

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

A Azienda
S Servizi
S Sanitari

**Piano
Attuativo
Locale**

N°1 triestina

2013

Premessa

Pur in tempi di contrazione di risorse (terzo esercizio annuale in assenza di incrementi di finanziamento, improntato quindi a un mantenimento delle attività senza sviluppo di per sé molto arduo da conseguire in considerazione dell'andamento inflattivo e dell'aumento di costi) anche nel corso del 2012 ASS1 ha continuato a sviluppare logiche organizzative dei servizi sanitari territoriali improntate alla creazione di valide alternative al ricovero ospedaliero, all'erogazione di servizi incentrati sui principi della proattività, della presa in carico, del governo integrato della cronicità, della disabilità, della non autosufficienza e della promozione della salute.

I servizi sanitari territoriali messi in campo da ASS1 hanno comunque garantito una progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione, sceso dal 236,2‰ del 1998 al 155,6‰ del 2011 (fonte del dato 2011: *"Il rendiconto trimestrale 2012 di valutazione economica, finanziaria e gestionale del Servizio Sanitario Regionale"*), che comporta oggi circa 22.000 ricoveri in meno all'anno rispetto ad una dozzina di anni addietro, con dati in costante miglioramento, anno dopo anno.

Il tutto, in un contesto demografico rappresentato dalla popolazione più anziana d'Italia: 27,8% di persone oltre i 65 anni, 14,2% di ultrasessantacinquenni (la metà dei quali vive sola, senza una rete parentale che se ne possa fare carico), con un indice di vecchiaia del 243%, (Italia 144,5%, FVG 186,2%, GO 202,8%, UD 184,7%, PN 146,9%), in un minuscolo territorio in buona parte urbano confinato tra mare e collina, ad altissima densità abitativa (2.432,7 persone per km quadrato) e caratterizzato da fenomeni tipici delle realtà metropolitane (pur di piccole dimensioni) in cui si manifestano vaste aree di deprivazione sociale.

Anche nel 2013 ASS1 intende impegnarsi in ogni caso affinché le prestazioni sanitarie prioritarie riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza siano garantite alla popolazione della provincia di Trieste, proseguendo nello sforzo che ha consentito comunque – pur nella contingenza di finanziamento – di conseguire risultati estremamente importanti sul piano dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza.

Vanno richiamati ad esempio i brillanti risultati ottenuti sul piano della riduzione di ricoveri per scompenso cardiaco ed il concorso alla riduzione dei tempi di accesso alla rivascolarizzazione cardiaca (entrambi frutto di sinergie professionali tra le strutture cardiologiche del territorio e quelle ospedaliere, che hanno coinvolto anche il 118, i servizi distrettuali e la medicina generale): i ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco si sono ridotti di circa un terzo passando dagli oltre 1600 del 2007 ai poco più di mille di quest'anno.

Vanno citati anche: i percorsi integrati per i diabetici, con particolar riferimento alla gestione del piede diabetico, che hanno portato ad una drastica riduzione della fuga extraregionale per la cura di tale patologia; il lavoro integrato con i PLS sull'allattamento al seno e sull'alimentazione 0-3 anni; l'ulteriore

miglioramento nella gestione delle ferite difficili (con un alto tasso di guarigione per i casi presi in carico) e delle lesioni da decubito; l'importante lavoro – integrato con la neuropsichiatria infantile dell'IRCCS Burlo Garofolo – in tema di autismo e sui disturbi specifici dell'apprendimento, così come l'attività – a cura dei servizi di salute mentale – sugli esordi psicotici nei giovani e quella di prevenzione del danno a cura del dipartimento delle dipendenze.

Per quanto riguarda la capacità di erogare prestazioni, il già citato *“Il rendiconto trimestrale 2012”* ha evidenziato per ASS1 un ulteriore aumento dei ricoveri in RSA (+1,3%), degli utenti trattati in assistenza infermieristica domiciliare (+10,6%) pur a fronte di un minor numero di accessi (-5,6%) – verosimile indice di maggiore efficienza – ed un dato pro capite di prestazioni specialistiche (14,5 per residente), peraltro non ponderato per età, secondo in regione solo a quello di ASS2 (14,7), che va correlato alla contestuale riduzione dei ricoveri.

Tutte queste attività possono a buon motivo esser considerate come "sviluppo", nonostante le premesse di mantenimento che ASS1 si era prefisso per l'anno in corso.

