SSD inviano alla Direzione del Dipartimento una relazione che specifica la propria competenza nell'ambito applicativo della L. 689/81. 2. I Direttori di SC e SSD partecipano alle riunioni con la Direzione del Dipartimento per la stesura della proposta di regolamento. 3. Invio della proposta alla Direzione Strategica per la successiva approvazione tramite decreto.	Responsabile di Struttura	Tutte le strutture del DIP	Invio alla Direzione Generale della proposta di regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione ai sensi della L. 689/81.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	6045	4025	2	Garantire il coordinamento delle due sedi, Giuliano ed Isontina, del Servizio	Omogenizzazione ed uniformità di tutte le attività che vengono espletate nelle due sedi del Servizio. Ottimizzazione delle attività specifiche esistenti nelle due sedi.	Responsabile di Struttura		Effettuazione di incontri periodici per un totale di 6 nell'anno.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	6045	4026	3	Garantire un congruo numero di indagini di malattia professionale anche al fine di ridurre l'arretrato accumulato negli anni precedenti, per entrambe le sedi, sia Isontina che Giuliana.	Indagine, relazione ed inserimento sul portale MeLa dei casi di malattia professionale arrivati in Servizio e arretrati degli anni precedenti.	Dirigenti Medici e Personale del Comparto – Assistenti Sanitari		Svolgimento di almeno 250 indagini di malattia professionale concluse ed inserite in MeLA relative all'anno in corso ed agli anni precedenti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	6045	4027	4	Garantire un congruo numero di indagini di infortuni sul lavoro sia delegati che d'iniziativa, per la sede Isontina e Giuliana.	Indagine, relazione ed inserimento sul portale MeLa dei casi di infortunio sul lavoro arrivati in Servizio e arretrati degli anni precedenti.	Dirigenti Personale del Comparto		Svolgimento di almeno 150 indagini di infortunio sul lavoro concluse ed inserite in MeLA relative all'anno in corso ed agli anni precedenti.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento di Prevenzione	SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	6045	4028	5	Garantire l'attività del laboratorio di analisi su campioni a sospetto contenuto di amianto a servizio dell'attività di vigilanza della SCPSAL di ASUGI e tutela della popolazione	Accettazione dei campioni consegnati al laboratorio da tecnici SCPSAL a seguito di attività di vigilanza o da provati cittadini. Analisi qualitativa con metodica MOCF e dispersione cromatica su campioni in massa. Analisi quantitativa con metodica MOCF su filtri provenienti da campionamenti ambientali. Registrazione dell'attività analitica su MeLa.	Dirigente Ingegnere Responsabile del Laboratorio Fibre - ing. Giuseppina Di Guida Tecnico Sanitario di laboratorio biomedico – dott.ssa Sara Leone		100% delle analisi eseguite sui campioni pervenuti al laboratorio entro il 01/12/2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	6045	4029	6	Migliorare la salute e la sicurezza negli ambienti a maggior rischio	1. Mantenere adeguata vigilanza nelle aziende tenuto conto dei LEA (5% delle aziende del territorio) 2. Vigilanza del 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente. In caso di significative variazioni del numero, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2021. 3. Vigilanza di almeno 128 aziende del comparto agricolo a livello Regionale.	Dirigenti Personale del Comparto		1. Vigilanza di almeno 700 Aziende FERMO RESTANDO OBIETTIVO LEA 2023. 2. Vigilanza di almeno 309 cantieri edili. 3. Vigilanza di 21 aziende del comparto agricolo. (18 area isontina 3 area giuliana).	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	6045	4030	7	Garantire l'attività di prevenzione nei diversi comparti produttivi in materia di salute e sicurezza sul lavoro congiunta con altri Enti	Sopralluoghi di prevenzione e vigilanza integrata e/o congiunta.	Personale del comparto		Effettuazione di almeno 20 interventi vigilanza integrata e/o congiunta in edilizia – area giuliana. Effettuazione di almeno 6 interventi vigilanza integrata e/o congiunta nell'ambito portuale - area giuliana. Effettuazione di almeno 5 interventi di vigilanza integrata e/o congiunta in tutti i settori produttivi – area isontina.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Sanità Pubblica Veterinaria	6047	4001C	1	Redazione, a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale, del nuovo regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative ex L. 689/81 e L. R. 1/84 da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione in sostituzione dei regolamenti ASUITS e AAS2.	1. I Direttori di SC e SSD inviano alla Direzione del Dipartimento una relazione che specifica la propria competenza nell'ambito applicativo della L. 689/81. 2. I Direttori di SC e SSD partecipano alle riunioni con la Direzione del Dipartimento per la stesura della proposta di regolamento. 3. Invio della proposta alla Direzione Strategica per la successiva approvazione tramite decreto.	Responsabile di Struttura	Tutte le strutture del DIP	Invio alla Direzione Generale della proposta di regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione ai sensi della L. 689/81.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SC Sanità Pubblica Veterinaria	6047	4031	2	Sicurezza alimentare e Sanità Pubblica (punto 1.4. linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale anno 2023).L'obiettivo si propone di aumentare il monitoraggio per verificare la corretta esecuzione dei controlli ufficiali da parte dei veterinari ufficiali afferenti alla S.C. Sanità Pubblica Veterinaria	L'attuale programmazione della Direzione Regionale prevede almeno una verifica annuale per ogni collega veterinario da parte del Responsabile di S.C. sulla correttezza dell'attività ispettiva dei colleghi veterinari ufficiali. In considerazione del fatto che 2/3 dei veterinari sono in servizio da meno di tre anni si ritiene opportuno intensificare l'attività di	tutto il personale medico veterinario afferente alla struttura		oltre al controllo annuale già previsto su ogni veterinario che effettua i controlli ufficiali, esecuzione di un ulteriore controllo per la verifica dell'appropriatezza dei controlli ufficiali, per un numero totale previsto di sei controlli oltre ai sei già programmati.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						controllo sull'appropriatezza dei controlli ufficiali allo scopo di migliorare l'adeguatezza dei controlli ufficiali mediante un costruttivo confronto.			La verifica sarà documentata mediante compilazione del verbale già in uso.	
Dipartimento di Prevenzione	SC Sanità Pubblica Veterinaria	6047	4032	3	Tempi di attesa. Benché l'all. A alla delibera 233/23 non ricomprenda al punto G le prestazioni veterinarie tra quelle soggette a monitoraggio per il rispetto dei tempi di attesa, è pur vero che le prestazioni ambulatoriali veterinarie connesse all'iscrizione degli animali d'affezione nella banca dati regionale ed in misura anche maggiore il rilascio dei passaporti per animali da compagnia, subiscono ogni anno un'impennata di richieste nei mesi compresi tra maggio e settembre, con inevitabile incremento dei tempi d'attesa. Al fine di limitare il disagio per l'utenza si è pensato di aumentare il tempo di apertura al pubblico degli ambulatori veterinari nel periodo di maggior richiesta, cioè tra maggio e settembre.	Incremento dei tempi di apertura al pubblico degli ambulatori veterinari per lo svolgimento delle prestazioni obbligatorie derivanti dalla registrazione degli animali d'affezione nella banca dati regionale. Incremento dell'orario di apertura al pubblico dell'ambulatorio veterinario di Trieste dalle attuali 8 a 10 ore settimanali e dell'ambulatorio di Gorizia dalle attuali 3 a 5 ore settimanali.	Tutto il personale della Struttura. Personale veterinario, amministrativo e tecnico		Nel periodo dal 1 maggio al 30 settembre 2023 aumento dell'orario di apertura al pubblico dei due ambulatori veterinari (Trieste e Gorizia nella misura complessiva di 4 ore alla settimana. Valore misurabile tramite il sistema di prenotazioni WEBCUP attualmente usato per le prenotazioni delle prestazioni veterinarie.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SSD Sicurezza Impiantistica	6043	4001C	1	Redazione, a seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale, del nuovo regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative ex L. 689/81 e L. R. 1/84 da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione in sostituzione dei regolamenti ASUITS e AAS2.	1. I Direttori di SC e SSD inviano alla Direzione del Dipartimento una relazione che specifica la propria competenza nell'ambito applicativo della L. 689/81. 2. I Direttori di SC e SSD partecipano alle riunioni con la Direzione del Dipartimento per la stesura della proposta di regolamento. 3. Invio della proposta alla Direzione Strategica per la successiva approvazione tramite decreto.	Responsabile di Struttura	Tutte le strutture del DIP	Invio alla Direzione Generale della proposta di regolamento per l'applicazione delle sanzioni amministrative da parte delle strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione ai sensi della L. 689/81.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SSD Sicurezza Impiantistica	6043	4002	2	Riordino, a seguito di intervenute criticità, del settore delle verifiche degli impianti elettrici al fine di individuare i carichi di lavoro effettivi e/o potenziali e conclusione delle pratiche sospese più importanti in alcuni ambiti significativi (D.L.vo 81/08; DPR 462/ 01; norme CEI 64-08 e 0-10)	Esecuzione di alcune delle verifiche più complesse dal punto di vista impiantistico o ancora in sospeso per mancanza di personale.	tecnico della prevenzione - assistente tecnico		Esecuzione/conclusione di almeno nove verifiche su impianti complessi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SSD Sicurezza Impiantistica	6043	4003	3	A seguito dell'obsolescenza del software acquisito negli anni 90 (MS-DOS), oramai non utilizzabile con sistemi operativi odierni, progettazione, studio e messa a regime di un archivio che sia fruibile in ambito verifiche di ascensori	Estrazione ed acquisizione, conversione e normalizzazione degli archivi informatizzati oramai obsoleti delle Centrali Termiche/Impianti di riscaldamento. Successiva preparazione di un sistema di archiviazione coerente ed utilizzabile su piattaforme odierne. Creazione di procedure per la consultazione e l'inserimento dei dati	assistenti tecnici - tecnici della prevenzione - collaboratore tecnico professionale - ingegnere - dirigente responsabile della Struttura-infermiere		Gestione del sistema composto di 6149 impianti utilizzando 11 tabelle di archiviazione, consultabili tramite 8 maschere di inserimento / visualizzazione che permettono di produrre 5 report utilizzati per la verbalizzazione,	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						al fine di gestire i dati stessi e provvedere alla pre-fatturazione delle verifiche effettuate dai tecnici.			rendicontazione e la pre-fatturazione.	
Dipartimento di Prevenzione	SSD Sicurezza Impiantistica	6043	4004	4	Attuazione della programmazione formativa in tema di sicurezza impiantistica, in riferimento alla normativa vigente	Organizzazione di 4 percorsi formativi sul campo, di cui 1 ECM.	assistenti tecnici - tecnici della prevenzione - collaboratore tecnico professionale - ingegnere - infermiere		Realizzazione/erogazione di 4 corsi, per un monte ore formativo del 100% del monte ore previsto.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SSD Sicurezza Impiantistica	6043	4005	5	Analisi e riordino dei carichi di lavoro per le verifiche periodiche sugli apparecchi a pressione, impianti di riscaldamento e apparecchi di sollevamento rientranti nell'Area Isonina e Giuliana dell'ASUGI con un contestuale incremento della produttività del 10% rispetto agli obiettivi formulati nel 2022	Esecuzione di un adeguato numero di verifiche periodiche sugli apparecchi a pressione, impianti di riscaldamento e apparecchi di sollevamento, al fine di ottemperare le richieste formalmente prese in carico.	dirigente responsabile della Struttura		Evidenza degli esiti di almeno 146 verifiche periodiche formalmente prese in carico sugli apparecchi a pressione, impianti di riscaldamento e apparecchi di sollevamento.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SSD Sicurezza Impiantistica	6043	4006	6	Applicazione delle nuove norme UNI 10411-1:2021 (ascensori elettrici) e UNI 10411-2:2021 (ascensori idraulici), entrate in vigore il 30/09/2021, nell'esecuzione delle verifiche straordinarie degli impianti elevatori.	Esecuzione di verifiche straordinarie su impianti elevatori valutando il rispetto di quanto indicato nelle nuove norme UNI.	collaboratore tecnico professionale - ingegnere		Esecuzione di almeno 30 verifiche straordinarie su impianti elevatori con l'adozione della nuova normativa tecnica di settore.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento di Prevenzione	SSD Sicurezza Impiantistica	6043	4007	7	Digitalizzazione Archivio cartaceo Libretti di Impianti Centrale di riscaldamento ad acqua calda INAIL ed inserimento nel Database di gestione Impianti per una consultazione rapida e precisa dei documenti di impianto.	Digitalizzazione di 60 di libretti di impianto tramite scanner per poterli consultare rapidamente e calendarizzare le verifiche periodiche.	assistenti tecnici - tecnici della prevenzione - collaboratore tecnico professionale - ingegnere - dirigente responsabile della Struttura-infermiere		Scannerizzazione di almeno 30 libretti entro il 30.06.2023 e ulteriori 30 libretti, con inserimento nel database per la gestione degli impianti di riscaldamento, entro il 31/12/2023.	30/06/2023 31/12/2023
Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	2390	9901C	1	Trattamento interventistico e diagnostica condivise in accordo con le linee guida internazionali Istituzione di meeting multidisciplinari per discutere casi di patologia vascolare	Discussione di casi eseguiti in emergenza ed in elezione in meeting multiprofessionali per la condivisione di modalità di trattamento interventistico e diagnostica condivise in accordo con le linee guida internazionali Istituzione di meeting multidisciplinari (radiologia, neurologia, radiologia interventista, neurochirurgia) annuali per discutere casi di patologia vascolare con particolare focus sul trattamento e diagnostica aggiornata di quella particolare patologia.	medici e tecnici	SC CLINICA NEUROLOGICA SC CLINICA RADIOLOGICA, UNITA' DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	Realizzazione di almeno 4 meeting.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	2390	9902C	2	Progetto MRI funzionale	Progetto MRI funzionale (ASL: Arterial spin labeling e BOLD) e precedente CT perfusione nei pazienti con disturbi afasici o da ictus cerebrale o da afasia epilettica e in misura minore con i pazienti con tumore cerebrale.	medici e tecnici	SC CLINICA DI RADIOLOGIA, SC CLINICA NEUROLOGICA	Evidenza del numero di esami eseguiti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	2390	9903C	3	Formalizzazione della presenza e aiuto che lo specializzando di neurologia da alla SC di neurochirurgia	Formalizzazione della presenza e aiuto che lo specializzando di neurologia da alla SC di neurochirurgia: modalità di rotazione	medici	SC CLINICA NEUROLOGICA E NEUROCHIRURGIA	Creazione di una casistica di procedure eseguite e casi in cui lo specializzando e' stato coinvolto Commento finale da	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						e durata nel corso dell' anno 2023. Coinvolgimento in casi chirurgici di interesse neurologico. Coinvolgimento in trattamenti invasive praticati in reparto: es rimozione drenaggi, punti di sutura, punture lombari, drenaggi lombari esterni. Raccolta di anamnesi di pazienti in Neurochirurgia. Valutazione di urgenze neurochirurgiche in reparto e/o PS assieme al medico di guardia			parte del medico specializzando coinvolto sul grado di utilita' dell' esperienza fatta e possibili suggerimenti.	
Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	2390	9904C	4	Consolidare la rete nella diagnostica delle patologie degenerative MCI, Demenza e Parkinson	Esecuzione PET e PET amiloide nelle patologie degenerative MCI, Demenza e Parkinson.	medici e tecnici	SC CLINICA NEUROLOGICA E MEDICINA NUCLEARE	Evidenza del numero di esami eseguiti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	2390	9905C	5	Meeting multidisciplinari per patologia degenerativa	Organizzazione di meeting multidisciplinari annuali per discutere casi di patologia degenerativa.	medici e tecnici	SC CLINICA NEUROLOGICA E MEDICINA NUCLEARE	Evidenza del numero di meeting multidisciplinari.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	2390	9906C	6	Continuita' per i pazienti con deficit neurologico da lesione SNC deficit acuto e patologia neuromuscolare	Garantire la continuita' della presa in carico per i pazienti con deficit neurologico da lesione SNC deficit acuto e patologia neuromuscolare.	medici e comparto	SC CLINICA NEUROLOGICA E RIABILITAZIONE	Evidenza del numero di pazienti eseguiti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	2390	9907C	7	Riabilitazione precoce in stroke unit nell' Ictus cerebro vascolare	Attivazione riabilitazione precoce in stroke unit nell' Ictus cerebro vascolare con valutazione fisiatrica e trattamento riabilitativo secondo PDTA stroke.	medici e comparto	OBIETTIVO RIABILITAZIONE E CLINICA NEUROLOGICA	Evidenza del numero di esami eseguiti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	2390	9908C	8	Monitoraggio intraoperatorio sia della patologia sovratentoriale sia delle colonna	Valutazione clinica e neurofisiologica delle patologie sovratentoriali prechirurgica con valutazione post chirurgica clinica. Monitoraggio intraoperatorio con differenti modalita' tecniche.	medici e tecnici di neurofisiologia	SC CLINICA NEUROLOGICA E NEUROCHIRURGIA	Evidenza del numero di casi eseguiti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	Dipartimento Funzionale di Neuroscienze	2390	9909C	9	Integrazione giuliano isontina in ambito neurologico. sviluppo della presenza e aiuto che lo specializzando di neurologia	Monitoraggio e sviluppo della presenza e aiuto che lo specializzando di neurologia. Raccolta di anamnesi di pazienti e gestione pazienti neurologici. Valutazione di urgenze neurologiche in reparto e/o PS assieme al medico di Guardia.	medici	SC CLINICA NEUROLOGICA E NEUROLOGIA DI GORIZIA	Verbale di formazione e orari degli specializzandi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Funzionale per la Lotta all'Antimicrobico-resistenza	Dipartimento Funzionale per la Lotta all'Antimicrobico-resistenza	2386	9910C	1	Rischio Clinico. Antibiotic Stewardship	Aggiornamento e presentazione dei protocolli di terapia antibiotica empirico-ragionata 2023.	dirigenti medici, biologi, farmacisti	UCO Malattie Infettive in comune con: SC Microbiologia, Farmacia	Evidenza dell'aggiornamento dei protocolli di terapia antibiotica.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Funzionale per la Lotta all'Antimicrobico-resistenza	Dipartimento Funzionale per la Lotta all'Antimicrobico-resistenza	2386	2230C	2	Gestione del rischio clinico e Accreditamento: lotta alle resistenze antibiotiche	Antibiotic Stewardship.	dirigenti medici, biologi, farmacisti	UCO Malattie Infettive in comune con: SC Microbiologia, Farmacia	Aggiornamento e presentazione dei protocolli di terapia antibiotica empirico-ragionata 2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igigen e Sviluppo Organizzativo	Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igigen e Sviluppo Organizzativo	2373	9603C	1	Attuazione Atto Aziendale. Definizione delle dotazioni organiche	Analisi degli indicatori di attività. Analisi della situazione teorica ed effettiva del personale dipendente. Definizione della dotazione organica per CDR di area Giuliana e Isontina.	Direttore Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igigen e Sviluppo Organizzativo	Risorse umane PCG	Invio alla Direzione Strategica della dotazione organica di ASUGI.	Entro il 30/06/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						Realizzazione e trasmissione alla Direzione Strategica secondo quanto richiesto				
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Cattinara e Maggiore	1380	2116C	1	Supporto al percorso di Accreditamento Istituzionale e Canadian. Aggiornamento procedure ed istruzioni operative e della pagina intranet riguardanti il tema del rischio infettivo per rendere la documentazione aziendale più facilmente consultabile dagli operatori	1. Aggiornamento procedure e istruzioni operative. 2. Contestuale creazione e implementazione della pagina rischio infettivo.	Dirigenti Medici e Comparto	SC Direzione Medica Gorizia-Monfalcone	1. Elenco procedure aggiornate. 2. Pubblicazione della pagina internet "Rischio Infettivo".	Entro il 30/09/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Cattinara e Maggiore	1380	2102C	2	Rispetto Tempo masimo ricovero programmato chirurgico (Linee annuali per la gestine del SSN anno 2023, Delibera n.470 dd 17 marzo 2023). Governo liste attesa per gli indicatori LEA CORE dei tumori di: mammella; prostata; colon ; retto; polmone; melanoma; tiroide.	AUDIT semestrali per i tumori (vedi elenco indicatori LEA Core) con i reparti chirurgici per implementazione nuova procedura di inserimento in lista d'attesa e discussione sulla rilevazione dei dati dei tempi di attesa e indicatori PNE.	Obiettivo del Direttore	SC Programmazione e Controllo di Gestione	1. Verbale incontri e documenti prodotti. 2. Azioni correttive intraprese. 3. Breve relazione relative all'impatto sull'indicatore.	Semestrale
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Cattinara e Maggiore	1380	2103	3	Riqualificazione Cattinara: Avvio dei lavori di ristrutturazione dell' Ospedale di Cattinara: predisposizione cronoprogramma spostamenti attività e riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali	Analisi propedeutiche al cantiere: 1. Ridistribuzione attività. 2. Partecipazione a tavoli tecnici di confronto con i clinici per analisi e formulazione di proposte in esito a ambienti di nuova ristrutturazione. 3. Trasferimento attività ambulatoriali e cliniche presso l'Ospedale Maggiore.	Dirigenti Medici e Comparto		1. Trasferimenti servizi secondo cronoprogramma. 2. Produzione di relazione- tecnico sanitaria nel caso di progettazione di nuove aree. 3. Trasferimenti effettuati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Cattinara e Maggiore	1380	2104C	4	Donazione cornee. Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 (4.2).Delibera N. 480 del 17 marzo 2023.	1. Monitoraggio mensile del numero di decessi e delle schede compilate di segnalazione di paziente condidabile al prelievo cornee. 2. Report per SC Medicina Interna, SC Medicina Clinica e SC Clinica Medica.	Dirigenti Medici e Comparto	SSD Qualità ed Accreditamento	Report mensile con dati n. decessi e schede di segnalazione compilate per la SC Medicna Interna, Sc Clinica Medica, SC Medicina Clinica.	Secondo Semestre 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Cattinara e Maggiore	1380	9603C	5	Attuazione Atto Aziendale. Definizione delle dotazioni organiche	Analisi degli indicatori di attività. Analisi della situazione teorica ed effettiva del personale dipendente. Definizione della dotazione organica per CDR di area Giuliana e Isontina. Realizzazione e trasmissione alla Direzione Strategica secondo quanto richiesto	Direttore	Risorse umane PCG	Invio alla Direzione Strategica della dotazione organica di ASUGI.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Cattinara e Maggiore	1380	2114C	6	Creazione di un sistema di sorveglianza delle infezioni correlate all'Assistenza in ASUGI in accordo con gli obiettivi del PNCAR 2022-2025	1. Stesura di un documento organizzativo del sistema di sorveglianza ASUGI delle Infezioni Correlate all'Assistenza (Polmoniti, Infezioni del tratto urinario, infezioni del sito chirurgico e infezioni del flusso sanguigno/catetere correlate) e di una scheda di sorveglianza	Dirigenti Medici e Comparto	DMO GO MO	1. Elaborazione protocollo sorveglianza e creazione scheda online di segnalazione entro 31/05/2023. 2. Informazione e formazione del personale entro 30/06/2023. 3. Predisposizione e invio report sulle infezioni	Inizio sorveglianza 01/07/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						informatizzata per la segnalazione. 2. Formazione dei segnalatori.			ospedaliere rilevate nei reparti con il nuovo sistema entro il 31.12.	
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Cattinara e Maggiore	1380	2115C	7	Piano formativo Infezioni ospedaliere DGR 1722 dd 18 nov 2022 Partecipazione alla progettazione e attuazione del PIANO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI OSPEDALIERE PER IL PERSONALE DEL SSR - PNRR e attuazione del Piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per il personale del SSR	1. Partecipazione alle riunioni di coordinamento a livello regionale. 2. Collaborazione alla preparazione dei contenuti formativi presenti nei moduli di cui è composto il corso. 3. Attività di docenza.	Dirigenti Medici e Comparto	DMO GO MO	1. Sintesi delle attività svolte a livello regionale ai fini della predisposizione del piano. 2. Preparazione dei contenuti del corso sulle infezioni ospedaliere per il personale del SSR. 3. Breve relazione sull'attività di docenza svolta, con dettaglio date e numero partecipanti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2102C	1	Rispetto Tempo masimo ricovero programmato chirurgico (Linee annuali per la gestine del SSN anno 2023, Delibera n.470 dd 17 marzo 2023). Governo liste attese per gli indicatori LEA CORE dei tumori di: mammella; prostata; colon ; retto; polmone; melanoma; tiroide.	AUDIT semestrali per i tumori (vedi elenco indicatori LEA Core) con i reparti chirurgici per implementazione nuova procedura di inserimento in lista d'attesa e discussione sulla rilevazione dei dati dei tempi di attesa e indicatori PNE.	Obiettivo del Direttore	SC Programmazione e Controllo di Gestione	1. Verbale incontri e documenti prodotti. 2. Azioni correttive intraprese. 3. Breve relazione relative all'impatto sull'indicatore.	Semestrale
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2202C	2	Nell'ottica della valorizzazione del personale: analisi del ruolo, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento e dei riferimenti legislativi a supporto.	Realizzazione di una serie di incontri (almeno 3) in presenza o in teleconferenza finalizzati al confronto e studio delle funzioni, delle responsabilità e del profilo di competenza della Posizione Organizzativa con Funzioni di Coordinamento, nel suo ruolo trasversale e specifico delle Strutture del DAI Medico di Area Giuliana e Isontina. Analisi dei dati che emergono dallo studio. Costituzione di un database condiviso con le fonti normative di riferimento.	Responsabili Infermieristici di DMO GO MONF	SC medicina interna SC medicina clinica SC clinica medica SC clinica neurologica SC medicina riabilitativa SC geriatria DH, Prosecuzione Cure Ambulatori DAI Medico SC Medicina Interna GO SC Medicina Interna MO SC Neurologia GO SC Diabete e Centro Trattamento Piede Diabetico DH Medico Piastra Ambulatori Medici, Neurologici e Specialistici	Evidenza dei risultati dello studio. Evidenza della raccolta delle fonti normative di riferimento.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2106	3	Ricettario di preparazioni salutari da utilizzare a corredo degli schemi dietetici e/o all'educazione alimentare ambulatoriale	Elaborazione ricettario di preparazioni salutari.	Dietisti	Servizio di dietetica, SC. Igiene degli alimenti e nutrizione	Produzione del ricettario, produzione di almeno 30 ricette.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2107C	4	Governo clinico e reti di patologia: contrasto alla malnutrizione	Elaborazione di procedura per presa in carico del paziente in nutrizione artificiale domiciliare.	Dietisti, medici, infermieri	Servizio di dietetica, SC Cure palliatve	Evidenza della procedura.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità,	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2108	5	Promuovere corretti stili di vita	Mantenimento del percorso integrato di cardiologia riabilitativa.	Dietisti, psicologa,	Servizio di dietetica, Direzione Sanitaria	Evidenza di incontri informativi di gruppo tenuti da	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo									dietista e psicologa. N. gruppi trattati > 6 / anno = obiettivo raggiunto. N. gruppi trattati <6 / anno = obiettivi non raggiunto.	
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2109	6	Implementazione Centrale Operativa Trasporti Sanitari secondari (C.O.T.S.S.) programmati ed urgenti differibili, per garantire l'uniformità dei protocolli in essere attraverso modifiche organizzative. Migliorare i flussi. Valutare l'attivazione del servizio anche per i distretti Alto e Basso Isontino a garanzia di livelli omogenei su tutto il territorio di competenza (area isontina)	1 .Ampliamento orario di apertura della centrale operativa. 2.Attuazione di percorsi interni per limitare lo stazionamento delle ambulanze. 3 .Gestione, monitoraggio e controllo del flusso delle richieste. 4.Studio di fattibilità per estendere l'attività per i Distretti Alto e Basso Isontino.	DMO tutta la struttura	Strutture coinvolte: Distretti Alto e Basso Isontino	1. Ampliamento orario di apertura. 2. Percorsi interni definiti. 3. Monitoraggio e controllo del flusso di richieste. 4. Studio di fattibilità.	1.31/05/23 2.30/06/23 3. 31/12/ 23 4. 31/12/23
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2110	7	Implementazione "Progetto Delfino".L'obiettivo primario del progetto partito ufficialmente il 17 giugno 2019 è stato quello di ottenere un percorso clinico diagnostico terapeutico assistenziale dedicato alle persone disabili gravi con ritardo mentale e deficit comunicativi. Il Percorso Delfino risponde all'esigenza di affrontare le difficoltà che una persona disabile grave e i suoi familiari incontrano nel seguire il normale iter ospedaliero.	1. Ottenere un accesso al servizio "dedicato" compatibilmente con le priorità in atto per i Pronto Soccorsi. 2. Definizione e revisione di percorsi programmati e dedicati per visite specialistiche, esami radiologici e esami di laboratorio. 3. Contatti con il Distretto DAI, le associazioni e le strutture che si occupano di disabilità, MMG per una corretta informazione sul percorso e il suo utilizzo. 4.Valutare per l'anno 2023 una estensione nel distretto DBI con sede ospedaliera.	DMO tutta la struttura	Strutture coinvolte: Distretto Alto Isontino, Distretto Basso Isontino , SC ospedaliera con servizi ambulatoriali, Pronto Soccorso Gorizia e Monfalcone	1. Protocollo per gli accessi al Pronto Soccorso. 2. Individuazione, stesura di almeno 2 percorsi dedicati e revisione di quelli esistenti. 3. Almeno 1 incontro informativo con il Distretto DAI, le associazioni e le strutture che si occupano di disabilità, MMG. 4. Studio di fattibilità per estensione presso la struttura ospedaliera di Monfalcone.	1.31/06/23 2.30/09/23 3. 31/12/ 23 4. 31/12/23
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	3511C	8	Piano mirato di prevenzione per la gestione dei rischi psicosociali in sanità (Programma PP3 - Luoghi di Lavoro che promuovono salute - WHP)	1. Almeno 3 incontri gruppo di lavoro Coordinamento RSPP e medici competenti di tutti gli enti e aziende sanitarie. 2. Analisi ed identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi psicosociali in ambito sanitario e adozione di misure per prevenirli e tenerli sotto controllo.	Coordinamento dei Medici Competenti delle Aziende sanitarie FVG	a. Coordinamento dei Medici Competenti delle Aziende sanitarie FVG b. Responsabili SPP Aziende Sanitarie FVG e psicologia	1. Organizzazione di un evento formativo regionale per figure aziendali sulla identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi psicosociali in ambito sanitario e loro prevenzione. 2. Predisposizione di interventi mirati alla prevenzione in collaborazione con SPP.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	3512C	9	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età media e lavoratori al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche (PL13)	Avvio del progetto di screening CV dei lavoratori: calcolo del rischio CV per una presa in carico specialistica (cardiologica, pneumologica, diabetologica) dei pazienti a rischio CV alto o molto alto.	Dirigenza e Comparto	a) UCO Medicina del Lavoro/Medici Competenti ASUGI Area Territoriale e Area Isontina, MC Comune di Trieste e Regione FVG b) SSD prof. Corrado Negro c) SC Patologie Cardiovascolari d) SC Patologie Diabetologiche	Calcolo del rischio CV secondo linee guida europee (SCORE 2) di almeno il 50% dei lavoratori visitati e valutabili nel corso del 2023, e contestuale invio a valutazione specialistica del 100% dei lavoratori a rischio alto/molto alto non ancora in trattamento.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	3513C	10	Standardizzare le metodiche di archiviazione delle cartelle sanitarie e di rischio sia per l'archivio corrente sia per la documentazione da inviare all'archivio centrale.	Creare una procedura per l'archiviazione delle cartelle sanitarie e di rischio per i dipendenti in attività lavorativa e per le cartelle da inviare all'archivio centrale di Udine.	Comparto	UCO Medicina del Lavoro (Sedi -Maggiore-Cattinara-Nordio), Servizio del Medico Competente Monfalcone e Gorizia	Governare, attraverso la procedure anche semplificative (Flow Chart), le cartelle realmente nessarie alla sorveglianza sanitaria periodica, vale a dire, conservare negli archivi correnti solo le cartelle dei dipendenti presenti in ASUGI (i dati dei dimessi li rilieviamo ogni bimestre da Canopo e/o dagli uffici competenti).	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2104C	11	Donazione cornee. Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 (4.2).Delibera N. 480 del 17 marzo 2023.	Monitoraggio rapporto potenziali donatori valutati/ n. decessi < 80 anni. Rapporto valutati/decessi < 80 anni.	Dirigenza e comparto		1. Evidenza di un monitoraggio. 2 Evidenza rapporto.	Secondo Semestre 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2111C	12	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Preparazione alle visite per l'accreditamento istituzionale e all'eccellenza	1. Predisposizione di una checklist per l'esecuzione di valutazioni nelle Strutture relative agli standard di accreditamento istituzionale e all'eccellenza. 2. Incontri di presentazione delle checklist al fine delle autovalutazioni e visite di valutazione. 3. Organizzaazione delle visite di valutazione, stesura report e piani di miglioramento.	Dirigenza e comparto	SSD Rischio clinico, Qualità e Accreditemento SC SPPGA-SGI SSCC Direzioni delle professioni Sanitarie SSCC Farmacia Ospedaliera e territoriale SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone Direzione dei distretti (RSA)	1. Le checklist sono state predisposte. 2. Le checklist sono state presentate nel corso di riunioni dedicate. 3. E' stato predisposto un calendario delle visite, sono state effettuate le visite in almeno 10 strutture, sono stati redatti i verbali di audit con relativi piani di miglioramento.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2112C	13	Linea regionale 5.1: Gestione del rischio clinico e accreditamento Superamento della contenzione come previsto dala DGR n 1904/2016	Aggiornamento ed armonizzazione dei documenti ASUGI sul tema del superamento della contenzione.	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	Direzione dei distretti (RSA). In collaborazione con i Resp. Infermieristici di Struttura SC Direzione delle professioni Sanitarie Area Isontina (Compassi)	1. I documenti sono stati aggiornati, diffusi e pubblicati su intranet.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2113C	14	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Revisione Cartella Infermieristica e lettera di trasferimento / dimissione infermieristica	1. Creazione gruppo di lavoro giuliano-isontino per la definizione del progetto. 2. Definizione del progetto: realizzare un format inerente la presa in carico del paziente comune a tutte le Strutture ASUGI. 3.Programmazione degli incontri per la valutazione dei documenti in essere. 4. Condivisione e sperimentazione del format in almeno 1 struttura del Dai/Piattaforma ed eventuale revisione.	Dirigenza e Comparto	SSD Rischio clinico, Qualità e Accreditemento SSCC Direzioni delle professioni Sanitarie UCO Medicina Legale SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone In collaborazione con i Resp. Infermieristici di Struttura	1. Costituzione gruppo di lavoro entro marzo 2023. 2.Definizione del progetto entro luglio 2023. 3. Programmare nel corso dell'anno almeno 4 incontri. 4. Evidenza dello strumento di lavoro condiviso tra l'Azienda Giuliano ed Isontina entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accredитamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2114C	15	Creazione di un sistema di sorveglianza delle Infezioni correlate all'Assistenza in ASUGI in accordo con gli obiettivi del PNCAR 2022-2025	1. Stesura di un documento organizzativo del sistema di sorveglianza ASUGI delle Infezioni Correlate all'Assistenza (Polmoniti, Infezioni del tratto urinario, infezioni del sito chirurgico e infezioni del flusso sanguigno/catetere correlate) e di una scheda di orveglianza informatizzata per la segnalazione. 2. Formazione dei segnalatori.	Dirigenti Medici e Comparto	SC Direzione Medica Cattinara- Maggiore CIO	1. Elaborazione protocollo sorveglianza e creazione scheda online di segnalazione entro 31/05/2023. 2. Informazione e formazione del personale entro 30/06/2023. 3. Predisposizione e invio report sulle infezioni ospedaliere rilevate nei reparti con il nuovo sistema entro il 31.12.	Inizio sorveglianza 01/07/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accredитamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2115C	16	Piano formativo Infezioni ospedaliere DGR 1722 dd 18 nov 2022 Partecipazione alla progettazione e attuazione del PIANO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI OSPEDALIERE PER IL PERSONALE DEL SSR - PNRR e attuazione del Piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per il personale del SSR	1. Partecipazione alle riunioni di coordinamento a livello regionale. 2. Collaborazione alla preparazione dei contenuti formativi presenti nei moduli di cui è composto il corso. 3. Attività di docenza.	Dirigenti Medici e Comparto	SC Direzione Medica Cattinara- Maggiore CIO	1. Sintesi delle attività svolte a livello regionale ai fini della predisposizione del piano. 2. Preparazione dei contenuti del corso sulle infezioni ospedaliere per il personale del SSR. 3. Breve relazione sull'attività di docenza svolta, con dettaglio date e numero partecipanti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accredитamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	2116C	17	Supporto al percorso di Accredитamento Istituzionale e Canadian. Aggiornamento procedure ed istruzioni operative e della pagina intranet riguardanti il tema del rischio infettivo per rendere la documentazione aziendale più facilmente consultabile dagli operatori	1. Aggiornamento procedure e istruzioni operative. 2. Contestuale creazione e implementazione della pagina rischio infettivo.	Dirigenti Medici e Comparto	SC Direzione Medica Cattinara- Maggiore	1. Elenco procedure aggiornate. 2. Pubblicazione della pagina intranet "Rischio Infettivo".	Entro il 30/09/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accredитamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1192	9603C	18	Attuazione Atto Aziendale. Definizione delle dotazioni organiche	Analisi degli indicatori di attività. Analisi della situazione teorica ed effettiva del personale dipendente. Definizione della dotazione organica per CDR di area Giuliana e Isontina. Realizzazione e trasmissione alla Direzione Strategica secondo quanto richiesto.	Direttore	Risorse umane PCG	Invio alla Direzione Strategica della dotazione organica di ASUGI.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accredитamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Ricerca e Innovazione Clinico Assistenziale	1994	2117	1	Fondi europei - Programma 2021-2027 e Fondi per la Ricerca previsti dal PNRR (Bando del Ministero della salute) Partecipazione ai bandi rivolti al finanziamento di progetti di ricerca e di miglioramento	Progettazione e partecipazione ai Bandi: 1. Scouting e selezione dei bandi pubblicati. 2. Supporto alla progettazione dell'attività oggetto della proposta. 3. Gestione delle collaborazioni esterne. 4. Contatti e riunioni per la definizione del partenariato e relativi ruoli. 5. Analisi dei costi e predisposizione del budget. 6. Elaborazione e stesura della	Direttore SC Personale del comparto		N° di domande di partecipazione di ASUGI ai Bandi aperti nell'anno 2023 (Almeno due domande).	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						documentazione richiesta. 7. Partecipazione ai bandi.				
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Ricerca e Innovazione Clinico Assistenziale	1994	2118	2	Fondi europei - Programma 2021-2027 e Fondi per la Ricerca previsti dal PNRR (Bando del Ministero della salute) Attivazione delle procedure per l'avvio e la gestione presso l'ASUGI dei progetti ammessi ai finanziamento	Avvio in ASUGI dei progetti approvati: 1. Istruttoria per l'approvazione con Decreto del Direttore Generale. 2. Elaborazione dei provvedimenti e della documentazione necessaria all'avvio del progetto. 3. Gestione delle collaborazioni previste per la realizzazione del progetto e rapporti per il coordinamento tra i partner. 4. Monitoraggio del progetto (acquisizione informazioni andamento dei costi, verifica del budget, rendiconti periodici, formalizzazione eventuali modifiche, ecc.). 5. Gestione dei rapporti con l'Autorità di Gestione e/o Ente finanziatore.	Direttore SC Personale del comparto		Almeno un progetto ammesso al finanziamento viene avviato nel corso del 2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Ricerca e Innovazione Clinico Assistenziale	1994	2119	3	REGOLAMENTO (UE) N. 536/2014 del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e dal REGOLAMENTO (UE) 2017/745 del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici. Applicare le norme nazionali di riferimento e della normativa di attuazione deli Regolamenti.	Individuazione delle nuove procedure previste dal Regolamento e recepimento delle indicazioni del Ministero della Salute (DM 27 gennaio 2023). Riorganizzazione delle attività amministrative previste dalla Fase Transitoria e dalla Fase finale di applicazione del Regolamento (UE) 2014/536, relative all'iter di feasibility e successiva autorizzazione delle sperimentazioni cliniche.	Direttore SC Personale del comparto		1. Elaborazione delle istruzioni e procedure operative previste dall'applicazione del Regolamento (UE) n. 2014/536 sulle sperimentazioni che prevedono l'utilizzo di medicinali o dispositivi per uso umano. 2. Diffusione alle Strutture interessate a condurre sperimentazioni cliniche delle istruzioni e procedure previste e necessarie ad avviare l'iter autorizzativo aziendale.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Ricerca e Innovazione Clinico Assistenziale	1994	2626C	4	REGOLAMENTO (UE) N. 536/2014 del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e dal REGOLAMENTO (UE) 2017/745 del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici. Gestione della fase transitoria e conclusione dell'iter autorizzativo aziendale (ex DM del Ministero della Salute del 27 febbraio 2023)	Aggiornamento del Regolamento di funzionamento Nucleo di Ricerca Clinica (ex DCR n. 808 dd. 23-09-2021). Predisposizione di atto di adozione del testo aggiornato da parte della Direzione generale di ASUGI.	1) Direttore e Personale del comparto della SC R&I; 2) V Guidi Direzione Socio Sanitaria; 3) G Perri SC DM Cattinara e Maggiore; 4) M Zucca e P Schincariol SC Farmacia Osp e Terr Area Giuliana; 5) M Renco SC ORL; 6) G De Petris SCIT; 7) M Cleva SSD Emergenze Territoriali; 8) S D'Errico SC (UCO) Medicina Legale	Componenti del Nucleo di Ricerca Clinica e SC R&I: - Direzione Socio Sanitaria; - SC DM Cattinara e Maggiore; - SC Farmacia Osp e Terr Area Giuliana; - SC ORL; - SCIT; - SSD Emergenze Territoriali; - SC (UCO) Medicina Legale	1. Redazione di una prima bozza di modifiche al Regolamento di funzionamento adottato con DCR n. 646 dd. 07.07.2022. 2. Proposta di DCR alla Direzione strategica per approvazione.	30/06/2023 30/09/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien	SC Ricerca e Innovazione Clinico Assistenziale	1994	2121	5	MIGLIORAMENTO QUALITA' AZIENDALE e ADESIONE AL PIANO TRIENNALE TRASPARENZA e	1. Discussione e valutazione della proposta predisposta dalla SC R&I nel 2022 (maggio e giugno 2022 e	Direttore SC Personale del comparto	1) SC Programmazione e Controllo di Gestione 2) SC DAPOT	Proposta di DCR di approvazione del tariffario ASUGI delle sperimentazioni.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
e e Sviluppo Organizzativo					ANTICORRUZIONE ASUGI 2022-2025 Adozione del Tariffario della sperimentazione clinica di ASUGI	novembre 2022). 2. Revisione e simulazione della nuova suddivisione in quote dei compensi derivanti dalla partecipazione a sperimentazioni cliniche. 3. Verifica, con le SSSC Controllo di Gestione, Economico Finanziaria e DAPOT, delle Tariffe elaborate per il "Compensi del Centro all'esecuzione della sperimentazione" (sia Strutture Cliniche che Strutture Amministrative). 4. Proposta di Tariffario delle Sperimentazioni cliniche alla Direzione Strategica e predisposizione della proposta di Decreto.		3) SC Economico Finanziario 4) e 5) SC Farmacie Ospedaliere e Territoriali Area Giuliana e Area Isontina 6) SSSC del DAI di Medicina dei Servizi		
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Ricerca e Innovazione Clinico Assistenziale	1994	2122	6	Miglioramento delle Sorveglianze di Popolazione - Paragrafo 1.5 delle Linee per la Gestione del SSR, anno 2023: Centro di riferimento regionale sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento Organizzare e condurre le Sorveglianze per tutte le Aziende del SSR, come previsto dalle Linee pr la Gestione del SSR, anno 2023	Coordinamento degli Enti sanitari e fornitori dei servizi (INSIEL, ARCS, CALL CENTER, REFERENTI AZIENDALI, ISS) coinvolti nel sistema delle Sorveglianze di Popolazione: 1. Organizzazione delle interviste con il coordinatore ARCS del call center ed il referente INSIEL. 2. Definizione del campione (popolazione Target) e campionamento della popolazione di tutte le Aziende del SSR. 3. Aggiornamento delle lettere informative per l'utenza. 4. Aggiornamento dell'informativa e delle comunicazioni per gli MMG sul portale della Continuità Assistenziale del FVG. 5. Monitoraggio dell'invio delle comunicazioni ai soggetti campionati. 6. Formazione del personale di call-center. 7. Verifica completezza e qualità dei dati. 8. Addestramento delle risorse interinali acquisite finalizzate dall'analisi e alla preparazione dei report.	Daniela Germano Dirigente Medico		Organizzazione e conduzione delle sorveglianze per le Aziende Sanitarie della Regione [Relazione annuale al Direttore Sanitario ASUGI e alla Direzione Centrale Salute].	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SC Ricerca e Innovazione Clinico Assistenziale	1994	2123	7	Miglioramento delle Sorveglianze di Popolazione - Paragrafo 1.5 delle Linee per la Gestione del SSR, anno 2023: Centro di riferimento regionale sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento Migliorare i programmi di prevenzione e promozione della salute attraverso la divulgazione fra operatori sanitari e socio-sanitari e alla popolazione di informazioni stato di salute e la prevalenza dei	Elaborazione dei dati raccolti attraverso i sistemi di sorveglianza di popolazione (PASSI, PASSI D'Argento), predisposizione schede tematiche o report e invio alla Direzione Centrale Salute e alle Aziende Sanitarie, ai fini della diffusione agli operatori e alla popolazione, anche attraverso i portali e i social network aziendali. Produzione indicatori di competenza per monitoraggio delle linee di gestione, Bersaglio e per il	Daniela Germano Dirigente Medico		Almeno 1 report o scheda tematica, a partire dai dati regionali dei sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento, inviato alla Direzione Centrale Salute e alle Aziende Sanitarie, ai fini della divulgazione dello stesso al personale sanitario e alla popolazione, come indicato nelle Linee di Gestione.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					determinanti comportamentali di rischio nella popolazione adulta ed anziana raccolti attraverso i sistemi di sorveglianza di popolazione (PASSI E PDA) Predisposizione indicatori di competenza per il monitoraggio delle linee di gestione	monitoraggio del PRP e comunicazione agli Enti del SSR che ne fanno richiesta.				
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Governance Offerta Ambulatoriale	1363	2129	1	Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria e pianificazione attività per mantenimento dei TDA (linee di gestione 2023 DGR 480/2023 linea G pagina 23)	Recepimento delle relazioni periodiche ed attuazione di report conclusivo con evidenza delle eventuali criticità e delle strategie attuate al fine della riduzione/mantenimento dei TDA delle prestazioni ambulatoriali monitorate.	dott.ssa Tiziana Oliverio Responsabile SSD Governance Offerta Ambulatoriale		Relazione trimestrale e report conclusivo al Direttore di Dipartimento ed alla Direzione Sanitaria con evidenza delle eventuali criticità e delle strategie attuate.	relazione trimestrale entro il 31.12.2023; report conclusivo entro il 28.2.2024
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Governance Offerta Ambulatoriale	1363	2130	2	Revisione della procedura della modalità di verifica con valutazione della appropriatezza in base alla DGR 182/2018 delle prestazioni erogate dai privati accreditati	1. Revisione della procedura della modalità di verifica e controllo delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero effettuati presso le strutture private accreditate di ASUGI con integrazione anche delle verifiche fatte presso l'IRCSS Burlo Garofolo. 2. Analisi delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti di competenza e rispetto degli accordi Aziendali delle strutture private accreditate in base a quanto disciplinato dalla DGR 182/2018.	dott.ssa Monica Cravatari Dirigente Medico		Relazione periodica al Responsabile di SSD dell'attività svolta.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Governance Offerta Ambulatoriale	1363	2131	3	Ottimizzazione della presa in carico del paziente che si presenta allo sportello "CUP Ospedale" dell' Area giuliana ed isontina con una impegnativa errata.	1.Stesura della procedura per la presa in carico del paziente con impegnative non corrette al momento della prenotazione di prestazioni/visite allo sportello CUP aziendale (Ospedale Maggiore ,ospedale di Cattinara, Ospedale Monfalcone, Ospedlae di Gorizia). 2. Analisi della ttività svolta nel 2023.	Responsabile dott.ssa Tiziana Oliverio Dirigente Medico Dott.ssa Monica Cravatari P.O. Alberto Lodi Personale comparto ed amministrativo SSD GOVERNANCE OFFERTA AMBULATORIALE		Presentazione della procedura e relazione conclusiva annuale al Direttore di Dipartimento.	procedura entro il 31.12.2023; relazione conclusiva finale al 31.01.2024
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditamento,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Governance Offerta Ambulatoriale	1363	2132C	4	Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale anno 2023 linea PNRR 8.1 Telemedicina	1. Attivazione cellulare/telefono dedicato per tutte 4 le strutture del DST. 2. Costituzione gruppi di lavoro multidisciplinari con la MMG per la definizione di almeno 4 processi di telemedicina/teleconsulto (cardio, pneumo, nefro, diabetologici) da implementare sulla nuova Piattaforma regionale dal 2024. 3. Preparazione protocollo operativo per consulto/refertazione degli ECG eseguiti fuori dalla rete aziendale ASUGI e dalla rete delle Farmacie del territorio convenzionate per l'esecuzione e refertazione degli ECG con ASUGI.	dott.ssa Tiziana Oliverio Responsabile SSD GOVERNANCE OFFERTA AMBULATORIALE	Obiettivo condiviso con SC Patologie Cardiovascolari, SC Patologie Diabetiche, SC patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina),	1. Attivazione cellulari/telefoni dedicati. 2. Costituzione gruppi di lavoro multidisciplinari ed approvazione di 4 percorsi di telemedicina/teleconsulto. 3. Preparazione protocollo operativo ed avvio del processo di consultazione/refertazione degli ECG esterni alla rete ASUGI e delle Farmacie del territorio.	1) Entro il 30/06/2023 2) Entro il 31/12/2023 3) Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Governance Offerta Ambulatoriale	1363	2133	5	Incontro con le SC Radiologia per la pianificazione di attività atte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e uniformare le agend e di prenotazione e analizzando i TDA e le agende in essere	Almeno 8 incontri congiunti in presenza o in VCF con analisi delle criticità e proposte di soluzioni atte a migliorare i TDA e l'appropriatezza prescrittiva.	Responsabile dott.ssa Tiziana Oliverio P.O. Alberto Lodi Personale comparto ed amministrativo SSD GOVERNANCE OFFERTA AMBULATORIALE	Obiettivo condiviso con SC Radiologia e Diagnostica interventistica; SC Radiologia ospedlae Maggiore ; SC radiologia Gorizia -Monfalcone	Evidenza di relazione finale con breve resoconto degli incontri.	entro il 31.1.2024 relazione finale degli incontri svolti
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditazione	1998	2124	1	Linee di gestione regionali Linea 5.1 - Rischio clinico e rete cure sicure FVG	Garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti dalle linee di gestione regionali.	Dirigenza e comparto		Gli obiettivi di cui alla linea 5.1 sono stati raggiunti (per i risultati attesi si rimanda alle linee di gestione).	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditazione	1998	2125	2	Linee di gestione regionali Linea 5.2 Accreditazione	Garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti dalle linee di gestione regionali.	Dirigenza e comparto		Gli obiettivi di cui alla linea 5.2 sono stati raggiunti (per i risultati attesi si rimanda alle linee di gestione).	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditazione	1998	2126C	3	Coordinamento delle attività di aggiornamento del format della Carta dei Servizi e della predisposizione di linee guida per la corretta stesura dei materiali informativi rivolti all'utenza, secondo le indicazioni del programma di accreditamento di "Accreditation Canada"	Revisione della bozza del nuovo format della Carta dei Servizi delle Strutture di ASUGI. Revisione dei contenuti dei materiali informativi aziendali, gestione delle eventuali criticità con i Responsabili delle Strutture coinvolte.	Responsabile f.f. SSD CUREUS dott.ssa Sara Sanson Responsabile SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditazione dr.ssa Romina Perossa	SSD CUREUS	Tutte le azioni.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditazione	1998	2113C	4	Linea Regionale 5.2 Accreditazione Revisione Cartella Infermieristica e lettera di trasferimento / dimissione infermieristica	1. Definire il progetto per la stesura di un format comune a tutte le Strutture inerente la Valutazione Infermieristica nel momento della presa in carico. 2. Costituire gruppo di lavoro giuliano-isontino entro marzo 2023. 3. Programmare gli incontri per la valutazione dei documenti in essere. 4. Condividere e sperimentare il format in almeno 1 struttura del Dai/Piattaforma ed eventuale revisione.	Comparto	SICC Direzioni delle professioni Sanitarie UCO Medicina Legale SC Direzione medica Gorizia e Monfalcone In collaborazione con i Resp. Infermieristici di Struttura	Evidenza dello strumento di lavoro condiviso e della sperimentazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Rischio Clinico , Qualità, Accreditazione,Igien e e Sviluppo Organizzativo	SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditazione	1998	2111C	5	Linea Regionale 5.2 Accreditazione Preparazione alle visite per l'accREDITAMENTO istituzionale e all'eccellenza	1. Predisposizione di una checklist per l'esecuzione di valutazioni nelle Strutture relative agli standard di accREDITAMENTO istituzionale e all'eccellenza. 2. Incontri di presentazione delle checklist al fine delle autovalutazioni e visite di valutazione. 3. Organizzaazione delle visite di valutazione, stesura report e piani di miglioramento.	Dirigenza e comparto	SC SPPGA-SGI SSCC Direzioni delle professioni Sanitarie SSCC Farmacia Ospedaliera e territoriale SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone	1. Le checklist sono state predisposte. 2. Le checklist sono state presentate nel corso di riunioni dedicate. 3. E' stato predisposto un calendario delle visite, sono state effettuate le visite in almeno 10 strutture, sono stati redatti i verbali di audit con relativi piani di miglioramento.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	2035	1	Consolidare la declinazione dell'organigramma delle professioni sanitarie con la definizione gli incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale	1. Presentare la mappatura definitiva degli incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale AG. 2. Contribuire alla definizione del regolamento degli incarichi organizzativi e professionali.	SC Coordinamento delle Professioni Sanitarie Direttore		1. Presentazione della versione definitiva della mappatura degli incarichi di funzione organizzativa AG entro maggio 2023. 2. Definizione del regolamento per il	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						3. Predisporre le declaratorie degli incarichi di funzione propedeutici ai percorsi di selezione.			conferimento degli incarichi entro dicembre 2023. 3. Presentare le declaratorie delle professioni interessate entro giugno 2023.	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	2036	2	Monitorare il grado di incidenza delle lesioni da pressione in G2 presso le Strutture Aziendali come da mandato Direzione Centrale FVG; monitorare il grado di prevalenza delle lesioni da pressione in ambito ospedaliero e territoriale; effettuare percorsi di formazione specifici per il personale di assistenza.	1. Analizzare il trend dell'inserimento dei dati di incidenza da parte delle unità operative per evidenziare le criticità e i punti di forza e per uniformare il metodo e i criteri di valutazione. 2. Effettuare un'indagine di prevalenza in ambito ospedaliero e territoriale. 3. Individuare gli infermieri referenti per ogni Struttura. 4. Mantenere il monitoraggio sistematico e restituire i dati alle strutture. 5. Attivare un percorso formativo sulla gestione delle LdP e sull' utilizzo appropriato delle superfici antidecubito.	SC Coordinamento delle Professioni Sanitarie Dirigente e Comparto	Commissione per le ferite difficili; SSD Rischio Clinico	1. Evidenza dello stato dell'arte entro 30/06. 2. Effettuare l'indagine di prevalenza ospedaliera e territoriale entro 30/12. 3. Identificazione di uno/due infermieri referenti per la gestione delle LdP per ogni Struttura di degenza entro 30/07. 4. Presentazione dei report semestrali sui dati di incidenza delle LdP. 5. Realizzare due eventi formativi per la prevenzione e la corretta gestione delle lesioni da pressione entro 30/12.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	2037	3	Mantenere sistematicamente il monitoraggio, la rendicontazione dei progetti trasversali di interesse alle professioni sanitarie, finalizzati al mantenimento dei livelli assistenziali e al fronteggiamento delle criticità organizzative e dei dati richiesti dall'Organizzazione.	1. Valutare, monitorare e rendicontare le richieste di prestazioni aggiuntive o richiami in servizio con l'alimentazione sistematica della base dei dati e la verifica dei criteri di impiego. 2. Predisporre dati di monitoraggio o rilevazioni richieste dalla Direzione Aziendale in relazione alle richieste contingenti o emergenti.	SC Coordinamento delle Professioni Sanitarie Dirigente e Comparto		Presentazione del report a consuntivo delle prestazioni monitorate.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	2038	4	Governare l'avvio inerente al nuovo capitolato "trasporti malati e materiali intraospedalieri".	1. Raccordarsi con i componenti del gruppo di lavoro dell'ARCS, in merito ai sopralluoghi, secondo la normativa vigente. 2. Effettuare i sopralluoghi presso l'Ospedale di Cattinara e l'Ospedale Maggiore con le società partecipanti alla gara in ARCS. 3. Rilasciare l'idonea certificazione di avvenuto sopralluogo alle società secondo la modulistica della normativa vigente.	SC Coordinamento delle Professioni Sanitarie Dirigente e Comparto		EVIDENZA: consegna presso Commissione in ARCS della documentazione rilasciata alle società in gara ad effetto dei sopralluoghi effettuati.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	10002	5	Gestire le innovazioni inerenti il nuovo capitolato "trasporti malati e materiali intraospedalieri".	1. Collaborare con la società vincitrice della gara al fine di favorire l'inserimento e la prosecuzione in sicurezza dei trasporti dei malati. 2. effettuare almeno 2 riunioni con i Responsabili Infermieristici dei 2 presidi ospedalieri (Cattinara e Maggiore) per informarli sulle innovazioni del nuovo capitolato.	Comparto Responsabili Infermieristici di Struttura Ospedaliera Responsabile Infermieristico di Piattaforma Ospedaliera	Tutte le piattaforme ospedaliere	EVIDENZA: relazione e analisi delle proposte emerse in sede di riunione al fine di possibili e/o necessari miglioramenti.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	2113C	6	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Revisione Cartella Infermieristica e lettera di trasferimento / dimissione infermieristica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creazione gruppo di lavoro giuliano-isontino per la definizione del progetto. 2. Definizione del progetto: realizzare un format inerente la presa in carico del paziente comune a tutte le Strutture ASUGI. 3. Programmazione degli incontri per la valutazione dei documenti in essere. 4. Condivisione e sperimentazione del format in almeno 1 struttura del Dai/Piattaforma ed eventuale revisione. 	SC Coordinamento delle Professioni Sanitarie Dirigente e Comparto	SSD Rischio clinico, Qualità e Accreditemento SSCC Direzioni delle professioni Sanitarie UCO Medicina Legale SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone n collaborazione con i Resp. Infermieristici di Struttura	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione gruppo di lavoro entro marzo 2023. 2. Definizione del progetto entro luglio 2023. 3. Programmare nel corso dell'anno almeno 4 incontri. 4. Evidenza dello strumento di lavoro condiviso tra l'Azienda Giuliana ed Isontina entro il 31/12/2023. 	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	2111C	7	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Preparazione alle visite per l'accreditemento istituzionale e all'eccellenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisposizione di una checklist per l'esecuzione di valutazioni nelle Strutture relative agli standard di accreditemento istituzionale e all'eccellenza. 2. Incontri di presentazione delle checklist al fine delle autovalutazioni e visite di valutazione. 3. Organizzaazione delle visite di valutazione, stesura report e piani di miglioramento. 	SC Coordinamento delle Professioni Sanitarie Dirigente e Comparto	SSD Rischio clinico, Qualità e Accreditemento SC SPPGA-SGI SSCC Farmacia Ospedaliera e territoriale SSCC Direzioni delle professioni Sanitarie SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone Direzioni dei Distretti Area Isontina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le checklist sono state predisposte. 2. Le checklist sono state presentate nel corso di riunioni dedicate. 3. E' stato predisposto un calendario delle visite, sono state effettuate le visite in almeno 10 strutture, sono stati redatti i verbali di audit con relativi piani di miglioramento. 	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	9603C	8	Attuazione Atto Aziendale. Definizione delle dotazioni organiche	Analisi degli indicatori di attività. Analisi della situazione teorica ed effettiva del personale dipendente. Definizione della dotazione organica per CDR di area Giuliana e Isontina. Realizzazione e trasmissione alla Direzione Strategica secondo quanto richiesto.	Direttore	Risorse umane PCG	Invio alla Direzione Strategica della dotazione organica di ASUGI.	Entro il 30/06/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	3006C	8	Rapporto con i cittadini / Qualità delle cure Valutare la soddisfazione del paziente in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD Territoriale sul servizio offerto allo scopo di avere un feedback concreto ed apportare eventuali azioni di miglioramento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entro il 30.06.23 verrà creato un questionario per valutare la soddisfazione dell'utenza rispetto la continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale. 2. A partire dal 01.07.23 il questionario verrà somministrato telefonicamente a tutti i pazienti in continuità riabilitativa tra SC Riabilitazione e SSD di Riabilitazione Territoriale. 	Personale servizio riabilitativo aziendale	SC Riabilitazione TS SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriale, Disabilità Motorie e Neurosensoriali Area Giuliana e Area Isontina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza del questionario entro il 30.06.2023. 2. A partire dal 01.07.23 il questionario verrà somministrato al 100% dei pazienti in continuità riabilitativa con SSD di Riabilitazione Territoriale. 3. Report risultati al 31.12.23. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30/06/2023 2. 01/07/2023 3. 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	3004C	9	Appropriatezza ricoveri di riabilitazione ospedaliera Adeguare i percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore (SMD) al Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri".	Sperimentazione e adozione della nuova scheda di continuità riabilitativa ospedale-territorio (SMD) revisionata nel 2022 in attuazione al Decreto Ministeriale n. 2942 del 05.08.2021.	Personale servizio riabilitativo aziendale	UCO Clinica Ortopedica Traumatologica in collaborazione con SC Riabilitazione TS , Servizio Riabilitativo Aziendale, SC Riabilitazione Isontina, SSD Riabilitazione Territoriali	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inizio sperimentazione 01.05.23. 2. Termine sperimentazione 30.09.23. 3. Apporto eventuali modifiche ed adozione della nuova scheda entro 01.12.23. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 01/06/2023 2. 30/09/2023 3. 01/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Giuliana	3538	2039	9	3.3 Anziani Monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	1. Screening della disfagia. 2. Monitoraggio dei pazienti con disfagia. 3. Supporto nella gestione dei pazienti con disfagia.	Logopedista, Servizio Riabilitativo Aziendale	Residenze comunali e private convenzionate	1. screening e monitoraggio della funzione deglutitoria in 150 ospiti residenti in struttura per anziani 2. report dell'attività	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Isontina	1072	2040	1	Elaborare la procedura di continuità assistenziale ospedale-territorio- bed manager	Implementazione della procedura.	Direttore SC Direzione delle professioni Sanitarie Area Isontina	Direzioni ospedaliere e territoriali	Evidenza del documento, pubblicazione e condivisione multiprofessionale ospedale-territorio.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Isontina	1072	2113C	2	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Revisione Cartella Infermieristica e lettera di trasferimento / dimissione infermieristica	1. Definire il progetto per la stesura di un format comune a tutte le Strutture inerente la Valutazione Infermieristica nel momento della preasa in carico. 2. Costituire gruppo di lavoro giuliano-isontino entro marzo 2023. 3. Programmare gli incontri per la valutazione dei documenti in essere. 4. Condividere e sperimentare il format in almeno 1 struttura del Dai/Piattaforma ed eventuale revisione.	Comparto Dirigenza RAP Documentazione sanitaria	SSCC Direzioni delle professioni Sanitarie UCO Medicina Legale SC Direzione medica Gorizia e Monfalcone SSD Rischio clinico, Qualità e Accreditemento In collaborazione con i Resp. Infermieristici di Struttura	Evidenza dello strumento di lavoro condiviso e della sperimentazione.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Isontina	1072	2041	3	FORMAZIONE OPERATORI SOCIO SANITARI (OSS/OSSc)	Partecipazione all'attivazione del percorso formativo per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario /oss secondo le indicazioni regionali.	Direttore SC Direzione delle professioni Sanitarie Area Isontina		Evidenza di partecipazione come da indicazioni regionali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Isontina	1072	2112C	4	Linea regionale 5.1: Gestione del rischio clinico e accreditamento Superamento della contenzione come previsto dalla DGR n 1904/2016	Aggiornamento dei documenti ASUGI sul tema del superamento della contenzione.	SC Direzione delle professioni Sanitarie Area Isontina	SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone Direzione dei distretti (RSA). In collaborazione con i Resp. Infermieristici di Struttura	1. I documenti sono stati aggiornati, diffusi e pubblicati su intranet.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Isontina	1072	2042	5	Pianificare il fabbisogno delle risorse ospedaliere e territoriali afferenti al Servizio Professioni Sanitarie area Isontina (Linea 11.4.8)	Predisposizione ed implementazione del format utile per la definizione del fabbisogno di risorse in area isontina anche attraverso l'utilizzo dei sistemi informatici aziendali.	SC Direzione delle professioni Sanitarie Area Isontina		Evidenza annuale del fabbisogno di risorse.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Isontina	1072	2043	6	Individuare una modalità uniforme di raccolta dati del personale; sistema gestionale - idoneità, pt. L104, aspettative ecc	Archiviazione aggiornata dei dati ricevuti in un report elaborato che consenta di mappare le situazioni per ogni singola unità operative in area isontina, utilizzabile sia per interventi correttivi che per la corretta gestione dei casi all'interno delle varie strutture.	SC Direzione delle professioni Sanitarie Area Isontina		Evidenza del dato aggiornato semestralmente.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Isontina	1072	2111C	7	Linea Regionale 5.2 Accreditemento Preparazione alle visite per l'accreditemento istituzionale e all'eccellenza	1. Predisposizione di una checklist per l'esecuzione di valutazioni nelle Strutture relative agli standard di accreditamento istituzionale e all'eccellenza. 2. Incontri di presentazione delle checklist al fine delle autovalutazioni e visite di valutazione. 3. Organizzazione delle visite di valutazione, stesura report e piani di miglioramento.	Dirigenza e comparto	SSD Rischio clinico, Qualità e Accreditemento SC SPPGA-SGI SSCC Direzioni delle professioni Sanitarie SSCC Farmacia Ospedaliere e territoriale SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone Direzione dei distretti (RSA)	1. Le checklist sono state predisposte. 2. Le checklist sono state presentate nel corso di riunioni dedicate. 3. E' stato predisposto un calendario delle visite, sono state effettuate le visite in almeno 10 strutture, sono stati redatti i verbali di audit	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									con relativi piani di miglioramento.	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Coordinamento Professioni Sanitarie Area Isontina	1072	9603C	8	Attuazione Atto Aziendale. Definizione delle dotazioni organiche	Analisi degli indicatori di attività. Analisi della situazione teorica ed effettiva del personale dipendente. Definizione della dotazione organica per CDR di area Giuliana e Isontina. Realizzazione e trasmissione alla Direzione Strategica secondo quanto richiesto.	Direttore	Risorse umane PCG	Invio alla Direzione Strategica della dotazione organica di ASUGI.	Entro il 30/06/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2020	1	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	La SC supporta la Direzione Strategica aziendale nella quantificazione del budget farmaceutico da assegnare ai centri di responsabilità dell'area giuliana per il 2023, in base a costi storici, a disponibilità e tetti assegnati dalla Regione per il 2023 e agli scenari di mercato 2023.	Dirigenza: Roni/Schincariol		Calcolo e trasmissione al controllo direzionale delle risorse da assegnare alle strutture dell'area giuliana in ambito farmaceutico per l'anno 2023. Fonte: protocollo.	entro 15/04/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2021	2	Equilibrio di bilancio. Monitoraggio continuo dell'erosione del Budget di risorsa farmaceutico	1. La SC predispone per i Centri di responsabilità dell'area Giuliana il calcolo delle risorse consumate per il materiale sanitario sotto gestione diretta ed indiretta della SC, compresi i farmaci innovativi, con pronta evidenza commentata ed analizzata degli scostamenti di budget. 2. La Struttura predispone ed invia ai MMG un report personalizzato sulle prescrizioni farmaceutiche con evidenziazione degli scostamenti di spesa.	Dirigenza: Roni/Palcic/Schincariol		1. Elaborazione e trasmissione di un report trimestrale al controllo direzionale e ai singoli Centri di responsabilità come informazione sull'andamento dei costi farmaceutici sostenuti, rispetto quelli assegnati. I centri decisori della spesa sono informati tempestivamente dell'andamento trimestrale rispetto al budget assegnato, per poter porre in atto eventuali correzioni anche con la consulenza scientifica dei professionisti del farmaco. 2. Elaborazione e trasmissione di un report trimestrale ai MMG per i quali viene evidenziato uno scostamento in eccesso della spesa netta pro capite pesata rispetto al valore medio ASUGI. Fonte: protocollo.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2915C	3	Piattaforma sperimentazioni fase 1	La normativa per le sperimentazioni cliniche è in continuo sviluppo ed aggiornamento (entrata in vigore a Gennaio 22 del Regolamento EU 536/2014), così come l'attività in ASUGI sul tema è in espansione. Adeguamento alle sperimentazioni cliniche e predisposizione per le fasi 1. Partecipazione agli incontri programmati multidisciplinari con Direzione Medica di presidio, Farmacia, Ingegneria Clinica, Dipartimento Risorse tecnologiche,	Dirigenza: PROVASI, LOIACONO, CEBULEC, PALMIERI	S.C. EMATOLOGIA	Azioni volte al rinnovamento della sede della Farmacia del Maggiore per rispondere ai requisiti normativi richiesti dalle Sperimentazioni Cliniche e predisposizione per poter assolvere in futuro ad un progetto di fattibilità per le FASI 1. a. Calendario delle riunioni. b. Verbali/mail/sintesi degli incontri con accordi raggiunti con approvazione/Non approvazione delle attività	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						infrastrutture e investimenti. Presentazione di un progetto che preveda spazi, planimetrie e dotazioni necessarie per adeguarsi normativamente e logisticamente alle sperimentazioni cliniche.			esposte. c. Eventuali planimetrie, documenti presentati, pianificazione del rinnovamento. Fonte: cartella condivisa Evidenza di un progetto che preveda spazi, planimetrie e dotazioni necessarie per adeguarsi normativamente e logisticamente alle sperimentazioni cliniche	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2022	4	Assistenza farmaceutica e integrativa. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica (6.7 linee di gestione 2023) FLUSSO FARMACI INNOVATIVI E FINANZIAMENTO SOVRAZIENDALE	Flusso farmaci innovativi e finanziamento sovraziendale. Per i farmaci ad indicazione innovativa oltre alla prescrizione e dispensazione dei medicinali tramite registro AIFA web-based il Farmacista, su apposito applicativo Regionale, effettua una lettura dei barcode di AIC e targa dei farmaci effettivamente consegnati. In quest'azione il Farmacista deve anche inserire l'attributo "Indicazione Innovativa" nei casi previsti al fine di consentire la puntuale rilevazione del dato per la relativa linea sovraziendale. I farmaci hanno molteplici indicazioni autorizzate, ma solamente poche e selezionate con requisito di innovatività. Il farmacista ASUGI riceve periodicamente dalla Farmaceutica Regionale il tracciato AIFA delle prescrizioni/dispensazioni innovative e lo confronta con il file excel estratto da B.O. e BiMind per le dispensazioni da gestionale PSM. Viene quindi effettuata una verifica nei 2 file di: pazienti, data di dispensazione, presenza di richiesta AIFA, farmaco erogato e presenza di attributo di innovatività.	Dirigenza: PROVASI, LOIACONO, CEBULEC, PALMIERI		Accesso al fondo regionale sovraziendale per i farmaci innovativi per tutti i pazienti trattati con farmaci ad indicazione innovativa fino al tetto massimo di spesa assegnato per l'anno in corso per ASUGI. > 90% di corrispondenza tra il tracciato inviato dalla Farmaceutica Regionale ed il flusso di spesa generato dalle dispensazioni del Farmacista con il "flag innovatività" al 30/09/2023 Fonte: cartella condivisa.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2023	5	Assistenza farmaceutica e integrativa. Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica (6.7 linee di gestione 2023) REGISTRI AIFA FARMACI	Registri AIFA farmaci Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA viene assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti, 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 nel rispetto degli accordi negoziali (MEA). I trattamenti conclusi devono essere registrati mediante l'inserimento della scheda di fine trattamento. Tuttavia il Registro AIFA non ha una funzione che permetta a	Dirigenza: PROVASI, LOIACONO, CEBULEC, PALMIERI Comparto: ZAMPIERI, FURLAN, VIAMONTE, MAGGI, NARDON		Chiusura informatizzata e archiviazione dei trattamenti terminati secondo le indicazioni del Clinico di riferimento riportate nel file Excel realizzato dal comparto di Farmacia. Fonte: registri di monitoraggio AIFA e File Excel. > 80% delle richieste di discontinuità terapeutica presentate al farmacista verranno sottoposte all'attenzione del Medico per la potenziale compilazione	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						Medico e Farmacista di evidenziare i trattamenti non chiusi a sistema e rimasti pendenti. L'operatore di farmacia, con cadenza mensile, controlla dall'archivio cartaceo della Distribuzione Diretta le dispensazioni che mostrano una discontinuità temporale rispetto al regime posologico del farmaco prescritto e le sottopone alla verifica da parte del farmacista. Il medico con l'ausilio del farmacista valuta la chiusura del registro AIFA per i pazienti indicati.			della scheda di fine trattamento nel Registro AIFA	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2024	6	Sicurezza del paziente. Farmacovigilanza	<p>1. Predisposizione e trasmissione alle strutture aziendali del report sulle segnalazioni di ADR relative all'anno 2022.</p> <p>2. Produzione di una guida di supporto agli operatori sanitari per la segnalazione di reazioni avverse.</p> <p>3. Aggiornamento delle pagine intranet e internet ASUGI dedicate alla farmacovigilanza.</p> <p>4. Identificazione di almeno 2 reparti da sensibilizzare sul tema della farmacovigilanza ed effettuazione di almeno 2 incontri (uno per ciascun reparto identificato) per aumentare la sensibilità sul tema.</p>	Dirigenza: Roni		<p>1. Elaborazione e trasmissione alle strutture aziendali del report sulle segnalazioni di ADR relative all'anno 2022.</p> <p>2. Elaborazione e trasmissione della guida di supporto agli operatori sanitari per la segnalazione delle reazioni avverse a tutti i referenti di farmacovigilanza delle strutture aziendali.</p> <p>3. Le pagine intranet e internet ASUGI dedicate alla farmacovigilanza sono aggiornate, anche con la guida di supporto per la segnalazione.</p> <p>4. Organizzazione di almeno 2 incontri con i reparti individuati per sensibilizzare gli operatori sul tema e supportarli nell'inserimento delle segnalazioni anche tramite guida alla segnalazione dedicata (vedi punto 2).</p> <p>Fonte: protocollo per 1 e 2; pagine intranet e internet ASUGI farmacovigilanza per 3; verbali incontri in cartella condivisa farmacia per 4.</p>	<p>1. entro il 30/04/2023</p> <p>2. entro il 30/04/2023</p> <p>3. entro 31/10/2023</p> <p>4. entro 31/10/2023</p>
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2025	7	Qualità e accreditamento	<p>Sistemazione Procedure Team 6 Gestione del Farmaco ASUGI e loro consegna al Risk Manager Aziendale. Preparazione Flow chart delle procedure Team 6 e loro consegna al Risk Manager Aziendale.</p> <p>Svolgimento di due corsi per i Link Professional Aziendali illustrando tutte le Procedure del Team 6.</p> <p>Revisione totale dei farmaci ad alto livello di attenzione utilizzati dalle Strutture dell'Area Giuliana e</p>	Dirigenza: Parenzan		<p>Indicatore: Consegna procedure Team 6 al Risk Manager per pubblicazione. Consegna Flow chart delle procedure Team 6 al Risk Manager per pubblicazione. Due corsi per i Link Professional Aziendali. Relazione dettagliata sulla revisione dei FALA Aera Giuliana, redazione di una nuova Procedura FALA.</p> <p>Fonte: cartella condivisa</p>	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						conseguenti cambiamenti apportati alla procedura.			farmacia, mail di invio Procedure e flowchart e pubblicazione sul sito aziendale . Date dei corsi per i Link Professional. Relazione 2023 sulla revisione FALA Area Giuliana e procedura FALA pubblicata. .	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2026	8	Appropriatezza prescrittiva e sicurezza del paziente	Manutenzione ed aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale (previsto dagli standard dell'Accreditamento dell'eccellenza), relativamente ai farmaci da utilizzarsi presso le strutture aziendali ASUGI afferenti all'area giuliana e alle normative in continua evoluzione che ne definiscono la prescrivibilità. Anche ai fini di consentire la corretta adesione alle Procedure Aziendali, particolare attenzione verrà posta anche all'aggiornamento delle SPECIALITA' MEDICINALI disponibili in ASUGI, in seguito alla aggiudicazioni delle Gare Regionali, permettendo così la contemporanea revisione delle informazioni correlate alla specifica specialità (temperatura di conservazione, tritabilità, etc), ai fini della buona gestione del farmaco presso le Strutture e della corretta somministrazione al paziente.	Dirigenza: Carniel		Indicatore: L'aggiornamento annuale del Prontuario Terapeutico Aziendale viene pubblicato sui siti intranet ed internet aziendali nelle apposite sezioni entro il 31.12.2023. Risultato atteso: Gli utenti hanno disponibile in modalità di consultazione online il PTA aggiornato per l'identificazione dei farmaci necessari a coprire tutte le esigenze dei trattamenti. Fonte: siti di consultazione telematiche aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2027	9	Ottimizzazione delle scorte dei farmaci ad alto costo	1. Revisione della procedura (e relativi allegati) per la gestione di giacenze e scadenze dei Farmaci sia di proprietà ASUGI (magazzini locali) che di proprietà ARCS (buffer) presso la sede di Cattinara. 2. Controllo settimanale a rotazione delle giacenze e scadenze farmaci Buffer e controllo mensile di tutti i farmaci presenti nei magazzini Aziendali, con particolare attenzione alle scadenze degli antidoti. 3. Aggiornamento lista farmaci in scadenza entro 6 mesi e confronto con i farmacisti/operatori di ARCS per eventuali resi di farmaci a bassa rotazione.aggiornamento dei livelli di scorta sulla base dei consumi. 4. Allestimento di alert per lo smaltimento di farmaci in scadenza entro 6 mesi.	Dirigenza: Colla Comparto: Piechsteiner Salaris Caldarola Miani Sangalli Vouch Marzilli Zocco Venturini Bellani		1. Revisione procedura ad uso interno con aggiornamento dell'elenco farmaci Buffer da controllare. 2. Compilazione settimanale con data e firma dell'operatore attestante l'avvenuto controllo farmaci del Buffer; compilazione registro mensile controllo scadenze farmaci Magazzino Aziendale da parte dell'operatore. 3. Compilazione mensile con data e firma del farmacista attestante le valutazioni e azioni da intraprendere relativamente alla lista di farmaci in scadenza entro 6 mesi. Risultato atteso: Nel corso del 2023 viene valorizzata la percentuale degli scaduti (esclusi gli obbligatori) perché NON sostituiti per tempo dal	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									magazzino centralizzato con un valore atteso inferiore all'1% del movimentato. Fonte dati: cartella condivisa farmacia per 1; documentazione interna farmacia per 2 e 3.	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2028	10	Ottimizzazione del percorso di fornitura delle nutripompe per Nutrizione Artificiale Domiciliare	Formalizzazione di un percorso operativo che definisca l'affidamento e la gestione delle nutripompe per NAD-Nutrizione Artificiale Domiciliare (RSA, CdR e domicilio).	Dirigenza: Crestan, Sottosanti Comparto: Salaris Pieckesteiner Caldarola		a. Elaborazione e condivisione con tutti gli operatori coinvolti di un'istruzione operativa in cui si evinca il percorso di affidamento e gestione delle Nutripompe per NAD. b. aggiornamento costante del file excel NAD. Risultato atteso: Istruzione Operativa fruibile per tutto il personale coinvolto. Fonte dati: protocollo interno e documentazione interna (file excel).	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2226C	11	Appropriatezza organizzativa: farmaci speciali di urgenza infettiva	Farmaci Speciali di Urgenza Infettiva: miglioramento della gestione in sicurezza di farmaci a gestione infettivologica attraverso una procedura interdisciplinare al fine di ottimizzare il processo di controllo, utilizzo, trasporto ed approvvigionamento di tali farmaci. 1. Individuazione dei farmaci di urgenza infettiva; Individuazione dei farmaci a gestione U.C.O. Malattie Infettive e dei farmaci a gestione condivisa con la Farmacia; Previsione in accordo con la SC Malattie Infettive del fabbisogno di ogni terapia; definizione delle scorte minime di giacenza sulla base delle terapie. 2. Creazione di una istruzione operativa condivisa che comprenda: a. La gestione globale dei farmaci anti infettivi. b. Il controllo della giacenza e della scadenza dei farmaci. c. Modalità operative sull'inizio terapia. d. Modalità operative sul trasporto e i recapiti dei servizi (a cura della SC Malattie infettive). e. Modalità di acquisizione dei farmaci. f. Timing di approvvigionamento dei farmaci. 3. Implementazione dell'istruzione operativa.	Dirigenza: Carniel, Colla, Crestan, Di Girolamo, Parenzan, Roni Comparto: Bellani, Venturini	S.C. MALATTIE INFETTIVE	Risultato atteso: 1. Definizione dei farmaci a gestione della U.C.O. Malattie Infettive e del fabbisogno. 2. Predisposizione di una istruzione operativa condivisa ed approvata da tutte le strutture coinvolte. 3. Implementazione della nuova gestione: a) Invio di un promemoria ad inizio mese al coordinatore della SC Malattie Infettive e mail reparto ai fini del controllo delle giacenze fisiche presso il reparto. b) Approvazione delle richieste della SC Malattie Infettive e invio dei modelli d'importazione. Indicatori: 1. Creazione del file excel con farmaci e scorte minime presenti presso le diverse strutture coinvolte 2. Condivisione dell'istruzione operativa tramite mail (protocollo interno) a tutti gli operatori coinvolti 3. a) Mail inviate con protocollo interno; b) Presenza di richieste inviate e approvate in MagRep/H-ERP oppure ordine con ASCOT	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									Fonte dati: protocollo interno, mail aziendale, programma Magrep/ASCOT e successivamente H-ERP.	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2029	12	Appropriatezza organizzativa. Miglioramento della tracciabilità sulla assistenza farmaceutica per l'erogazione nominativa di terapie	La copia cartacea delle ricette evase dovrà essere archiviata secondo le seguenti Aree c/o la Farmacia di Cattinara: a. Off label b. Prescrizione specialistica e pazienti in Assistenza Domiciliare, Malattie Rare e Fibrosi Cistica. All'interno di ciascuna Area, le ricette dovranno essere catalogate secondo ordine alfabetico nome paziente o principio attivo, in ordine decrescente di data.	Comparto: Piechsteiner Salaris Caldarola Miani Sangalli Vouch Marzilli Zocco Venturini Bellani		Indicatore: Il 100% dell'attività svolta viene archiviata con tracciatura dell'operatore responsabile e della data di erogazione tramite compilazione di un registro ad uso interno. Risultato atteso: Miglioramento della tracciabilità sulla assistenza farmaceutica per l'erogazione nominativa di terapie che consenta il recupero delle informazioni e la soluzione di eventuali contenziosi procedurali. Fonte: Registro interno.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2030	13	Appropriatezza organizzativa. Tempestività delle operazioni in entrata	Tempestività delle operazioni in entrata (operazioni di carico): accettazione Buffer Cattinara e Maggiore entro la mattinata ore 12:00.	Comparto: Venturini Bellani		Indicatore: il disallineamento della giacenza fisica e informatica all'inventario annuale dei buffer è inferiore al 1,5% (escluse le discrepanze di lotto). Risultato atteso: permettere una corretta movimentazione fisica-informatica (entratata/uscita e giacenza) dei farmaci. Fonte dati: report inventario.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2031	14	Appropriatezza organizzativa. Vigilanza ordini	Vigilanza ordini. Verificare che gli ordini emessi vengano puntualmente consegnati e arrivino i relativi documenti alla farmacia tramite monitoraggio mensile degli ordini aperti.	Comparto: Venturini Bellani		Indicatore: tracciatura delle verifiche mensili degli ordini aperti. Risultato atteso: Permettere una corretta attività della farmacia, laboratori e puntualità nel pagamento delle fatture. Fonte dati: registro interno.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2032	15	Produzione di soluzioni disinfettanti: galenica di servizio e di risparmio	1. Revisione del FOGLIO DI LAVORO con controllo del preparato finale. 2. Erogazione pianificata bisettimanale di disinfettanti ad uso stomatologico. 3. Organizzazione di ripristino materie prime e materiali necessari. 4. Ottimizzazione della distribuzione e consegna attraverso l'attuazione di percorsi condivisi con il reparto.	Comparto: Bradamante Amico		Indicatori: il 100% delle richieste di clorexidina 0,12% e amuchina 2,5% emesse dal reparto di odontostomatologia viene garantito senza il ricorso a prodotti commerciali. Fonti: Fogli di lavoro delle produzioni galeniche. Registro con etichette per ricevuta fatte firmare alla consegna.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2033	16	Distribuzione per conto (DPC) dei medicinali (linee di gestione 2023)	Verranno garantite azioni che nell'ambito della DPC dei medicinali possano assicurare l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali e le migliori ricadute economiche sul SSR.	Comparto: Zorzet, Zucca Dirigenza: Palcic, Colautti		Indicatore: elaborazione di un report sulle azioni messe in atto con gli interlocutori (ARCS, farmacie, prescrittori) nei casi di ricorso al canale convenzionale (non sostituibilità, ricette urgenti, monitoraggio prescrizioni, farmaci mancanti in DPC,...) Fonte: protocollo.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana	1400	2034	17	Liquidazioni farmacie convenzionate e avvio DCR elettronica	Progetto attuativo della distinta contabile riepilogativa elettronica delle prestazioni svolte dalle farmacie per il SSR (ASUGI) in convenzione (liquidazioni farmaceutica convenzionata, AFIR, servizi). La SS Farmaceutica convenzionata e per conto partecipa a tutte le riunioni previste propedeutiche all'avvio della DCR elettronica e garantisce tutto il supporto necessario.	Comparto: Zorzet, Zucca Dirigenza: Palcic, Colautti		Indicatore: con l'avvio della DCR elettronica, il 100% delle farmacie di ASUGI parte giuliana sono liquidate correttamente e nei tempi previsti dal DPR371/98 nel 2023.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2001	1	Garantire il percorso amministrativo che porta all'erogazione dei prodotti privi di glutine a soggetti affetti da morbo celiaco secondo gli standard previsti dalla DGR n. 2193 del 20 dicembre 2019	La SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina, in collaborazione con la SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana, cura gli atti di convenzionamento e l'attivazione delle attività commerciali attive in ASUGI che facciano richiesta di adesione/rinnovo alla rete regionale per la fornitura di prodotti per la celiachia nella ambito del progetto sistema 'CELIACHI@FVG'.	Degiovanni		Indicatore: Tutte le richieste di adesione al progetto 'CELIACHI@FVG' sono gestite così da garantire i livelli di assistenza alla popolazione. Risultato atteso: ASUGI è nelle condizioni di emettere il provvedimento di convenzione e attivazione/rinnovo della struttura commerciale richiedente Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2002	2	Garantire la regolare liquidazione delle farmacie territoriali convenzionate di ASUGI.	La SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina, in collaborazione con la SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Giuliana, cura il percorso liquidatorio coordinandosi con i Servizi di Ragioneria, con il Servizio Farmaceutico Regionale e con Insiel. Anche a seguito dell'avvio del sistema Gestionale H-ERP.	Blanco		Indicatore: La SC Farmacia Unica Aziendale predispone i mandati di pagamento per il Servizio di Ragioneria così da garantire la regolarità dei pagamenti. Risultato atteso: La regolarità dei pagamenti è garantita. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2003	3	Gestione dei medicinali, e degli altri beni sanitari, in sicurezza e nel rispetto delle norme di legge e dei regolamenti applicabili. Procedura per la distruzione delle sostanza medicinali psicotrope	La SS Area Farmaceutica territoriale definisce una procedura per la distruzione delle sostanza medicinali psicotrope, soggette a registro carico-scarico, scadute o deteriorate e	Blanco		Indicatore: Definizione del protocollo e sua adozione. Risultato atteso: Diffusione, nella SS Area Farmaceutica Territoriale, tramite incontro documentato	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						possedute dalle farmacie di area isontina.			da verbale, della istruzione operativa e sua pubblicazione nel sito intranet Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2004	4	Migliorare l'offerta di assistenza alla popolazione con attuazione dei contenuti dell'art. 2, comma 2 bis, della L. 475/1968 relativo alle farmacie soprannumerarie	La SS Area Farmaceutica territoriale individua e comunica alla Regione FVG la disponibilità di eventuali sedi vacanti disponibili per titolari regionali di sedi soprannumerarie.	Blanco		Indicatore: Nota di comunicazione inviata alla Regione FVG Risultato atteso: La Direzione Centrale Salute è nelle condizioni di emettere il provvedimento di assegnazione delle sedi farmaceutiche vacanti in ASUGI. Tempistica: Entro il 30.06.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 30/06/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2005	5	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali. disponibilità dei farmaci della DPC regionale	La SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale di Area Isontina rileva e pubblica nel sito internet aziendale la disponibilità dei farmaci della DPC regionale.	Visintin		Indicatore: Pubblicazione delle giacenze nel sito intranet aziendale Risultato atteso: I pazienti e i prescrittori hanno la possibilità di conoscere la disponibilità dei farmaci DPC regionali, migliorando il livello assistenziale e la gestione delle risorse economiche. Tempistica: Entro il 30.09.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2006	6	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali. Recepimento D.G.R. n. 1986 del 23 dicembre 2022. Certificazione delle prestazioni colon retto effettivamente erogate dalle farmacie	Recepimento D.G.R. n. 1986 del 23 dicembre 2022, rubricata "DGR 1725/2021, allegato 1 alla DGR 12/2018 accordo quadro regionale sulla distribuzione per conto dei medicinali, sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici e sui servizi erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche e private. proroga".	Visintin		Indicatore: Certificazione delle prestazioni colon retto effettivamente erogate dalle farmacie. Risultato atteso: Invio quadrimestrale del conteggio delle prestazioni delle farmacie convenzionate relative alla fornitura provette e raccolta campioni per lo screening colon rettale. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e	1141	2007	7	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei	Recepimento D.G.R. n. 1986 del 23 dicembre 2022, rubricata "DGR 1725/2021, allegato 1 alla DGR	Blanco		Indicatore: La SS Area Farmaceutica Territoriale predispone i mandati di	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
	Territoriale Area Isontina				medicinali. garantire la regolarità dei pagamenti	12/2018 accordo quadro regionale sulla distribuzione per conto dei medicinali, sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici e sui servizi erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche e private. proroga".			pagamento per il Servizio di Ragioneria così da garantire la regolarità dei pagamenti. Risultato atteso: La regolarità dei pagamenti è garantita. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2008	8	6.9 assistenza integrativa	La SC Farmacia Unica Aziendale e la SS Area Farmaceutica Teritoriale producono un report relativo alla spesa residua territoriale di cateteri e stomie. Il report è trasmesso ai Direttori dei Distretti di Area Isontina. Il report deve contenere informazioni relative a andamento della spesa generale, andamento spesa per Distretto, dispositivi a maggior impatto di spesa.	Blanco		Indicatore: Il report è prodotto e messo a disposizione dei Distretti e della Direzione Strategica di ASUGI. Risultato atteso: Almeno due report nell'anno 2023. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2009	9	Sicurezza dei pazienti utilizzatori di dispositivi medici in ASUGI. Pagina internet nel sito di ASUGI sulla dispositivivigilanza	Apertura di una pagina internet nel sito di ASUGI sulla dispositivivigilanza.	Cristiani		Indicatore: Apertura pagina internet Risultato atteso: Reparti e pazienti hanno facile accesso alle informazioni base e a un sistema di FAQ sulla dispositivivigilanza. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2010	10	Sicurezza dei pazienti utilizzatori di dispositivi medici in ASUGI Procedura aziendale relativa alla dispositivivigilanza	I reparti vengono formati sulla procedura aziendale relativa alla dispositivivigilanza.	Cristiani		Indicatore: Organizzazione di almeno un incontro formativo in Area Giuliana e almeno un incontro formativo in Area Isontina. Risultato atteso: I reparti hanno l'occasione di formarsi e di confrontarsi rispetto al contenuto delle procedure, così da gestire al meglio le criticità determinate da difetti dei dispositivi medici. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: Copia dei verbali degli incontri.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2011	11	Attuazione della Programmazione aziendale - Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2022-2024	1. Attuazione degli adempimenti previsti dall'All. 5 del PTPCT 2022-2024 in materia di trasparenza. 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'All. 4 del PTPCT 2022-2024 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo.	Pianta		1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione (All. 5 al PTPCT). 2. Disponibilità della documentazione e	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui all'All. 4 del PTPCT.	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2012	12	Monitoraggio della spesa farmaceutica e promozione dell'appropriatezza d'utilizzo dei farmaci. spesa ripartita per area e per tipologia	La SC Farmacia Unica Aziendale produce un report relativo all'andamento della spesa in ASUGI, con informazioni relative a: a. Andamento della spesa generale. b. Spesa ripartita per area (intera ASUGI, area giuliana e area isontina). c. Spesa ripartita per tipologia (ospedaliera, diretta, territoriale). d. Molecole a maggior impatto di spesa.	Cristiani		Indicatore: Il report è prodotto e messo a disposizione della Direzione Strategica di ASUGI. Risultato atteso: Almeno due report nell'anno 2023. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2013	13	Garantire il regolare funzionamento della attività legate ai registri AIFA.	La SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina, eroga farmaci soggetti a registri AIFA esclusivamente a seguito di registrazione della prescrizione nei registri medesimi.	Furian		Indicatore: I farmaci soggetti a registro sono erogati a seguito di prescrizione nel sistema AIFA. Risultato atteso: 100% della prescrizioni soggette a registro spedite con completamento della registrazione a sistema da parte della Farmacia di Gorizia e Monfalcone. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2014	14	Gestione dei medicinali, e degli altri beni sanitari, in sicurezza e nel rispetto delle norme di legge e dei regolamenti applicabili. Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari'	I reparti vengono formati sulla procedura aziendale, area isontina, di gestione dei medicinali 'Approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi medici e degli altri beni sanitari' alla luce dell'adozione del sistema Gestionale H-ERP.	Visintin		Indicatore: Organizzazione di almeno un incontro formativo presso lo stabilimento ospedaliero di Monfalcone e di almeno un incontro formativo presso lo stabilimento ospedaliero di Gorizia. Risultato atteso: I reparti hanno l'occasione di formarsi e di confrontarsi rispetto al contenuto delle procedure, così da migliorare il processo di approvvigionamento dei beni sanitari. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: Copia dei verbali degli incontri.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2015	15	Gestione dei medicinali, e degli altri beni sanitari, in sicurezza e nel rispetto delle norme di legge e dei regolamenti applicabili. Beni sanitari, da conservare a temperatura controllata	E' definito un protocollo, alla luce di Accreditation Canada, che descrive le modalità con le quali i beni sanitari, da conservare a temperatura controllata, sono gestiti in Farmacia Ospedaliera di Gorizia e Monfalcone.	Medeot		Indicatore: Definizione del protocollo e sua adozione. Risultato atteso: Diffusione, nell'Area Farmaceutica Ospedaliera, tramite incontro documentato da verbale, della istruzione operativa e sua	Entro il 30/09/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									pubblicazione nel sito internet. Tempistica: Entro il 30.09.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2016	16	Gestione dei medicinali, e degli altri beni sanitari, in sicurezza e nel rispetto delle norme di legge e dei regolamenti applicabili. Gestione dei beni sanitari nel magazzino della Farmacia	E' aggiornato, alla luce di Accreditation Canada, il protocollo che descrive le procedure di gestione dei beni sanitari nel magazzino della Farmacia Ospedaliera di Gorizia e Monfalcone.	Furian		Indicatore: Definizione del protocollo e sua adozione. Risultato atteso: Diffusione, nella SS Area Farmaceutica Ospedaliera, tramite incontro documentato da verbale, della istruzione operativa e sua pubblicazione nel sito internet. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2017	17	Monitoraggio della spesa farmaceutica e promozione dell'appropriatezza d'utilizzo dei farmaci: report relativo all'andamento della spesa	La SC Farmacia Unica Aziendale produce un report relativo all'andamento della spesa dei seguenti reparti di area isontina: Medicina di Gorizia; Medicina di Monfalcone; Oncologia; Oculistica; Neurologia. Il report deve contenere informazioni relative a: a. Andamento della spesa generale. b. Spesa ripartita per tipologia (ospedaliera, diretta). c. Molecole a maggior impatto di spesa. d. Utilizzo di farmaci biologici a brevetto scaduto.	Cristiani		Indicatore: Il report è prodotto e messo a disposizione dei reparti e della Direzione Strategica di ASUGI. Risultato atteso: Almeno due report nell'anno 2023. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: Siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2018	18	Monitoraggio della spesa farmaceutica e promozione dell'appropriatezza d'utilizzo dei farmaci Centri di scarico dei farmaci della distribuzione diretta	La SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina modifica i centri di scarico dei farmaci della distribuzione diretta per meglio corrispondere alle indicazioni aziendali sul tema.	Medeot		Indicatore: Il centro di costo PRICLIS è abbandonato per un sistema di centri di costo della diretta individuati reparto per reparto. Risultato atteso: La SC Controllo di Gestione è in grado di valutare la spesa diretta dei farmaci senza utilizzare il codice fiscale dei medici prescrittori. Tempistica: Entro il 31.12.2023. Fonte dati: Siti di consultazione telematica aziendali.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Area Isontina	1141	2019	19	Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali: procedura di Area	E' aggiornata, alla luce di Accreditation Canada, la procedura di Area Isontina relativa al primo ciclo di terapia.	Bernecich		Indicatore: Definizione del protocollo e sua adozione. Risultato atteso: Pubblicazione della procedura	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					Isontina relativa al primo ciclo di terapia.				nel sito intranet aziendale. Tempistica: Entro il 30.09.2023. Fonte dati: siti di consultazione telematica aziendali.	
Strutture della Direzione Sanitaria	SS Area delle classificazioni	0078	9990	1	Attività nazionali - Ricostruire le MDC previste dai DRG 24 edizione e predisporre tabelle di transcodifica da ICD-9-CM a ICD-10-2019 (propria traduzione) e viceversa per consentire l'uso di entrambe le versioni della classificazione nella fase di transizione nazionale da ICD-9-CM a ICD-10 2019 e per la lettura storica dei dati.	Predisposizione di tabelle di transcodifica di almeno quattro MDC dei DRG 24 edizione da ICD-9-CM a ICD-10-2019, con predisposizione delle tabelle per capitolo di ICD-9-CM e di ICD-10 2019.	Lucilla Frattura, Carlo Zavaroni		Evidenza dei file delle tabelle di transcodifica di almeno quattro MDC dei DRG 24 edizione da ICD-9-CM a ICD-10-2019.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SS Area delle classificazioni	0078	9991	2	Attività nazionali - Avviare la predisposizione di una versione di ICD-10 2019 adatta ad essere usata nella codifica della SDO e all'attribuzione dei DRG 24 edizione, semplificando il più possibile la versione sperimentale di ICD-10-IM precedentemente predisposta	Predisposizione della bozza di una versione di ICD-10 2019 adattata per la codifica della SDO e l'attribuzione dei DRG 24 edizione.	Lucilla Frattura		Evidenza della bozza di una versione di ICD-10 2019 adattata per la codifica della SDO e l'attribuzione dei DRG 24 edizione.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione Sanitaria	SS Area delle classificazioni	0078	9992	3	Attività nazionali - Coordinare le attività concernenti l'Accordo di collaborazione siglato tra il Ministero della Salute e l'ex AAS 2 (ora ASUGI) per la realizzazione del progetto "Supporto alle Regioni per l'implementazione delle Linee guida previste all'art. 5 comma 6 del D.lgs n. 66/2017 - CUP F85J19002050001).	Avviare le attività con le Unità operative del progetto "Supporto alle Regioni per l'implementazione delle Linee guida previste all'art. 5 comma 6 del D.lgs n. 66/2017 - CUP F85J19002050001".	Lucilla Frattura		Evidenza di attività previste dal piano di lavoro del progetto (stipula delle convenzioni con le UO, videoconferenze c on le UO).	Entro il 31/12/2023

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Generali e Patrimonio	1201	9609C	1	Valorizzazione del patrimonio aziendale	1. Predisposizione di un file contenente le informazioni giuridiche/contrattuali ed economiche, sulla base della documentazione esistente presso gli uffici ASUGI, relative ai singoli beni immobili ricadenti nel territorio giuliano ed isontino. 2. Relazione finale sulle criticità riscontrate in ordine ai singoli immobili con eventuale evidenza di quelli non più strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali dell'ASUGI e suscettibili di valorizzazione ed eventuale riconversione finalizzata all'utilizzo istituzionale ovvero di dismissione o di messa a reddito.	1) dott.ssa Elena Zompicchiatti; 2) sig.ra Elena Starace; 3) sig. Fabio Carbone.		1. Evidenza di un file contenente le informazioni giuridiche contrattuali ed economiche relative ai singoli beni immobili ricadenti nel territorio giuliano ed isontino. 2. Relazione finale sulle criticità riscontrate in ordine ai singoli immobili.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Generali e Patrimonio	1201	9701	2	Individuazione dei locali di proprietà dell'a.s.u.g.i. e delle pertinenze o aree esterne in disponibilità esclusiva o di proprietà a.s.u.g.i. Revisione della bozza di regolamento per le concessioni in uso temporaneo -anno 2023.	1. Acquisizione delle informazioni atte ad individuare "I locali di proprietà, le pertinenze o aree esterne in disponibilità esclusiva di proprietà dell'A.S.U.G.I. " suscettibili di essere concessi in uso temporaneo, sia in area Giuliana sia in Area Isontina. 2. Integrazione della bozza di Regolamento per le concessioni in uso temporaneo, anno 2022.	1) dott.ssa Elena Zompicchiatti; 2) sig.ra Elena Starace; 3) sig. Fabio Carbone.	S.C. Affari Generali e Patrimonio	Redazione - su file word - di una bozza aggiornata/integrata del Regolamento avente ad oggetto " LA CONCESSIONE IN USO TEMPORANEO DEI LOCALI DI PROPRIETA' DELL'A.S.U.G.I. E DI TUTTE LE PERTINENZE O AREE ESTERNE IN DISPONIBILITA' ESCLUSIVA O DI PROPRIETA' DELL'A.S.U.G.I. " - ANNO 2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Generali e Patrimonio	1201	9702	3	Avvio dell'informatizzazione delle pratiche immobiliari di competenza dell'ufficio patrimonio - inserimento nella cartella condivisa "s.c. affari generali e patrimonio"	Inserimento della documentazione relativa a nuove pratiche, acquisite dalla data del 26 aprile 2023 dall'Ufficio Patrimonio afferente alla S.C. Affari Generali e Patrimonio, nella cd. cartella condivisa denominata "S.C. Affari Generali e Patrimonio".	1) dott.ssa Elena Zompicchiatti; 2) sig.ra Elena Starace; 3) sig. Fabio Carbone.	S.C. Affari Generali e Patrimonio	Compilazione di un file contenente le pratiche trattate dal 26 aprile 2023 sino al 15 dicembre 2023 e attestazione concernente la corrispondenza delle stesse a quelle inserite nella cd. cartella condivisa denominata S.C. Affari Generali e Patrimonio.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Generali e Patrimonio	1201	9703	4	Presa in carico e recupero delle pratiche in sospeso afferente la corretta adozione e conseguente formalizzazione delle convenzioni attive oggetto di passaggio di consegna da altra struttura	Attuazione dell'atto aziendale e adempimenti conseguenti all'avvio della nuova SC Affari Generali e Patrimonio atti a garantire la continuità e la gestione amministrativa delle pratiche afferenti gli affari generali anche oggetto di passaggio di consegna da altre strutture aziendali.	1) dott. Giuseppe Sarpietro 2) dott.ssa Giustina Carta 3)dott.ssa Santa Mirabile 4)dott.ssa Paola Blanzan 5)sig.ra Daniela Magaina	S.C. Affari Generali e Patrimonio	Predisposizione di appositi file excel riepilogativi 1. L'elencazione delle convenzioni attive prese in carico e correttamente formalizzate dal primo febbraio 2023 al 31 dicembre 2023. 2. Lo scadenziario pluriennale dei convenzionamenti attivi e passivi presi in carico.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Generali e Patrimonio	1201	9704	5	Presa in carico delle funzioni in relazione all'attuazione dell'atto aziendale e della istituzione delle	Attuazione dell'atto aziendale e adempimenti conseguenti all'avvio della nuova SC Affari Generali e	1) dott. Giuseppe Sarpietro 2) dott.ssa Giustina Carta	S.C. Affari Generali e Patrimonio	Predisposizione ed adozione del: 1. Regolamento afferente	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					nuove strutture complesse ed adempimenti utili al corretto avvio della nuova sc affari generali e patrimonio	Patrimonio atti a garantire la continuità e la gestione amministrativa delle funzioni amministrative afferenti gli affari generali ed oggetto di passaggio di consegna da altre strutture aziendali.	3)dott.ssa Santa Mirabile 4)dott.ssa Paola Blanzan 5)sig.ra Daniela Magaina		l'ufficiale rogante nonché contestuale adozione del provvedimento ASUGI volto alla designazione dell'ufficiale stesso e del suo sostituto. 2. Manuale di Conservazione ASUGI afferente il processo di conservazione della documentazione digitale a norma di legge. 3. decreto di modifica della composizione dell'Ufficio competente per i procedimenti disciplinari per l'ASUGI ex art. 55 bis c. 2 d.lgs. 165/2001.	
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Generali e Patrimonio	1201	9705	6	Informatizzazione e semplificazione delle modalita' di presa in carico e smistamento della posta in entrata al protocollo generale asugi	Predisposizione di correttivi e direttive sia aziendali che interne alla struttura utili alla più efficace gestione e smistamento della posta in entrata al Protocollo generale ASUGI da febbraio 2023 al 31 dicembre 2023.	1) dott. Giuseppe Sarpietro 2) dott.ssa Giustina Carta	S.C. Affari Generali e Patrimonio S.C. Informatica e Telecomunicazioni	Redazione di correttivi e direttive sia aziendali che interne alla struttura utili alla più efficace gestione e smistamento della posta in entrata al Protocollo generale ASUGI da febbraio 2023 al 31 dicembre 2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Generali e Patrimonio	1201	9706	7	Informatizzazione e semplificazione delle modalita' di concreta gestione anche interna delle pratiche convenzionali di competenza della s.c. affari generali e patrimonio	Predisposizione di apposito uniformato database accessibile sia da area isontina che giuliana utile alla gestione informatizzata e coordinata degli adempimenti della struttura.	1) dott. Giuseppe Sarpietro 2) dott.ssa Giustina Carta 3)dott.ssa Santa Mirabile 4)dott.ssa Paola Blanzan 5)sig.ra Daniela Magaina	S.C. Affari Generali e Patrimonio	1. Predisposizione di analitica relazione illustrativa sullo status ante e sullo status quo. 2. Predisposizione di apposita direttiva mail interna utile alla corretta gestione del database.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Generali e Patrimonio	1201	9707	8	Mantenimento dei livelli di attività dell'uffici protocollo di area isontina in carenza di organico	Garantire l'attività quotidiana di protocollazione della posta in arrivo e della spedizione della posta in partenza.	Dirigente Dirigenza Comparto		Garanzia dell'attività di protocollazione senza produrre alcun disservizio o chiusura dell'ufficio negli orari previsti di apertura al pubblico.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Legali ed Assicurazioni	1180	9040C	1	Attuazione atto aziendale	Applicazione della declaratoria delle funzioni e del mandato.	Dirigenza	Tutte le SC PTA	Relazione analitica sull'attività svolta con evidenza della presenza di procedure/protocolli avviati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Legali ed Assicurazioni	1180	9098	2	Attuazione atto aziendale. Recupero crediti	Passaggio consegne a DAPOT Ts e da DAPOT Go attività di recupero crediti.	Comparto con DAPOT Ts e DAPOT GO	DAPOT Ts; DAPOT Go	Relazione analitica sull'attività svolta con evidenza della presenza di procedure/protocolli avviati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Legali ed Assicurazioni	1180	9042	3	Attuazione atto aziendale. Unificazione delle procedure in materia assicurativa	Unificare le procedure in materia assicurativa.	Dirigenza e comparto	SC Affari legali ed assicurazioni (area isontina e giuliana)	Procedure unificate.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Affari Legali ed Assicurazioni	1180	9043	4	Attuazione atto aziendale. Reach	Pratiche sanzioni cd. Reach. Presa in carico e definizione delle pratiche dell'area isontina.	Comparto	SC DAPOT GO	Acquisizione e definizione delle pratiche di area isontina.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Economico - Finanziaria	1200	9045	1	Creazione di uno scadenzario degli adempimenti relativi alle attività della SCEF ad uso dei dipendenti della Struttura	1. Analisi delle attività della Struttura. 2. Rilevazione delle scadenze fiscali e contabili. 3. Predisposizione ed implementazione del file scadenzario.	Ufficio Contabilità Stipendi e Ufficio Entrate		Entro il 30/09/2023 creazione file scadenzario e implementazione dal 01/10/2023 al 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Amministrativo	SC Economico - Finanziaria	1200	9046	2	Monitoraggio trasmissione Mod. F24EP e dichiarazioni in Entratel/Agenzia Entrate	1. Analisi processi di pagamento tramite modello F24EP. 2. Stesura di una procedura per la verifica di tutti i passaggi del processo (dalla compilazione del mod. F24EP all'archivio ricevute).	Ufficio Contabilità Stipendi		Entro il 31/12/2023 analisi dei processi di pagamento tramite modello F2EP e produzione della check list da impiegare per ogni versamento eseguito con mod. F24EP.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Economico - Finanziaria	1200	9047	3	Monitoraggio da giugno 2023 fatture in Addebito transitorio nel gestionale H-erp	Ricognizione periodica dei documenti presenti in addebito transitorio per l'invio ai relativi "gestori".	Personale Ciclo passivo		Elaborazione ed nvio con cadenza almeno bimensile, degli elenchi contenenti i documenti contabili in "addebito transitorio" alle Strutture interessate, al fine del monitoraggio dei cicli di liquidazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Economico - Finanziaria	1200	9048	4	Applicazione dell'analisi mappatura IRES IVA	Definizione di registri IVA coerenti con regime IRES.	Titolari di PO e Dirigenti		Registri sezioni istituite e alimentati - produzione tabelle riepilogative per implementazione applicativi contabili.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Economico - Finanziaria	1200	9020C	5	Attuazione PNA 2022 e PIAO 2023-2025	Aggiornamento del Regolamento relativo alla gestione delle c.d. "operazioni sospette" di riciclaggio e finanziamento del terrorismo.	Dirigenti della Struttura	RPCT	Predisposizione del Regolamento e trasmissione alla Direzione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Economico - Finanziaria	1200	9601C	6	Monitoraggio andamento di bilancio	Analisi dell'andamento economico sull'utilizzo delle risorse preventivate e evidenza degli scostamenti.	Direttore	Economico Finanziario PCG RS GF RS RS	Report analitici sull'andamento di bilancio con evidenza degli scostamenti dal preventivo.	Report periodici secondo tempistica della Direzione Strategica
Dipartimento Amministrativo	SC Provveditorato - Economato	1240	9049	1	Predisposizione e aggiornamento della documentazione di gara e relativi modelli di dichiarazione, per le Strutture che si occupano di acquisti di Beni e Servizi, in conformità al nuovo Codice dei contratti d. lgs. n. 36/2023	Verifica disposizioni normative del nuovo Codice, predisposizione dello schema di modello, approvazione da parte del Responsabile di SC.	Dirigenza e Comparto	SC DAPOT AI, SC PROVVEDITORATO ECONOMATO, SCIC, SCIT	La modulistica, condivisa con il Responsabile SC DAPOT AI, viene diffusa al personale acquirente di SCPE, SCIT e SCIC.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Provveditorato - Economato	1240	9050	2	Produzione di modulistica per la gestione dell'appalto da parte del DEC, in conformità al nuovo Codice dei contratti d. lgs. n. 36/2023	Verifica disposizioni normative del nuovo Codice, predisposizione dello schema di modello, approvazione da parte del Responsabile di SC.	Dirigenza e Comparto	SC DAPOT AI, SC PROVVEDITORATO ECONOMATO	Il modello, condiviso con il Responsabile SC DAPOT AI, viene trasmesso al personale SCPE e ai DEC.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Provveditorato - Economato	1240	9051	3	Consegna presso Ospedale di Udine dei campioni per SC Microbiologia di Trieste	Avvio e svolgimento delle consegne per Udine in tutti i giorni previsti nella settimana.	Servizio Trasporti Esterni SCPE - Personale squadra trasporti aziendale DAPOTI	SC DAPOT AI, SC PROVVEDITORATO ECONOMATO	Evidenza trasporto campioni a Udine - garanzia consegna.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Provveditorato - Economato	1240	9053	4	Logistica: Nuova logistica regionale. Collaborazione con ARCS per le fasi di attivazione del nuovo servizio.	Collaborazione con ARCS per l'aggiornamento del "Protocollo operativo per la gestione della Logistica centralizzata" (di cui ai decreti del DG EGAS n. 135/2016 e n. 129/2018) in funzione del nuovo modello organizzativo della logistica centralizzata, degli strumenti operativi previsti dall'appalto in fase di avvio, del nuovo sistema informativo amministrativo - contabile, mediante la partecipazione allo specifico gruppo di referenti aziendali.	Dirigenti		A seguito della definitiva approvazione da parte del gruppo regionale dei referenti aziendali, predisposizione dell'atto di adozione da parte di ASUGI. Trasmissione alla Direzione Aziendale del testo del provvedimento di adozione del Documento ai fini dell'adozione.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Amministrativo	SC Provveditorato - Economato	1240	9054	5	Logistica: Nuova logistica regionale. Predisposizione e attuazione di quanto necessario all'attivazione del nuovo appalto regionale della Logistica presso il Magazzino della SCPE: rivalutazione e ridefinizione di spazi, flussi, percorsi, attività	Collaborazione con ARCS per le fasi di attivazione del nuovo. Riorganizzazione degli ambienti del comprensorio di via Travnik in funzione dell'avvio del nuovo appalto entro il termine concordato con ARCS.	Dirigenti, Comparto		Ridefinizione spazi, flussi e percorsi. Relazione del Direttore di SC sull'attività svolta.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Provveditorato - Economato	1240	9018C	6	Attuazione del PIAO/PNA 2019 - Rafforzamento delle analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e della selezione del personale	Mappatura dei processi e valutazione dei rischi della struttura in base alla nuova metodologia approvata con il PTPCT/PIAO 2022.	Direttore; incaricati di Struttura per Trasparenza e Anticorruzione	RPCT e PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Mappatura dei processi e valutazione dei rischi della struttura.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Provveditorato - Economato	1240	9055	7	Riorganizzazione aziendale: aggiornamento e pulizia anagrafiche ente e articoli a magazzino.	Attività di aggiornamento e pulizia anagrafiche ente e articoli a magazzino nei gestionali aziendali, anche in relazione al nuovo Piano dei Conti.	Dirigenti e Comparto (cat. D e DS)	SC DAPOT AI, SC PROVVEDITORATO ECONOMATO	Evidenza degli aggiornamenti effettuati. Uniformità delle anagrafiche in ASUGI. Produzione manuale operativo unificato.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Provveditorato - Economato	1240	9602C	8	Omogeneizzazione procedure gare tra Area Giuliana e Area Isontina	Analisi delle procedure di gara esistenti con evidenza delle difformità tra le due aree. Predisposizione di procedure di gara omogenee.	Direttore Dirigenza Comparto	DAPOT AI Provveditorato	A partire dal 1 ottobre tutte le procedure di gara sono omogenee tra Area Giuliana e Area isontina. Evidenza di almeno 5 gare con procedura omogenea.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Provveditorato - Economato	1240	9607C	9	Programma triennale degli investimenti 2021-2023 PNRR. Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'anno 2023	Mettere in atto la programmazione annuale del piano degli investimenti 2021-2023. Mettere in atto la programmazione annuale prevista dal PNRR. Effettuare il monitoraggio sullo stato di avanzamento del programma. Produrre una relazione finale sull'attuazione della programmazione.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	DIPARTIMENTO TECNICO Provveditorato DATO AI	Attuazione del programma triennale degli investimenti rispetto all'esercizio 2022 come da programmazione decreto n. 979/21. Relazione finale. Evidenza monitoraggio PNRR e sua attuazione. Relazione finale.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Terzo Settore	5313	9038	1	Attuazione dell'Atto aziendale e relativa attività propedeutica all'avvio della nuova SC Terzo Settore	1. Censimento della documentazione cartacea conservata negli archivi da scorporare tra le 2 Strutture Complesse. 2. Ricerca del materiale di interesse e invio di quello non di pertinenza alla SC di interesse e invio agli archivi del materiale obsoleto. 3. Nota di richiesta alla SCIT relativa alla creazione di un server condiviso e creazione di una casella di posta elettronica dedicata alla Segreteria. 4. Richiesta creazione del Centro di Costo SC Terzo Settore/Ottimizzazione/avvio struttura SC Terzo Settore Difficoltà nella partenza per passaggio consegne, sovrapposizione con altre strutture prorogate.	Carpani Chiara - Rabaccio Pamela - Rizzetto Stefano		Autonomia gestionale della SC Terzo Settore con archivi strutturati e Centro di Costo effettivo. Evidenza delle azioni effettuate.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Amministrativo	SC Terzo Settore	5313	9039	2	Censimento /Mappatura Associazioni di Volontariato con ASUGI in un'ottica di miglioramento relazionale con i partner	Verifica dei partner presenti e operanti in creazione di un foglio excell, contenente i dati utili. Realizzazione mappatura.	Ferluga Donatella		Evidenza del censimento /mappatura delle Associazioni di Volontariato.	Entro il 31/08/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Funzionale per l'Attuazione del PNRR-Missione 6	Dipartimento Funzionale per l'Attuazione del PNRR-Missione 6	2398	9900	1	Coordinamento delle attività di realizzazione della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di competenza territoriale ASUGI.	Attività di coordinamento sia con i Responsabili delle Strutture Complesse facenti parte del dipartimento, ai fini dell'integrazione dei processi tecnico - amministrativi, quale percorso utile e necessario per il raggiungimento dei target ministeriali, ma anche con i RUP, precedentemente designati, ai fini della rendicontazione e dei rapporti con gli Enti esterni.	Direttore Dipartimento		Relazione alla Direzione strategica dell'attività svolta, entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Processi Organizzativi e Valorizzazione delle Risorse	Dipartimento Processi Organizzativi e Valorizzazione delle Risorse	2394	9035C	1	MESSA A SISTEMA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI ospedalieri e territoriali	Messa a sistema Processi amministrativi ospedalieri e territoriali.	Cristina Turco, Fosca Togni, Giulia Adamo, Delise Barbara, Elisa Pikiz, Paolo Querci	SC DAPOT AG - SC DAPOT AI - SC Innovazione e Sviluppo	1. mappatura dei processi amministrativi territoriali (D.A.D.) ed ospedalieri e analisi dei medesimi. 2. mappatura completa del personale ruolo amministrativo afferente ai Reparti Ospedalieri e DAD. 3. proposta organizzativa alla direzione strategica della messa a sistema dei processi amministrativi di ambito ospedaliero e territoriale.	1-2) entro 31.10.23 3) entro 30.11.23
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	2366	9800	1	Regolamentazione incentivi funzioni tecniche	Aggiornamento regolamentazione aziendale alla nuova disciplina statale di cui all'articolo 45 del d.lgs. 36/2023.	Dirigenza e comparto attraverso la creazione di un GDL Interdipartimentale		Bozza di regolamento da presentare al da per condivisione aziendale, preliminare alla contrattazione con ooss.	Entro il 30/09/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	2366	3502	2	Formazione e aggiornamento professionale	Adozione di un piano di formazione condiviso a livello dipartimentale.	Dirigenza		Invio della proposta di Piano formativo al Responsabile della Formazione.	Entro il 30/09/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Giuliana	1320	9057	1	Uniformare le procedure inerenti i contratti pubblici di lavori, servizi, forniture	1. Utilizzare dal 1 luglio 2023 le check list ANAC di cui all'allegato 6 del Piano Annuale Anticorruzione. 2. Redigere check list aziendali in sostituzione/integrazione delle Check list ANAC anche alla luce del Nuovo Codice dei Contratti.	comparto		1. Evidenza dell'utilizzo delle check list per attività avviate dal 1 giugno 2023 (bando e/o lettera di invito emesse dal 1 giugno 2023 in poi). 2. Stesura di check list per attività tecnico amministrative connesse ai seguenti procedimenti, dall'identificazione del fabbisogno alla stipula del contratto. a. Affidamenti lavori entro la soglia dei 150.000 euro. b. Affidamento servizi di ingegneria ed architettura sopra soglia.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Giuliana	1320	9058	2	Stesura fascicolo dei fabbricati	Implementazione della scheda ricognitiva predisposta nell'annualità 2022 integrandone il format ed i contenuti con documentazione tecnica a corredo di infrastrutture ed	comparto	ricognitiva predisposta nell'annualità 2022 integrandone il format ed i contenuti con documentazione tecnica a corredo di infrastrutture ed	Stesura di: a. Scheda ricognitiva tipo aggiornata - entro il 15.10.2023. b. Compilazione scheda , sia in	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						impianti (dichiarazioni di conformità, documentazioni catastali) oltre ad un report fotografico.			formato cartaceo sia digitale da conservare in apposita sezione del server aziendale, per almeno 10 immobili.	
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Giuliana	1320	9060	3	Rendicontazione finanziamenti regionali e statali	Effettuare la chiusura contabile degli investimenti e redazione della relativa rendicontazione.	Dirigenza e comparto		Stesura di relazione acclarante della spesa sostenuta e/o da sostenere a chiusura dell'intervento, determina di chiusura e rendicontazione di almeno 4 investimenti secondo data di assegnazione del finanziamento.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Giuliana	1320	9607C	5	Programma triennale degli investimenti 2021-2023 PNRR. Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'anno 2023	Mettere in atto la programmazione annuale del piano degli investimenti 2021-2023. Mettere in atto la programmazione annuale prevista dal PNRR. Effettuare il monitoraggio sullo stato di avanzamento del programma. Produrre una relazione finale sull'attuazione della programmazione. Rispetto dello scadenziario delle tempistiche imposte per interventi edili impiantistici. Adempimenti previsti dai vari enti ministeriali, regionali. Reportistica puntuale.	Dirigenza e comparto Tutto il personale tecnico amministrativo supporta il coordinatore di progetto nello svolgimento delle attività	DIPARTIMENTO TECNICO Provveditorato DAPOT AI	Attuazione del programma triennale degli investimenti rispetto all'esercizio 2022 come da programmazione decreto n. 979/21. Relazione finale. Evidenza monitoraggio PNRR e sua attuazione. Rispetto delle milestone ministeriali. Relazione alla Direzione strategica dell'attività compiuta entro il 31.12.2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Giuliana	1320	9609C	6	Valorizzazione del patrimonio aziendale	Censimento del patrimonio aziendale mobiliare e immobiliare e mappatura. Creazione e/o aggiornamento di un archivio aziendale con evidenza delle due aree giuliana e isontina.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	affari generali e patrimonio edilizia impianti area isontina e giuliana	Censimento mappatura disponibili per area giuliana e isontina.	Entro il 31.12.2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Isontina	1198	9066	1	Nuovo appalto per le manutenzioni edili ed impiantistiche delle sedi aziendali. in osservanza al principio alle 3 "E", economicità, efficacia, efficienza dell'azione amministrativa.	Partenariato Pubblico Privato ad iniziativa privata afferente ai servizi energetici e manutentivi. A seguito dell'esito del parere NIVSS della Direzione Centrale Salute indire procedura di gara nel corso del 2023.	Direttore SC		Indizione procedura di gara. Relazione al 31/12/2023 sullo stato della procedura di gara.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Isontina	1198	9058	2	Stesura fascicolo dei fabbricati	Implementazione della scheda ricognitiva predisposta nell'annualità 2022 integrandone il format ed i contenuti con documentazione tecnica a corredo di infrastrutture ed impianti (dichiarazioni di conformità, documentazioni catastali) oltre ad un report fotografico.	comparto		Stesura di: a. Scheda ricognitiva tipo aggiornata - entro il 15.10.2023 b. Compilazione scheda, sia in formato cartaceo sia digitale da conservare in apposita sezione del server aziendale, per almeno 10 immobili.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Isontina	1198	9069	3	Vincoli sui conti manutentivi	Rispetto dei vincoli imposti della Regione.	Dirigenza e comparto		Relazione alla Direzione strategica dell'attività compiuta, rispetto alla conferma dei vincoli sui conti manutentivi, entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Isontina	1198	9018C	4	Attuazione del PIAO/PNA 2019 - Rafforzamento delle analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti	Mappatura dei processi e valutazione dei rischi della struttura in base alla nuova metodologia approvata con il PTPCT/PIAO 2022.	Dirigenza e comparto	RPCT e PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Mappatura dei processi e valutazione dei rischi della struttura.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					pubblici e della selezione del personale					
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Isontina	1198	9607C	5	Programma triennale degli investimenti 2021-2023 PNRR. Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'anno 2023	Mettere in atto la programmazione annuale del piano degli investimenti 2021-2023. Mettere in atto la programmazione annuale prevista dal PNRR. Effettuare il monitoraggio sullo stato di avanzamento del programma. Produrre una relazione finale sull'attuazione della programmazione. Rispetto dello scadenziario delle tempistiche imposte per interventi edili impiantistici. Adempimenti previsti dai vari enti ministeriali, regionali. Reportistica puntuale.	Dirigenza e comparto Tutto il personale tecnico amministrativo supporta il coordinatore di progetto nello svolgimento delle attività	DIPARTIMENTO TECNICO Provveditorato DAPOT AI	Attuazione del programma triennale degli investimenti rispetto all'esercizio 2022 come da programmazione decreto n. 979/21. Relazione finale. Evidenza monitoraggio PNRR e sua attuazione. Rispetto delle milestone ministeriali. Relazione alla Direzione strategica dell'attività compiuta entro il 31.12.2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Edilizia e Impianti - Area Isontina	1198	9609C	6	Valorizzazione del patrimonio aziendale	Censimento del patrimonio aziendale mobiliare e immobiliare e mappatura. Creazione e/o aggiornamento di un archivio aziendale con evidenza delle due aree giuliana e isontina.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	affari generali e patrimonio edilizia impianti area isontina e giuliana	Censimento mappatura disponibili per area giuliana e isontina.	Entro il 31.12.2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Informatica e Telecomunicazioni	1360	9604	1	LLGG 2023. Garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti dalle Linee di Gestione e adottate nel Piano Attuativo	Attuare quanto previsto dalle linee progettuali del Piano Attuativo 2023 di ASUGI per la linea 5.1. Coordinare i CDR coinvolti per competenza per il conseguimento del risultato atteso.	Direttore Dirigenti	SCIT	100% monitoraggi periodici realizzati. 100% obiettivi raggiunti (valutazione in % sulla media di raggiungimento).	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Informatica e Telecomunicazioni	1360	9607C	2	Programma triennale degli investimenti 2021-2023 PNRR. Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'anno 2023	Mettere in atto la programmazione annuale del piano degli investimenti 2021-2023. Mettere in atto la programmazione annuale prevista dal PNRR. Effettuare il monitoraggio sullo stato di avanzamento del programma. Produrre una relazione finale sull'attuazione della programmazione. Reportistica puntuale.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	DIPARTIMENTO TECNICO Provveditorato DATO AI	Attuazione del programma triennale degli investimenti rispetto all'esercizio 2022 come da programmazione decreto n. 979/21. Relazione finale. Evidenza monitoraggio PNRR e sua attuazione. Relazione finale.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Informatica e Telecomunicazioni	1360	9087	3	Unificazione percorsi nelle aree giuliana e isontina: sistema GeDi	Avvio modulo sistema GeDi malattie sessualmente trasmesse in area isontina.	Tutta la struttura		Il sistema GeDi è avviato.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Informatica e Telecomunicazioni	1360	9073	4	Missione 6 Componente 2 Investimento 1.3.1 – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Installazione componenti sul client e verifiche tecniche e di funzionamento. Configurazioni del G2 clinico necessarie per le stampe in tutti i reparti utilizzatori.	Tutta la struttura		La versione G4.3.0 del G2Clinico accreditata sul sito del Ministero della Salute per la generazione dei documenti CDA2 per l'alimentazione del FSE 2.0, progetto PNRR, M6-C1-1.3 è installata e correttamente funzionante sui PC (da W7 64bit) degli utilizzatori nei reparti ASUGI.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Informatica e Telecomunicazioni	1360	9077	5	Avviamento del sistema H-ERP in sostituzione di Ascot	PM dell'intero processo di avviamento. Installazione componenti sul client e verifiche tecniche e di funzionamento.	Tutta la struttura		Rendicontazione con evidenza dello stato di attuazione.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Informatica e Telecomunicazioni	1360	9085	6	Missione 1 Componente 1 Investimento 1.2 - Abilitazione al Cloud per le PA locali	Analisi della possibilità di partecipazione all'Avviso Pubblico multimisura 1.1 e 1.2 'Infrastrutture digitali e abilitazione al cloud' - ASL/AO e redazione documento di partecipazione.	Dirigenti		Sottomissione documenti di partecipazione al bando.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Informatica e Telecomunicazioni	1360	9078	7	Framework nazionale di cybersicurezza - identify - risk assessment	PM processo di risk assessment Visore Documenti Insiel ed eventuali configurazioni tecniche conseguenti all'esito del processo.	Tutta la struttura		Documento redatto e coerente con la tecnologia e le funzionalità a disposizione sul sistema applicativo Visore Documenti Insiel per i casi d'uso ASUGI.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Informatica e Telecomunicazioni	1360	9080	8	Framework nazionale di cybersicurezza - protect - access control	Progetto e implementazione di quattro segmenti di rete sicuri nell'area isontina: VLAN, policy di segregazione FW, autenticazione di rete.	Tutta la struttura		VLAN in uso.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Ingegneria Clinica	1340	9091	1	Acquisizione dispositivi nell'ambito della Missione 6 Salute del PNRR, Componente 2, Investimento 1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiature Sanitarie	Mettere in atto la programmazione annuale prevista dal PNRR. Effettuare il monitoraggio sullo stato di avanzamento della programmazione e rendicontazione.	Direttore di struttura		Relazione sull'attuazione della programmazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Ingegneria Clinica	1340	9092	2	Realizzazione nuove opere: Ospedale di Cattinara, PO di Monfalcone e PO di Gorizia	Partecipare alle riunioni propedeutiche alle nuove opere e coordinare l'attività relativa alle tecnologie biomediche.	Dirigenti		Relazione con evidenza degli incontri effettuati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Ingegneria Clinica	1340	9093	3	Acquisizione dispositivi nell'ambito della Missione 6 Salute del PNRR, Componente 2, Investimento 1.1.2	Predisporre gli atti amministrativi e la documentazione necessari all'acquisizione e alla rendicontazione.	Comparto		Documentazione validata e caricata entro le scadenze previste .	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Ingegneria Clinica	1340	9094	4	Sicurezza informatica: direttiva NIS - cybersecurity	Attività prodromiche all'effettuazione del censimento delle apparecchiature biomediche in termini di cybersicurezza.	Tutto il personale della struttura		Relazione sull'attività effettuata.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Ingegneria Clinica	1340	9095	5	Piano Investimenti Investimenti BMT	Raccolta e accorpamento dei dati relativi ai piani investimenti per BMT e alle loro articolazioni. Predisposizione unificata delle rendicontazioni.	Direttore di Struttura, dirigenti e comparto		Predisposizione delle rendicontazioni per gli investimenti in beni mobili e tecnologie secondo le rispettive scadenze, ai fini del loro invio alla Regione e all'ARCS.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Tecnologiche, Infrastrutture e Investimenti	SC Ingegneria Clinica	1340	9607C	6	Programma triennale degli investimenti 2021-2023 PNRR. Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'anno 2023	Mettere in atto la programmazione annuale del piano degli investimenti 2021-2023. Mettere in atto la programmazione annuale prevista dal PNRR. Effettuare il monitoraggio sullo stato di avanzamento del programma. Produrre una relazione finale sull'attuazione della programmazione. Reportistica puntuale.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	DIPARTIMENTO TECNICO Provveditorato DATO AI	Attuazione del programma triennale degli investimenti rispetto all'esercizio 2022 come da programmazione decreto n. 979/21. Relazione finale. Evidenza monitoraggio PNRR e sua attuazione. Relazione finale.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	Dipartimento Risorse Umane	2367	3502	1	Formazione e aggiornamento professionale	Adozione di un piano di formazione condiviso a livello dipartimentale.	Dirigenza		Invio della proposta di Piano formativo al Responsabile della Formazione.	Entro il 30/09/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Risorse Umane	Dipartimento Risorse Umane	2367	9603C	2	Attuazione Atto Aziendale. Definizione delle dotazioni organiche	Analisi degli indicatori di attività. Analisi della situazione teorica ed effettiva del personale dipendente. Definizione della dotazione organica per CDR di area Giuliana e Isontina. Realizzazione e trasmissione alla Direzione Strategica secondo quanto richiesto.	Direttore	Risorse umane PCG	Invio alla Direzione Strategica della dotazione organica di ASUGI.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano	2048	9026C	1	MESSA A SISTEMA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI: procedura recupero crediti	Procedura recupero crediti ASUGI. Coordinamento e omgenizzazione procedure con l'Area Isontina: Razionalizzazione dei percorsi e processi e scarico delle liste di carico dei crediti da sistema TS, su format per AeR, distinto per Area Isontina e Giuliana.	1) Picillo; Ciotta - Pikiz Elisa - Barbra Delise - Giulia Adamo - Francesca Polesel - Cristina Turco - Ilaria Parodi (Distretto n. 1) - 2) Barbara Zilli;	SC DAPOT AG - SC DAPOT AI	1. N° 1 incontro settimanale e conseguente produzione del progetto di riorganizzazione al 30.06.23. 2. Invio trimestrale delle liste di carico (per anno di competenza) dei crediti TS e GO al Direttore DAPOT AI e AG.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano	2048	9028C	2	MESSA A SISTEMA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI: gestione amministrativa delle convenzioni	Integrazione del processo relativo alla gestione amministrativa delle convenzioni e della fase esecutiva delle convenzioni con enti gestori di strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti.	Giulia Adamo - Napoli Patrizia - Giuseppina Paissan - Togni - Picillo - Pisu - DSM - DDD	SC DAPOT AG - SC DAPOT AI - DTS1	1. N. 1 incontro settimanali. 2. Produzione del progetto di riorganizzazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano	2048	1002C	3	UNIFICARE REGOLAMENTO ALPI in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura Regolamento unico ALPI e Tariffe Adempimenti applicativi conseguenti alla adozione del nuovo regolamento ALPI.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC DAPOT AG - SC DAPOT AI - SC PCG	Adozione Regolamento ALPI entro il 30/06/2023. Invio Circolare applicativa e nuova modulistica.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano	2048	9004C	4	Avvio dell'applicazione del nuovo sistema degli incarichi del personale del Comparto, delineato dal nuovo ordinamento professionale del CCNL 2.11.2022 (TIT III, CAPO III)	1. Trasposizione degli incarichi già assegnati alla data del 31.12.2022 nel nuovo sistema degli incarichi dal 1.1.2023 (applicazione art. 36 e 99 CCNL/2022). 2. Mappatura incarichi ASUGI (sia già istituiti e trasposti, sia da istituire/attivare), aggiornamento/descrizione incarichi in relazione alle tipologie contrattualmente previste (incarichi organizzativi, incarichi professionali, complessità media/elevata) in tutti i ruoli tenuto conto delle risorse disponibili. 3. Regolamento aziendale unificato che approva le regole di graduazione affidamento e revoca degli incarichi (comprensivo delle disposizioni organizzative di prima applicazione e nella fase transitoria), previa a. Istituzione nuovo fondo contrattuale (art. 103), verifica delle disponibilità storica e contrattazione con OOSS (art. 9) delle risorse incrementali rispetto allo storico per finalizzazione. b. Confronto con OOSS sui criteri (art. 6: conferimento, revoca, graduazione	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	RU GF RU RS DAPOT AG DAPOT AI	1. Trasposizione degli incarichi già istituiti alla data di entrata in vigore del CCNL e confermati nella nuova organizzazione. 2. Definizione e applicazione del nuovo assetto di ASUGI degli incarichi organizzativi e professionali del Comparto in coerenza con il nuovo Atto Aziendale, i regolamenti attuativi e nei diversi ambiti (sanitario, sociosanitario e tecnico-amministrativo) assetto attuato e stabile rispetto alla mappatura iniziale, entro 31/07/2023.	Entro il 31/07/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						funzioni). 4. Approvazione assetto incarichi con graduazione (art 24 e seguenti). 5. Avvio Procedure per il conferimento degli incarichi di nuova istituzione.				
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano	2048	9005C	5	Unificare i regolamenti relativi a ORARIO di LAVORO in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura definitiva Regolamento unico orario lavoro.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC GRU AREA GIURIDICA E FORMAZIONE - SC DAPOT AG/AI - SC GRU AREA ECONOMICA E RELAZIONI SINDACALI	1. Produzione e invio alla direzione strategica da parte del Direttore della SC GRU Area Giuridica del testo definitivo del Regolamento Orario lavoro. 2. Entro 15 gg dalla approvazione del testo da parte edlla direzione strategica convocazione OOSS.	1) 31/08/2023 2) 15 giorni dalla validazione della D Strategica
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano	2048	9006C	6	Unificare i regolamenti relativi alle VALUTAZIONI del PERSONALE in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura definitiva Regolamento unico sistema di valutazione del personale.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC GRU AREA GIURIDICA E FORMAZIONE - SC DAPOT AG/AI - SC GRU AREA ECONOMICA E RELAZIONI SINDACALI	1. Elaborazione del Regolamento nell'ottica dell'informatizzazione della procedura, e avvio contatti con GPI per implemetazione procedura informatizzata 2024. 2. Produzione e invio alla direzione strategica da parte del Direttore della SC GRU Area Giuridica del testo definitivo del Regolamento di Valutazione del personale (comparto e dirigenza). 3. Entro 15 gg dalla approvazione del testo da parte della direzione strategica convocazione OOSS.	1) 31/08/2023 2) 15 giorni dalla validazione della D Strategica
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano	2048	9034C	7	MESSA A SISTEMA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI: accordo attuativo Università TS e Asugi	Elaborazione dell'Accordo attuativo tra Università di Trieste e ASUGI relativo alla formazione della classi dei Corsi di Laurea e dei Corsi di Laurea magistrale delle professioni sanitarie.	Pikiz Elisa - Rossetti - Consales Consuelo - Louise Marin - Tiziana Spessot	SC DAPOT AG - SC GRU AREA GIURIDICA E FORMAZIONE - SC DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE AG/AI - SERVIZIO RIABILITATIVO AZIENDALE	Presentazione del documento alla direzione strategica.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Giuliano	2048	9035C	8	MESSA A SISTEMA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI ospedalieri e territoriali	Messa a sistema Processi amministrativi ospedalieri e territoriali.	Cristina Turco, Fosca Togni, Giulia Adamo, Delise Barbara, Elisa Pikiz, Paolo Querci	SC DAPOT AG - SC DAPOT AI - SC Innovazione e Sviluppo	1. Mappatura dei processi amministrativi territoriali (D.A.D.) ed ospedalieri e analisi dei medesimi. 2. Mappatura completa del personale ruolo amministrativo afferente ai Reparti Ospedalieri e DAD. 3. Proposta organizzativa alla direzione strategica della messa a sistema dei processi amministrativi di ambito ospedaliero e territoriale.	1-2) entro 31.10.23 3) entro 30.11.23
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa	2047	9025	1	Riorganizzazione logistica: riorganizzazione archivi aziendali	Riorganizzazione archivi aziendali.	Andrian Ciotta Benedicenti	SC DAPOT AI	Valutazione degli archivi interni Ospedale di	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
	Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino								Monfalcone con eliminazione documentazione secondo le procedure previste.	
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9026C	2	MESSA A SISTEMA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI: procedura recupero crediti	Procedura recupero crediti ASUGI Coordinamento e omgenizzazione procedure con l'Area Isontina: Razionalizzazione dei percorsi e processi e scarico delle liste di carico dei crediti da sistema TS, su format per AeR, distinto per Area Isontina e Giuliana.	1) Picillo; Ciotta - Pikiz Elisa - Barbra Delise - Giulia Adamo - Francesca Polese - Cristina Turco - Ilaria Parodi (Distretto n. 1) - 2) Barbara Zilli;	SC DAPOT AG - SC DAPOT AI	1. N° 1 incontro settimanale e conseguente produzione del progetto di riorganizzazione al 30.06.23. 2. Invio trimestrale delle liste di carico (per anno di competenza) dei crediti TS e GO al Direttore DAPOT AI e AG.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9033	3	Riorganizzazione logistica	Servizi esternalizzati.	Togni, Cocco	SC DAPOTI	Analisi servizi esternalizzati e valutazione di nuove esigenze di esternalizzazioni. Presentazione piano di fattibilità.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9028C	4	MESSA A SISTEMA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI: gestione amministrativa delle convenzioni	Integrazione del processo relativo alla gestione amministrativa delle convenzioni e della fase esecutiva delle convenzioni con enti gestori di strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti.	Giulia Adamo - Napoli Patrizia - Giuseppina Paissan - Togni - Picillo - Pisu - DSM - DDD	SC DAPOT AG - SC DAPOT AI - DTS1	1. N. 1 incontro settimanali. 2. Produzione del progetto di riorganizzazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9031	5	Riorganizzazione logistica: manutenzione ordinaria degli automezzi	Applicazione della procedura per la manutenzione ordinaria/straordinaria degli automezzi aziendali attenendosi ai protocolli richiesti dalla nuova ditta aggiudicataria.	Benedicenti - Andrian	SC DAPOT AI	Riduzione delle tempistiche di attesa per il ritiro dei mezzi da manutentare. Verifiche mensili.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9030	6	Riorganizzazione logistica: interventi per ricondurre acquisti a gara ARCS	Interventi per ricondurre acquisiti a gara arcs. Incontri con ciascun dipartimento clinico e dmo e farmacia.	Pecoraro, Maioretto, Dirai, Zhupa, Gjoia, Rocca	SC DAPOT AI	Percorso di incontro e informazione con i Dipartimenti clinici dell'Area Isontina e DMO con elaborazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9032	7	Riorganizzazione logistica: unificazione orario lavorativo dei centralini	Unificazione orario lavorativo dei centralini di Gorizia e Monfalcone.	Personale centralini di Gorizia e Monfalcone	SC DAPOT AI	Rispetto del nuovo protocollo aziendale sull'orario di lavoro.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9037	8	Riorganizzazione logistica: servizio trasporto ritiro e consegna farmaci	Servizio trasporto per ritiro e consegna farmaci da trasportare a temperatura ambiente\controllata (frigo), da Farmacia del Burlo, Farmacia Ufa del Maggiore, farmacia del Cattinara alle farmacie ed ai reparti Isontini, sulla base delle richieste urgenti (in giornata) o programmate (ritiro concordato).	Personale squadra trasporti aziendale Gorizia e Monfalcone	SC DAPOT AI	Ritardi nella consegna\ritiro in misura inferiore al 10% dell'attività annuale da rilevarsi a cura della titolare dell'incarico di funzione della DAPOT.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	1002C	9	UNIFICARE REGOLAMENTO ALPI in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura Regolamento unico ALPI e Tariffe Adempimenti applicativi conseguenti alla adozione del nuovo regolamento ALPI.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC DAPOT AG - SC DAPOT AI - SC PCG	Adozione Regolamento ALPI entro il 30/06/2023. Invio Circolare applicativa e nuova modulistica.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9004C	10	Avvio dell'applicazione del nuovo sistema degli incarichi del personale del Comparto, delineato dal nuovo ordinamento professionale del CCNL 2.11.2022 (TIT III, CAPO III)	1) Trasposizione degli incarichi già assegnati alla data del 31.12.2022 nel nuovo sistema degli incarichi dal 1.1.2023 (applicazione art. 36 e 99 CCNL/2022). 2. Mappatura incarichi ASUGI (sia già	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	RU GF RU RS DAPOT AG DAPOT AI	1. Trasposizione degli incarichi già istituiti alla data di entrata in vigore del CCNL e confermati nella nuova organizzazione. 2. Definizione e applicazione	Entro il 31/07/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>istituiti e trasposti, sia da istituire/attivare), aggiornamento/descrizione incarichi in relazione alle tipologie contrattualmente previste (incarichi organizzativi, incarichi professionali, complessità media/elevata) in tutti i ruoli tenuto conto delle risorse disponibili.</p> <p>3. Regolamento aziendale unificato che approva le regole di graduazione affidamento e revoca degli incarichi (comprensivo delle disposizioni organizzative di prima applicazione e nella fase transitoria), previa</p> <p>a. Istituzione nuovo fondo contrattuale (art. 103), verifica delle disponibilità storica e contrattazione con OOSS (art. 9) delle risorse incrementali rispetto allo storico per finalizzazione.</p> <p>b. Confronto con OOSS sui criteri (art. 6: conferimento, revoca, graduazione funzioni).</p> <p>4. Approvazione assetto incarichi con graduazione (art 24 e seguenti).</p> <p>5. Avvio Procedure per il conferimento degli incarichi di nuova istituzione.</p>			del nuovo assetto di ASUGI degli incarichi organizzativi e professionali del Comparto in coerenza con il nuovo Atto Aziendale, i regolamenti attuativi e nei diversi ambiti (sanitario, sociosanitario e tecnico-amministrativo) Assetto attuato e stabile rispetto alla mappatura iniziale, entro 31/07/2023.	
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9005C	11	Unificare i regolamenti relativi a ORARIO di LAVORO in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura definitiva Regolamento unico orario lavoro.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC GRU AREA GIURIDICA E FORMAZIONE - SC DAPOT AG/AI - SC GRU AREA ECONOMICA E RELAZIONI SINDACALI	<p>1. Produzione e invio alla direzione strategica da parte del Direttore della SC GRU Area Giuridica del testo definitivo del Regolamento Orario lavoro.</p> <p>2. Entro 15 gg dalla approvazione del testo da parte edlla direzione strategica convocazione OSS.</p>	<p>1) 31/08/2023</p> <p>2) 15 giorni dalla validazione della D Strategica</p>
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9006C	12	Unificare i regolamenti relativi alle VALUTAZIONI del PERSONALE in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura definitiva Regolamento unico sistema di valutazione del personale.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC GRU AREA GIURIDICA E FORMAZIONE - SC DAPOT AG/AI - SC GRU AREA ECONOMICA E RELAZIONI SINDACALI	<p>1. Elaborazione del Regolamento nell'ottica dell'informatizzazione della procedura, e avvio contatti con GPI per implemetazione procedura informatizzata 2024.</p> <p>2. Produzione e invio alla direzione strategica da parte del Direttore della SC GRU Area Giuridica del testo definitivo del Regolamento di Valutazione del personale (comparto e dirigenza).</p> <p>3. Entro 15 gg dalla approvazione del testo da parte della direzione strategica convocazione OSS.</p>	<p>1) 31/08/2023</p> <p>2) 15 giorni dalla validazione della D Strategica</p>

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9602C	13	Omogeneizzazione procedure gare tra Area Giuliana e Area Isontina	Analisi delle procedure di gara esistenti con evidenza delle difformità tra le due aree. Predisposizione di procedure di gara omogenee.	Direttore Dirigenza Comparto	DAPOT AI Provveditorato	A partire dal 1 ottobre tutte le procedure di gara sono omogenee tra Area Giuliana e Area Isontina. Evidenza di almeno 5 gare con procedura omogenea.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9607C	14	Programma triennale degli investimenti 2021-2023 PNRR. Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'anno 2023	Mettere in atto la programmazione annuale del piano degli investimenti 2021-2023. Mettere in atto la programmazione annuale prevista dal PNRR. Effettuare il monitoraggio sullo stato di avanzamento del programma. Produrre una relazione finale sull'attuazione della programmazione.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	DIPARTIMENTO TECNICO Provveditorato DATO AI	Attuazione del programma triennale degli investimenti rispetto all'esercizio 2022 come da programmazione decreto n. 979/21. Relazione finale. Evidenza monitoraggio PNRR e sua attuazione. Relazione finale.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9034C	15	MESSA A SISTEMA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI: accordo attuativo Università TS e Asugi	Elaborazione dell'Accordo attuativo tra Università di Trieste e ASUGI relativo alla formazione della classi dei Corsi di Laurea e dei Corsi di Laurea magistrale delle professioni sanitarie.	Pikiz Elisa - Rossetti - Consales Consuelo - Louise Marin - Tiziana Spessot	SC DAPOT AG - SC GRU AREA GIURIDICA E FORMAZIONE - SC DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE AG/AI - SERVIZIO RIABILITATIVO AZIENDALE	Presentazione del documento alla direzione strategica.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero e Territorio Isontino	2047	9035C	16	MESSA A SISTEMA DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI ospedalieri e territoriali	Messa a sistema Processi amministrativi ospedalieri e territoriali.	Cristina Turco, Fosca Togni, Giulia Adamo, Delise Barbara, Elisa Pikiz, Paolo Querci	SC DAPOT AG - SC DAPOT AI - SC Innovazione e Sviluppo	1. mappatura completa del personale ruolo amministrativo afferente ai Reparti Ospedalieri e DAD. 2. Mappatura dei relativi processi e analisi dei medesimi. 3. Proposta organizzativa alla direzione strategica della messa a sistema dei processi amministrativi di ambito ospedaliero e territoriale.	Entro il 30/09/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Economica e Relazioni Sindacali	2046	9003C	1	Mappatura dei nuovi centri di costo del personale e Creazione del nuovo albero dei CDC di ASUGI secondo nuovo modello organizzativo	Creazione dell'albero dei centri costo del personale e suo aggiornamento tempestivo.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC GRU - AGF SC PCG	Albero dei centri di costo operativo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Economica e Relazioni Sindacali	2046	9004C	2	Avvio dell'applicazione del nuovo sistema degli incarichi del personale del Comparto, delineato dal nuovo ordinamento professionale del CCNL 2.11.2022 (TIT III, CAPO III)	1. Trasposizione degli incarichi già assegnati alla data del 31.12.2022 nel nuovo sistema degli incarichi dal 1.1.2023 (applicazione art. 36 e 99 CCNL/2022). 2. Mappatura incarichi ASUGI (sia già istituiti e trasposti, sia da istituire/attivare), aggiornamento/descrizione incarichi in relazione alle tipologie contrattualmente previste (incarichi organizzativi, incarichi professionali, complessità media/elevata) in tutti i ruoli tenuto conto delle risorse disponibili. 3. Regolamento aziendale unificato che approva le regole di graduazione	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	RU GF RU RS DAPOT AG DAPOT AI	1. Trasposizione degli incarichi già istituiti alla data di entrata in vigore del CCNL e confermati nella nuova organizzazione. 2. Definizione e applicazione del nuovo assetto di ASUGI degli incarichi organizzativi e professionali del Comparto in coerenza con il nuovo Atto Aziendale, i regolamenti attuativi e nei diversi ambiti (sanitario, sociosanitario e tecnico-amministrativo). Assetto attuato e stabile rispetto alla mappatura iniziale, entro 31/07/2023.	Entro il 31/07/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						<p>affidamento e revoca degli incarichi (comprensivo delle disposizioni organizzative di prima applicazione e nella fase transitoria), previa</p> <p>a. Istituzione nuovo fondo contrattuale (art. 103), verifica delle disponibilità storica e contrattazione con OOSS (art. 9) delle risorse incrementalmente rispetto allo storico per finalizzazione.</p> <p>b. Confronto con OOSS sui criteri (art. 6: conferimento, revoca, graduazione funzioni).</p> <p>4. Approvazione assetto incarichi con graduazione (art 24 e seguenti).</p> <p>5. Avvio Procedure per il conferimento degli incarichi di nuova istituzione.</p>				
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Economica e Relazioni Sindacali	2046	9005C	3	Unificare i regolamenti relativi a ORARIO di LAVORO in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura definitiva Regolamento unificato orario di lavoro. Avvio confronto sindacale.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC DAPOT AG SC DAPOT AI SC GRU-AGF	1. Produzione e invio alla Direzione strategica del testo definitivo del Regolamento. 2. Avvio confronto sindacale.	1) 30/06/2023 2) 15 giorni dalla validazione della D Strategica
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Economica e Relazioni Sindacali	2046	9006C	4	Unificare i regolamenti relativi alle VALUTAZIONI del PERSONALE in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura definitiva Regolamento unificato valutazioni. Avvio confronto sindacale.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC DAPOT AG SC DAPOT AI SC GRU-AGF	1. Produzione e invio alla Direzione strategica del testo definitivo del Regolamento. 2. Avvio confronto sindacale.	1) 30/06/2023 2) 15 giorni dalla validazione della D Strategica
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Economica e Relazioni Sindacali	2046	9601C	5	Monitoraggio andamento di bilancio	Analisi dell'andamento economico sull'utilizzo delle risorse preventivate e evidenza degli scostamenti.	Direttore	Economico Finanziario PCG RS GF RS RS	Report analitici sull'andamento di bilancio con evidenza degli scostamenti dal preventivo.	Report periodici secondo tempistica della Direzione Strategica
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Economica e Relazioni Sindacali	2046	9001C	6	Manovra del personale /Monitoraggio andamento costi	1. Monitoraggio andamento costi del personale in relazione ai vincoli delle Linee di Gestione 2023. 2. Definizione e aggiornamento Piano Triennale dei Fabbisogni.	Trattamento Economico SS Relazioni Sindacali	SC GRU - AGF	Disponibilità report e documentazione entro le scadenze previste.	Scadenze trimestrali/periodiche
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Economica e Relazioni Sindacali	2046	9015C	7	Attuazione della Programmazione aziendale - PIAO sezione Anticorruzione 2023-2025	1. Attuazione degli adempimenti previsti dal PIAO 2023-2025 in materia di trasparenza. 2. Attuazione degli obblighi previsti dal PIAO 2023-2025 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo.	Tutta la struttura		1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione. 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze del PIAO.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Economica e Relazioni Sindacali	2046	9024	8	Perseo Sirio adesione per silenzio assenso: verifica-controllo e regolarizzazione delle posizioni del personale oggetto dell'accordo sottoscritto in data 16/09/2021 adesione silenti	1. Predisposizione di un file di riepilogo delle singole posizioni (circa 700) a cui apportare le modifiche. 2. Implementazione della sezione previdenziale nell'applicativo job time delle 700 posizioni. 3. Verifica della corretta elaborazione quadro D0 della dichiarazione mensile DMA. 4. Produzione di un report (excel) con l'elenco delle 700 posizioni ed	ufficio contributi ufficio previdenza		Regolarizzazione posizione contributiva dipendente in passweb.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						evidenza dell'acquisizione del flusso nell'applicativo PASSWEB.				
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9003C	1	Mappatura dei nuovi centri di costo del personale e Creazione del nuovo albero dei CDC di ASUGI secondo nuovo modello organizzativo	Creazione dell'albero dei centri costo del personale e suo aggiornamento tempestivo.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	SC Programmazione e controllo di gestione / SC GRU AERS	Albero dei centri di costo operativo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9603C	2	Attuazione Atto Aziendale. Definizione delle dotazioni organiche	Analisi degli indicatori di attività. Analisi della situazione teorica ed effettiva del personale dipendente. Definizione della dotazione organica per CDR di area Giuliana e Isontina. Realizzazione e trasmissione alla Direzione Strategica secondo quanto richiesto.	Direttore	Risorse umane PCG	Invio alla Direzione Strategica della dotazione organica di ASUGI.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9004C	3	Avvio dell'applicazione del nuovo sistema degli incarichi del personale del Comparto, delineato dal nuovo ordinamento professionale del CCNL 2.11.2022 (TIT III, CAPO III)	1. Trasposizione degli incarichi già assegnati alla data del 31.12.2022 nel nuovo sistema degli incarichi dal 1.1.2023 (applicazione art. 36 e 99 CCNL/2022). 2. Mappatura incarichi ASUGI (sia già istituiti e trasposti, sia da istituire/attivare), aggiornamento/descrizione incarichi in relazione alle tipologie contrattualmente previste (incarichi organizzativi, incarichi professionali, complessità media/elevata) in tutti i ruoli tenuto conto delle risorse disponibili. 3. Regolamento aziendale unificato che approva le regole di graduazione affidamento e revoca degli incarichi (comprensivo delle disposizioni organizzative di prima applicazione e nella fase transitoria), previa a. Sostituzione nuovo fondo contrattuale (art. 103), verifica delle disponibilità storica e contrattazione con OOSS (art. 9) delle risorse incrementali rispetto allo storico per finalizzazione. b. Confronto con OOSS sui criteri (art. 6: conferimento, revoca, graduazione funzioni). 4. Approvazione assetto incarichi con graduazione (art 24 e seguenti). 5. Avvio Procedure per il conferimento degli incarichi di nuova istituzione.	Direttore Dirigenti incarichi di funzione	RU GF RU RS DAPOT AG DAPOT AI	1. Trasposizione degli incarichi già istituiti alla data di entrata in vigore del CCNL e confermati nella nuova organizzazione. 2. Definizione e applicazione del nuovo assetto di ASUGI degli incarichi organizzativi e professionali del Comparto in coerenza con il nuovo Atto Aziendale, i regolamenti attuativi e nei diversi ambiti (sanitario, sociosanitario e tecnico-amministrativo). Assetto attuato e stabile rispetto alla mappatura iniziale, entro 31/07/2023.	Entro il 31/07/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9005C	4	Unificare i regolamenti relativi a ORARIO di LAVORO in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura definitiva Regolamento unificato orario di lavoro. Avvio confronto sindacale.	Ufficio Giuridico/Presenze Assenze	SC GRU AERS SC DAPOT AG SC DAPOT AI	1. Produzione e invio alla Direzione strategica del testo definitivo del Regolamento. 2. Avvio confronto sindacale.	1) 31/08/2023 2) 15 giorni dalla validazione della D Strategica
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area	3456	9006C	5	Unificare i regolamenti relativi alle VALUTAZIONI del PERSONALE in ambito aziendale(ASUGI)	Stesura definitiva Regolamento unificato valutazioni. Avvio confronto sindacale.	Ufficio Giuridico	SC GRU AERS SC DAPOT AG SC DAPOT AI	1. Produzione e invio alla Direzione strategica del testo	1) 31/08/2023 2) 15 giorni dalla

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
	Giuridica e Formazione								definitivo del Regolamento. 2. Avvio confronto sindacale.	validazione della D Strategica
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9601C	6	Monitoraggio andamento di bilancio	Analisi dell'andamento economico sull'utilizzo delle risorse preventivate e evidenza degli scostamenti.	Direttore	Economico Finanziario PCG RS GF RS RS	Report analitici sull'andamento di bilancio con evidenza degli scostamenti dal preventivo.	Report periodici secondo tempistica della Direzione Strategica
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9001C	7	Manovra del personale /Monitoraggio andamento costi	1. Monitoraggio andamento costi del personale in relazione ai vincoli delle Linee di Gestione 2023. 2. Definizione e aggiornamento Piano Triennale dei Fabbisogni.	Acquisizione e reclutamento	SC GRU - AERS	Disponibilità report e documentazione entro le scadenze previste.	Scadenze trimestrali/periodiche
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9008	8	Monitoraggio situazione assistenza primaria e pediatrica	Predisposizione periodica della situazione dell'assistenza primaria e pediatrica su file .Xls al fine della predisposizione delle zone carenti e dell'eventuale conferimento di incarichi provvisori oppure incarichi presso gli Ambulatori Sperimentali di Assistenza Primaria (ASAP).	Tutto il personale dell'Ufficio medicina convenzionata (comparto e dirigente)		Predisposizione entro le date definite dalla Regione delle zone carenti 2023. Predisposizione della documentazione riepilogativa dell'assistenza primaria e pediatrica in tempo utile per il conferimento degli incarichi provvisori/ASAP.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9010	9	Implementazione Accordo Sperimentale Assistenza Primaria (dicembre 2022)	Definire il percorso amministrativo ed economico per l'attuazione dell'accordo.	Tutto il personale dell'Ufficio medicina convenzionata (comparto e dirigente)		Vengono effettuati gli adempimenti amministrativi ed economici necessari per l'operatività dell'accordo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9011	10	Implementazione Accordo massimali MMG (dicembre 2022)	Definire il percorso amministrativo ed economico per l'attuazione dell'accordo.	Tutto il personale dell'Ufficio medicina convenzionata (comparto e dirigente)		Vengono effettuati gli adempimenti amministrativi ed economici necessari per l'operatività dell'accordo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9012	11	Certificazione di qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 del Provider ECM ASUGI - 1 visita di sorveglianza	Revisione della documentazione relativa al SQG del Provider ASUGI: a. Manuale della qualità. b. Procedure gestionali. c. Istruzioni operative. d. La modulistica collegata.	PO Responsabile Aggiornamento e Formazione, Referente qualità e personale afferente alla funzione		Rapporto di AUDIT con esito positivo.	Entro il 30/06/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9013	12	Percorso di Accreditazione all'eccellenza Accreditation Canada 2021-2023	Realizzazione dei percorsi di Formazione sul Campo (gruppi di miglioramento/lavoro/studio) rivolti a tutti i Team di autovalutazione con l'obiettivo di facilitare la valutazione degli standard di accreditamento.	PO Responsabile Aggiornamento e Formazione, personale afferente alla funzione		Realizzazione dei percorsi formativi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9014	13	Implementazione delle azioni necessarie all'utilizzo del nuovo applicativo gestionale TOM per la raccolta del fabbisogno formativo da parte degli afferenti delle articolazioni aziendali	1. Realizzazione di un tutorial dedicato. 2. Divulgazione del tutorial esplicativo a tutti i Responsabili e Referenti della formazione. 3. Attivazione di un evento formativo dedicato ai Responsabili e Referenti della formazione per l'acquisizione delle competenze specifiche.	PO Responsabile Aggiornamento e Formazione, personale afferente alla funzione		Realizzazione e divulgazione del tutorial e realizzazione del percorso formativo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9015C	14	Attuazione della Programmazione aziendale - PIAO sezione Anticorruzione 2023-2025	1. Attuazione degli adempimenti previsti dal PIAO 2023-2025 in materia di trasparenza. 2. Attuazione degli obblighi previsti dal PIAO 2023-2025 in tema di anticorruzione e gestione del rischio amministrativo.	Tutta la struttura		1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione. 2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o la	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									Direzione ove richiesto, nel rispetto delle scadenze del PIAO.	
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9017	15	Attuazione del PIAO 2023-2025 sezione Anticorruzione e trasparenza	1. D.lgs. 33/2013 - Verifica del rispetto degli obblighi di trasparenza: monitoraggio quadrimestrale dello stato di attuazione degli obblighi in materia di trasparenza. 2. Monitoraggio dello stato di attuazione delle misure previste dal PTPCT nell'ambito della prevenzione della corruzione.	PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza		1. Trasmissione al RPCT di un report riepilogativo del monitoraggio degli obblighi di trasparenza entro il mese successivo ad ogni quadrimestre, per il conseguente inoltro alle strutture aziendali e alla Direzione aziendale. 2. Monitoraggio e controllo periodico della corretta attuazione delle misure previste dal PIAO sezione Anticorruzione, in collaborazione con i Responsabili e Referenti delle Strutture competenti; trasmissione al RPCT di un report semestrale relativo al monitoraggio effettuato.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9018C	16	Attuazione del PIAO/PNA 2019 - Rafforzamento delle analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e della selezione del personale	Mappatura dei processi e valutazione dei rischi di almeno 5 sccc aziendali nei settori degli appalti pubblici e della selezione del personale.	RPCT e PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Acquisizione e reclutamento solo per la parte di diretta competenza	SC Provveditorato Economato SC Edilizia e Impianti Area Giuliana SC Edilizia e Impianti Area Isontina SC Direzione amministrativa di presidio ospedaliero e Territorio Isontino	Valutazione dei rischi di almeno 5 SCCC.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9019	17	Adeguamento alla nuova disciplina del Whistleblowing (DLGS 10/3/2023, n. 24)	Predisposizione del nuovo Regolamento sulla gestione delle segnalazioni di illecito in adeguamento alla nuova disciplina introdotta dal DLGS 24/2023.	RPCT e PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza		Predisposizione del Regolamento e trasmissione alla Direzione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9020C	18	Attuazione PNA 2022 e PIAO 2023-2025	Aggiornamento del Regolamento relativo alla gestione delle c.d. "operazioni sospette" di riciclaggio e finanziamento del terrorismo.	RPCT	SC Economico Finanziaria	Predisposizione del Regolamento e trasmissione alla Direzione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Risorse Umane	SC Gestione Risorse Umane - Area Giuridica e Formazione	3456	9021	19	Attuazione Linee di Gestione SSR (DGR 480/2023) - Attività di coordinamento - punto 7.4	Partecipazione al tavolo interaziendale degli enti del SSR dei RPCT e personale di supporto. Definizione di un regolamento unico regionale per le incompatibilità e i conflitti di interessi per la partecipazione alle procedure di gara entro il 31/12/2023.	RPCT e PO Ufficio Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	SC Provveditorato Economato SC Edilizia e Impianti Area Giuliana SC Edilizia e Impianti Area Isontina SC Direzione amministrativa di presidio ospedaliero e Territorio Isontino	Partecipazione agli incontri del tavolo interaziendale e predisposizione del Regolamento.	Entro il 31/12/2023

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6001	1	Programmi di screening HCV : Garantire l'offerta opportunistica alle coorti 1969 – 1989 per di effettuazione di esami ematici	Raccolta consenso informato previa consegna informativa e privacy ed esecuzione del prelievo.	POLIAMBULATORI DAI (Cormons e Gradisca) – RSA DAI (Gorizia e Cormons) – SID		N. prelievi eseguiti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6002	2	Odontoiatria pubblica: erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore.	Mantenimento della media dei singoli centri erogatori e di quella aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5. Raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1.	POLIAMBULATORI DAI (Gradisca)		Evidenza del n. prestazioni.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6004	3	Odontoiatria pubblica: reportistica trimestrale sulle liste di attesa	Invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre.	POLIAMBULATORI DAI (Gradisca)		Evidenza dei report inviati trimestralmente.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6094C	4	Migliorare il Tasso di pazienti trattati in ADI LLGG 20232 - Indicatori Lea Core (D222) CIA 1 >= 5 CIA 2 >= 2,5 CIA 3 >= 2	Implementazione del gestionale Cartelle Utente e miglioramento della qualità delle informazioni tramite corretto suo utilizzo secondo criteri condivisi e uniformi a livello locale e regionale.	Comparto SID SRD	Distretto DAI	CIA 1,CIA 2,CIA 3 2023> 2022	ultimo quadrimestre 2023 vs 2022
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6005	5	Odontoiatria pubblica:definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività.	Definire una razionalizzazione dei materiali impiegati nella attività. Raffronto spesa con evidenza di razionalizzazione del consumo tra 2022 - 2023.	POLIAMBULATORI DAI (Gradisca)		Raffronto spesa con evidenza di razionalizzazione del consumo tra 2022 - 2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6006	6	Assistenza primaria: appropriatezza prescrittiva	Realizzare un'analisi di appropriatezza delle prescrizioni effettuate Inviare all'UCAD il risultato dell'analisi	POLIAMBULATORI DAI (Gradisca Cormons)		N. prescrizioni NON appropriate/ n. prescrizioni totali - invio all'UCAD (tramite protocollo) del risultato analisi dati raccolti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6007	7	Accreditamento: azioni di miglioramento informativo per l'utenza	Revisione e/o creazione degli strumenti per l'informazione al cittadino.	POLIAMBULATORI DAI (Cormons e Gradisca) – RSA DAI (Gorizia e Cormons) – SID – PUA – ICA – AFIR - AFT		Carta dei servizi, cartellonistica varia, aggiornamento del sito aziendale.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6008	8	Specialistica ambulatoriale territoriale	Garantire l'attivazione e supportare l'organizzazione dei nuovi ambulatori di specialistica territoriale.	POLIAMBULATORI DAI (Cormons e Gradisca)		N. viste effettuate.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6095C	9	Implementare la rete della terapia del dolore mediante potenziamento dell'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 qualitativo e quantitativo raggiunto di integrazione tra i servizi di terapia	Direttore di Distretto	Distretto DAI	Relazione inviata DCS e ARCS entro il 31/12/2026.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						antalgica ospedalieri e la medicina generale.				
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6009	10	Rischio clinico: monitoraggio lesioni difficili e infezioni ospedaliere	Garantire il monitoraggio tramite il tracciamento delle lesioni difficili e da pressione. Monitoraggio gestione CVP, CVC.	RSA Gorizia (nucleo GCA) e Cormons – SID		Report mensili.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6010	11	Integrazione socio-sanitaria: dimissioni protette – solo Servizi Sanitari	Garantire le dimissioni protette in situazioni di fragilità – solo Servizi Sanitari.	RSA Gorizia (nucleo GCA) e Cormons – SID – ICA – PUA		n. casi dimessi in condizione protetta.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6011	12	Integrazione socio-sanitaria: dimissioni protette con coinvolgimento del Servizio Sociale	Garantire le dimissioni protette in situazioni di fragilità con coinvolgimento del Servizio Sociale.	RSA Gorizia (nucleo GCA) e Cormons – SID – ICA – PUA		N. casi dimessi in condizione protetta con attivazione del sociale e n. UVM.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6012	13	Integrazione socio-sanitaria: dimissioni protette con presa in carico	Garantire le dimissioni protette in situazioni di fragilità con presa in carico.	ICA - PUA - SID		N. prese in carico over 65 aa con PAI SI 2023>2022.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6096C	14	Incrementare la copertura assistenziale della popolazione anziana in ADI	Effettuare la valutazione multidimensionale tramite scheda Val.Graf e aggiornarla secondo quanto previsto dalle linee guida. Migliorare la presa in carico negli over 65 predisponendo il progetto personalizzato (PAI /PRI) nei casi che lo richiedono.	Comparto SID SRD	Distretto DAI	Copertura assistenziale popolazione over 65 2023 >2022. Tutte le persone con PAI o PRI hanno la valutazione tramite scheda valgraf. La scheda valgraf risulta aggiornata nel 95% dei casi.	ultimo quadrimestre 2023 vs 2025
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	8021C	15	Attivazione dell'attività ecocardio/vascolare ed Holter nell'Isontino	1. Creazione di un protocollo ed organizzazione delle agende per l'accesso alle prestazioni. 2. Training del personale coinvolto nel progetto. 3. Attività strumentale ecocardiografica, ecocolorDoppler e Holter ECG.	Giorgio Faganello, Maurizio Fiscaro, Chiara Cappelletto, Luisa Mattei, Donatella Radini. Personale medico, infermieristico e tecnico amministrativo della SC Patologie Cardiovascolari. Personale infermieristico Poliambulatori DAI	Poliambulatori DAI (referente Coord. De Leo Barbara) in collaborazione con CCV di Trieste	1. Produzione di protocollo operativo ed apertura agende in Area Isontina. 2. Attività di training del personale coinvolto. 3. Inizio attività strumentale ecocardiografica, ecocolorDoppler vascolare ed Holter ECG ≥1 seduta/mese in Area Isontina.	1) Entro il 30/06/2023. 2) Entro il 30/6/2023. 3) Entro il 30/6/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6013	16	Ampliamento offerta ambulatoriale attività SOLO ECG	Attività solo ECG nella sede di Gradisca da giugno 2023 (invece di 4 ECG/settimana, 8 ECG/settimana).	Personale infermieristico Poliambulatori DAI		N° ECG eseguiti da giugno a dicembre.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6014	17	Miglioramento della sicurezza del percorso di tracciabilità prelievo ematico proveniente dal territorio	Creazione di una postazione ad hoc a Gradisca per esecuzione check out prelievi SID.	Personale infermieristico Poliambulatori DAI	Personale infermieristico SID DAI	N° check out eseguiti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6015C	18	Valutazione dell'adeguatezza prescrittiva degli inibitori di pompa protonica come da linee guida aziendali e nota AIFA	Revisione delle terapie degli assistiti in RSA-DAI procedendo a graduale scalaggio fino a eventuale sospensione del PPI nei casi possibili.	Medici RSA-DAI (Gorizia Cormons)	RSA-DAI	Sospensione in dimissione nelle situazioni indicate nell'utilizzo dei PPI. Reportistica.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6016	19	PRISMA 7: intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità	Sorveglianza attiva degli elenchi degli utenti over 75 segnalati, al Distretto, come potenzialmente fragili, secondo lo score PRISMA 7 attraverso: a. Il controllo tramite canali aziendali disponibili per la conferma delle situazioni di difficoltà funzionali sconosciute al sistema socio-assistenziale territoriale al fine di una presa in carico anticipata. b. La compilazione delle schede di	Dott.ssa Silvia Paulovich, Dirigente Medico		Report fine anno su attività svolta.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						lavoro condivise per una maggiore uniformità e migliore possibilità di confronto tra le equipe distrettuali regionali facenti parte del progetto. c. La partecipazione come referente del gruppo di lavoro atto a strutturare un percorso di presa in carico condivisa, a partire dall'intervista di secondo livello, tenuto conto dei diversi contesti territoriali e organizzativi regionali.				
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6103C	20	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	1. Individuare due diverse strutture residenziali per anziani collocate nel territorio di competenza del Distretto Alto Isontino in cui svolgere visita di audit approfondita. 2. Organizzare ed effettuare visita di audit approfondita nelle due diverse strutture residenziali per anziani individuate tra quelle collocate nel territorio di competenza del Distretto Alto Isontino.	Dott. Giacomo Benedetti Direttore DAI - Dott. Fabio Verzeznassi Referente infermieristico - De Leo Barbara Coordinatrice infermieristica		2 Visite di audit - relazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6018C	21	Collaborazione alla formulaione del Documento "Riorganizzazione della Funzioni Territoriali. Programmazione attuativa dei nuovi modelli di assistenza territoriale di cui al DM 77/22 al PNRR- Missione 6."	Produzione di un documento di sintesi delle funzioni di DAD, Areee Territoriali e distretti, da presentare alla Direzione Socisanitaria al fine di elaborare il documento: "Riorganizzazione della Funzioni Territoriali. Programmazione attuativa dei nuovi modelli di assistenza territoriale di cui al DM 77/22 al PNRR- Missione 6.", come da decreto DG n. 105 dd 07/02/23 con affidamento della responsabilità progettuale finalizzata alla predisposizione di una proposta di attuazione, da sottoporre alla Direzione Strategica, nei tempi da essa definiti, delle funzioni previste per le SC Distretto in coerenza con le Declaratorie delle funzioni di cui al Decreto 701 e con particolare riferimento allo sviluppo delle Cure Primarie in coerenza con i contenuti di cui al DM 77/22, per l'area territoriale isontina e giuliana.	Direttore Distretto 2/ Alto Isontino	Direttore Distretto Basso Isontino	Produzione e trasmissione del Documento entro il 31/03/2023.	Entro il 31/03/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6019C	22	ASSICURARE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE INERENTI LA FORNITURA DI BENI E SERVIZI PER LA PROTESICA NONOSTANTE L'ASSENZA PROLUNGATA DI UNA DIPENDENTE A PARTIRE DAL MESE DI FEBBRAIO 2023	Riassegnazione delle attività tra il personale amministrativo del distretto alto isontino delle sedi di Gorizia e di Cormons per garantire l'emissione degli ordini nso relativi alla protesica e la liquidazione dei rispettivi costi 2023.	Personale amministrativo COMPARTO: SCOCCO - BRAIDA - SKORJANC	SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO - AREA ISONTINA	Liquidate tutte le fatture relative agli ordini nso per la protesica emessi nel corso del 2023.	01/02/2023 - 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6021	23	CONDIVISIONE DI ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRA DISTRETTO BASSO ISONTINO E IL DISTRETTO	Confronto e verifica delle attività amministrative svolte in autonomia	Tutto il personale COMPARTO		Unificazione delle procedure e delle modalita' di erogazione	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					ALTO ISONTINO PER L'ADOZIONE DEGLI STESSI PERCORSI E DELLE STESSE MODALITA' OPERATIVE	dai 2 distretti ma con la condivisione di percorsi comuni.	amministrativo della SC Alto isontino		dei servizi amministrativi distrettuali nell'area isontina.	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Alto Isontino	1002	6022	24	LIQUIDAZIONE DI TUTTE LE FATTURE DEL D.A.I. RELATIVE AL 2023 ENTRO LA DATA DI SCADENZA	Verifica mensile del file inviato dal servizio economico finanziario con l'indicazione delle fatture in scadenza e non ancora liquidate.	Personale del COMPARTO amministrativo: SCOCCO - KRAINER		Fatture 2023 liquidate entro la data di scadenza.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6018C	1	Collaborazione alla formulaione del Documento "Riorganizzazione della Funzioni Territoriali. Programmazione attuativa dei nuovi modelli di assistenza territoriale di cui al DM 77/22 al PNRR- Missione 6."	Produzione di un documento di sintesi delle funzioni di DAD, Areee Territoriali e distretti, da presentare alla Direzione Socisanitaria al fine di elaborare il documento: "Riorganizzazione della Funzioni Territoriali. Programmazione attuativa dei nuovi modelli di assistenza territoriale di cui al DM 77/22 al PNRR- Missione 6.", come da decreto DG n. 105 dd 07/02/23 con affidamento della responsabilità progettuale finalizzata alla predisposizione di una proposta di attuazione, da sottoporre alla Direzione Strategica, nei tempi da essa definiti, delle funzioni previste per le SC Distretto in coerenza con le Declaratorie delle funzioni di cui al Decreto 701 e con particolare riferimento allo sviluppo delle Cure Primarie in coerenza con i contenuti di cui al DM 77/22, per l'area territoriale isontina e giuliana.	Direttore fDistretto Basso Isontino	Direttore Distretto 2 Trieste/Alto Isontino	Produzione e trasmissione del Documento entro il 31/03/2023.	Entro il 31/03/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6015C	2	Valutazione dell'adeguatezza prescrittiva degli inibitori di pompa protonica come da linee guida aziendali e nota AIFA	Revisione delle terapie all'ingresso e alla dimissione degli assistiti in RSA-DBI procedendo a graduale scalaggio fino a eventuale sospensione del PPI nei casi possibili.	Medici RSA-DBI	RSA-DBI	Riduzione-sospensione nell'utilizzo dei PPI in almeno 20 assistiti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6024	3	Miglioramento della lettera di dimissione degli assistiti in RSA-DBI	Integrazione, nella lettera di dimissione, di tutti i servizi attivati nel corso della degenza in RSA-DBI e dei fattori di rischio presenti alla dimissione.	Medici RSA-DBI	Servizi Sociali, SID/SAD e Servizio di Fisioterapia Domiciliare	Tutte le lettere di dimissione vengono integrate con i nuovi dati a partire dal 20 marzo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6094C	4	Migliorare il Tasso di pazienti trattati in ADI LLGG 20232 - Indicatori Lea Core (D222) CIA 1 >= 5 CIA 2 >= 2,5 CIA 3 >= 2	Implementazione del gestionale Cartelle Utente e miglioramento della qualità delle informazioni tramite corretto suo utilizzo secondo criteri condivisi e uniformi a livello locale e regionale.	Comparto SID SRD	Distretto DBI	CIA 1, CIA 2, CIA 3 2023> 2022	ultimo quadrimestre 2023 vs 2022
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	2703C	5	Creazione di un percorso per l'accoglimento dei pazienti con problematiche sociali presso l'RSA-DBI direttamente dal Pronto Soccorso	Presa in carico dei "casi sociali" allertando, da subito, i Servizi Sociali di competenza per attivare, nel minor tempo possibile, il processo di deospedalizzazione facendosi carico dei bisogni sia sociali che socio-sanitari.	Medici RSA-DBI	Pronto Soccorso e Servizi Sociali	Accoglimento di almeno 40 assistiti direttamente dal Pronto Soccorso evitando il ricovero in ambito ospedaliero.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6025	6	verifica conformità ambulatori mmg afferenti al dbi e partecipanti ad una medicina di gruppo integrata	Verifica della connessione informatica tra il singolo medico e le restanti componenti della medicina di gruppo. Verifica della corretta pubblicazione di tutti i nominativi e recapiti dei medici della medicina di gruppo. Verifica dell'adeguatezza dell'ambulatorio. Verifiche a carico di MMG di nuova convenzione. Membri medicina di gruppo di nuova costituzione.	dott.ssa Silvia Della Corte Dirigente Medico		Esecuzione 100% sopralluoghi ambulatoriali. Stesura di un documento attestante la verifica per ciascun sopralluogo. Inoltre dei documenti di verifica alla direzione distrettuale e alla medicina convenzionata di ASUGI.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6026	7	Istituzione, organizzazione e monitoraggio ambulatori ASAP e SISAP	Supporto organizzativo e monitoraggio dei flussi. Supervisione agli ordini di farmaci e presidi. Supporto per l'informatizzazione del servizio.	dott.ssa Silvia Della Corte Dirigente medico		Istituzione di database giornaliero dei flussi e invio al Direttore di Distretto. Supervisione agli ordini di farmaci e presidi. Sopralluoghi periodici e breve rendiconto al Direttore di distretto via e-mail.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6016	8	PRISMA 7: intervento di sorveglianza attiva rivolto alla popolazione anziana a rischio di fragilità	Sorveglianza attiva degli elenchi degli utenti over 75 segnalati, al Distretto, come potenzialmente fragili, secondo lo score PRISMA 7 attraverso: a. Il controllo tramite canali aziendali disponibili per la conferma delle situazioni di difficoltà funzionali sconosciute al sistema socio-assistenziale territoriale al fine di una presa in carico anticipata. b. La compilazione delle schede di lavoro condivise per una maggiore uniformità e migliore possibilità di confronto tra le equipe distrettuali regionali facenti parte del progetto. c. La partecipazione come referente del gruppo di lavoro atto a strutturare un percorso di presa in carico condivisa, a partire dall'intervista di secondo livello, tenuto conto dei diversi contesti territoriali e organizzativi regionali.	Dott.ssa Giovanna Marzaro, Dirigente Medico		Report quadrimestrale su attività svolta.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6095C	9	Implementare la rete della terapia del dolore mediante potenziamento dell'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 qualitativo e quantitativo raggiunto di integrazione tra i servizi di terapia analgica ospedalieri e la medicina generale.	Direttore di Distretto	Distretto DBI	Relazione inviata DCS e ARCS entro il 31/12/2025.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6103C	10	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di	1. Individuare due diverse strutture residenziali per anziani collocate nel territorio di competenza del Distretto Basso Isontino in cui svolgere visita di audit approfondita.	Dott.ssa Giovanna Marzaro Dirigente medico		Visite di audit a tutte le strutture afferenti al Distretto Basso Isontino. Produzione e trasmissione al direttore di Distretto entro il	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	2. Organizzare ed effettuare visita di audit approfondita nelle due diverse strutture residenziali per anziani individuate tra quelle collocate nel territorio di competenza del Distretto Basso Isontino.			31/05/22 di una relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso del 2022.	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6029	11	Attuare una strategia operativa codificata e condivisa tra MMG, medico del Distretto e personale infermieristico dei Distretti del Basso Isontino per inserire in agenda dedicata cardiologica (senza passare dal CUP) gli utenti che necessitano di rinnovo del Piano Terapeutico per il farmaco "Ranexa".	Creare in agenda Cup-Web dei posti dedicati a disposizione del solo ambulatorio cardiologico, per l'accettazione delle richieste inviate dai MMG per il controllo cardiologico e rinnovo del Piano Terapeutico - creazione di un registro apposito per la registrazione dei P. Terapeutici.	tutto il personale infermieristico dei due Poliambulatori Monfalcone Grado del Distretto Basso Isontino	I Poliambulatori del DBI Monfalcone e Grado	Garantire il 100% della presa in carico delle richieste "rinnovo PT Ranexa" diminuendo il tempo d'attesa per la prenotazione e coprendo la necessità di continuità della terapia farmacologica. Report di verifica due volte all'anno uno ogni sei mesi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6030	12	Garantire ad iso-risorse la presenza costante di personale infermieristico durante l'attività dei Poliambulatori di Grado e Monfalcone utilizzando il personale di entrambe le sedi a copertura di eventuali criticità che pregiudichino l'attività dei servizi ambulatoriali e/o l'allungamento delle liste d'attesa.	Coinvolgere e motivare il gruppo infermieristico delle due sedi Distrettuali per individuare la disponibilità individuale.	tutto il personale infermieristico e Coordinatore infermieristico e Resp. Infermieristico	poliambulatori DBI Monfalcone e Grado	Mantenere aperta l'attività nei due Poliambulatori di Grado e Monfalcone con assistenza infermieristica presente.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6031	13	Mantenimento dell'attività dell'ambulatorio di urologia nonostante le quiescenze di dicembre 2022 e luglio 2023	Mantenimento in sede Distrettuale dell'ambulatorio di urologia ospedaliera attraverso una reingegnerizzazione del personale ad isorisorse.	Responsabile Infermieristico DBI Personale infermieristico	poliambulatorio DBI Monfalcone	Organizzazione delle risorse infermieristiche del Poliambulatorio distrettuale per garantire l'apertura dell'ambulatorio di urologia per almeno due volte alla settimana garantendo le ferie del periodo estivo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6096C	14	Incrementare la copertura assistenziale della popolazione anziana in ADI	Effettuare la valutazione multidimensionale tramite scheda Val.Graf e aggiornarla secondo quanto previsto dalle linee guida. Migliorare la presa in carico negli over 65 predisponendo il progetto personalizzato (PAI /PRI) nei casi che lo richiedono.	Comparto SID SRD	Distretto DBI	Copertura assistenziale popolazione over 65 2023 >2022. Tutte le persone con PAI o PRI hanno la valutazione tramite scheda valgraf. La scheda valgraf risulta aggiornata nel 95% dei casi.	ultimo quadrimestre 2023 vs 2024
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6032	15	Mantenimento dell'attività amb. Oculistica nonostante le quiescenze di dicembre 2022 e luglio 2023	Mantenimento in sede Distrettuale dell'ambulatorio di oculistica ospedaliera attraverso una reingegnerizzazione del personale ad isorisorse.	Responsabile Infermieristico DBI Personale infermieristico	poliambulatorio DBI Monfalcone	Organizzazione delle risorse infermieristiche del Poliambulatorio distrettuale per garantire l'apertura dell'ambulatorio di oculistica per almeno tre volte alla settimana garantendo le ferie del periodo estivo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6035	16	Aggiornamento della procedura specifica per la dimissione del paziente fragile che rientra a domicilio	Inserimento nel programma "Cartella Distretto" dei dati per la continuità socio assistenziale.	Infermieri e Oss	Rsa-dbi	N. dimissioni dei pazienti fragili a domicilio.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6036	17	Accreditamento Canada 2021 -2023	Preparazione e gestione della visita di Accreditamento attraverso incontri multiprofessionale prevista per novembre 2023.	Coordinatore	RSA -dbi	N.2 incontri.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isondino	1001	6037	18	REVISIONE DEL PERCORSO DI ATTIVAZIONE DELL'AFT NELLA PRESA IN CARICO DISTRETTUALE DEGLI UTENTI CON SCOMPENSO CARDIACO	1. Costituzione di un gruppo di lavoro pua-aft-ica. 2. Avvio di audit. 3. Revisione del percorso di attivazione aft. 4. Condivisione a livello distrettuale.	PUA -ICA -AFT		Almeno 3 audit con evidenza delle valutazioni e criticità' e formalizzazione delle proposte di miglioramento.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isondino	1001	6038	19	GARANTIRE LA SORVEGLIANZA LEGGERA E PRESA IN CARICO ANTICIPATA DEGLI ANZIANI POTENZIALMENTE FRAGILI	1. Promuovere la collaborazione e integrazione tra i diversi servizi distrettuali (pua, ica aft). 2. Creazione di una scheda per la condivisione delle informazioni.	PUA -ICA -AFT		Evidenza della scheda di tracciamento.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isondino	1001	6039	20	Aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare riferite alla presa in carico della popolazione di età superiore ai 65 anni di età	Presenza in carico e valutazione infermieristica di tutte le segnalazioni ricevute riferite a utenti over 65.	Tutto il personale SID DBI		Evidenza del totale delle prestazioni rese in assistenza infermieristica domiciliare riferite alle prese in carico di utenti over 65.	dal 1/1/2023 al 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isondino	1001	6040	21	Implementazione e registrazione della programmazione delle prestazioni di assistenza domiciliare e loro gestione informativa, primariamente all'interno della Cartella Distretto 4.0, per una gestione integrata della presa in carico con tutti i servizi territoriali.	Inserimento di files e relazioni di attività infermieristica e/o multidisciplinare di tipo prestazionale in Cartella Distretto 4.0 (Diario Infermieristico, Programmazione interventi, gestione accessi).	Tutto il personale SID DBI		Il 100% delle attività assistenziali sono programmate in Cartella Distretto 4.0. Il 100% della documentazione infermieristica relativa alle PIC è inserita in Cartella Distretto 4.0.	dal 1/1/2023 al 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isondino	1001	6041	22	Verifica di completezza, correttezza e coerenza di dati e informazioni inserite in Cartella Di 4.0 per il monitoraggio dell'assistenza infermieristica domiciliare primariamente riferite alle PIC over 65.	Elaborazione di report per il monitoraggio e la verifica dei dati raccolti.	Coordinatrice SID DBI		Evidenza dei dati/report che riportano le PIC oggetto di analisi.	dal 1/1/2023 al 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isondino	1001	6042	23	Monitoraggio della spesa per i servizi residenziali e semi residenziali (case di riposo e centri diurni) afferenti al territorio di competenza del SC Distretto Basso Isondino	Monitoraggio dei flussi documentali atti a liquidare quanto previsto dalle convenzioni stipulate da ASUGI con i soggetti dei servizi residenziali e semi residenziali individuati dalla Regione FVG.	Desiderio Vigorito Marco		Prospetti sintetici dei rendiconti per i servizi residenziali e semiresidenziali finalizzati al controllo della spesa. Redazione di un file excel analitico per voci di spesa che verrà inviato al competente ufficio SCEF per raffronto dei dati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isondino	1001	6043	24	Accertamento della regolarità contributiva per i servizi residenziali e semi residenziali afferenti al territorio di competenza del SC Distretto Basso Isondino	Richiesta tramite portale INAIL/INPS – dell'accertamento della regolarità contributiva, attestata dal D.U.R.C. (Documento Unico Regolarità Contributiva).	Desiderio Vigorito Marco		Predisposizione di un report statistico con l'indicazione del numero dei controlli effettuati sui requisiti atti a liquidare le prestazioni effettuate e rese all'Ufficio tramite rendiconto, con evidenza delle eventuali irregolarità e criticità riscontrate.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isondino	1001	6044	25	Monitoraggio della spesa delle prestazioni termali (G.I.T. e Terme FVG)	Monitoraggio dei flussi documentali atti a liquidare quanto previsto dalle convenzioni stipulate da ASUGI con il G.I.T. e le Terme FVG.	Bertocco Elisabetta		Prospetti sintetici dei rendiconti per le prestazioni finalizzate al controllo della spesa. Redazione di un file excel analitico che verrà inviato al competente ufficio SCEF per raffronto dei dati.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6045	26	Predisposizione verbali attività associazioni di volontariato afferenti al Distretto Basso Isonino	Predisposizione verbali intermedi e verbali dell'attività svolta dalle associazioni di volontariato afferenti al Distretto Basso Isonino.	Bertocco Elisabetta		Verbali relativi all'attività svolta dalle associazioni di volontariato.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6046	27	Monitoraggio della spesa del servizio di ossigenoterapia e di ventiloterapia afferente al Distretto Basso Isonino	Monitoraggio dei flussi documentali atti a liquidare quanto previsto dai contratti ARCS.	Mosco Cristiano		Prospetti sintetici del rendiconto per il servizio di ossigenoterapia e di ventiloterapia finalizzato al controllo della spesa. Redazione di un file excel analitico per voci di spesa che verrà inviato al competente ufficio SCEF per raffronto dei dati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6047	28	Supporto effettuazione ordini dispositivi medici per gli ambulatori ASAP, SISAP e SCA	Ordini dispositivi medici per gli ambulatori ASAP, SISAP e SCA.	Mosco Cristiano		Data base materiale richiesto dagli ambulatori ASAP, SISAP e SCA.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6048	29	Supporto alle riunioni UDMG del Distretto Basso Isonino	Partecipazione alle riunioni degli UDMG e redazione dei relativi verbali.	Corsi Valentina		Verbali delle riunioni.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6049	30	Supporto al Dirigente Medico del Distretto Basso Isonino nell'effettuazione dei sopralluoghi agli ambulatori degli MMG e dei PLS.	Partecipazione ai sopralluoghi effettuati dal Dirigente Medico del Distretto Basso Isonino presso gli ambulatori degli MMG e dei PLS.	Corsi Valentina		Redazione dei verbali di sopralluogo da inviare alla medicina convenzionata.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6050	31	Supporto amministrativo al servizio di guardia medica turistica	Si interfaccia con il servizio di guardia medica turistica di Grado per lo svolgimento dell'attività stessa.	Reverdito Paola		Relazione dell'attività svolta.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6051	32	6.9 Assistenza integrativa Monitoraggio del consumo dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa ricompresi nell'allegato 2 al DPCM 12.01.2017 09.15 ausili per tracheostomia	Creazione di un file contenente l'elenco dei dispositivi medici per tracheostomia erogati nell'anno 2023 NON DISPONIBILI IN MAGREP.	Polimeno Raffaele Morra Anna		Evidenza dei dati di monitoraggio nel corso dell'anno 2023 e dei suoi esiti come da relazione, relativamente ai dispositivi medici per tracheostomia non disponibili in MAGREP.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6052	33	6.9 Assistenza integrativa Monitoraggio della fornitura di ausili per l'incontinenza urinaria: verifica delle cessazioni causa decesso o emigrazione degli assistiti afferenti al D.B.I.	Invio telematico dei dati di avvenuta cessazione, in modo tempestivo, alla ditta fornitrice (Santex SPA). Creazione di una cartella informatizzata contenente le comunicazioni inoltrate.	Polimeno Raffaele Morra Anna		Predisposizione di un file con l'evidenza dei dati di monitoraggio nel corso dell'anno 2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6053	34	Aggiornamento del sistema di anagrafe sanitaria	1. Predisposizione di una procedura condivisa tra i distretti isontini. 2. Verifica periodica dell'elenco degli assistiti con data di decesso ma non cancellati automaticamente dal sistema. 3. Cancellazione manuale dei deceduti dell'elenco degli assistiti.	Carotenuto Mariacira Policardi Alda Salvaro Sergio		1. Procedura presente. 2. e 3. L'anagrafe sanitaria aggiornata in SIASI.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isonino	1001	6054	35	Affiancamento e supporto amministrativo al personale di front office della ditta affidataria della medicina di base	Collaborazione e supporto nella risoluzione delle varie problematiche esposte dall'utenza.	Carotenuto Mariacira Policardi Alda Salvaro Sergio		Creazione di un archivio informatico delle normative vigenti e modulistica aggiornata, per consentire con maggiore facilità la tracciabilità dei casi da trattare.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Basso Isontino	1001	6055	36	Continuità dei servizi assistenziali	Armonizzare ed omogeneizzare le procedure in tema di iscrizione al SSN dei cittadini comunitari e extracomunitari nell'ambito dell'area Giuliana ed Isontina, al fine di fornire la migliore qualità di risposta ai cittadini di tutto il territorio dell'ASUGI ed ottimizzare tutte le funzionalità dei servizi amministrativi rivolti all'utenza.	Carotenuto Mariacira Policardi Alda Salvaro Sergio		1. Aggiornamento delle procedure e della modulistica in base alla normativa vigente, in modo omogeneo con i Distretti. 2. Realizzazione di almeno 1 incontro con i Distretti Giuliani i per uniformare le pratiche.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6092C	1	Collaborazione alla formulazione del Documento "Riorganizzazione della Funzioni Territoriali. Programmazione attuativa dei nuovi modelli di assistenza territoriale di cui al DM 77/22 al PNRR- Missione 6." TS	Produzione di un documento di sintesi delle funzioni di DAD, Areee Territoriali e distretti, da presentare alla Direzione Socisanitaria al fine di elaborare il documento: "Riorganizzazione della Funzioni Territoriali. Programmazione attuativa dei nuovi modelli di assistenza territoriale di cui al DM 77/22 al PNRR- Missione 6.", come da decreto DG n. 105 dd 07/02/23 con affidamento della responsabilità progettuale finalizzata alla predisposizione di una proposta di attuazione, da sottoporre alla Direzione Strategica, nei tempi da essa definiti, delle funzioni previste per le SC Distretto in coerenza con le Declaratorie delle funzioni di cui al Decreto 701 e con particolare riferimento allo sviluppo delle Cure Primarie in coerenza con i contenuti di cui al DM 77/22, per l'area territoriale isontina e giuliana.	Direttore Distretto Trieste 1	Direttore Distretto Trieste 2	Produzione e trasmissione del Documento entro il 31/03/2023.	Entro il 31/03/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	2111C	2	Linea Regionale 5.2 Accreditamento Preparazione alle visite per l'accreditamento istituzionale e all'eccellenza	Azioni propedeutiche alla visita di accreditamento istituzionale: a. Autovalutazione da check list regionale. b. Revisione della documentazione, delle procedure, delle attrezzature verifica dei requisiti strutturali.	tutto il personale del comparto	uffici tecnici; ufficio qualità e accreditamento	Report di autovalutazione completo; elenco delle NC; piano di miglioramento.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6094C	3	Migliorare il Tasso di pazienti trattati in ADI LLGG 20232 - Indicatori Lea Core (D222) CIA 1 >= 5 CIA 2 >= 2,5 CIA 3 >= 2	Implementazione del gestionale Cartelle Utente e miglioramento della qualità delle informazioni tramite corretto suo utilizzo secondo criteri condivisi e uniformi a livello locale e regionale.	Comparto SID SRD	Distretto 1	CIA 1,CIA 2,CIA 3 2023> 2022	ultimo quadrimestre 2023 vs 2022
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6105	4	Riconversione Rsa da struttura covid 19 a RSA da mandato come da allegato alla delibera regionale 2151 del 2015.	Dal 22 maggio gradualmente la struttura è stata ri-organizzata da un punto di vista strutturale e organizzativa. Ripristinate le modalità assistenziale legate alla presa in carico dell'assistito.	tutto il personale del comparto	uffici tecnici ;s.c. coordinamento delle Professioni Sanitarie ;s.c. Formazione e Aggiornamento	Report complessivo con evidenza della : Riorganizzazione quali/quantitativa del personale assegnato; evidenza documentale della tipologia degli assistiti(livello base ,medio,riabilitativo) , piani assistenziali coerenti con i	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									bisogni assistenziali (presenza delle valutazioni multidimensionali, pianificazioni degli interventi, attuazione e monitoraggi degli stessi tramite l'U.V.M., dimissione e attivazione della continuità assistenziale qualora necessario) nel 95% degli accoglimenti successivi al 22 maggio 2023, realizzazione di momenti formativi specifici atti a garantire un'adeguata risposta ai bisogni degli assistiti (in particolare riguardo alla dialisi peritoneale e V.A.C).	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6093C	5	Implementazione del nuovo modello territoriale in merito alla riorganizzazione della S.C. Distretto Trieste 1 in applicazione della declaratoria delle funzioni di cui al decreto 701/2022	Monitoraggio attività. Avvio dei tavoli di lavoro specifici. Valutazione funzioni/risorse.	Dirigenti sanitari ed amministrativi del Distretto Trieste 1	SC Distretto Trieste 2 / SC Professioni Sanitarie / SC Gestione Risorse Umane	Evidenza dei tavoli di lavoro documento di sintesi da inviare entro il 31/12/2023 alla direzione strategica.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6094	6	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli inibitori di pompa protonica come da linee guida aziendali e nota AIFA	Revisione delle terapie degli assistiti a graduale scalaggio fino a eventuale sospensione del PPI nei casi possibili.	Dirigenti Medici	S.C. Farmaceutico Territoriale	Riduzione nell'utilizzo dei PPI.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6095	7	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici come da linee guida aziendali e nota AIFA	Revisione delle terapie degli assistiti in RSA-DBI migliorando l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici nei casi possibili.	Dirigenti Medici	S.C. Farmaceutico Territoriale	Riduzione nell'utilizzo degli antibiotici.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6096	8	Revisione del percorso di presa in carico distrettuale degli utenti multipatologici e condivisione in AFT	1. Revisione del percorso di attivazione aft. 2. Condivisione a livello distrettuale. 3. Almeno un incontro in sedi di aft.	Dirigenti Medici	Dirigenti Medici	Sesura documento di sintesi ed evidenza di partecipazione in aft.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6095C	9	Implementare la rete della terapia del dolore mediante potenziamento dell'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 qualitativo e quantitativo raggiunto di integrazione tra i servizi di terapia analgica ospedalieri e la medicina generale.	Direttore di Distretto	Distretto 1	Relazione inviata DCS e ARCS entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6097	10	Aumento delle prese in carico con PAI/UVVM (registrati) in assistenza domiciliare delle persone con età > 65 anni di età	Presa in carico con PAI/UVVM (registrati) di tutte le segnalazioni ricevute riferite a utenti over 65.	Dirigenti Medici	Dirigenti Medici	Aumento indicatore 2023>2022.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	10006	11	Linee guida regionali linea 3 integrazione e assistenza sociosanitaria. Linea 3.1 integrazione sociosanitaria - PNRR dm 77/22, legge 234/21 art.1 comma 170 pnp 21-23	Dimissioni protette per le persone in situazione di fragilità: implementazione di azioni e modalità per garantire le dimissioni protette dai setting ospedalieri (reparti e Pronto Soccorso): 1) aggregazione delle attività del servizio infermieristico per la continuità	Dirigente Infermieristico dr.ssa Claudia Rusgnach	SC Direzione delle Professioni	Report con dettaglio di quanto previsto alle azioni 1,2,3	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						ospedale-territorio e dimissioni protette, in capo ai distretti, in un unico centro operativo funzionale; 2) monitoraggio dei tempi d'attesa dalla segnalazione ospedaliera alla valutazione distrettuale e dall'attestazione di accogliibilità territoriale alla dimissione 3) analisi del setting di accoglienza in dimissione protetta e confronto tra setting atteso e setting effettivo				
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6099C	12	Non assumere costi impropri mediante la puntuale applicazione dell'Accordo Stato Regioni e Province Autonome dd. 20.12.2012 relativamente alle verifiche annuali per i cittadini appartenenti all'Unione Europea iscritti tempo indeterminato al SSR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Richiesta ad INSIEL dell'elenco delle persone iscritte al SSR nell'anno 2022 con codice 12. 2. Applicazione dell'apposita procedura con conseguente verifica dell'attuale sussistenza del rapporto di lavoro in collaborazione con il Centro per l'impiego. 3. Invio nota A/R ad ogni soggetto che ha perso il diritto all'iscrizione per rivalutazione della sua pratica di iscrizione. 4. Predisposizione report riepilogativo. 	Personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto TS 1 sede di Via Sai, 7 - San Giovanni sede di via Stock sede di Via Pietà 2	In condivisione con Distretti TS1 e TS2	<ol style="list-style-type: none"> 1- 2- 3 Analisi dell'elenco inviato da Insiel e invio nota al 100% delle persone che hanno perso il diritto all'iscrizione con invito a contattare il Distretto per la rivalutazione del caso. 4. Sospensione/cancellazione del 100% dei non aventi diritto e di chi non ha risposto all'invito dopo la restituzione dell'avviso di giacenza della raccomandata e presenza di report complessivo al 31.12.2023. 	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6055C	13	Anagrafe sanitaria. Aggiornamento del sistema di anagrafe sanitaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Scarico periodico dell'elenco degli assistiti con data di decesso ma non cancellati automaticamente dal sistema. 2. Verifica dell'effettivo decesso e delle cause della mancata cancellazione attraverso il sistema "Interprana" (o ANA se attivato nel corso del 2023) per i residenti. 3. Richiesta alle aziende di residenza per le persone iscritte come "domiciliate". 4. Cancellazione manuale dei deceduti. 5. Comunicazione all'Ufficio Medicina convenzionata dell'elenco degli assistiti per l'eventuale recupero delle quote capitarie. 	Personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto TS 1 sede di via Stock sede Via Pietà 2 Sede di Via Sai, 7	In condivisione con Distretti TS1 e TS2	<ol style="list-style-type: none"> 1-2-3-4. L'anagrafe sanitaria è aggiornata. 5. Presente Report con l'elenco degli assistiti cancellati e comunicati all'Ufficio Medicina Convenzionata. Fonte: SIASI /GASB. 	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6096C	14	Incrementare la copertura assistenziale della popolazione anziana in ADI	Effettuare la valutazione multidimensionale tramite scheda Val.Graf e aggiornarla secondo quanto previsto dalle linee guida. Migliorare la presa in carico negli over 65 predisponendo il progetto personalizzato (PAI /PRI) nei casu che lo richiedono.	Comparto SID SRD	Distretto 1	Copertura assistenziale popolazione over 65 2023 >2022. Tutte le persone con PAI o PRI hanno la valutazione tramite scheda valgraf. La scheda valgraf risulta aggiornata nel 95% dei casi.	ultimo quadrimestre 2023 vs 2022
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6100C	15	A.2,4 Assistenza domiciliare a,1 Verifica di completezza, correttezza e coerenza dei dati	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inserimento dei dati a sistema SIAD sull'attività di assistenza domiciliare erogata nel 2023 (cartella utente). 2. Verifica dei dati procedendo ove 	comparto e PO	SC Trieste 1 e 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. il 100% assistiti in carico in linea con Cartella Utente. 2. il 95% degli assistiti presi in carico con P.A.I (pai si) hanno 	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						necessario alle modifiche, integrazioni e rettifiche dati inseriti nel sistema.			una valutazione con la scala ValGraf.	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6101C	16	A.2.5 Infermiere di famiglia o di Comunità (IFOC)	Sensibilizzare gli operatori sulla figura dell'IFOC ed implementare la conoscenza dei contenuti del DGR N. 1484/2022. Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato al livello regionale.	infermieri domiciliari, MA e PO	SC Trieste 1 e 2	Report con evidenza delle attività svolte per implementazione della figura dell' IFOC e degli operatori formati dall'ARCS.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6102C	17	3.3. ANZIANI - ABITARE INCLUSIVO. Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo compresa la domiciliarità comunitaria	Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo.	Bianca Lenardoni	SC Trieste 1 e 2	Attivazione del budget di salute per il 100% delle persone inserite nella sperimentazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 1	7869	6103C	18	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	1. Eseguire attività di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani. 2. Redigere e trasmettere entro il 1 semestre del 2023 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2023.	Coordinatori Residenze e PO	SC Trieste 1 e 2	1.Eseguire almeno 2 visite di audit nelle residenze per anziani afferenti al distretto n. 1 (entro il 31/12/2023). 2. Trasmettere entro il 1 semestre del 2024 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2023 (entro 31/06/2024).	1:31/12/2023 2:31/06/2024
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6092C	1	Collaborazione alla formulazione del Documento "Riorganizzazione della Funzioni Territoriali. Programmazione attuativa dei nuovi modelli di assistenza territoriale di cui al DM 77/22 al PNRR- Missione 6." TS	Produzione di un documento di sintesi delle funzioni di DAD, Areee Territoriali e distretti, da presentare alla Direzione Socisanitaria al fine di elaborare il documento: "Riorganizzazione della Funzioni Territoriali. Programmazione attuativa dei nuovi modelli di assistenza territoriale di cui al DM 77/22 al PNRR- Missione 6.", come da decreto DG n. 105 dd 07/02/23 con affidamento della responsabilità progettuale finalizzata alla predisposizione di una proposta di attuazione, da sottoporre alla Direzione Strategica, nei tempi da essa definiti, delle funzioni previste per le SC Distretto in coerenza con le Declaratorie delle funzioni di cui al Decreto 701 e con particolare riferimento allo sviluppo delle Cure Primarie in coerenza con i contenuti di cui al DM 77/22, per l'area territoriale isontina e giuliana.	Direttore Distretto Trieste 2	Direttore Distretto Trieste 1	Produzione e trasmissione del Documento entro il 31/03/2023.	Entro il 31/03/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6093C	2	Implementazione del nuovo modello territoriale in merito alla riorganizzazione della S.C. Distretto Trieste 1 in applicazione della declaratoria delle funzioni di cui al decreto 701/2022	Monitoraggio attività. Avvio dei tavoli di lavoro specifici. Valutazione funzioni/risorse.	Dirigenti sanitari ed amministrativi del Distretto Trieste 2	SC Distretto Trieste 1 / SC Professioni Sanitarie / SC Gestione Risorse Umane	Evidenza dei tavoli di lavoro documento di sintesi da inviare entro il 31/12/2023 alla direzione strategica.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6094C	3	Migliorare il Tasso di pazienti trattati in ADI LLGG 20232 - Indicatori Lea Core	Implementazione del gestionale Cartelle Utente e miglioramento della qualità delle informazioni tramite	Comparto SID SRD	Distretto 2	CIA 1,CIA 2,CIA 3 2023> 2022	ultimo quadrimestre 2023 vs 2022

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					(D222) CIA 1 >= 5 CIA 2 >= 2,5 CIA 3 >= 2	corretto suo utilizzo secondo criteri condivisi e uniformi a livello locale e regionale.				
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6106	4	Revisione del percorso di presa in carico distrettuale degli utenti multipatologici in condivisione con AFT	1. Revisione del percorso. 2. Condivisione a livello distrettuale. 3. Almeno 1 incontro in sedi di AFT per la condivisione.	Dirigenti Medici	Professioni sanitarie	Stesura del documento di sintesi entro il 31/12/2023 Evidenza di partecipazione in AFT.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6107	5	Aumento delle prese in carico con PAI in assistenza domiciliare delle persone con età > 65 anni di età	Presa in carico e valutazione infermieristica di tutte le segnalazioni ricevute riferite a utenti over 65.	Dirigenti Medici	Professioni sanitarie	Aumento indicatore 2023>2022.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6055C	6	Anagrafe sanitaria. Aggiornamento del sistema di anagrafe sanitaria	1. Scarico periodico dell'elenco degli assistiti con data di decesso ma non cancellati automaticamente dal sistema. 2. Verifica dell'effettivo decesso e delle cause della mancata cancellazione attraverso il sistema "Interprana" (o ANA se attivato nel corso del 2023) per i residenti. 3. Richiesta alle aziende di residenza per le persone iscritte come "domiciliate". 4. Cancellazione manuale dei deceduti. 5. Comunicazione all'Ufficio Medicina convenzionata dell'elenco degli assistiti per l'eventuale recupero delle quote capitarie.	Personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto TS 1-2 sede di Via Stok e Aurisina	In condivisione con Distretti TS1 e TS2	1-2-3-4. L'anagrafe sanitaria è aggiornata. 5. Presente Report con l'elenco degli assistiti cancellati e comunicati all'Ufficio Medicina Convenzionata. Fonte: SIASI /GASB.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6099C	7	Non assumere costi impropri mediante la puntuale applicazione dell'Accordo Stato Regioni e Province Autonome dd. 20.12.2012 relativamente alle verifiche annuali per i cittadini appartenenti all'Unione Europea iscritti tempo indeterminato al SSR	1. Richiesta ad INSIEL dell'elenco delle persone iscritte al SSR nell'anno 2022 con codice 12. 2. Applicazione dell'apposita procedura con conseguente verifica dell'attuale sussistenza del rapporto di lavoro in collaborazione con il Centro per l'impiego. 3. Invio nota A/R ad ogni soggetto che ha perso il diritto all'iscrizione per rivalutazione della sua pratica di iscrizione. 4. Predisposizione report riepilogativo.	Personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto TS 1-2 sede di Via Stok e Aurisina	In condivisione con Distretti TS1 e TS2	1- 2- 3 Analisi dell'elenco inviato da Insiel e invio nota al 100% delle persone che hanno perso il diritto all'iscrizione con invito a contattare il Distretto per la rivalutazione del caso. 4. Sospensione/cancellazione del 100% dei non aventi diritto e di chi non ha risposto all'invito dopo la restituzione dell'avviso di giacenza della raccomandata e presenza di report complessivo al 31.12.2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6095C	8	Implementare la rete della terapia del dolore mediante potenziamento dell'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 qualitativo e quantitativo raggiunto di integrazione tra i servizi di terapia antalgica ospedalieri e la medicina generale.	Direttore di Distretto	Distretto 2	Relazione inviata DCS e ARCS entro il 31/12/2024.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6108	9	7.1 PNRR - Digitalizzazione Assicurare il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale di	1. Sulla base dell'analisi degli archivi cartacei esistenti effettuata nel 2022, definizione di almeno 1 nuova	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio		1. Integrazione del report di analisi degli archivi cartacei avviato nel 2022.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					ripresa e resilienza per la Missione 6 Salute e la Missione 1 Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA.	tipologia di pratica da digitalizzare (es. Celiachia). 2. Digitalizzazione delle pratiche e creazione di una cartella ah hoc condivisa.	amministrativo del Distretto 3		2. e 3. Cartella condivisa con pratiche digitalizzate presente con indicazione del n° di pratiche digitalizzate.	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6100C	10	A.2,4 Assistenza domiciliare a,1 Verifica di completezza, correttezza e coerenza dei dati	1. Inserimento dei dati a sistema SIAD sull'attività di assistenza domiciliare erogata nel 2023 (cartella utente). 2. Verifica dei dati procedendo ove necessario alle modifiche, integrazioni e rettifiche dati inseriti nel sistema.	comparto e PO	SC Trieste 1 e 2	1. il 100% assistiti in carico in linea con Cartella Utente. 2. il 95% degli assistiti presi in carico con P.A.I (pai si) hanno una valutazione con la scala ValGraf.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6101C	11	A.2.5 Infermiere di famiglia o di Comunità (IFOC)	Sensibilizzare gli operatori sulla figura dell'IFOC ed implementare la conoscenza dei contenuti del DGR N. 1484/2022. Garantire la partecipazione degli operatori al percorso formativo programmato al livello regionale.	infermieri domiciliari, MA e PO	SC Trieste 1 e 2	Report con evidenza delle attività svolte per implementazione della figura dell' IFOC e degli operatori formati dall'ARCS.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6096C	12	Incrementare la copertura assistenziale della popolazione anziana in ADI	Effettuare la valutazione multidimensionale tramite scheda Val.Graf e aggiornarla secondo quanto previsto dalle linee guida. Migliorare la presa in carico negli over 65 predisponendo il progetto personalizzato (PAI /PRI) nei casi che lo richiedono.	Comparto SID SRD	Distretto 2	Copertura assistenziale popolazione over 65 2023 >2022. Tutte le persone con PAI o PRI hanno la valutazione tramite scheda valgraf. La scheda valgraf risulta aggiornata nel 95% dei casi.	ultimo quadrimestre 2023 vs 2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6102C	13	3.3. ANZIANI - ABITARE INCLUSIVO. Promuovere, avviare, attuare e monitorare i progetti di abitare inclusivo compresa la domiciliarità comunitaria	Attivazione del budget di salute per tutte le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di abitare inclusivo.	Bianca Lenardoni	SC Trieste 1 e 2	Attivazione del budget di salute per il 100% delle persone inserite nella sperimentazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6103C	14	MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' NELLE RESIDENZE PER ANZIANI Garantire la prosecuzione del programma di monitoraggio e promozione della qualità nelle residenze per anziani	1. Eseguire attività di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani. 2. Redigere e trasmettere entro il 1 semestre del 2023 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2023.	Coordinatori Residenze e PO	SC Trieste 1 e 2	1. Eseguire almeno 2 visite di audit nelle residenze per anziani afferenti al distretto n. 1 (entro il 31/12/2023). 2. Trasmettere entro il 1 semestre del 2024 la relazione illustrativa relativa alle attività svolte nel corso dell'anno 2023 (entro 31/06/2024).	1:31/12/2023 2:31/06/2024
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6019	15	Garantire la sensibilizzazione all'adesione allo screening regionale per l'eradicazione del virus dell'epatite C della popolazione detenuta presso la Casa Circondariale Ernesto Mari di Trieste .	1, predisposizione di materiale informativo ad hoc 2 incontri informativi con la popolazione detenuta	infermieri: Zanier Cristiano dott.ssa Franca Masala Tattoli Daniele Bone Romina Ichim Cesar Alexandru		1. report materiale informativo predisposto. 2. report attività d'informazione	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Distretto Trieste 2	2058	6020	16	Migliorare la presa in carico della popolazione detenuta presso la Casa Circondariale Ernesto Mari di Trieste	aggiornamento vademecum, a disposizione degli operatori che svolgono attività di sanità penitenziaria	dott.ssa Franca Masala		100% delle prese in carico sono effettuate sulla base del vademecum univoco, anche mediante l'applicazione di successivi correttivi	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia	1066	6075C	1	IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO Le Aziende incentivano la	Predisposizione di un protocollo valutativo per l'identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo da somministrare ai fratelli dei soggetti	Dirigenti e Comparto	SC DNPEE area giuliana e isontina	Somministrazione ad almeno il 50% dei fratelli dei soggetti con disturbi dello spettro	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
	dell'Età Evolutiva - Area Isontina				somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	con disturbi dello spettro autistico in carico al servizio.			autistico in carico al servizio (report alla DCS).	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6076C	2	Valutazione multiprofessionale dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA)	<ol style="list-style-type: none"> Incontri di programmazione del gruppo di lavoro della SC DNPEE e SC ISDCI dell'adulto per una panoramica della casistica in transizione al 17 anni. Utilizzo del protocollo aziendale sulla transizione nelle disabilità con definizione degli strumenti da utilizzare e condividere nel percorso di transizione. convocazione delle UVM di avvio transizione 2023. attuazione dei percorsi condivisi. analisi delle azioni intraprese e degli strumenti utilizzati con evidenza di punti di forza e criticità dei percorsi avviati. 	Dirigenti	SC DNPEE AREA GIULIANA e AREA ISONTINA E SC INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA DISABILITA' COGNITIVE ED INTELLETTIVE DELL'ADULTO	Valutazione Multiprofessionale del 100% dei 17 con DSA e report elaborato congiuntamente da operatori delle 2 strutture relativo alle azioni e strumenti utilizzati nei percorsi avviati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	7006C	3	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali e da uso di sostanze nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	<ol style="list-style-type: none"> Attivazione di un tavolo tecnico sulla transizione e identificazione di almeno 1 operatore per servizio che segua in continuità il lavoro del tavolo. partecipare ad almeno 4 incontri del tavolo nel 2023. partecipare a tutte le UVM della fase di transizione del proprio servizio e raccogliere i dati relativi. 	Dirigenti	DSM	Partecipare a tutte le UVM della fase di transizione del proprio servizio e stilare reportistica con i dati raccolti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6077C	4	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIO SANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali Valutazioni	Effettuare valutazioni multidimensionali in equipe integrate (UVM) per i minori inseriti in strutture residenziali.	Dirigenti	SC DNPEE e SC SC SDEEF Area Giuliana e isontina	Valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate a favore del 100% dei soggetti minori presi in carico dalla Sc DNPEE inseriti in strutture riabilitative integrate e terapeutiche e del 100% dei minori inseriti in comunità educative in modo condiviso con i SSB e presi in carico dalla SC SDEEF.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6078C	5	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI MINORI CON BISOGNI SOCIO SANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali Progetti	Formulare progetti personalizzati su situazioni multiproblematiche in equipe integrate per i minori inseriti in strutture residenziali.	Dirigenti	SC DNPEE e SC SC SDEEF Area Giuliana e isontina	Progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate a favore del 100% dei soggetti minori presi in carico dalla SC DNPEE inseriti in strutture riabilitative integrate e terapeutiche e del 100% dei minori inseriti in comunità educative in modo condiviso con i SSB e presi in carico dalla SC SDEEF.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia	1066	6079C	6	MIGLIORARE IL PROCESSO E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA E PERSONALIZZATA DEI	Rivalutare i minori inseriti dalla SC NPEE in comunità riabilitative integrate o terapeutiche (report).	Dirigenti	SC DNPEE e SC SC SDEEF Area Giuliana e isontina	Rivalutazioni del 100% dei minori inseriti dalla SC DNPEE in comunità riabilitative	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
	dell'Età Evolutiva - Area Isontina				MINORI CON BISOGNI SOCIOSANITARI Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata dei minori nei singoli Distretti / Ambiti sociali Rivalutazioni				integrate o terapeutiche (report).	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6081C	7	LINEA PROGETTUALE PAL 2023 MINORI 3.5 Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata nei singoli Distretti/Ambiti sociali	1. Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro per la creazione ed implementazione di un database per monitorare la presa in carico integrata dei minori con situazioni complesse nella funzione materno infantile distrettuale (SC DNPEE, SC SDFEE). 2. Implementazione del database con aggiornamento quadrimestrale da parte del gruppo di lavoro.	Dirigenti	SC DNPEE e SC SC SDFEE Area Giuliana e isontina	1. Evidenza di database condiviso tra le strutture per monitorare la presa in carico integrata di minori con situazioni complesse. 2. Report con i seguenti indici. N° di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n°totale di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate su situazioni complesse di minori. N° di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate su situazioni multiproblematiche. N° di rivalutazioni dei minori in comunità da parte dell'equipe multiprofessionali integrate nell'anno/ N° di minori collocati in comunità. N° di progetti personalizzati sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6082C	8	OBIETTIVO OPERATIVO DI STRUTTURA Migliorare il processo e gli strumenti per il rafforzamento della presa in carico integrata e personalizzata per i minori con problematiche di ritiro sociale e promuovere una condivisione a livello aziendale	1. Utilizzare le procedure e strumenti previsti dal protocollo di area isontina RI.Sociale per la casistica interessata. 2. Individuare ed applicare strumenti per l'analisi degli esiti a 6-12 mesi dalla presa in carico dei pazienti dell'anno 2022. 3. Condividere il protocollo a livello aziendale. 4. Organizzare un evento di sensibilizzazione/formazione per il coinvolgimento degli insegnanti delle scuole medie inferiori e superiori.	Dirigenti	SC DNPEE - SC SDFEE AREA ISONTINA	1. Il 90% dei casi segnalati usufruisce di valutazione e PTRI. 2. Il 100% delle situazioni in carico con valutazione di gravità usufruiscono di progetti personalizzati individuali o collettivi, sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute. 3. Il 100% delle situazioni in carico da 6 - 12 MESI mesi hanno una valutazione degli esiti. 4. Il protocollo viene condiviso a livello aziendale.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6083	9	OBIETTIVO OPERATIVO DI STRUTTURA Adozione e prima implementazione del gestionale POINT per la salute mentale dell'infanzia ed adolescenza atto a soddisfare il flusso informativo ministeriale	1. Partecipare ai tavoli regionali di programmazione dell'attività POINT. 2. Partecipazione alla formazione plenaria ARCS. 3. Tutoraggio degli operatori formati a tutto il personale del servizio. 4. Formazione on job nella struttura da parte di CIDITECH. 5. Dopo la conclusione del percorso formativo gli operatori implementano il gestionale per i casi che accedono per la prima volta alla struttura.	Dirigenti e Comparto		1. 80% del personale della struttura ha partecipato alle iniziative di formazione previste (frontale plenaria, di tutoraggio o formazione on job). 2. Dopo la conclusione del percorso formativo gli operatori implementano il gestionale per almeno il 100% dei casi che accedono per la prima volta alla struttura.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6084	10	OBIETTIVO OPERATIVO DI STRUTTURA PROGETTO QUALITY OF LIFE NETWORK PER L'AUTISMO Migliorare la qualità dell'offerta socio sanitaria con l'attivazione dei Nuclei Funzionali Autismo per la fascia d'età 6 -21 implementando l'attività routinaria con nuove attività previste dal progetto QuAN	1. Inserire nelle nuove valutazioni o nelle rivalutazioni dei casi in carico una valutazione delle preferenze e qualità della vita condividendo obiettivi da perseguire. 2. Attivare percorsi sulle competenze comunicative sociali e sullo sviluppo delle autonomie. 3. Coinvolgere le associazioni e le istituzioni del territorio per lo sviluppo di attività sociointegranti	Dirigenti e Comparto		100% dei nuovi oggetti che hanno avuto una rivalutazione o nuova valutazione comprendente una valutazione delle preferenze. Elaborazione ed implementazione di un database sulle risorse/opportunità sociointegranti del territorio.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6085	11	OBIETTIVO OPERATIVO DI STRUTTURA Implementare e consolidare modelli innovativi ed appropriati di interventi abilitativi in piccolo gruppo rivolti a minori con disturbi del neurosviluppo	Condivisione delle prassi individuate con gli operatori del servizio. Valutazione di minori (3-18 anni). Individuazione dei casi idonei all'inserimento in proposte di gruppo. Scelta della tipologia di intervento abilitativo (integrato, logopedico, neuropsicomotorio, abilità sociali etc.). Programmazione delle attività e del numero di sedute di intervento definendo le modalità di coinvolgimento dei caregiver. Formazione e organizzazione dei gruppi abilitativi. Programmazione di tempi, modalità e strumenti di verifica degli interventi.	Comparto	con gli operatori del servizio	Report dell'attività e aggiornamento del database esistente con evidenza di un aumento del 10% dell'attività.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6080	12	OBIETTIVO OPERATIVO DI STRUTTURA Rafforzare i percorsi integrati di presa in carico di minori con bisogni comunicativi complessi o in possesso di diversi codici linguistici implementando la strutturazione di ambienti accessibili mediante l'adozione di strumenti/materiali di comunicazione aumentativa alternativa (CAA)	Condivisione dei progetti di CAA in atto o in fase di avvio. Condivisione degli strumenti di CAA inseriti nei vari contesti di vita del minore e ampliamento degli stessi.	Comparto		Report dell'attività e creazione di uno spazio digitale condiviso per la raccolta organizzata dei materiali di CAA.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Isontina	1066	6086C	13	OBIETTIVO OPERATIVO DI STRUTTURA ATTUAZIONE DELL'ATTO AZIENDALE CON OMOGENIZZAZIONE DELLE PROCEDURE E PRIORITA' DI ACCESSO	Analisi delle procedure di accesso alle strutture SC DNPEE ASUGI e delle priorità esistenti. Elaborazione di una proposta omogenea condivisa nel rispetto della	Direttore di Struttura	SC DNPEE Area Giuliana ed Isontina	Documento con proposta di priorità e procedure di accesso alle strutture.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					ALLE SC DNPEE di AREA GIULIANA ED AREA ISONTINA	declaratoria delle funzioni e dell'atto aziendale.				
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	6081C	1	LINEA PROGETTUALE PAL 2023 MINORI 3.5 Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata nei singoli Distretti/Ambiti sociali	1. Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro per la creazione ed implementazione di un database per monitorare la presa in carico integrata dei minori con situazioni complesse nella funzione materno infantile distrettuale (SC DNPEE, SC SDFEE). 2. Implementazione del database con aggiornamento quadrimestrale da parte del gruppo di lavoro. 3. Report con dati concordati	SC Disturbi del neurosviluppo e psicopatologia età evolutiva area giuliana	OBIETTIVO IN COMUNE SC DNPEE e SC SDEECF area giuliana e isontina	1. Evidenza di database condiviso tra le strutture per monitorare la presa in carico integrata di minori con situazioni complesse. 2. Report con i seguenti indici. N° di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate su situazioni complesse di minori. N° di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate per l'inserimento in comunità/n° totale di progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate su situazioni complesse/multiproblematiche e. N° di rivalutazioni dei minori in comunità da parte dell'equipe multiprofessionali integrate nell'anno/ N° di minori collocati in comunità. N° di progetti personalizzati sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	6109	2	Nell'ambito della riorganizzazione finalizzata a dare piena attuazione al nuovo Atto aziendale, si rendono necessari percorsi di confronto e di scambio tra i diversi operatori delle SC neurosviluppo e psicopatologia dell'area giuliana e dell'area isontina allo scopo di condividere una modalità omogenea di risposta	Progettare una proposta di formazione sul campo condivisa tra le due aree relativa ai temi del neurosviluppo e psicopatologia o una proposta di formazione residenziale rivolta alle due aree giuliana e isontina.	DIRIGENTI SC Disturbi del neurosviluppo e psicopatologia età evolutiva area giuliana	comune a SC NPEE area isontina	Ogni dirigente presenta almeno una proposta formativa residenziale o di formazione sul campo al Centro di Formazione aziendale.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	6075C	3	IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO Le Aziende incentivano la somministrazione del protocollo valutativo per disturbi del neurosviluppo nella popolazione a rischio	Predisposizione di un protocollo valutativo per l'identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo da somministrare ai fratelli dei soggetti con disturbi dello spettro autistico in carico al servizio.	SC Disturbi del neurosviluppo e psicopatologia età evolutiva area giuliana	SC NPEE area giuliana e isontina	1. Somministrazione ad almeno il 50% dei fratelli dei soggetti con disturbi del neurosviluppo (report alla DCS).	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	6076C	4	Valutazione multiprofessionale dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA)	1. Incontri di programmazione del gruppo di lavoro della SC DNPEE e SC ISDCI dell'adulto per una panoramica della casistica in transizione al 17 anni. 2. Utilizzo del protocollo aziendale sulla transizione nelle disabilità con definizione degli strumenti da	SC Disturbi del neurosviluppo e psicopatologia età evolutiva area giuliana	SC DNPEE AREA GIULIANA e AREA ISONTINA E SC INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA DISABILITA' COGNITIVE ED INTELLETTIVE DELL'ADULTO	Valutazione Multiprofessionale del 100% dei 17 con DSA in base agli accordi presi in sede di UVM e report elaborato congiuntamente da operatori delle 2 strutture relativo alle	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						utilizzare e condividere nel percorso di transizione. 3. Convocazione delle UVM di avvio transizione 2023. 4. Attuazione dei percorsi condivisi. 5. Analisi delle azioni intraprese e degli strumenti utilizzati con evidenza di punti di forza e criticità dei percorsi avviati.			azioni e strumenti utilizzati nei percorsi avviati.	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	7006C	5	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali e da uso di sostanze nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	1. Attivazione di un tavolo tecnico sulla transizione e identificazione di almeno 1 operatore per servizio che segua in continuità il lavoro del tavolo. 2. Partecipare ad almeno 4 incontri del tavolo nel 2023. 3. Partecipare a tutte le UVM della fase di transizione del proprio servizio e raccogliere i dati relativi.	SC Disturbi del neurosviluppo e psicopatologia età evolutiva area giuliana	DSM	partecipare a tutte le UVM della fase di transizione del proprio servizio e stilare reportistica con i dati raccolti.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	6077C	6	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 nei singoli Distretti / Ambiti sociali Valutazioni	Effettuare valutazioni multidimensionali in equipe integrate (UVM) per i minori inseriti in strutture residenziali.	SC Disturbi del neurosviluppo e psicopatologia età evolutiva area giuliana	SC DNPEE area isontina e SC Salute donna, età evolutiva e consultorio familiare Area giuliana e isontina	Valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate a favore del 100% dei soggetti minori presi in carico dalla SC DNPEE inseriti in strutture riabilitative integrate e terapeutiche e del 100% dei minori inseriti in comunità educative in modo condiviso con i SSB e presi in carico dalla SC SDEECF.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	6078C	7	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 nei singoli Distretti / Ambiti sociali Progetti	Formulare progetti personalizzati su situazioni multiproblematiche in equipe integrate per i minori inseriti in strutture residenziali.	SC Disturbi del neurosviluppo e psicopatologia età evolutiva area giuliana	SCNPEE area isontina; SC NPEE SC salute donna età evolutiva e consultorio familiare area giuliana	Progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate a favore del 100% dei soggetti minori presi in carico dalla SC DNPEE inseriti in strutture riabilitative integrate e terapeutiche e del 100% dei minori inseriti in comunità educative in modo condiviso con i SSB e presi in carico dalla SC SDEEF.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	6079C	8	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 nei singoli Distretti / Ambiti sociali Rivalutazioni	Rivalutare i minori inseriti dalla SC NPEE in comunità riabilitative integrate o terapeutiche (report).	SC Disturbi del neurosviluppo e psicopatologia età evolutiva area giuliana	comune a SC NPEE area isontina	Rivalutazioni del 100% dei minori inseriti dalla SC DNPEE in comunità riabilitative integrate o terapeutiche (report).	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia	2060	6086C	9	OBIETTIVO OPERATIVO DI STRUTTURA ATTUAZIONE DELL'ATTO AZIENDALE CON	Analisi delle procedure di accesso alle strutture SC DNPEE ASUGI e delle priorità esistenti.	Direttore di Struttura	SC DNPEE Area Giuliana ed Isontina	Documento con proposta di priorità e procedure di	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
	dell'Età Evolutiva - Area Giuliana				OMOGENIZZAZIONE DELLE PROCEDURE E PRIORITA' DI ACCESSO ALLE SC DNPPE di AREA GIULIANA ED AREA ISONTINA	Elaborazione di una proposta omogenea condivisa nel rispetto della declaratoria delle funzioni e dell'atto aziendale.			accesso alle strutture.	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	6110C	10	APPLICAZIONE ATTO AZIENDALE/RIORGANIZZAZIONE OMOGENEIZZAZIONE ASSETTO AREA MATERNO INFANTILE GIULIANA (Decreto 105 dd 7/2/2023) Riorganizzazione dell'attività di accoglienza della SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia Area Giuliana	1. Confronto tra gli operatori sulle modalità di accoglienza delle persone che si rivolgono al servizio. 2. Condivisione sulla compilazione e modalità di gestione della documentazione già in uso. 3. Eventuale revisione della documentazione.	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana Comparto	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva	1. Invio di una bozza di procedura condivisa sulle modalità di accoglienza, l'utilizzo della modulistica, la compilazione della cartella e la gestione complessiva della documentazione al Direttore di Struttura e ai Responsabili di Piattaforma entro il 31/12/2022.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Disturbi nel Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana	2060	6111C	11	APPLICAZIONE ATTO AZIENDALE/RIORGANIZZAZIONE OMOGENEIZZAZIONE ASSETTO AREA MATERNO INFANTILE GIULIANA (Decreto 105 dd 7/2/2023) Riorganizzazione operativa continuità ospedale territorio delle due SC materne infantili di Area Giuliana (SC SDEEF e SC DNPEE)	1. Confronto tra gli operatori sull'applicazione dei diversi protocolli d'intesa con l'IRCCS Burlo Garofolo e l'ASUGI. 2. Rivisitazione delle modalità interne sulla valutazione e attivazione delle reti e delle risorse necessarie alla presa in carico. 3. Ripresa dei contatti con i referenti del servizio per la continuità assistenziale dell'IRCCS Burlo Garofolo.	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva - Area Giuliana Comparto	In condivisione con SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia Area Giuliana	1. Il 100% degli operatori viene formato/informato su tutti i protocolli di continuità (organizzazione di almeno 3 incontri formativi/informativi). 2. Invio di una bozza di documento sulla gestione organizzativa interna del processo di continuità al Direttore di Struttura e ai Responsabili di Piattaforma entro il 31/12/2022. 3. Organizzazione di almeno 1 incontro con i referenti del servizio per la continuità assistenziale dell'IRCCS Burlo Garofolo al fine di condividere lo sviluppo degli assetti organizzativi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive ed Intellettive dell'Adulto	2062	6116	1	OBIETTIVO GENERALE Prosecuzione della progettualità volta alla creazione di un percorso di accoglienza/percorso protetto, per persone con disabilità intellettiva, e DSA (disturbi dello spettro autistico) nei PS dell'ASUGI, e sua entrata a regime. OBIETTIVI - Omogeneità di risposta nei PS ASUGI rispetto alla popolazione citata - Chiarezza del percorso - Equità di accesso - Adeguare la comunicazione in base alla tipologia dell'utenza Per la complessità del progetto che deve prevedere uno sviluppo aziendale ed un monitoraggio dei risultati, quanto proposto va in continuità con l'obiettivo del 2022, portando all'applicazione pratica le conoscenze e gli strumenti collezionati, ma andrebbe previsto	1. Prosecuzione della formazione. 2. Stesura e protocollazione di un sistema di comunicazione interna e attivazione della SC per la disabilità a fine consulenziale e di supporto alle cure. 3. Progettazione, allestimento e avvio delle azioni necessarie alla messa in operatività di una stanza dedicata all'accoglienza delle persone con disabilità in PS. 4. Ricognizione e avvio delle procedure necessarie alla condivisione di materiali di facilitazione comunicativa, in continuità con quanto già predisposto come obiettivo per l'anno 2022. 5. Ricognizione e avvio delle procedure necessarie alla predisposizione di cartellonistica univoca e specifica per l'individuazione dei punti DAMA all'interno dei presidi ospedalieri.	Tutta la struttura	DIP Emergenza e Accettazione SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive e Intellettive dell'Adulto	1. Resoconto dell'attività svolta. 2. N 2 AUDIT Formativo divulgativo con personale SC PS. 3. Protocollazione di una procedura condivisa tra la SC scrivente e la SC PS per la comunicazione interna e l'attivazione a fine consulenziale e di supporto alle cure. 4. Individuazione, progettazione e attivazione delle strutture competenti per la realizzazione di una stanza dedicata all'accoglienza delle persone con disabilità in PS.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					uno sviluppo ulteriore per l'anno 2024 con il fine di uniformare le azioni anche sul territorio isontino (ospedali di Monfalcone e Gorizia)	6. Ricognizione e primo approccio ai PS in ambito isontino.				
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive ed Intellettive dell'Adulto	2062	2403C	2	Disturbi dello spettro autistico: attivazione di un progetto realizzato secondo il modello DAMA	1. Incontri multidisciplinari con equipe delle Strutture Coinvolte. 2. Ricognizione degli spazi dedicati alle attività di triage. 3. Definizione e stesura di un protocollo condiviso per le cure odontoiatriche con necessità di sedazione di persone con ASD e/o Disabilità Cognitiva/Intellettiva.	Tutta la Struttura	UCO Clinica di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia SC Anestesia e Rianimazione, SC Integrazione Socio Sanitaria per le disabilità cognitive e intellettive Servizio di Day Surgery Degenza/SC Clinica Oculistica	Attivazione del progetto e condivisione del protocollo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive ed Intellettive dell'Adulto	2062	8026C	3	Avvio percorso agevolato per persone con disabilità intellettiva, e DSA (disturbi dello spettro autistico) con necessità di visite/esami diagnostici cardiologici.	1. Selezione e formazione di un team-percorso disabilità DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance). 2. Stesura e protocollazione di un sistema di comunicazione interna per predisposizione di un canale di attivazione diretto per visite specialistiche erogate dal DTS e attivazione a supporto delle stesse da parte del personale della SC ISSDCIA a fine consulenziale e di supporto alle cure. 3. Condivisione di materiali di facilitazione comunicativa.	Tutta la struttura	Andrea Di Lenarda, Donatella Radini personale medico, comparto e amministrativo SC Patologie Cardiovascolari	1. Resoconto dell'attività svolta. 2. N 1 AUDIT Formativo divulgativo con personale DTS. 3. Stesura di un protocollo operativo condiviso per per programmazione di visite specialistiche in ottica DAMA, come da linee di gestione 2023, dedicate a persone con disabilità intellettive e/o cognitiva e disturbi dello spettro autistico con supporto della SC ISSDCIA a fine consulenziale e di supporto alle cure. 4. Condivisione di materiali di facilitazione comunicativa.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive ed Intellettive dell'Adulto	2062	6076C	4	Valutazione multiprofessionale dei 17enni con diagnosi di disturbi dello spettro autistico (DSA)	1. Incontri di programmazione del gruppo di lavoro della SC DNPEE e SC ISDCI dell'adulto per una panoramica della casistica in transizione al 17 anni. 2. Utilizzo del protocollo aziendale sulla transizione nelle disabilità con definizione degli strumenti da utilizzare e condividere nel percorso di transizione. 3. Convocazione delle UVM di avvio transizione 2023. 4. Attuazione dei percorsi condivisi. 5. Analisi delle azioni intraprese e degli strumenti utilizzati con evidenza di punti di forza e criticità dei percorsi avviati.	Tutta la struttura	SC NPPEE delle due aree OBIETTIVO IN COMUNE CON SC INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA DISABILITA' COGNITIVE ED INTELLETTIVE DELL'ADULTO	Valutazione Multiprofessionale del 100% dei 17 con DSA e report elaborato congiuntamente da operatori delle 2 strutture relativo alle azioni e strumenti utilizzati nei percorsi avviati. 1. Valutazione Multiprofessionale del 100% dei 17 con DSA in base agli accordi presi in sede di UVM e report elaborato congiuntamente da operatori delle 2 strutture relativo alle azioni e strumenti utilizzati nei percorsi avviati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive	2062	2829C	5	MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE AFFETTO DA DISABILITA COGNITIVA'	Individuazione e allestimento secondo le linee guida in materia di autismo di una stanza presso la	Tutta la Struttura	SC Anestesia e Rianimazione, SC Integrazione Socio	Allestimento della stanza dedicata compatibilmente con le tempistiche dipendenti	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
	ed Intellettive dell'Adulto					terapia intensiva (ospedale Maggiore).		Sanitaria per le disabilità cognitive e intellettive dell'adulto	dalla SC Edilizia e Impianti area Giuliana e SC Provveditorato-Economato.	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive ed Intellettive dell'Adulto	2062	6117	6	Provvedere, per quanto di competenza, al riassetto del sistema sociosanitario per la disabilità come delineato dalla L.R. n. 16/2022.	Coerentemente con l'atto aziendale che con Decreto 105/23 ha attivato la SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive e Intellettive dell'Adulto: a. Individuazione degli spazi ove collocare le sedi di attività dei Distretti BASSO e ALTO ISONTINO. b. Adeguamento e progettazione degli spazi individuati in base alle necessità della tipologia di utenza afferente alla SC. c. Attivazione delle sedi di attività.	Direttore della SC dott. Cristiano Stea In collaborazione con SC Direzione Medica Gorizia e Monfalcone Dott. Daniele Pittioni Dott.sa Anna della Vedova		Apertura di almeno una sede di Attività della SC in Area Isontina	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive ed Intellettive dell'Adulto	2062	6118	7	Assicurare, in conformità alle linee guida di cui alla DGR 1134/2020 e in coerenza con quanto previsto dalla L.R. n. 16/2022, la VMD a tutte le persone prese in carico	Sono valutate con lo strumento Q-VAD, come stabilito dal decreto del DC n. 2071/SPS/2018: a. Tutte le persone in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali. b. Tutte le persone in carico alle sperimentazioni. c. Tutte le persone di cui alla L. 112/2016 (Dopo di noi).	Tutta la Struttura		100% persone valutate con Q-VAD.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	2241C	1	Linea di gestione del SSR D.2- Rete cure palliative Identificare tempestivamente i pazienti che non rispondono a trattamenti specifici, per indirizzarli precocemente verso un percorso di delle cure palliative.	Entro il 30 maggio sarà costituito il gruppo di lavoro. Verrà identificata una scheda di valutazione del paziente. Entro il 31 dicembre sarà elaborato un percorso condiviso per la presa in carico appropriata della persona con patologia neurologica terminale.	Personale Medico Personale del comparto	In collaborazione con UCO Clinica Neurologica stroke Unit	Al 31/12/2023 evidenza del percorso condiviso.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	2236C	2	Sulla Linea LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SSR 2023 D.2 Rete Cure palliative e terapia del dolore: Appropriatezza della presa in carico della persona candidata a cure palliative e terapia del dolore.	Costituzione del gruppo di lavoro interdisciplinare medico infermieristico SC Medicina Interna e SC Cure Palliative. Stesura e attuazione di un percorso condiviso per l'identificazione e la presa in carico del paziente candidato a cure palliative e terapia del dolore.	DIRIGENZA MEDICA SC MEDICINA INTERNA COORDINATORE E PERSONALE INFERMIERISTICO MEDICINA INTERNA DIRIGENZA MEDICA CURE PALLIATIVE COORDINATORE E PERSONALE INFERMIERISTICO CURE PALLIATIVE	S.C. MEDICINA INTERNA In comune con S.C. CURE PALLIATIVE	Entro Maggio costituzione del gruppo di lavoro. Entro giugno stesura del percorso condiviso tra le due Strutture (evidenza del documento). 1. Entro 31 dicembre verranno segnalate per la presa incarico alle Cure Palliative almeno 30 assistiti degenti in medicina interna.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	8004C	3	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023 Rete Cure Palliative	Preparazione protocollo operativo con criteri di accesso. Definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico assistito non oncologico delle diverse strutture del DST. Interazione con i teams.	DIRIGENZA E COMPARTO	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) e SC Cure Palliative Area Giuliana e Isontina	1. Realizzazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico. 2. Almeno 1 riunione con i teams.	1 e 2 Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	6073C	4	Continuità assistenziale tra cure palliative di primo e secondo livello: Aggiornamento su argomenti di cure palliative con i MMG, al fine di favorire la collaborazione e l'integrazione di cure palliative di 1° livello e 2° livello	Individuazione dei fabbisogni e programmazione di almeno 1 incontro formativo.	Dirigenza	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina e Giuliana	Evidenza del programma formativo e suo svolgimento.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	6071C	5	Linee annuali per la gestione del SSR 2023, Rete cure Palliative. Percorso prioritario per pazienti con necessità di valutazione radioterapica, in carico al servizio di cure palliative.	Creazione di un percorso prioritario per le "emergenze" in Cure Palliative che richiedono approccio radioterapico, con accordi diretti tra le due strutture.	Dirigenza e Comparto delle due strutture	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina e Giuliana/ UOC Radioterapia Ospedale Maggiore Trieste	Evidenza di: almeno 2 incontri per l'analisi dei bisogni; almeno 2 incontri per la stesura della procedura.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	2502C	6	Percorso per la presa in carico del paziente con malattia epatica terminale come strumento di governo clinico per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Integrazione ospedale-territorio.	Presa in carico di malati affetti da patologia epatica avanzata e terminale grazie a strumenti condivisi.	Dirigenza e Comparto delle due strutture	Obbiettivo condiviso con Centro Clinico Studi Fegato	Evidenza di prese in carico di malati con patologia epatica avanzata/terminale = o superiore al 2022.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	6112	7	Linea di gestione D.2. Registrazione attività cliniche. Gli Enti adottano modalità di registrazione informatizzata dell'attività definite dal coordinamento regionale entro il 31/12/2023.	Implementazione e messa a punto registrazione attività su sistema informatico aziendale territoriale per agevolare la trasmissione dei flussi alla regione.	Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina e Giuliana	Evidenza di > o = 90% delle prese in carico in stato aperto in cartella utente.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	6113	8	Linea di Gestione D.2. Attuazione del potenziamento delle cure palliative con raggiungimento dei target qualitativi, quantitativi e strutturali disposti per gli Enti per l'anno 2023 nel Piano di potenziamento delle cure palliative da adottare ai sensi dell'articolo 1, comma 83, della legge 29 dicembre 2022, n. 197 nel rispetto del d.m. Salute 22 febbraio 2007, n. 43 e del d.m. Salute 12 marzo 2019.	Valutazione percorso condiviso per garantire continuità di cura all'assistito sulle 24 ore. Interazione con i teams.	Dirigenza e comparto SC Rete Cure Palliative. Dirigenza Medica SSD Emergenza Territoriale	SC Rete di Cure Palliative e Hospice Area Giuliana e SSD Emergenza Territoriale	Almeno 1 riunione con i teams. Evidenza di percorso di messa a punto segnalazione reciproca e condivisione modalità operative.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	6114	9	Linea di gestione D.2 Rete di Cure palliative. Identificare tempestivamente i pazienti che non rispondono a trattamenti specifici, per indirizzarli precocemente verso un percorso di delle cure palliative.	Segnalazione della presa in carico dell'assistito al MMG e al distretto di competenza per garantire continuità di cura e assistenza.	Comparto	SC Rete di Cure Palliative e Hospice Area Giuliana	Evidenza del 100% delle segnalazioni ai MMG e ai distretti di competenza.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Giuliana	2061	2220C	10	Integrazione e assistenza socio-sanitaria. Garantire supporto alla popolazione anziana fragile per coinvolgerli nella costruzione del percorso di cura e promuovere "Clinical Health Promotion"	Garantire supporto alla popolazione anziana fragile rafforzando l'integrazione socio sanitaria e la personalizzazione delle cure attraverso, l'implementazione di incontri e gruppi di lavoro multi professionali, ospedalieri e territoriali, con assistiti e caregiver di pazienti ambulatoriali e ricoverati presso la degenza nefrologica, per coinvolgerli nella costruzione del percorso di cura e promuovere "Clinical Health Promotion".	Comparto Nefrologia e Dialisi, Cure Palliative Dirigenti medici Nefrologia e Dialisi, Cure Palliative	Nefrologia e Dialisi e SC Rete di Cure Palliative e Hospice Area Giuliana	Indicatore: verbali degli incontri dei gruppi di lavoro multi professionali con allegate presenze. Risultati: pianificati multi professionali con utenti e assistiti pari o superiori all'anno precedente.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	6066	1	Continuità assistenziale tra cure palliative di primo e secondo livello: valutazione condivisa tra il Servizio di Cure Palliative /Hospice e il SID DBI degli assistiti ricoverati in Hospice e in dimissione sul territorio, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse, favorire l'integrazione e la conoscenza delle best practice in CP.	Valutazione in Hospice dell'assistito in dimissione per condivisione piano assistenziale domiciliare tra infermiere del SID e Medico/Infermiere del Servizio di Cure Palliative.	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice/ SID DBI	Almeno 5 meeting multiprofessionali in predimissione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	6067	2	Continuità assistenziale tra cure palliative di primo e secondo livello: invio di lettera di dimissione, terapia domiciliare prevista, condivisione PAI al SID DAI degli assistiti ricoverati in Hospice e in dimissione sul territorio DAI, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse, favorire l'integrazione e la conoscenza delle best practice in CP.	Invio della documentazione (lettera di dimissione, foglio di terapia domiciliare e PAI) al SID DAI, in predimissione di assistiti ricoverati in Hospice.	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice/ SID DAI	Almeno 2 dimissioni secondo descrizione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	6068	3	Continuità assistenziale tra cure palliative di primo e secondo livello: invio di lettera di dimissione, terapia domiciliare prevista, condivisione PAI al SID DBI degli assistiti ricoverati in Hospice e in dimissione sul territorio DBI, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse, favorire l'integrazione e la conoscenza delle best practice in CP.	Invio della documentazione (lettera di dimissione, foglio di terapia domiciliare e PAI) al SID DBI, in predimissione di assistiti ricoverati in Hospice.	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice/ SID DBI	Almeno 5 dimissioni secondo descrizione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	6069	4	Continuità assistenziale tra cure palliative di primo e secondo livello: implementazione del FUT domiciliare realizzato nel 2022 con il SID DBI nel DAI per l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali, l'uniformità dei processi e la gestione del richio clinico.	Condivisione del FUT con il SID DAI.	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice/ SID DAI	Evidenza di 2 riunioni per la formazione, l'implementazione e condivisione per l'utilizzo appropriato.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	6070	5	Gestione condivisa dei pazienti con bisogni di cure palliative giunti in PS per situazioni di emergenza legate a difficoltà di gestione domiciliare.	Valutazione e gestione condivisa di pazienti con bisogni di cure palliative e necessità urgenti o a brevissima aspettativa di vita, al fine di evitare ricoveri impropri e garantire una traiettoria di cure adeguata ai bisogni del paziente.	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	Almeno 5 percorsi condivisi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	2708C	6	Formazione in cure palliative al personale della SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza di Monfalcone	Analisi dei bisogni formativi, pianificazione e realizzazione di un percorso formativo volto al riconoscimento e trattamento dei principali sintomi in cure palliative.	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone	Evidenza di: almeno 1 incontro per l'analisi dei bisogni; almeno 2 incontri per la pianificazione; almeno 3 incontri dedicati alla formazione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	6071C	7	Linee annuali per la gestione del SSR 2023, Rete cure Palliative. Percorso prioritario per pazienti con necessità di valutazione radioterapica, in carico al servizio di cure palliative.	Creazione di un percorso prioritario che sollevi pazienti e familiari da procedure burocratiche (prenotazione CUP ed eventuale trasporto, ecc) con accordi diretti tra le due strutture e organizzazione del trasporto.	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / UOC Radioterapia Ospedale Maggiore Trieste	Evidenza di: almeno 2 incontri per l'analisi dei bisogni; almeno 2 incontri per la stesura della procedura.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	2709C	8	Istituzione di un gruppo multidisciplinare (medico palliativista, terapista del dolore, PS) per affrontare problematiche legate a pazienti con necessità di utilizzo di oppioidi e grave rischio di diversione e/o misuso.	Creazione di un gruppo costituito da: medico palliativista, medico terapista del dolore, medico SERT, medico pronto Soccorso. Valutazione congiunta dei casi al fine di individuare percorsi e trattamenti sicuri e, al contempo, consentire un adeguato controllo dei sintomi in diversi setting (domiciliare, ambulatoriale, ospedaliero) attivabile mediante specifica richiesta.	Dirigenza	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone / SC Rianimazione Monfalcone / SERT Monfalcone	Creazione del gruppo multidisciplinare con evidenza dei partecipanti. Strutturazione delle modalità di richiesta di attivazione e divulgazione della prestazione nelle strutture dell'Area Isontina.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	6072	9	Linee annuali per la gestione del SSR 2023, Rete cure Palliative. Percorso multidisciplinare per pazienti con bisogni di cure palliative e ortopedici.	Creazione di un percorso per la valutazione e la gestione condivisa di pazienti con necessità di valutazione/trattamenti ortopedici e bisogni di cure palliative.	Dirigenza	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC Ortopedia e Traumatologia	Evidenza di almeno 2 incontri e stesura del percorso multidisciplinare.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	2624C	10	Valutazione multidimensionale, trasversale e multisetting tra cure palliative e ORL	Valutazione e trattamento di pazienti ORL con bisogni di cure palliative, e viceversa, in setting domiciliare, ambulatoriale e ospedaliero (medicazioni complesse, trattamento dei sintomi).	Dirigenza e Comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC ORL Area Isontina	Evidenza di almeno 3 prese in carico condivise.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	2107C	11	Governo clinico e reti di patologia: contrasto alla malnutrizione	Elaborazione di procedura per presa in carico del paziente in nutrizione artificiale domiciliare.	Dirigenza e comparto	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina/Servizio di dietetica Area Isontina	Evidenza della procedura.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	6073C	12	Continuità assistenziale tra cure palliative di primo e secondo livello: Aggiornamento su argomenti di cure palliative con i MMG, al fine di favorire la collaborazione e l'integrazione di cure palliative di 1° livello e 2° livello	Individuazione dei fabbisogni e programmazione di incontri formativi in occasione di incontri AFT.	Dirigenza	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina	Evidenza del programma formativo e suo svolgimento.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	3323C	13	Consegna prioritaria esami urgenti da territorio a laboratorio. Consegna diretta a microbiologia campioni provenienti da ambulatorio Cure Palliative o territorio. Risparmio accessi in ospedale e riduzione burocratici. Inclusa tempestiva visualizzazione da parte del medico	Esecuzione di prelievi per esami laboratoristici urgenti e microbiologici a domicilio e in ambulatorio con consegna diretta e valutazione medica del referto.	Dirigenza, comparto, e personale di segreteria.	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SSD Laboratorio analisi e microbiologia Area Isontina	Almeno un incontro propedeutico alla stesura della procedura. Stesura della procedura. Evidenza di almeno 20 esami di laboratorio e 10 esami microbiologici.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	8004C	14	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023 Rete Cure Palliative	1. Realizzazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico. 2. Almeno 1 riunione con i teams.	Dirigenza e comparto	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) e SC Cure Palliative Area Giuliana e Isontina	1. Realizzazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico. 2. Almeno 1 riunione con i teams.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Rete Cure Palliative e Hospice - Area Isontina	1063	6074C	14	Linee annuali per la gestione del SSR 2023, Rete cure Palliative. Valutazione multidimensionale e trasversale e multisetting tra cure palliative SC Patologie Respiratorie	Organizzazione e preparazione di protocollo condiviso per la presa in carico dei pazienti oncologici con versamento pleurico recidivante con necessità di procedure invasive o mini invasive a scopo palliativo.	Dirigenza e comparto	Obiettivo condiviso tra SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina SC Patologie Respiratorie	1. Realizzazione di protocollo per la segnalazione e presa in carico diretta e condivisa dei pazienti oncologici con versamento pleurico recidivante. 2. Evidenza di due incontri tra equipe.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana	2059	6077C	1	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 nei singoli Distretti / Ambiti sociali Valutazioni	Effettuare valutazioni multidimensionali in equipe integrate (UVM) per i minori inseriti in strutture residenziali.	SCSDEEF Area Giuliana Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF area isontina e SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva	Valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate a favore del 100% dei soggetti minori presi in carico dalla Sc DNPEE inseriti in strutture riabilitative integrate e terapeutiche e del 100% dei minori inseriti in comunità educative in modo condiviso con i SSB e presi in carico dalla SC SDEEF.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana	2059	6078C	2	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 nei singoli Distretti / Ambiti sociali Progetti	Formulare progetti personalizzati su situazioni multiproblematiche in equipe integrata per i minori inseriti in strutture residenziali.	SCSDEEF Area Giuliana Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF area isontina e SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva	Progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate a favore del 100% dei soggetti minori presi in carico dalla SC DNPEE inseriti in strutture riabilitative integrate e terapeutiche e del 100% dei minori inseriti in comunità educative in modo condiviso con i SSB e presi in carico dalla SC SDEEF.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana	2059	6090C	3	3.5 MINORI - PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Evidenza data base condiviso tra le strutture per monitorare la partecipazione al progetto di prevenzione PIPPI in condivisione con i SSC.	SCSDEEF Area Giuliana Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF Area Isontina-	Report con i seguenti indici: 1. N. nuclei presi in carico secondo il modello. 2. N. operatori coinvolti in situazioni inserite nel progetto PIPPI che hanno partecipato alle iniziative formative annuali previste dal programma.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana	2059	6087C	4	LINEE DI GESTIONE 3.9 CONSULTORI FAMILIARI -ATTIVITA' SOCIOSANITARIA - PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA	Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola. Effettuare UVM congiunte tra Consultori familiari e SSC per le situazioni complesse con presa in carico integrata.	SCSDEEF Area Giuliana Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF area isontina e SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva	Per il 100% delle prese in carico integrate per situazioni complesse viene fatta una UVM congiunta tra Consultorio Familiare e Servizio Sociale Comunale. Fonte: data base ad hoc custodito in struttura	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana	2059	6088C	5	Linee di gestione 3.9 Interventi per la tutela delle donne vittime di violenza e per il contrasto e la prevenzione di atti violenti e discriminatori. Potenziamento della rete	Potenziamento della rete dei servizi a favore delle donne maltrattate.	DirettoreSCSDEEF Area Giuliana	In condivisione con SC SDEEF Area Isontina-	Partecipazione ad almeno 2 incontri di coordinamento tra le diverse associazioni a favore delle donne maltrattate.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana	2059	6089C	6	Linee di gestione 3.9 Interventi per la tutela delle donne vittime di violenza e per il contrasto e la prevenzione di atti violenti e discriminatori. Potenziamento della rete. Eventi formativi sul tema	Formazione del personale sulla violenza di genere, sull'esistenza di stereotipi e pregiudizi legati al genere.	SCSDEEF Area Giuliana Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF Area Isontina-	Partecipazione ad almeno 2 eventi formativi sul tema della violenza di genere.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana	2059	6091C	7	LINEE DI GESTIONE 4.3 PERCORSO NASCITA - Le Aziende promuovono, anche congiuntamente, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico	Formazione del personale ostetrico dell'area giuliana sulla gravidanza BRO in omogeneità con l'area isontina allo scopo di avviare il percorso gravidanza BRO (come	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana - Comparto	In condivisione con SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	L'80% del personale ostetrico dei consultori familiari di area giuliana partecipa alla formazione sulla gravidanza BRO.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					(BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico che segue le gravidanze BRO	previsto dalla DGR 723/2018) anche nei CCFF del territorio giuliano.				
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana	2059	6110C	8	APPLICAZIONE ATTO AZIENDALE/RIORGANIZZAZIONE OMOGENEIZZAZIONE ASSETTO AREA MATERNO INFANTILE GIULIANA (Decreto 105 dd 7/2/2023) Riorganizzazione dell'attività di accoglienza della SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia Area Giuliana	1. Confronto tra gli operatori sulle modalità di accoglienza delle persone che si rivolgono al servizio. 2. Condivisione sulla compilazione e modalità di gestione della documentazione già in uso. 3. Eventuale revisione della documentazione.	SCSDEEF - Area Giuliana Dirigenti e Comparto		1. Invio di una bozza di procedura condivisa sulle modalità di accoglienza, l'utilizzo della modulistica, la compilazione della cartella e la gestione complessiva della documentazione al Direttore di Struttura e ai Responsabili di Piattaforma entro il 31/12/2022.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana	2059	6111C	9	APPLICAZIONE ATTO AZIENDALE/RIORGANIZZAZIONE OMOGENEIZZAZIONE ASSETTO AREA MATERNO INFANTILE GIULIANA (Decreto 105 dd 7/2/2023) Riorganizzazione operativa continuità ospedale territorio delle due SC materno infantili di Area Giuliana (SC SDEEF e SC DNPEE)	1. Confronto tra gli operatori sull'applicazione dei diversi protocolli d'intesa con l'IRCSS Burlo Garofolo e l'ASUGI. 2. Rivisitazione delle modalità interne sulla valutazione e attivazione delle reti e delle risorse necessarie alla presa in carico. 3. Ripresa dei contatti con i referenti del servizio per la continuità assistenziale dell'IRCCS Burlo Garofolo.	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Giuliana - Comparto	In condivisione con SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva Area Giuliana	1. Il 100% degli operatori viene formato/informato su tutti i protocolli di continuità (organizzazione di almeno 3 incontri formativi/informativi). 2. Invio di una bozza di documento sulla gestione organizzativa interna del processo di continuità al Direttore di Struttura e ai Responsabili di Piattaforma entro il 31/12/2022. 3. Organizzazione di almeno 1 incontro con i referenti del servizio per la continuità assistenziale dell'IRCCS Burlo Garofolo al fine di condividere lo sviluppo degli assetti organizzativi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	1069	6077C	1	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 nei singoli Distretti / Ambiti sociali Valutazioni	Effettuare valutazioni multidimensionali in equipe integrate (UVM) per i minori inseriti in strutture residenziali.	SCSDEEF Area Isontina Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF area giuliana e SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva	Valutazioni multidimensionali effettuate dalle equipe integrate a favore del 100% dei soggetti minori presi in carico dalla SC DNPEE inseriti in strutture riabilitative integrate e terapeutiche e del 100% dei minori inseriti in comunità educative in modo condiviso con i SSB e presi in carico dalla SC SDEEF.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	1069	6078C	2	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 nei singoli Distretti / Ambiti sociali	Formulare progetti personalizzati su situazioni multiproblematiche in equipe integrata per i minori inseriti in strutture residenziali.	SCSDEEF Area isontina Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF area giuliana e SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva	Progetti personalizzati effettuati dalle equipe integrate a favore del 100% dei soggetti minori presi in carico dalla SC DNPEE inseriti in strutture riabilitative integrate e terapeutiche e del 100% dei minori inseriti in comunità educative in modo	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					Progetti				condiviso con i SSB e presi in carico dalla SC SDEEF.	
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	1069	6087C	3	LINEE DI GESTIONE 3.9 CONSULTORI FAMILIARI -ATTIVITA' SOCIOSANITARIA - PRESA IN CARICO INTEGRATA DI MINORI CON PROBLEMATICHE COMPLESSE TRA CONSULTORI, SSC E SCUOLA	Monitorare il processo di presa in carico integrata di minori con problematiche complesse tra Consultori, SSC e scuola. Effettuare UVM congiunte tra Consultori familiari e SSC per le situazioni complesse con presa in carico integrata.	SCSDEEF Area Isontina Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF area giuliana e SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva	Per il 100% delle prese in carico integrate per situazioni complesse viene fatta una UVM congiunta tra Consultorio Familiare e Servizio Sociale Comunale. Fonte: data base ad hoc custodito in struttura.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	1069	6088C	4	Linee di gestione 3.9 Interventi per la tutela delle donne vittime di violenza e per il contrasto e la prevenzione di atti violenti e discriminatori. Potenziamento della rete	Potenziamento della rete dei servizi a favore delle donne maltrattate.	DirettoreSCSDEEF Area Isontina	In condivisione con SC SDEEF Area Giuliana-	Partecipazione ad almeno 2 incontri di coordinamento tra le diverse associazioni a favore delle donne maltrattate.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	1069	6089C	5	Linee di gestione 3.9 Interventi per la tutela delle donne vittime di violenza e per il contrasto e la prevenzione di atti violenti e discriminatori. Potenziamento della rete. Eventi formativi sul tema	Formazione del personale sulla violenza di genere, sull'esistenza di stereotipi e pregiudizi legati al genere.	SCSDEEF Area Isontina Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF Area Giuliana-	Partecipazione ad almeno 2 eventi formativi sul tema della violenza di genere.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	1069	6090C	6	3.5 MINORI - PREVENZIONE ALLONTANAMENTO FAMILIARE - MODELLO P.I.P.P.I. Prevenzione dell'allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare d'origine	Evidenza data base condiviso tra le strutture per monitorare la partecipazione al progetto di prevenzione PIPPI in condivisione con i SSC.	SCSDEEF Area Giuliana Dirigenti e Comparto	In condivisione con SC SDEEF Area Isontina-	Report con i seguenti indici: 1. N. nuclei presi in carico secondo il modello. 2. N. operatori coinvolti in situazioni inserite nel progetto PIPPI che hanno partecipato alle iniziative formative annuali previste dal programma.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	1069	7018C	7	POTENZIAMENTO DELLA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DEGLI ADOLESCENTI E DEI GIOVANI ADULTI all'interno della rete dei servizi specialistici territoriali del Basso Isontino con attività di prevenzione/di promozione della salute e con l'avvio di collaborazioni con altri servizi del territorio.	Definizione del percorso di presa in carico dell'utenza target segnalata dalla rete: obiettivi. Aree di responsabilità dei servizi coinvolti. Target, offerta, modalità di segnalazione, tempi di risposta. Monitoraggio e valutazione.	SCSDEEF - Area Basso Isontino Dirigenti e Comparto e SerD Monfalcone	In condivisione con SerD Basso isontino	Formalizzazione del percorso di presa in carico dell'utenza target segnalata dalla rete.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	1069	6082C	8	OBIETTIVO OPERATIVO DI STRUTTURA Migliorare il processo e gli strumenti per il rafforzamento dell'presa in carico integrata e personalizzata per i minori con problematiche di ritiro sociale e promuovere una condivisione a livello aziendale	1. Utilizzare le procedure e strumenti previsti dal protocollo di area isontina RI.Sociale per la casistica interessata. 2. Individuare ed applicare strumenti per l'analisi degli esiti a 6-12 mesi dalla presa in carico dei pazienti dell'anno 2022. 3. Condividere il protocollo a livello aziendale. 4. Organizzare un evento di sensibilizzazione/formazione per il coinvolgimento degli insegnanti delle scuole medie inferiori e superiori.	Dirigenti	SC DNPEE - SC SDFEE AREA ISONTINA	1. Il 90% dei casi segnalati usufruisce di valutazione e PTRI. 2. 100% delle situazioni in carico con valutazione di gravità usufruiscono di progetti personalizzati individuali o collettivi, sostenuti con la quota sanitaria del budget di salute. 3. Il 100% delle situazioni in carico da 6 - 12 MESI mesi hanno una valutazione degli esiti. 4. il protocollo viene condiviso a livello aziendale.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Assistenza Distrettuale	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	1069	6091C	9	LINEE DI GESTIONE 4.3 CORSO NASCITA - Le Aziende promuovono, anche congiuntamente, eventi formativi nell'ambito del percorso nascita a basso rischio ostetrico (BRO) relativi alla prevenzione, identificazione precoce e gestione delle complicanze in gravidanza, in travaglio/parto e nel neonato rivolti al personale ostetrico che segue le gravidanze BRO	Formazione del personale ostetrico dell'area giuliana sulla gravidanza BRO in omogeneità con l'area isontina allo scopo di avviare il percorso gravidanza BRO (come previsto dalla DGR 723/2018) anche nei CCFF del territorio giuliano.	SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina - Comparto	In condivisione con SC Salute della Donna, dell'Età Evolutiva e della Famiglia - Area Isontina	L'80% del personale ostetrico dei consultori familiari di area giuliana partecipa alla formazione sulla gravidanza BR.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7001	1	Governo Clinico e Sicurezza delle Cure: migliorare la qualità e la sicurezza delle cure nell'ambito dei Servizi del DAI DSM -Area Salute Mentale attraverso la revisione del processo di gestione del farmaco rispetto i Protocolli Aziendali definiti da Accreditation Canada nell'ambito degli "Standard per la gestione dei medicinali".	1) Divulgazione delle procedure fornite dalla Farmacia Aziendale rispetto quanto previsto dall'Accreditation Canadian a tutto il personale. 2) Identificazione e produzione di elenchi delle persone in carico a cui si "affidano" i farmaci nelle strutture residenziali convenzionate. 3) Modifica della fornitura nelle strutture convenzionate dei farmaci in fascia A e C in accordo con la SC Assistenza Farmaceutica che invierà comunicazione ai MMG e a tutte le strutture territoriali. 4) Modifica dei volumi di prestazioni erogate per la gestione farmacologica nei servizi in particolare dei farmaci antidepressivi.	DAI Area Salute Mentale Referenti: Carmignani - Albert, Dirigenti medici, Coordinatori e Personale CSM 1,2,3,4	S.C. Assistenza Farmaceutica Area Giuliana	1. Riduzione dei farmaci fascia A e C distrutti dai csm vs le strutture convenzionate del 70%. 2. Aumento di almeno il 50% delle prescrizioni dematerializzate in particolare rispetto i farmaci antidepressivi. Confronto dati da scarico fonte B.O. 2022 vs 2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7002	2	Miglioramento dell'efficienza organizzativa e rafforzamento della gestione coordinata dei programmi e degli strumenti di intervento per la presa in carico tra le aree dipartimentali delle Dipendenze (ADD) e della Salute Mentale (ADSM) del D.A.I. DSM, attraverso la messa a punto e l'implementazione di modalità e strumenti di gestione amministrativa condivisi (in applicazione del nuovo "Regolamento generale per l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti Assistenziali e ad Attività Integrati")	1. Gestione condivisa delle procedure per l'attivazione di Tirocini Inclusivi DPR 57/2018 mediante: a. Utilizzo schema di decreto comune con delega alla sottoscrizione delle convenzioni al direttore D.A.I. DSM per tutti i soggetti ospitanti convenzionati nel 2023. b. Creazione database condiviso ADD/ADSM dei soggetti ospitanti convenzionati per lo svolgimento di tirocini inclusivi. 2) Creazione e gestione di un elenco condiviso di operatori economici a cui affidare la realizzazione di budget di salute a sostegno dei PTRP di persone in carico all'ADD e all'ADSM. 3) Condivisione di reportistica per il monitoraggio congiunto degli interventi e la condivisione della spesa per le persone seguite congiuntamente dalle due aree ADD e ADSM.	DAI Area Salute Mentale Direttore dipartimento; Dirigente Infermieristica; ff I.O Amministrativa; personale amministrativo	DAI DSM Area Dipendenze	1. Presenza convenzioni sottoscritte dal Direttore D.A.I. DSM. Presenza database condiviso ADD/ADSM dei soggetti ospitanti convenzionati. 2. Evidenza stato di attivazione e gestione dell'elenco condiviso di operatori economici cui affidare la realizzazione di budget di salute (report al 31/12). 3. Presenza reportistica di monitoraggio congiunto, riepilogo spesa e conguaglio costi per Area dipartimentale, con specifica degli strumenti attivati e relativa intensità.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7003	3	Partecipazione alle attività del P.U.R. e abbattimento della lista di attesa regionale	Partecipazione alle attività del P.U.R. e valutazione e presa in carico della lista d'attesa secondo le indicazioni del PUR.	Referente Trincas e Barberio		Evidenza della partecipazione e il 100% delle persone in lista d'attesa sono presi in carico.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7004	4	Utilizzo della modalità di registrazione dei dati relativi ai pazienti delle REMS ed al loro monitoraggio, attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (SMOP)	Aggiornamento dei dati relativi ai pazienti nelle REMS regionali, e a quelli in lista d'attesa, nello SMOP.	Referente Barberio e Norbedo		Aggiornamento dei dati pazienti in SMOP.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7005	5	Migliorare la continuità assistenziale e di cura tra SPDC, Strutture del DAI DDSM e gli altri Servizi sanitari territoriali per persone con bisogni complessi sulla base degli indicatori regionali	<ol style="list-style-type: none"> Una riunione di servizio con il personale di SPDC per la condivisione e le modalità della nuova pratica introdotta. Comunicazione alle principali Strutture interessate (CSM, Dip. Legali ed Illegali, Disabilità Cognitiva ed Autismo) dello start up della nuova prassi. Modifica del foglio di dimissione della sezione denominata follow-up integrando con data, ora, sede di appuntamento e nominativo del professionista che effettuerà l'intervento. 	Referente: Oretti , Babich e Operatori della SC SPDC	Strutture DAI DSM, Centro Disabilità Cognitiva e Autismo.	<ol style="list-style-type: none"> Il 100% delle persone valutate e/o accolte in SPDC e necessitano di continuità di cura e/o presa in carico da parte di Strutture Territoriali, all'atto della dimissione lasciano il SPDC con un appuntamento programmato presso il Servizio di competenza. Fonte dati: scheda di dimissione nella cartella clinica. 	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7006C	6	Percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali e da uso di sostanze nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta	<ol style="list-style-type: none"> Attivazione di tavolo tecnico sulla transizione e identificazione di almeno 1 operatore per servizio che segua in continuità il lavoro del tavolo. Organizzare almeno 4 Incontri per definire un percorso aziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi mentali e da uso di sostanze nella transizione dall'età evolutiva a quella adulta. Partecipazione alle UVM della fase di transizione e raccogliere i dati relativi alle attività di collaborazione tra i servizi. 	Referenti Trincas Direttori SC CSM Dirigente infermieristica Accardo Referenti dei CSM	SC Disturbi del Neurosviluppo e Psicopatologia dell'Età Evolutiva area giuliana e isontina	Invio in regione alla DCS (serv.Assis.Osped.Distret. Del 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 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7007	7	Appropriatezza prescrittiva, qualità e sicurezza delle cure, riduzione della polipsicofarmacoterapia	<ol style="list-style-type: none"> Individuazione dell'utenza con polipsicofarmacoterapia (numero psicofarmaci prescritti >= a 5). Riduzione della prescrizione media di psicofarmaci in almeno 12 persone (3 per ogni dirigente psichiatra con case manager). Sensibilizzazione sulle buone pratiche prescrittive. Verifica del PTRI delle 12 persone all'interno della microequipe di riferimento. 	Referenti Pascolo, Albert, Brandolin e operatori csm 4		<ol style="list-style-type: none"> 100% dell'utenza in polipsicofarmacoterapia individuata. Riduzione della polipsicofarmacoterapia nel 100% delle persone individuate. Almeno un incontro formativo in equipe sulle buone pratiche prescrittive. 100% delle rivalutazioni PTRI effettuate. 	<ol style="list-style-type: none"> 30/06/2013 31/07/2023 31/10/2023 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7008	8	Riduzione degli affidamenti diretti dal csm Alto Isontino (Gorizia)	<ol style="list-style-type: none"> Prescrizione dematerializzata. Deprescribing concordato. Se richiesto dalla persona accordi con MMG per la prescrizione esterna. Rivalutazione da POINT delle cartelle aperte con prescrizione di AD e eventuale dimissione. 	Referente Zanus e Vanon Operatori csm di Gorizia		Riduzione del 30% sulle persone con terapia AD affidata dal csm con periodicità diverse.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7009C	9	Percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza di minori con DCA concordato con le equipe	Definizione del percorso aziendale/protocollo.	Referenti Michelin, Monticolo, Nicolosi e personale del DCA	Pronto Soccorso Monfalcone e Burlo	Percorso da inviare alla DCSPSD entro il 31/12/2023.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico, in coerenza con il documento del Ministero della Salute "Percorso Lilla in pronto soccorso"					
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7010	10	Riduzione degli affidamenti diretti dal csm Basso Isontino (Monfalcone)	1. Prescrizione dematerializzata. 2. Deprescribing concordato. 3. Se richiesto dalla persona accordi con MMG per la prescrizione esterna. 4. Rivalutazione da POINT delle cartelle aperte con prescrizione di AD e eventuale dimissione.	Direttore Dirigenza Comparto		Riduzione del 30% delle persone con terapia AD affidata dal csm con periodicità diverse.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7011	11	Le Aziende definiscono un percorso codificato per l'accoglienza in emergenza/urgenza dei giovani (dal compimento dei 18 anni) con quadro psicopatologico severo concordato con le equipe multidisciplinari coinvolte nella cura e presa in carico	Definizione del percorso codificato da inviare al Servizio Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità entro il 31/12/2023.	Trincas - Oretti - D'Ambrosi - Babich, dirigenti SC Csm e referenti dell'equipe		Percorso codificato e inviato alla DCS (Serv. Assistenza Ospedaliera e Distrettuale) entro 31.12.2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7012	12	PROMUOVERE PROGETTI RECOVERY ORIENTED E DI SVILUPPO COMUNITARIO Promuovere progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi co-gestiti con i servizi. Personale Sar e referenti peer support	Realizzazione di almeno n.2 progetti in collaborazione con i peer support workers e le persone con esperienza (almeno n.8 unità per DDSM, area salute mentale) nell'ambito delle attività abilitative orientate alla recovery promosse dal servizio.	Referenti Battiston , Personale Sar e referenti peer support area giuliana e isontina		>= 2 progetti realizzati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	Dipartimento di Salute Mentale	2188	7013	13	PROMUOVERE PROGETTI RECOVERY ORIENTED E DI SVILUPPO COMUNITARIO Promuovere progetti recovery oriented e di sviluppo comunitario che vedano il coinvolgimento diretto degli stakeholders nella realizzazione di attività, interventi, programmi co-gestiti con i servizi. Referenti gruppo familiari	Realizzazione di progetti partecipati con il Terzo Settore ed in particolare con le Associazioni dei familiari e delle persone in contatto con i servizi. (Report 31.12).	Referenti Zolli - Accardo - Brandolin, Vanon, referenti gruppo familiari		Report a DCS con n. progetti realizzati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Giuliana	2077	7020C	1	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: sviluppo della presa in carico dell'utenza con bisogni complessi attraverso lo strumento del budget di salute (OBIETTIVO PAL)	Sviluppo e consolidamento della sperimentazione dello strumento del budget di salute per il miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica (LR 22/2019, art. 9).	Personale amministrativo, assistenti sociali e tecnici della riabilitazione psichiatrica		Attivazione budget di salute ad esaurimento delle risorse sovra-aziendali regionali per "Programmi di abilitazione/riabilitazione dipendenze e budget di salute".	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Giuliana	2077	7021C	2	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: sviluppo della presa in carico dell'utenza con bisogni complessi con progetti terapeutici riabilitativi individuali (OBIETTIVO PAL)	Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con bisogni complessi correlati alla dipendenza patologica con l'utilizzo del modello condiviso di PTRI.	Assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicologi		1. Definizione del target di utenza con bisogni complessi a cui applicare lo strumento del PTRI (entro il 30.6.2023). 2. Utilizzo del modello condiviso di PTRI nel 100% dell'utenza target dal 1/7/2023.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Giuliana	2077	7022C	3	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: promozione delle attività di testing per le patologie infettive correlate alla dipendenza (OBIETTIVO PAL)	Promuovere l'applicazione del Protocollo regionale PIT nel target di utenza testabile per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio.	Tutto il personale infermieristico e di supporto della SC, i dirigenti medici della SS dipendenze da sostanze illegali		1. Al 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti è stato eseguito il test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio. 2. Al 70% delle persone con alcolodipendenza inserite nella residenza specialistica alcolologica è stato eseguito il test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Giuliana	2077	7023	4	Miglioramento dell'efficienza organizzativa e rafforzamento della gestione coordinata dei programmi e degli strumenti di intervento per la presa in carico tra le aree dipartimentali delle Dipendenze (ADD) e della Salute Mentale (ADSM) del D.A.I. DSM, attraverso la messa a punto e l'implementazione di modalità e strumenti di gestione amministrativa condivisi (in applicazione del nuovo "Regolamento generale per l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti Assistenziali e ad Attività Integrati".)	1. Gestione condivisa delle procedure per l'attivazione di Tirocini Inclusivi DPREg 57/2018 mediante: a. Utilizzo schema di decreto comune con delega alla sottoscrizione delle convenzioni al direttore D.A.I. DSM per tutti i soggetti ospitanti convenzionati nel 2023. b. Creazione database condiviso ADD/ADSM dei soggetti ospitanti convenzionati per lo svolgimento di tirocini inclusivi. 2. Creazione e gestione di un elenco condiviso di operatori economici a cui affidare la realizzazione di budget di salute a sostegno dei PTRP di persone in carico all'ADD e all'ADSM. 3. Condivisione di reportistica per il monitoraggio congiunto degli interventi e la condivisione della spesa per le persone seguite congiuntamente dalle due aree ADD e ADSM.	Direttore dipartimento; dirigente infermieristico; personale amministrativo; coordinatrice assistente sociale	Area Dipartimentale Dipendenze e Area Dipartimentale Salute Mentale	1. Presenza convenzioni sottoscritte dal Direttore D.A.I. DSM. Presenza database condiviso ADD/ADSM dei soggetti ospitanti convenzionati. 2. Evidenza stato di attivazione e gestione dell'elenco condiviso di operatori economici cui affidare la realizzazione di budget di salute (report al 31/12). 3. Presenza reportistica di monitoraggio congiunto, riepilogo spesa e conguaglio costi per Area dipartimentale, con specifica degli strumenti attivati e relativa intensità.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Giuliana	2077	2232C	5	Potenziamento del percorso di continuità assistenziale ospedale – territorio dedicato ai pazienti con epatopatia grave e/o disturbo da uso di alcol.	1. Definizione di una procedura condivisa per l'utenza target con la definizione di: obiettivi; aree di responsabilità dei servizi coinvolti; target; criteri di inclusione ed esclusione dell'utenza; offerta, strumenti e metodologie di lavoro; monitoraggio e valutazione. 2. Segnalazione ed invio per valutazione e trattamento dei pazienti in carico alla Struttura semplice dipendenze comportamentali e da sostanze legali (SSDCSL) con epatopatia grave alla Clinica Patologie del Fegato (CPF) secondo procedura condivisa. 3. Presa in carico da parte della	Tutto il personale infermieristico e di supporto della SC, i dirigenti medici della SS dipendenze da sostanze legali (dott.ssa C. Lenchig, dott. O. Cricenti, dott. G. Bazo)	SC Dipendenze Area Giuliana, Clinica patologie del fegato, SC Malattie infettive	1. Predisposizione e formalizzazione della procedura condivisa. 2. Dal 01/10/2023 il 100% dei soggetti target che hanno espresso il consenso vengono segnalati dalla SSDCSL alla SC CPF secondo procedura condivisa. 3. Dal 01/10/2023 il 100% delle segnalazioni relative ai soggetti target fatte da CPF e da SC MI vengono gestite secondo procedura condivisa dalla SSDCSL.	Entro il 30/09/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						SSDCSL dei soggetti segnalati dai centri ospedalieri (Clinica patologie del fegato e SC Malattie infettive - SC MI) con sospetto disturbo da uso di alcol secondo procedura condivisa.				
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Giuliana	2077	7024	6	Miglioramento delle attività di monitoraggio e verifica dell'area dipartimentale dipendenze, in coerenza con il nuovo atto aziendale	Riorganizzazione delle attività di programmazione e controllo del budget assegnato attraverso un sistema analitico di monitoraggio e verifica dei capitoli di spesa delle strutture afferenti all'area dipartimentale dipendenze reali a : tirocini inclusivi, borse di studio, comunità terapeutiche, budget di salute.	dr.ssa Roberta Balestra		Elaborazione di n. 4 report trimestrali relativamente alla spesa sostenuta per tirocini inclusivi, borse di studio, comunità terapeutiche, budget di salute e all'andamento generale delle attività specifiche.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Giuliana	2077	7025	7	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP): promozione di percorsi di integrazione sociosanitaria e di rete con gli assistenti sociali del Comune di Trieste per favorire il riconoscimento precoce del bisogno e l'emersione della domanda di cure sommersa	Co-progettazione con i dirigenti dei servizi sociali dedicati al target di popolazione adulta ed anziana del Comune di Trieste di un percorso formativo sulle tematiche correlate al GAP, per sviluppare le competenze necessarie a riconoscere il bisogno e ad attivare il programma sociosanitario integrato.	1. dott.ssa Alessandra Pizzolato (incarico professionale GAP) 2. dott.ssa Michela Brizzi (coordinatrice assistenti sociali)		1. Realizzazione di 4 incontri di formazione e sensibilizzazione con assistenti sociali del Comune di Trieste delle Unità Operative Territoriali "Area adulti e area Anziani". 2. Relazione sull'attività che dettagli: percorso formativo realizzato, modalità di collaborazione per l'intercettazione precoce del bisogno e tipologia di programmi di presa in carico integrata.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Isontina	2078	7020C	1	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: sviluppo della presa in carico dell'utenza con bisogni complessi attraverso lo strumento del budget di salute (OBIETTIVO PAL)	Sviluppo e consolidamento della sperimentazione dello strumento del budget di salute per il miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica (LR 22/2019, art. 9).	Assistenti sociali ed educatori professionali		Attivazione budget di salute ad esaurimento delle risorse sovra-aziendali regionali per "Programmi di abilitazione/riabilitazione dipendenze e budget di salute".	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Isontina	2078	7015	2	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: sviluppo dell'offerta semiresidenziale	Progettazione e sperimentazione di percorsi riabilitativi semiresidenziali per utenti con bisogni complessi presso la sede di Gorizia con la realizzazione di percorsi individuali e di gruppo di diversa intensità, anche per utenti con comorbidità psichiatrica.	Dirigente psicologo e personale infermieristico e di supporto della sede di Gorizia		Relazione sull'attività che dettagli: offerta generale, tipologia di percorsi, numero utenti presi in carico.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Isontina	2078	7021C	3	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: sviluppo della presa in carico dell'utenza con bisogni complessi con progetti terapeutici riabilitativi individuali (OBIETTIVO PAL)	Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con bisogni complessi correlati alla dipendenza patologica con l'utilizzo del modello condiviso di PTRI.	Assistenti sociali ed educatori professionali		1. Definizione del target di utenza con bisogni complessi a cui applicare lo strumento del PTRI (entro il 30.6.2023). 2. Utilizzo del modello condiviso di PTRI nel 100% dell'utenza target dal 1/7/2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Isontina	2078	7022C	4	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: promozione delle attività di testing per le patologie	Promuovere l'applicazione del Protocollo regionale PIT nel target di utenza testabile per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e	Tutto il personale medico ed infermieristico		1. Al 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti è stato eseguito il test per prevenire e	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					infettive correlate alla dipendenza (OBIETTIVO PAL)	trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio.			ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio.	
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Isontina	2078	2709C	5	Istituzione di un gruppo multidisciplinare (medico palliativista, terapeuta del dolore, PS) per affrontare problematiche legate a pazienti con necessità di utilizzo di oppioidi e grave rischio di diversione e/o misuse.	Creazione di un gruppo costituito da: medico palliativista, medico terapeuta del dolore, medico SERT, medico pronto Soccorso, per individuare percorsi e trattamenti sicuri e, al contempo, consentire un adeguato controllo dei sintomi in diversi setting (domiciliare, ambulatoriale, ospedaliero) attivabile mediante specifica richiesta.	dott. Alessandro Agus (medico) e personale infermieristico SerD Monfalcone	SC Rete delle Cure Palliative e Hospice Area Isontina / SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Monfalcone / SC Rianimazione Monfalcone / SERD Monfalcone	Istituzione del gruppo multidisciplinare; formalizzazione della procedura operativa con divulgazione della stessa in Area Isontina.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Isontina	2078	7018C	6	POTENZIAMENTO DELLA PRESA IN CARICO MULTIDISCIPLINARE DEGLI ADOLESCENTI E DEI GIOVANI ADULTI all'interno della rete dei servizi specialistici territoriali del Basso Isontino con attività di prevenzione/di promozione della salute e con l'avvio di collaborazioni con altri servizi del territorio.	Definizione del percorso di presa in carico dell'utenza target segnalata dalla rete: obiettivi; aree di responsabilità dei servizi coinvolti; target; offerta; modalità di segnalazione; tempi di risposta; monitoraggio e valutazione.	Erika Policardi, psicologa SerD Monfalcone e Monica Carta, educatrice SerD Monfalcone	Consultorio Familiare	Formalizzazione del percorso di presa in carico dell'utenza target segnalata dalla rete.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SC Dipendenze Area Isontina	2078	7024	7	Miglioramento delle attività di monitoraggio e verifica dell'area dipartimentale dipendenze, in coerenza con il nuovo atto aziendale	Riorganizzazione delle attività di programmazione e controllo del budget assegnato attraverso un sistema analitico di monitoraggio e verifica dei capitoli di spesa delle strutture afferenti all'area dipartimentale dipendenze reali e a : tirocini inclusivi, borse di studio, comunità terapeutiche, budget di salute.	Direttore SC Dipendenze area isontina		Elaborazione di n. 4 report trimestrali relativamente alla spesa sostenuta per tirocini inclusivi, borse di studio, comunità terapeutiche, budget di salute e all'andamento generale delle attività specifiche.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SSD Consumi e Dipendenze Giovanili	2079	7020C	1	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: sviluppo della presa in carico dell'utenza con bisogni complessi attraverso lo strumento del budget di salute (OBIETTIVO PAL)	Sviluppo e consolidamento della sperimentazione dello strumento del budget di salute per il miglioramento della presa in carico delle persone con problemi di dipendenza patologica (LR 22/2019, art. 9).	Assistente sociale e infermieri		Attivazione budget di salute ad esaurimento delle risorse sovra-aziendali regionali per "Programmi di abilitazione/riabilitazione dipendenze e budget di salute".	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SSD Consumi e Dipendenze Giovanili	2079	7021C	2	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: sviluppo della presa in carico dell'utenza con bisogni complessi con progetti terapeutici riabilitativi individuali (OBIETTIVO PAL)	Sviluppo e consolidamento di interventi finalizzati al miglioramento della presa in carico delle persone con bisogni complessi correlati alla dipendenza patologica con l'utilizzo del modello condiviso di PTRI.	Assistente sociale e psicologi		1. Definizione del target di utenza con bisogni complessi a cui applicare lo strumento del PTRI (entro il 30.6.2023). 2. Utilizzo del modello condiviso di PTRI nel 100% dell'utenza target dal 1/7/2023.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SSD Consumi e Dipendenze Giovanili	2079	7022C	3	MIGLIORAMENTO PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA: promozione delle attività di testing per le patologie infettive correlate alla dipendenza (OBIETTIVO PAL)	Promuovere l'applicazione del Protocollo regionale PIT nel target di utenza testabile per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio.	Personale infermieristico e medici SSD		1. Al 70% delle persone testabili con dipendenza da sostanze stupefacenti è stato eseguito il test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									comportamenti a rischio. 2. Al 70% delle persone con alcoldipendenza inserite nella residenza specialistica alcolologica è stato eseguito il test per prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate a comportamenti a rischio.	
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SSD Consumi e Dipendenze Giovanili	2079	7029	4	Miglioramento delle attività di monitoraggio e verifica della SSD Consumi e dipendenze giovanili, in coerenza con il nuovo atto aziendale	Riorganizzazione delle attività di programmazione e controllo del budget assegnato attraverso un sistema analitico di monitoraggio e verifica dei capitoli di spesa delle strutture afferenti all'area dipartimentale dipendenze reattive a : tirocini inclusivi, borse di studio, comunità terapeutiche, budget di salute.	dott.ssa Antonina Contino		Elaborazione di n. 4 report trimestrali relativamente alla spesa sostenuta per tirocini inclusivi, borse di studio, comunità terapeutiche, budget di salute e all'andamento generale delle attività specifiche.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SSD Consumi e Dipendenze Giovanili	2079	7030	4	QUALIFICAZIONE DELL'OFFERTA DIPARTIMENTALE: miglioramento dei percorsi di presa in carico per l'utenza 18-25 con comorbidità (dipendenza e disturbo mentale)	Definizione di un documento di consenso intradipartimentale per l'utenza target.	dott.ssa Antonina Contino	Area Dipartimentale Dipendenze e Area Dipartimentale Salute Mentale	Costituzione di un tavolo tecnico dipartimentale sui percorsi di presa in carico per l'utenza 18 -25 con comorbidità e definizione di un documento di consenso.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Dipendenza e Salute Mentale	SSD Disturbi del Comportamento Alimentare	2076	2317C	1	RETE ASSISTENZIALE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE La SSD DCA sede di Monfalcone e la SC di Medicina Interna della stessa sede avviano un processo di collaborazione su pazienti affetti da obesità che accedono al servizio DCA e che possono aver bisogno di un inquadramento internistico/endocrinologico e di una terapia farmacologica.	Identificazione e invio dei pazienti.	Referente Corinna Michelin	Medicina Interna Belgrano e Cosenzi	Evidenza dell'invio di almeno due persone alla Medicina.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	Dipartimento Specialistico Territoriale	2368	8005C	1	Omogeneizzazione dell'organizzazione dell'attività all'interno del Dipartimento specialistico territoriale (DST).	Uniformità tempi, tipologia e priorità prestazioni.	Direttore di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa, Responsabili Infermieristici e Coordinatori infermieristici del DST	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina)	Uniformità delle agende specialistiche giuliano-isontina del DST.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	Dipartimento Specialistico Territoriale	2368	1017C	2	Programma PP2 Comunità attive (Linee annuali per la gestione del SSR anno 2023 - punto 1.1.3.2.) - Attività fisica e stile di vita sano	1. Realizzazione di un percorso formativo regionale comune per operatori sanitari inclusi mmg e pls e altri stakeholder. 2. Realizzazione di 1 giornata formative aperte a sportivi con visite mediche realizzate in area giuliana e isontina 28 aprile con il coinvolgimento di tutte le società sportive del territorio. 3. Realizzazione di articoli da pubblicare sui quotidiani	Direttore di Dipartimento, Responsabile infermieristico, personale medico, comparto SC Patologie Cardiovascolari	Obiettivo condiviso con il personale SSD CUREUS Sara Sanson	1. Realizzazione processo formativo regionale. 2. Organizzazione della giornata formativa. 3. Piano di comunicazione e del report finale.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						locali/stampa e tv regionali in collaborazione con i giornalisti della testata e REDAZIONALI (interviste dsi 15 minuti) su Tele4.				
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8001C	1	Attività esterna di collaborazione con RSA ed Ospedale di Comunità	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione e preparazione di un protocollo condiviso per l'attività di consulenza nefrologica presso le RSA/Ospedale di Comunità in Area Isontina ai fini del miglioramento del percorso di cura e della presa carico dall'ospedale al territorio. 2. Partecipazione ad attività di formazione in materia di Nefrologia Geriatrica. 3. Attività di consulenza in RSA/Ospedale di Comunità o telefonica in Area Isontina. 	Lucia Mian, Manuela Bosco Personale medico, infermieristico della SC Nefrologia e dialisi area isontina .	RSA/Ospedale di Comunità Obiettivo condiviso con DST	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un incontro organizzativo per avviare l'attività di collaborazione. 2. Almeno un incontro formativo per personale medico infermieristico RSA/Ospedale di Comunità. 3. Inizio attività di consulenza (in presenza o telefonica) ≥1/mese su richiesta dei medici delle RSA/Ospedale di Comunità. 	1) Entro il 30/04/2023. 2) Entro il 30/6/2023. 3) Entro il 30/6/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8002C	2	Attività esterna clinica multidisciplinare Ambulatorio di Panzano	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione dell'attività di consulenza clinica cardiologica, diabetologica, pneumologica e nefrologica nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone). 2. Formazione sul campo dell'infermiera di Comunità. 3. Inizio dell'attività di consulenza clinica cardiologica, diabetologica, pneumologica e nefrologica nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone). 	Mian Lucia, Bosco Manuela Personale medico, personale infermieristico	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina), Distretto basso isontino	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un incontro organizzativo per avviare l'attività di collaborazione. 2. Formazione sul campo Infermiera di Comunità; 3) Inizio attività di consulenza ≥1/mese nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone). 	1) Entro il 30/04/2023. 2) Entro il 30/6/2023 3) Entro il 30/06/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8003C	3	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023 Referenti aziendali screening HCV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione a specifiche iniziative di formazione per la diagnosi precoce e la cura dell'epatite C per il personale sanitario coinvolto, anche attraverso modalità di formazione a distanza. 2. Divulgazione informazioni in tema di HCV. 	Personale medico e infermieristico della SC Nefrologia e dialisi area isontina	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) e Dipartimento di prevenzione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione del personale. 2. Mettere a disposizione dell'utenza, poster, opuscoli informativi forniti dalla DCS. 	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	2132C	4	Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale anno 2023 linea PNRR 8.1 Telemedicina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione cellulare/telefono dedicato per tutte le strutture del DST. 2. Costituzione gruppi di lavoro multidisciplinari con la MMG per la definizione di almeno 4 processi di telemedicina/teleconsulto (cardio, pneumo, nefro, diabetologici) da implementare sulla nuova Piattaforma regionale dal 2024. 3. Preparazione protocollo operativo per consulto/refertazione degli ECG eseguiti fuori dalla rete aziendale ASUGI e dalla rete delle Farmacie del territorio convenzionate per l'esecuzione e refertazione degli ECG con ASUGI. 	Manuela Bosco, Personale medico, comparto della SC Nefrologia e dialisi area isontina	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina), SSD Governance Offerta Ambulatoriale, MMG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione cellulari/telefoni dedicati. 2. Costituzione gruppi di lavoro multidisciplinari ed approvazione di 4 percorsi di telemedicina/teleconsulto. 3. Preparazione protocollo operativo ed avvio del processo di consultazione/refertazione degli ECG esterni alla rete ASUCI e delle Farmacie del territorio. 	1) Entro il 30/06/2023 2) Entro il 31/12/2023 3) Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8004C	5	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa 	Lucia Mian, Manuela Bosco, Personale medico, comparto della	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle 	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					ANNO 2023 Rete Cure Palliative	in carico assistito non oncologico delle diverse strutture del DST. 2. Interazione con i teams.	SC Nefrologia e dialisi area isontina	SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) e SC Cure Palliative Area Giuliana e Isontina	tempistiche e modalità di presa in carico. 2. Almeno 1 riunione con i teams.	
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8005C	6	Omogeneizzazione dell'organizzazione dell'attività all'interno del Dipartimento specialistico territoriale (DST).	Uniformità tempi, tipologia e priorità prestazioni.	Direttore di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa, Responsabili Infermieristici e Coordinatori infermieristici del DST	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi Area Isontina	Uniformità delle agende specialistiche giuliano-isontina del DST.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8006C	7	Analisi cartella infermieristica/FT e strumenti utilizzati per la presa in carico assistiti nelle diverse strutture del Dipartimento Specialistico Territoriale	1. Analisi cartelle infermieristiche/FT utilizzate nelle diverse strutture del dipartimento. 2. Modifiche/implementazione/creazioni e, ove assenti, di strumenti infermieristici omogenei nel rispetto dei diversi setting ambulatoriali.	Responsabile infermieristico, personale infermieristico/FT SC Patologie Cardiovascolari	Obiettivo condiviso con Responsabili infermieristici, personale del comparto SC Patologie Diabetiche, SC patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina)	1. Condivisione cartelle infermieristiche/FT. 2. Omogeneizzazione, nel rispetto dei diversi setting ambulatoriali, degli strumenti utilizzati.	1. entro 31.7.2023 2. entro 31.12.2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8007	8	Formazione interna dei colleghi, non esperti alle metodiche emodialitiche e peritoneali, CRRT continue in area di emergenza sulle specifiche abilità.	Attività di formazione clinica nei vari setting assistenziali dialitici: CRRT, plasmateresi, aferetica in reparto e presso reparti di emergenza da parte del tutor in dialisi. Nei casi di aggiornamento tecnologico o retraining, presenti tecnici di ditta produttrice esterna (BBraun, Medtronic, Fresenius) per il personale infermieristico e di supporto non esperto ed esperto.	RID, Mian Lucia, personale infermieristico, medici della SC Nefrologia e dialisi area isontina	Obiettivo condiviso con Responsabili infermieristici, personale del comparto SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina)	Relazione che evidenzia la formazione effettuata e il numero di pazienti trattati.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8010	8	Collaborazione tra SC di Nefrologia e Dialisi area Isontina, SC di Nefrologia e Dialisi Trieste, Medicina Monfalcone, Medicina Gorizia	Integrazione fra Nefrologia e Dialisi area isontina, Medicina di Gorizia, Medicina di Monfalcone e Nefrologia e Dialisi area giuliana per garantire un flusso di informazioni e azioni per pazienti complessi che necessitano di trasferimento o attività congiunta. L'incidenza delle nefropatie determina spesso la necessità di una stretta collaborazione tra internisti e nefrologi per la gestione dei nefropatici che necessitano di ricovero. Questi saranno ricoverati in Medicina interna ma gestiti con la costante collaborazione dei Nefrologi.	Tutto il personale	Obiettivo condiviso tra SC di Nefrologia e Dialisi area Isontina, SC di Nefrologia e Dialisi Trieste, Medicina Monfalcone, Medicina Gorizia	Evidenza delle attività e report sui pazienti come da azione.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8008	9	Collaborazione tra SC di Nefrologia e Dialisi di Gorizia Monfalcone, e Centro Antidiabetico	Organizzare i trattamenti e la gestione dei pazienti nefropatici affetti complicanze diabetiche e/o al fine di assicurare il trattamento sostitutivo presso la sede di Monfalcone anche ai pazienti provenienti da altri centri dialisi. Assicurare il trattamento emodialitico e peritoneale, se necessario, ad almeno due pazienti (2 pazienti alla settimana) provenienti da altra sede e ricoverati a carico del Centro	Tutto il personale della SC Nefrologia e dialisi area isontina, RID	Obiettivo condiviso con Responsabili infermieristici, personale del comparto SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) SC Diabete e centro trattamento piede diabetico area isontina	Evidenza delle attività e report sui pazienti come da azione.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						antidiabetico per diagnosi e terapia del piede diabetico.				
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	2807C	10	Mantenimento della possibilità di trattamento extracorporeo in urgenza in Terapia Intensiva a Monfalcone	Valutazione tempestiva del paziente, attivazione del trattamento emodialitico con modalità specifica e concordata (metodica continua sulle 12 ore o intermittente con bicarbonato dialisi).	Tutto il personale della SC Nefrologia e dialisi area isontina, RID	Tutto il personale della SC di Anestesia e Rianimazione e il personale della SC di Nefrologia e Dialisi	Evidenza delle attività e report sui pazienti come da azione.	Entro 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	2313C	11	Collaborazione tra SC di Nefrologia e Dialisi di Gorizia Monfalcone, Medicina di Monfalcone, Medicina di Gorizia	La grande frequenza delle nefropatie nei pazienti ricoverati determina spesso la necessità di una stretta collaborazione tra internisti e nefrologi per la gestione dei nefropatici che necessitano di ricovero. Questi saranno ricoverati in Medicina interna ma gestiti con la costante collaborazione dei Nefrologi.	Dirigenti medici della SC Nefrologia e dialisi area isontina	SC Nefrologia e Dialisi area Isontina, SC Medicina di Gorizia, SC Medicina di Monfalcone	Evidenza delle attività e report sui pazienti come da azione.	Entro 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	8009	12	Attività esterna nefrologica presso gli ambulatori di Cormons e Aurisina	Organizzazione dell'attività di consulenza clinica nefrologica nell'Ambulatorio di Cormons e Aurisina.	RID, Mian Lucia, Bosco Manuela Personale medico e infermieristico della SC Nefrologia e dialisi area isontina	SC Nefrologia e Dialisi area Isontina	1. Un incontro organizzativo per avviare l'attività di collaborazione. 2. Inizio attività di visita nefrologica presso ex ospedale a Cormons (Distretto alto isontino) e ad Aurisina (Distretto 1).	1) Entro il 30/04/2023. 2) entro 31/10/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	2217C	14	5.1 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG: connessione/deconnessione del CVC al monitor di dialisi	Incontri tra coordinatori per valutazione dei protocolli esistenti. Planning delle azioni per la condivisione. Stesura di un documento per la connessione/deconnessione del CVC per dialisi.	Coordinatori delle SC di Nefrologia e Dialisi area giuliana e area isontina, Comparto delle strutture di Nefrologia e Dialisi di ASUGI	SC Nefrologia e Dialisi area isontina, SC Nefrologia e Dialisi area giuliana	Produzione di un documento condiviso per la connessione/deconnessione del CVC al monitor di dialisi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Nefrologia Dialisi Area Isontina	343	2302C	15	Promuovere la Sicurezza delle cure e la standardizzazione di attività di Gestione del Rischio Clinico nelle nostre Organizzazioni richiede una Cultura capillarizzata che permetta di implementare attività di diffusione e consolidamento dei metodi più appropriati di gestione del rischio clinico, consenta di superare le reticenze naturali verso l'ammissione degli errori e che sostenga il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, dei near miss e delle inefficienze del Sistema	Promuovere la Sicurezza delle cure e la standardizzazione di attività di Gestione del Rischio Clinico nelle nostre Organizzazioni richiede una Cultura capillarizzata che permetta di implementare attività di diffusione e consolidamento dei metodi più appropriati di gestione del rischio clinico, consenta di superare le reticenze naturali verso l'ammissione degli errori e che sostenga il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, dei near miss e delle inefficienze del Sistema.	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Direttori di Struttura Coordinatrici Dirigenza/Comparto	Tutte le strutture di degenza del dipartimento medico area isontina. SC Nefrologia e Dialisi area Isontina	Accertare il livello di Cultura della Sicurezza con strumenti appropriati (somministrazione questionario validato). Entro dicembre sarà effettuata l'indagine e saranno elaborati i dati. Evidenza documento di elaborazione, sintesi dei risultati e restituzione ai partecipanti dello studio descrittivo utile a favorire il trasferimento nella clinica e nell'assistenza delle principali Linee Guida per la gestione del Rischio Clinico.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8001C	1	Attività esterna di collaborazione con RSA ed Ospedale di Comunità	1. Organizzazione e preparazione di un protocollo condiviso per l'attività di consulenza cardiologica presso le RSA/Ospedale di Comunità in Area Giuliana ai fini del miglioramento del percorso di cura e della presa carico dall'ospedale al territorio. 2. Partecipazione ad attività di formazione in materia di Cardiologia Geriatrica.	Eliana Grande, Giulia Russo, Donatella Radini, Andrea Di Lenarda Personale medico, infermieristico e tecnico amministrativo della SC Patologie Cardiovascolari.	RSA/Ospedale di Comunità - DST	1. Un incontro organizzativo per avviare l'attività di collaborazione. 2. Almeno un incontro formativo per personale medico infermieristico RSA/Ospedale di Comunità. 3. Inizio attività di consulenza (in presenza o telefonica) ≥1/mese su richiesta dei	1) Entro il 30/04/2023. 2) Entro il 30/6/2023. 3) Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						3. Attività di consulenza/ presa in carico in RSA/Ospedale di Comunità o telefonica in Area Giuliana degli assistiti cronicamente critici con patologie cardiache, respiratorie ed diabetiche.			medici delle RSA/Ospedale di Comunità.	
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8002C	2	Attività esterna clinica multidisciplinare Ambulatorio di Panzano	1. Organizzazione dell'attività di consulenza clinica cardiologica, diabetologica, pneumologica e nefrologica nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone). 2. Formazione sul campo dell'infermiera di Comunità. 3. Inizio dell'attività di consulenza clinica cardiologica, diabetologica, pneumologica e nefrologica nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone).	Andrea Di Lenarda Donatella Radini Personale medico, infermieristico SC Patologia Cardiovascolari	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina), Distretto basso isontino	1. Un incontro organizzativo per avviare l'attività di collaborazione. 2. Formazione sul campo Infermiera di Comunità per l'individuazione dei casi elegibili. 3. Inizio attività di consulenza ≥1/mese nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone).	1) Entro il 30/04/2023. 2) Entro il 30/6/2023 3) Entro il 30/06/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8021C	3	Attivazione dell'attività ecocardio/vascolare ed Holter nell'Isontino	1. Creazione di un protocollo ed organizzazione delle agende per l'accesso alle prestazioni. 2. Training del personale coinvolto nel progetto. 3. Attività strumentale ecocardiografica, ecocolorDoppler e Holter ECG.	Giorgio Faganello, Maurizio Fiscaro, Chiara Cappelletto, Luisa Mattei, Donatella Radini. Personale medico, infermieristico e tecnico amministrativo della SC Patologie Cardiovascolari.	Distretto Alto isontino	1. Produzione di protocollo operativo ed apertura agende in Area Isontina. 2. Attività di training del personale coinvolto. 3. Inizio attività strumentale ecocardiografica, ecocolorDoppler vascolare ed Holter ECG ≥1 seduta/mese in Area Isontina.	1) Entro il 30/06/2023. 2) Entro il 30/6/2023. 3) Entro il 30/6/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8003C	3	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023 Referenti aziendali screening HCV	1. Partecipazione a specifiche iniziative di formazione per la diagnosi precoce e la cura dell'epatite C per il personale sanitario coinvolto, anche attraverso modalità di formazione a distanza. 2. Divulgazione informazioni in tema di HCV.	Donatella Radini, Andrea Di Lenarda. Personale medico, infermieristico della SC Patologie Cardiovascolari.	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) e Dipartimento di prevenzione	1. Formazione del personale. 2. Mettere a disposizione dell'utenza, poster, opuscoli informativi forniti dalla DCS.	1. Nei tempi previsti dalla DCS. 2. Entro 31.12.2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	4011C	4	Redazione di protocolli specifici condivisi fra Dipartimenti di prevenzione e specialisti clinici per l'offerta di vaccinazioni specifiche in gruppi a rischio	Sviluppare almeno un percorso di accesso facilitato alla vaccinazione per popolazioni target a rischio di sviluppo di gravi complicanze coinvolgendo gli specialisti clinici individuando strategie e modalità di prenotazione e somministrazione della vaccinazione.	Dirigenti medici - Responsabili infermieristici Personale del comparto/amministrativo o DST	SCISP	Avvio di ambulatorio vaccinale presso il Dipartimento Specialistico Territoriale. Avvio di prenotazione CUP con agenda dedicata.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	2132C	5	Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale anno 2023 linea PNRR 8.1 Telemedicina	1. Attivazione cellulare/telefono dedicato per tutte 4 le strutture del DST. 2. Costituzione gruppi di lavoro multidisciplinari con la MMG per la definizione di almeno 4 processi di telemedicina/teleconsulto (cardio, pneumo, nefro, diabetologici) da implementare sulla nuova Piattaforma regionale dal 2024. 3. Preparazione protocollo operativo per consulto.	Andrea Di Lenarda Personale medico, comparto della SC Patologie Cardiovascolari	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina), SSD Governance Offerta Ambulatoriale, MMG	1. Cellulari/telefoni dedicati. 2. Approvazione di 4 percorsi di telemedicina/teleconsulto. 3. Attuazione protocollo operativo di consulto.	1) Entro il 30/06/2023 2) Entro il 31/12/2023 3) Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8004C	6	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023 Rete Cure Palliative	1. Preparazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico assistito non oncologico delle diverse strutture del DST. 2. Interazione con i teams.	Giulia Russo, Andrea Di Lenarda, Donatella Radini, personale medico, comparto della SC Patologie Cardiovascolari	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) e SC Cure Palliative Area Giuliana e Isontina	1. Realizzazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico. 2. Almeno 1 riunione con i teams.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8006C	7	Analisi cartella infermieristica/FT e strumenti utilizzati per la presa in carico assistiti nelle diverse strutture del Dipartimento Specialistico Territoriale	1. Analisi cartelle infermieristiche/FT utilizzate nelle diverse strutture del dipartimento. 2. Modifiche/implementazione/creazioni e, ove assenti, di strumenti infermieristici omogenei nel rispetto dei diversi setting ambulatoriali.	Responsabile infermieristico, personale infermieristico/FT SC Patologie Cardiovascolari	Obiettivo condiviso con Responsabili infermieristici, personale del comparto SC Patologie Diabetiche, SC patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina)	1. Condivisione cartelle infermieristiche/FT. 2. Omogeneizzazione, nel rispetto dei diversi setting ambulatoriali, degli strumenti utilizzati.	1. entro 31.7.2023 2. entro 31.12.2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	3512C	8	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età media e lavoratori al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche (PL13)	1. Avvio dello screening CV nel personale sanitario visitato presso SC Medicina del lavoro ASUGI. 2. Presa in carico specialistica (cardiologica, pneumologica, diabetologica) dei pazienti a rischio CV alto o molto alto.	Personale medico, comparto, amministrativo SC Patologie Cardiovascolari	SC Medicina del Lavoro, SC Patologie Diabetologiche e SC Patologie Respiratorie	1. Screening CV di almeno il 50% del personale sanitario visitato alla Medicina del lavoro ASUGI. 2. Presa in carico specialistica (cardiologica, pneumologica o diabetologica) del 75% dei pazienti segnalati a rischio alto o molto alto.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8022	9	Attivazione del percorso aziendale con le Farmacie convenzionate di esecuzione, invio, refertazione tracciato elettrocardiografico.	1. Realizzazione protocollo operativo. 2. Formazione farmacisti in area giuliana ed isontina. 3. Attivazione percorso di esecuzione, invio e refertazione tracciato elettrocardiografico.	Andrea Di Lenarda Donatella Radini Personale medico, infermieristico SC Patologie Cardiovascolari	Federfarma	1. Protocollo operativo. 2. Formazione farmacisti in area giuliana ed isontina. 3. Attivazione percorso di invio e refertazione tracciato elettrocardiografico.	1) Entro il 30/05/2023 2) Entro il 31/07/2023 3) Entro il 01/09/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	2932C	10	Indicazioni a prescrizione Ecocardiografia in donne affette da tumore della mammella sottoposte a trattamenti cardiotoxici alla luce delle nuove guida ESC 2022 in ambito di Cardioncologia.	1. Revisione del PDTA cardioncologico con la SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile. 2. Organizzazione dell'attività di ecocardiografia nel carcinoma mammario alla luce delle nuove Linee Guida 2022.	Giulia Russo. Personale medico, comparto e amministrativo della SC Patologie Cardiovascolari	SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	1. Revisione delle indicazioni del PDTA cardioncologico. 2. Riduzione del 20% del numero di ecocardiogrammi in pazienti con 1° ecocardiogramma in trattamento chemioterapico senza significativo effetto cardiotoxici.	1. Entro il 30/06/2023 2. Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8023	11	Prosecuzione del percorso di riabilitazione ambulatoriale /follow-up post STEMI e NSTEMI	Mantenere l'attività di presa in carico dei pazienti con STEMI e NSTEMI in accordo con le Linee di gestione FVG.	Personale medico, comparto e amministrativo della Riabilitazione del Cardiopatico	SC Cardiologia	>= 80% della presa in carico dei pazienti con STEMI in Riabilitazione a 1 mese. >= 70% pazienti con NSTEMI in Riabilitazione a 2 mesi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8024	12	Prosecuzione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post STEMI e NSTEMI	Migliorare i percorsi di riabilitazione cardiologica che dopo la pandemia COVID hanno subito una riduzione, riabilitazione degli assistiti con NSTEMI a rischio elevato.	Personale medico, comparto e amministrativo della Riabilitazione del Cardiopatico		1. Individuazione dei pazienti NSTEMI ad alto rischio. 2. Percentuale di pazienti con NSTEMI che hanno effettuato un percorso in palestra e/o cyclette (almeno 60%) tra quelli ad alto rischio (malattia multivaso, disfunzione ventricolare sinistra, stenosi residue).	1. Entro il 30/06/2023 2. Entro il 31.12.2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8025	13	Realizzazione degli obiettivi e azioni dei programmi predefiniti e liberi del	Individuazione delle strutture nelle aziende sanitarie per avviare la prescrizione.	Personale medico e comparto della Riabilitazione del		Identificazione dei bisogni (spazi, personale) per l'avvio del programma; applicazione	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					Piano regionale della prevenzione: PL13		Cardiopatico e Medicina dello sport		del protocollo regionale con adattamento alla realtà di ASUGI ed avvio della progettualità per la prescrizione dell'attività fisica.	
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	8026C	14	Avvio percorso agevolato per persone con disabilità intellettiva, e DSA (disturbi dello spettro autistico) con necessità di visite/esami diagnostici cardiologici.	1- 2. Selezione e formazione di un team-percorso disabilità DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance). 3. Stesura e protocollazione di un sistema di comunicazione interna per predisposizione di un canale di attivazione diretto per visite specialistiche erogate dal DTS e attivazione a supporto delle stesse da parte del personale della SC ISSDCIA a fine consulenziale e di supporto alle cure. 4. Condivisione di materiali di facilitazione comunicativa.	Andrea Di Lenarda, Donatella Radini personale medico, comparto e amministrativo SC Patologie Cardiovascolari	SC Integrazione Sociosanitaria per le Disabilità Cognitive e Intellettive dell'Adulto (Cristiano Stea)	1. Resoconto dell'attività svolta. 2. N 1 AUDIT Formativo divulgativo con personale DTS. 3. Stesura di un protocollo operativo condiviso per programmazione di visite specialistiche in ottica DAMA, come da linee di gestione 2023, dedicate a persone con disabilità intellettive e/o cognitiva e disturbi dello spettro autistico con supporto della SC ISSDCI a fine consulenziale e di supporto alle cure 4;- condivisione di materiali di facilitazione comunicativa.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Cardiovascolari	2081	4500	15	Governo della spesa farmaceutica. Appropriately prescrittiva	Ricercare la massima appropriatezza nelle prescrizioni farmacologiche. Mettere in atto azioni mirate al contenimento della spesa farmaceutica nei limiti del tetto 2023 assegnato.	Direttore Dirigenti Medici		Evidenza delle azioni messe in atto per ricercare il contenimento della spesa nei limiti del tetto 2023: -1% vs 2022.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8014	1	Appropriatezza prescrittiva sulla prescrizione delle insuline: Utilizzo preferibile degli analoghi biosimilari (LISPRO, ASPART e ABASAGLAR) e della insulina basale glargine 300 (TOUJEO)	In riferimento alle indicazioni aziendali di migliorare la appropriatezza prescrittiva e la sostenibilità economica del SSR, si implementerà un percorso di utilizzo delle insuline indicate con miglior rapporto costo/beneficio come da indicazioni del Servizio Farmaceutico Aziendale.	Riccardo Candido, Personale medico, della SC Patologie Diabetiche	S.C. Patologie Diabetiche	Aumento del 25% di utilizzo degli analoghi biosimilari e di Toujeo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8011	2	Linee di gestione. Capitolo 8.1 Linee PNRR. Missione 5 Componente 1 Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici. Applicazione della telemedicina per il follow up dei pazienti affetti da diabete mellito, in particolare per il follow up delle persone affette da diabete tipo 1 in terapia con microinfusori integrati con monitoraggio continuo della glicemia (CGM) , che consentono un monitoraggio da remoto	1. Redazione di un documento che declini il percorso del follow up in telemedicina delle persone affette da diabete mellito tipo 1 in terapia con microinfusore integrato con CGM entro il 30/06/2023. 2. Creazione di un agenda dedicata e formazione del personale entro il 30/09/2023. 3. Avvio delle visite in telemedicina.	Elena Manca, Riccardo Candido, Michela Casson, Personale medico, infermieristico, dietiste della SC Patologie Diabetiche	S.C. Patologie Diabetiche	1. Redazione del documento che declini il percorso entro il 30/06/2023. 2. Creazione di un agenda dedicata e formazione del personale entro il 30/09/2023. 3. Avvio delle visite in telemedicina con esecuzione di almeno 10 visite in telemedicina entro il 31/12/2023. Fonte dati cartella diabetologica informatizzata.	1. 30/06/2023 2. 30/09/2023 3. 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	4050C	3	Continuità del percorso di presa in carico del paziente diabetico post dimissione	Garantire la continuità assistenziale dei pazienti diabetici post dimissione mediante l'invio ai servizi di presa in carico territoriale. Applicazione e eventuale	Tutto il personale	SC Clinica Medica	100% pazienti eligibili inviati a SC Patologie Diabetiche per presa in carico territoriale post dimissione.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						aggiornamento /revisione di protocollo di continuità dei pazienti diabetici.				
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	2305C	4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per complicanze lungo termine per diabete (indicatore D03C): Percorso di gestione del paziente con piede diabetico	In relazione alla recente pubblicazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Gestione del Paziente con piede diabetico si avvia il percorso di implementazione aziendale attraverso un percorso formativo ed informativo del personale, la semplificazione dei percorsi e la presa in carico dei pazienti con piede diabetico secondo il percorso definito dalle Linee di Indirizzo.	Riccardo Candido, Michela Casson, Personale medico, infermieristico, dietiste della SC Patologie Diabetiche	S.C. Patologie Diabetiche SSD diabetologia Monfalcone Gorizia Chirurgia Vascolare	1. Organizzazione di almeno n. 2 eventi formativi sui percorsi piede diabetico (uno in area giuliana e uno in area isontina) per la condivisione delle Linee di Indirizzo. 2. Individuazione dei punti di accesso del paziente con piede diabetico in ASUGI ed individuazione degli operatori per il triage del paziente. 3. Presa in carico di > 90% dei pazienti con piede diabetico secondo il percorso definito dalle Linee di Indirizzo.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8012	5	D05C Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. residenti adulti)	In riferimento agli indicatori LEA-CORE del Nuovo Sistema di Garanzia del Ministero, si avvierà un percorso di miglioramento interno all'equipe per contribuire a migliorare l'indicatore LEA-CORE D50C.	Anna Vittoria Ciardullo, Riccardo Candido, Michela Casson, personale medico, comparto della SC Patologie Cardiovascolari	S.C. Patologie Diabetiche	1. Redazione del documento che declini il percorso. 2. Riduzione del 10% degli accessi in P.S. diurni feriali nelle persone con diabete per problematiche riferite alla patologia diabetica (ipoglicemia, iperglicemia, piede diabetico).	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8001C	6	Attività esterna di collaborazione con RSA ed Ospedale di Comunità	1. Organizzazione e preparazione di un protocollo condiviso per l'attività di consulenza diabetologica presso le RSA/Ospedale di Comunità in Area Giuliana ai fini del miglioramento del percorso di cura e della presa in carico dall'ospedale al territorio. 2. Partecipazione ad attività di formazione in materia di Gestione del diabete e Cardiologia Geriatrica. 3. Attività di consulenza anche da remoto in RSA/Ospedale di Comunità.	Chiara Gootardi, Riccardo Candido, Michela Casson, Personale medico, infermieristico, dietiste della SC Patologie Diabetiche	RSA/Ospedale di Comunità	1. Un incontro organizzativo per avviare l'attività di collaborazione. 2. Almeno un incontro formativo per personale medico infermieristico RSA/Ospedale di Comunità. 3. Inizio attività di consulenza (in presenza o da remoto) ≥1/mese su richiesta dei medici delle RSA/Ospedale di Comunità.	1) Entro il 30/04/2023. 2) Entro il 30/6/2023. 3) Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8002C	7	Attività esterna clinica multidisciplinare Ambulatorio di Panzano	1. Organizzazione dell'attività di consulenza clinica cardiologica, diabetologica, pneumologica e nefrologica nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone). 2. Formazione sul campo dell'infermiera di Comunità. 3. Inizio dell'attività di consulenza clinica cardiologica, diabetologica, pneumologica e nefrologica nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone).	Riccardo Candido, Michela Casson, Personale medico, infermieristico SC Patologie Diabetiche	Obiettivo condiviso con SC Patologie Cardiovascolari, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina), Distretto basso isontino	1. Un incontro organizzativo per avviare l'attività di collaborazione. 2. Formazione sul campo Infermiera di Comunità. 3. Inizio attività di consulenza ≥1/mese nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone).	1) Entro il 30/04/2023. 2) Entro il 30/6/2023 3) Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8015	8	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023. 1.1.3.12 Programma PL15 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	1. Organizzazione di un incontro di formazione e condivisione fra Dipartimento di Prevenzione e DST. 2. Redazione di un protocollo condiviso per l'offerta vaccinale in soggetti critici multimorbidi.	Michela Casson, Riccardo Candido, Personale medico, infermieristico, amministrativo della SC Patologie Diabetiche	Obiettivo condiviso con SC Patologie Cardiovascolari, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area	1. Creazione ed attivazione agende interne per la prenotazione delle vaccinazioni previste dal Piano Regionale Prevenzione per il paziente cronico.	1) Entro il 30/06/2023 2) Entro il 30/09/2023 3) Entro il 31/12/2023 4) entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie, pazienti con malattie croniche) Redazione di protocolli specifici condivisi fra Dipartimenti di prevenzione e DST per l'offerta di vaccinazioni specifiche in gruppi a rischio	3. Organizzazione tramite agende condivise con CUPWEB della prenotazione delle vaccinazioni secondo quanto previsto dal protocollo condiviso.		Isontina) e Dipartimento di Prevenzione	2. Inizio segnalazione e prenotazione degli appuntamenti per vaccinazione per i pazienti in carico.	
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8003C	9	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023 Referenti aziendali screening HCV	1. Partecipazione a specifiche iniziative di formazione per la diagnosi precoce e la cura dell'epatite C per il personale sanitario coinvolto, anche attraverso modalità di formazione a distanza. 2. Divulgazione informazioni in tema di HCV.	Michela Casson, Riccardo Candido. Personale medico, infermieristico della SC Patologie Diabetiche.	Obiettivo condiviso con SC Patologie Cardiovascolari, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) e Dipartimento di prevenzione	1. Formazione del personale. 2. Mettere a disposizione dell'utenza, poster, opuscoli informativi forniti dalla DCS.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	2132C	10	Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale anno 2023 linea PNRR 8.1 Telemedicina	1. Attivazione cellulare/telefono dedicato per tutte 4 le strutture del DST. 2. Costituzione gruppi di lavoro multidisciplinari con la MMG per la definizione di almeno 4 processi di telemedicina/teleconsulto (cardio, pneumo, nefro, diabetologici) da implementare sulla nuova Piattaforma regionale dal 2024. 3. Preparazione protocollo operativo per consulto.	Riccardo Candido, Personale medico, comparto della SC Patologie Diabetiche	Obiettivo condiviso con SC Patologie Cardiovascolari, SC patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina), SSD Governance Offerta Ambulatoriale, MMG	1. Attivazione cellulari/telefoni dedicati. 2. Approvazione di 4 percorsi di telemedicina/teleconsulto. 3. Attuazione protocollo operativo di consulto.	1) Entro il 30/06/2023 2) Entro il 31/12/2023 3) Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8004C	11	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023 Rete Cure Palliative	1. Preparazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico assistito non oncologico delle diverse strutture del DST. 2. Interazione con i teams.	Iris Buda, Riccardo Candido, Michela Casson, personale medico, comparto della SC Patologie Cardiovascolari	Obiettivo condiviso con SC Patologie Cardiovascolari, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) e SC Cure Palliative Area Giuliana e Isontina	1. Realizzazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico. 2. Almeno 1 riunione con i teams.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8005C	12	Omogeneizzazione dell'organizzazione dell'attività all'interno del Dipartimento specialistico territoriale (DST).	Uniformità tempi, tipologia e priorità prestazioni.	Riccardo Candido, Michela Casson, personale medico, comparto della SC Patologie Cardiovascolari	Obiettivo condiviso con SC Patologie Cardiovascolari, SC Patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina)	Uniformità delle agende specialistiche giuliano-isontina del DST.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	8006C	13	Analisi cartella infermieristica/FT e strumenti utilizzati per la presa in carico assistiti nelle diverse strutture del Dipartimento Specialistico Territoriale	1. Analisi cartelle infermieristiche/FT utilizzate nelle diverse strutture del dipartimento. 2. Modifiche/implementazione/creazione e, ove assenti, di strumenti infermieristici omogenei nel rispetto dei diversi setting ambulatoriali.	Responsabile infermieristico, personale infermieristico SC Patologie Diabetiche	Obiettivo condiviso con Responsabili infermieristici, personale del comparto SC Patologie Cardiovascolari, SC patologie Respiratorie, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina)	1. Condivisione cartelle infermieristiche/FT. 2. Omogeneizzazione, nel rispetto dei diversi setting ambulatoriali, degli strumenti utilizzati.	1. entro 31.7.2023 2. entro 31.12.2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Diabetiche	2083	3512C	14	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età media e lavoratori al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche (PL13)	1. Avvio dello screening CV nel personale sanitario visitato presso SC Medicina del lavoro ASUGI. 2. Presa in carico specialistica (cardiologica, pneumologica, diabetologica) dei pazienti a rischio CV alto o molto alto.	Riccardo Candido, Michela Casson, personale medico, comparto della SC Patologie Cardiovascolari	SC Medicina del Lavoro, SC Patologie Cardiovascolari e SC Patologie Respiratorie	1. Screening CV di almeno il 50% del personale sanitario visitato alla Medicina del lavoro ASUGI. 2. Presa in carico specialistica (cardiologica, pneumologica o diabetologica) del 75% dei pazienti segnalati a rischio alto o molto alto.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8005C	1	Omogeneizzazione dell'organizzazione dell'attività all'interno del Dipartimento specialistico territoriale (DST).	Uniformità tempi, tipologia e priorità prestazioni.	Direttore di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa, Responsabili Infermieristici e Coordinatori infermieristici del DST	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Cardiovascolari, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina)	Uniformità delle agende specialistiche giuliano-isontina del DST.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8002C	2	Attività esterna clinica multidisciplinare Ambulatorio di Panzano	1. Organizzazione dell'attività di consulenza clinica cardiologica, diabetologica, pneumologica e nefrologica nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone). 2. Formazione sul campo dell'infermiera di Comunità. 3. Inizio dell'attività di consulenza clinica cardiologica, diabetologica, pneumologica e nefrologica nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone).	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Cardiovascolari, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina), Distretto basso isontino	1. Un incontro organizzativo per avviare l'attività di collaborazione. 2. Formazione sul campo Infermiera di Comunità. 3. Inizio attività di consulenza ≥1/mese nell'Ambulatorio comunale di Panzano (Monfalcone).	1) Entro il 30/04/2023. 2) Entro il 30/06/2023 3) Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8003C	3	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023 Referenti aziendali screening HCV	1. Partecipazione a specifiche iniziative di formazione per la diagnosi precoce e la cura dell'epatite C per il personale sanitario coinvolto, anche attraverso modalità di formazione a distanza. 2. Divulgazione informazioni in tema di HCV.	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Cardiovascolari, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina), Dipartimento di prevenzione	1. Formazione del personale. 2. Mettere a disposizione dell'utenza, poster, opuscoli informativi forniti dalla DCS.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	2132C	4	Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale anno 2023 linea PNRR 8.1 Telemedicina	1. Attivazione cellulare/telefono dedicato per tutte 4 le strutture del DST. 2. Costituzione gruppi di lavoro multidisciplinari con la MMG per la definizione di almeno 4 processi di telemedicina/teleconsulto (cardio, pneumo, nefro, diabetologici) da implementare sulla nuova Piattaforma regionale dal 2024. 3. Preparazione protocollo operativo per consulto.	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Cardiovascolari, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina), SSD Governance Offerta Ambulatoriale, MMG	1. Cellulari/telefoni dedicati. 2. Approvazione di 4 percorsi di telemedicina/teleconsulto. 3. Attuazione protocollo operativo di consulto.	1. Entro il 30/06/2023 2. Entro il 31/12/2023 3. Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8004C	5	LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2023 Rete Cure Palliative	1. Preparazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico assistito non oncologico delle diverse strutture del DST. 2. Interazione con i teams.	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	Obiettivo condiviso con SC Patologie Diabetiche, SC Patologie Cardiovascolari, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina) e SC Cure Palliative Area Giuliana e Isontina	1. Realizzazione protocollo operativo con criteri di accesso, definizione delle tempistiche e modalità di presa in carico. 2. Almeno 1 riunione con i teams.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8001C	6	Attività esterna di collaborazione con RSA ed Ospedale di Comunità	1. Organizzazione e preparazione di un protocollo condiviso per l'attività di consulenza pneumologica presso le RSA/Ospedale di Comunità in Area Giuliana ai fini del miglioramento del percorso di cura e della presa carico dall'ospedale al territorio. 2. Attività di consulenza/ presa in carico in RSA/Ospedale di Comunità o telefonica in Area Giuliana degli assistiti cronicamente critici con patologie cardiache, respiratorie e diabetiche.	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	RSA/Ospedale di Comunità - Dipartimento Specialistico Territoriale	1. Un incontro organizzativo per avviare l'attività di collaborazione. 2. Almeno un incontro formativo per personale medico infermieristico RSA/Ospedale di Comunità. 3. Inizio attività di consulenza (in presenza o telefonica) ≥1/mese su richiesta dei medici delle RSA/Ospedale di Comunità.	1. Entro il 30/04/2023. 2. Entro il 30/6/2023. 3. Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8006C	7	Analisi cartella infermieristica/FT e strumenti utilizzati per la presa in carico assistiti nelle diverse strutture del Dipartimento Specialistico Territoriale	1. Analisi cartelle infermieristiche/FT utilizzate nelle diverse strutture del dipartimento. 2. Modifiche/implementazione/creazioni e, ove assenti, di strumenti infermieristici omogenei nel rispetto dei diversi setting ambulatoriali.	Responsabile infermieristico, personale infermieristico/FT SC Patologie Respiratorie	Obiettivo condiviso con Responsabili infermieristici, personale del comparto SC Patologie Diabetiche, SC patologie Cardiovascolari, SC Nefrologia e Dialisi (Area Isontina)	1. Condivisione cartelle infermieristiche/FT. 2. Omogeneizzazione, nel rispetto dei diversi setting ambulatoriali, degli strumenti utilizzati.	1. entro 31.7.2023 2. entro 31.12.2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8016C	8	Avvio dell'attività specialistica pneumologica territoriale	Presa in carico domiciliare dei pazienti respiratori "cronicamente critici" con presidi di supporto respiratorio (Ossigenoterapia e/o ventiloterapia).	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	RSA/Ospedale di Comunità Distretti Area Giuliana Distretti Area Isontina	1. Incontri conoscitivi con il personale dei Distretti di formazione sull'attività specialistica pneumologica territoriale. 2. Avvio dell'attività pneumologica domiciliare per pazienti segnalati dai Distretti, dalla S.C. di Pneumologia o di controllo programmato con presa in carico.	1. Entro il 30/04/2023 2. Entro il 30/6/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	3512C	9	Incrementare il calcolo del rischio CV nella popolazione di età media e lavoratori al fine di prevenire l'insorgenza di malattie croniche (PL13)	1. Avvio dello screening CV nel personale sanitario visitato presso SC Medicina del lavoro ASUGI. 2. Presa in carico specialistica (cardiologica, pneumologica, diabetologica) dei pazienti a rischio CV alto o molto alto.	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	SC Medicina del Lavoro, SC Patologie Diabetologiche e SC Patologie Cardiovascolari	1. Screening CV di almeno il 50% del personale sanitario visitato alla Medicina del lavoro ASUGI. 2. Presa in carico specialistica (cardiologica, pneumologica o diabetologica) del 75% dei pazienti segnalati a rischio alto o molto alto.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8017C	10	Implementazione dell'attività di riabilitazione respiratoria in area isontina	Avvio dell'attività di fisioterapia respiratoria per pazienti degenti nei reparti dell'Ospedale San Giovanni di Dio a Gorizia previa valutazione specialistica su richiesta di consulenza interna.	Francesco Cecchini, Coordinatore infermieristico, fisioterapisti respiratori		Evidenza dell'avvio del servizio.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8018C	11	Istituzione di ambulatori tematici dedicati nelle sedi di Gorizia e Monfalcone	Attivazione presso le sedi isontine della S.C. di Patologie Respiratorie di ambulatori tematici dedicati a: a. Malattie della pleura. b. Follow - up dei pazienti esposti ad amianto.	Roberto Trevisan, Mariledda Novello, Stefania Bolletti, Francesca Cettolo, Stefano Giurissa		1. Stesura e presentazione del documento di programmazione dell'ambulatorio per le malattie della pleura ed avvio delle attività secondo protocollo con programmazione di una seduta a settimana ed attivazione di agenda dedicata	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
									in G2 clinico a gestione interna. 2. Stesura e presentazione del documento di programmazione dell'ambulatorio.	
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	2901C	12	Gruppo multidisciplinare Neoplasie del polmone	<ol style="list-style-type: none"> Implementare il percorso dedicato per i pazienti con sospette neoplasie del polmone. Adeguare le agende CUP interne dedicate per prenotazione di esami diagnostici radiologici (RX e TC del torace) e di medicina nucleare (PET-TC), visita pneumologica, visita chirurgica, broncoscopia. Confermare e monitorare gli obiettivi identificati nel percorso diagnostico/terapeutico. accreditamento ECM e attuazione di evento formativo che coinvolga Azienda Ospedaliera e Territorio per informare tutti gli operatori dell'esistenza del percorso. Coinvolgimento della Direzione Medica per affiancarci nel monitoraggio degli obiettivi. 	Direttori/Dirigenti afferenti alle diverse SC e che partecipano al Gruppo Multidisciplinare/ Coordinatori infermieristici/tecnici	SC Oncologia Trieste SC Oncologia Gorizia Monfalcone SC Pneumologia Trieste SC Chirurgia Toracica SC Radiologia Maggiore Cattinara SC Radiologia Gorizia e Monfalcone SC Medicina Nucleare SC(UCO) Anatomia ed Istologia Patologica SC Radioterapia	<ol style="list-style-type: none"> Rendicontazione obiettivi condivisi con monitoraggi quadrimestrali. Evidenza di svolgimento del corso formativo. Arrivare a deliberare formalmente il percorso aziendale con coinvolgimento della Direzione Medica di presidio. 	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8019C	13	6.2 Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	Avvio di un percorso di audit per intercettazione e rivalutazione degli utenti con presidi per ossigenoterapia, CPAP e ventiloterapia, residenti nel territorio di ASUGI e non più in carico alle Pneumologie aziendali ed usciti dai regolari percorsi di follow - up clinico - strumentale specialistico.	Roberto Trevisan, Marileda Novello, Stefania Bolletti, Francesca Cettolo, Stefano Giurissa	Dr.ssa Elisabetta Umek - DEC per il capitolato delle forniture dei presidi per ossigeno e ventiloterapia; Distretti Area Giuliana; Distretti Area Isontina	<ol style="list-style-type: none"> Presentazione del documento di progetto con planning della successiva attività ambulatoriale di controllo. Acquisizione delle liste degli utenti attivi con presidi per ossigenoterapia, CPAP e ventiloterapia. Completamento del processo di verifica della regolare prosecuzione del follow - up da parte degli utenti secondo i criteri definiti nel progetto ed elaborazione di una lista con triage di priorità per la successiva valutazione ambulatoriale sempre secondo progetto. 	<ol style="list-style-type: none"> Entro il 31/05/2023 Entro il 30/06/2023 Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	2310C	14	Gestione condivisa dell'empitema pleurico	Riunioni sul tema dell'empitema pleurico per la realizzazione di un protocollo condiviso sulla base della letteratura esistente.	Direttore di Struttura Dirigenti Medici	SC Chirurgia Toracica, SC Pneumologia Trieste, SC Medicina Interna Gorizia, SC Medicina Interna Monfalcone	Stesura di un documento per PDTA dell'empitema pleurico.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	8020	15	Ambulatorio multidisciplinare delle patologie eosinofilo - correlate	1. Stesura di un documento di organizzazione e programmazione dell'attività ambulatoriale multidisciplinare delle patologie eosinofilo - correlate mirato principalmente alla gestione delle terapie biologiche.	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	SC Otorinolaringoiatria SC Medicina Gorizia (Dott. Riccardo Mancini)	1. Presentazione del documento di organizzazione e programmazione dell'attività dell'ambulatorio multidisciplinare dell'asma e delle patologie eosinofilo - correlate.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						2. Partecipazione a meeting mensili multidisciplinari con discussione di casi clinici.			2. Evidenza di partecipazione a > 90% degli incontri multidisciplinari.	
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	2806C	16	Collaborazione SC Anestesia e Rianimazione Gorizia - SC Patologie Respiratorie per l'esecuzione di broncoscopie disostruttive da parte dei medici della SC Anestesia e rianimazione di Gorizia (di pulizia) durante le ore non coperte dal servizio	Affidamento delle broncoscopie nelle urgenze ipossimiche da ostruzione dei bronchi (sino a livello segmentario) di pazienti ricoverati o afferenti al Pronto Soccorso, alla SC Anestesia e Rianimazione del PO di Gorizia (pazienti non necessitanti di intubazione) durante le ore non coperte dal servizio pneumologico.	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	SC Anestesia e Rianimazione di Gorizia	Riduzione di trasferimenti presso HUB per esecuzione delle procedure o ricoveri impropri in Terapia Intensiva.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	4051	17	Ossigenoterapia. Follow up del paziente in ossigenoterapia domiciliare	Riverificare le indicazioni terapeutiche. Verificare la compliance dei pazienti con ossigenoterapia domiciliare meidnate follow up.	Direttore Dirigenti		Evidenza di follow up. Analisi della compliance ed eventuale proposta di soluzione dell criticità.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	2327C	18	Governo clinico e reti di patologia Consolidamento della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica (ai sensi del DGR 817/2017)	1. Implementazione attività, presso il PO di Monfalcone, dell' Ambulatorio multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti con malattia neuromuscolare dell'ambito territoriale di competenza. 2. Revisione del gruppo integrato neuromuscolare con ridefinizione ambiti e miglioramento qualità dell'assistenza.	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	SC Riabilitazione Isontina, SC Pneumologia territoriale SC Neurologia Gorizia - Monfalcone.	1. Evidenza di ambulatorio attivo. 2. Evidenza di più incontri collegiali per la revisione dei processi.	Entro il 31/12/2023
Dipartimento Specialistico Territoriale	SC Patologie Respiratorie	621	6074C	19	Linee annuali per la gestione del SSR 2023, Rete cure Palliative. Valutazione multidimensionale e trasversale e multisetting tra cure palliative SC Patologie Respiratorie	Organizzazione e preparazione di protocollo condiviso per la presa in carico dei pazienti oncologici con versamento pleurico recidivante con necessità di procedure invasive o mini invasive a scopo palliativo.	Roberto Trevisan, Francesco Cecchini, personale medico, infermieristico SC Patologie Respiratorie	Obiettivo condiviso con SC Cure Palliative e Hospice Area Isontina	1. Realizzazione di protocollo per la segnalazione e presa in carico diretta e condivisa dei pazienti oncologici con versamento pleurico recidivante. 2. Evidenza di due incontri tra equipe.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	Direzione dei Servizi Sociosanitari	6001	1026	1	Supportare il percorso di riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale in ASUGI, ai sensi della Programmazione Regionale DGR N. 1446/21 e DGR 54/22, DM 77/22 e dal PNRR Missione 6	Progettazione e realizzazione FsC ad hoc. Attività di docenza/tutoraggio dei gruppi di lavoro promossi all'interno di un percorso di Formazione sul Campo. Supporto del coordinamento generale e per la stesura dei contenuti documentali. Documento progettuale elaborato.	Maria Monica Daghio Valentina Guidi Valentina Iurman	Segreteria Direzione Strategica: Giovanna Ragnetti Maria Teresa Galimi	Evidenza formazione sul campo. Evidenza predisposizione documenti.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	Direzione dei Servizi Sociosanitari	6001	5009	2	SI FA RETE. SOSTENIAMO INSIEME LA FRAGILITA' DELL'ANZIANO, in attuazione del capitolo 3.2 delle Linee di Gestione Coprogettazione	Organizzazione fattuale sul territorio della co-Progettazione in collaborazione con Regione, Associazioni di Volontariato, Enti Locali attraverso la definizione delle modalità di lavoro in rete e relativo monitoraggio. Partecipazione agli incontri.	Maria Monica Daghio Valentina Guidi Valentina Iurman	Distretti	- N° incontri con Associazioni aderenti al progetto - N° incontri FVG - target: almeno una nuova sperimentazione di 1 progetto sociosanitario.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	Direzione dei Servizi Sociosanitari	6001	1027C	3	Servizio Civile Universale (d.lgs. 40/2017) in attuazione del capitolo 3.10 Aziende di servizi pubblici alla	Coordinamento strategico del Servizio Civile Universale. Attivazione per il 2023 di una FSC dedicata alla figura dell'OLP.	Maria Monica Daghio Valentina Guidi Valentina Iurman	Segreteria Direzione Strategica: - Giovanna Ragnetti - Roberta Visitin	Avvio e relazione della FSC attivata nel 2023 Numero di incontri svolti con gli OLP.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
					persona (ASP), Terzo settore, fondazioni e servizio civile.	Produzione di un nuovo progetto SCU relativo all'assistenza territoriale nel 2023.			Evidenza progetto di assistenza territoriale SCU.	
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	Direzione dei Servizi Sociosanitari	6001	5011	4	Sostenere la fragilità dell'anziano afferenti alla Microarea di Villa Carsia	1. Sensibilizzare la collettività sull'importanza dell'impatto che certi stili di vita hanno sulla salute. 2. Conoscersi per abbattere la solitudine e monitorare lo stato di salute.	Fabiola Caputo	Microarea di Villa Carsia (Opicina) / in collaborazione con l'associazione VOLOP	1. Report degli incontri in collaborazione con l'Associazione Volop. 2. Report degli incontri di gruppo a tema sociosanitario.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	SC Area Welfare	1190	5001	1	Accompagnare gli operatori che si occupano di VMD all'utilizzo dello strumento Val.Graf-FVG	Realizzazione percorsi formativi gli operatori che si occupano di VMD con strumento Val.Graf-FVG.	Comparto	operatori che si occupano di VMD	Almeno un corso di formazione realizzato.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	SC Area Welfare	1190	5002	2	Supportare la DCS e le Aziende sanitarie per l'attuazione di quanto previsto dalla L.R. 16/2022	Predisporre bozze di documenti di attuazione della L.R. 16/2022.	Dirigenza e comparto		1. Def bozza di atto di indirizzo recante le indicazioni per la nuova configurazione dei servizi per la disabilità e per il conseguente adeguamento degli atti aziendali delle Aziende (ex art 18, comma 2). 2. Def bozza di atto di indirizzo per la promozione di un sistema di partecipazione dei cittadini uniforme su tutto il territorio regionale, per le persone con disabilità (ex art. 5, comma 4) .	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	SC Area Welfare	1190	5003	3	Supportare le attività della Commissione di valutazione dei progetti sperimentali di cui all'art. 20 bis della L.R.41/1996 (art. 25 L.R. 16/22), nonché realizzare accompagnamento, monitoraggio e valutazione delle sperimentazioni approvate.	Accompagnare le attività della Commissione di valutazione dei progetti sperimentali. Monitorare e valutare le sperimentazioni approvate.	Dirigente dott.ssa Cecotti		Documenti elaborati dal gruppo tecnico a supporto delle attività della Commissione.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	SC Area Welfare	1190	5004	4	Gestione del portale della disabilità	Revisione e implementazione contenuti. Verifica accessibilità. Gestione portale. Interfaccia per sviluppi area riservata.	Comparto		Portale rilasciato e mantenuto.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	SC Area Welfare	1190	5005	5	Monitorare il sistema dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, nonché le condizioni di vita delle persone che ne fruiscono	Elaborazione dei dati dal flusso informativo regionale (B.O. universo disabilità). Stesura del report annuale di attività delle Unità di offerta e delle persone con disabilità accolte nelle strutture residenziali e semi-residenziali.	Comparto		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.	Entro il 31/12/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	SC Area Welfare	1190	5006	6	Progetto di Ricerca per l'analisi economica nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, anche ai fini della definizione di un nuovo sistema di finanziamento: 2° annualità	Analisi empirica di processi e costi. Identificazione dell'ipotesi di un nuovo sistema di finanziamento regionale. Restituzione esiti di ricerca.	Dirigente dott.ssa Lorenzutti		Report finale di presentazione degli esiti della ricerca.	Entro il 30/06/2023
Strutture della Direzione dei Servizi Sociosanitari	SC Area Welfare	1190	5007	7	Attuazione della Programmazione Aziendale - Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUGI 2023-2025	1. Attuazione degli adempimenti previsti dal PTPCT 2023-2025 in materia di trasparenza. 2. Attuazione degli obblighi previsti dall'PTPCT 2023-2025 in tema di	Direttore dott. Zuttion		1. Trasmissione dei dati nelle modalità richieste dalla normativa e nel rispetto delle scadenze previste per la pubblicazione.	Entro il 31/12/2023

DIPARTIMENTO	STRUTTURA CDR	COD. CDR	COD. OB.	NUM. OB.	OBIETTIVO	AZIONI	PERSONALE / STRUTTURA	STRUTTURE COINVOLTE	RISULTATO ATTESO / VALORE MISURATORE	TERMINE/ TARGET
						anticorruzione e gestione del rischio amministrativo.			2. Disponibilità della documentazione e trasmissione al RPCT e/o alla Direzione, ove richiesto, nel rispetto delle scadenze di cui al PTPCT.	