Non va dimenticato il potenziamento del servizio di continuità assistenziale (SCA) messo in atto nel corso del presente anno, al fine di concorrere anche attraverso tale servizio alla risposta all'acuzie non emergente. È nell'ambito dei rapporti con i professionisti convenzionati – quali i MMG e i medici SCA – che si intende proseguire nella logica di organizzazione dei servizi secondo due paradigmi complementari: risposta all'acuzie non emergente secondo il modello della medicina d'attesa, gestione della cronicità e promozione della salute secondo il modello proattivo della medicina d'iniziativa e dell'integrazione multiprofessionale e sociosanitaria.

Il percorso di integrazione sociosanitaria – caratterizzato dalla stesura dei nuovi PDZ nel corso del 2012 – consentirà anche nel 2013 di proseguire nell'attività di forte collaborazione con i Servizi Sociali dei Comuni che ha contraddistinto la fase programmatica e che ha consentito la creazione di una vera e propria cabina di regia. È questo un presupposto imprescindibile per affrontare con immutato impegno, pur nelle grandi difficoltà derivanti da una crisi economica ormai generalizzata e di lunga durata, verso la costruzione di un sistema integrato di salute, primo obiettivo della mission di ASS1.

Il rischio concreto è oggi quello di contrarre le attività territoriali con la conseguenza di riversare nuovamente gli oneri dell'assistenza sugli ospedali, qualora le risorse investite sul territorio si rivelassero insufficienti o – peggio – non si proseguisse, secondo le indicazioni internazionali e nazionali e le dichiarazioni di intenti regionali, a razionalizzare il settore ospedaliero per liberar risorse a favore di un ulteriore sviluppo del settore territoriale.

Il presente documento di pianificazione 2013 si inserisce in un momento immediatamente successivo all'approvazione della Legge Regionale n. 216 di “Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale” e deve

pertanto tener conto di molti passaggi delicati e significativi che avranno forte impatto sulle attività aziendali, nel percorso attuativo di riordino.

Il ruolo di Azienda capofila di Area Vasta che la Regione ha già da tempo attribuito ad ASS1 e la conseguente attivazione della Conferenza di Area Vasta Giuliano-Isontina comportano di fatto la necessità di organizzare le propria attività anche in considerazione dello scenario futuro e di tale responsabilità di coordinamento.

La pianificazione 2013 deve peraltro considerare anche il complessivo scenario legislativo nazionale, in tema di organizzazione dei servizi sanitari. Tale scenario appare in costante evoluzione e tiene conto di quegli sviluppi epidemiologici, demografici e sociali in atto nel nostro Paese, già verificatisi con una ventina d'anni di anticipo nello specifico contesto del territorio di riferimento di ASS1 – coincidente con la provincia di Trieste – e oggi ulteriormente acuiti dal perdurare e dal generalizzarsi della crisi economica.

In tal senso vanno tenute in debita considerazione, per il loro impatto presente e futuro sull'organizzazione dei servizi sanitari territoriali, anche le norme relative alla c.d. "spending review" e quelle richiamate dal c.d. "decreto Balduzzi", convertito in Legge n. 189 dell'8/11/2012.

ASS1 dichiara, in premessa a qualsiasi altra considerazione progettuale e di impegni, che deve prendere atto di come il proprio finanziamento per il 2013 risulti decrementato, dopo esser rimasto sostanzialmente invariato, in termini contabili, per tre esercizi consecutivi alla cifra preventiva del 2010.

Il finanziamento attribuito all'AV GI per l'anno 2013 ammonta infatti a € 733.106.614,00, a fronte di € 751.152.278,00 assegnati nei precedenti tre esercizi, ed è comprensivo della quota specifica pari ad € 29.198.034,00 destinata - ex art. 39 della L.R 29.12.2012, n. 22 - al finanziamento dell'IRCCS "Burlo Garofolo".

Sulla base di tali premesse pertanto, i Direttori generali dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina" e dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, riuniti presso la Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali in data 13 dicembre 2012, preso atto della ripartizione del finanziamento residuo di € 703.908.580 (al netto della suddetta quota destinata all'IRCCS) esposta alla tabella 1.a.3 "Sviluppo del finanziamento indistinto" delle "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2013" trasmesse dalla DCSISPS, hanno concordato - in considerazione della situazione di difficoltà rappresentata da AOU Ts, del positivo andamento della spesa farmaceutica convenzionata verificatosi negli ultimi due esercizi ed in una logica di tenuta del sistema con esclusivo riguardo alla salute della popolazione di riferimento - di attribuire per l'esercizio 2013 una quota "di riequilibrio" a favore di AOU Ts del valore complessivo di € 3.000.000, di cui € 2.500.000 a carico di

ASS1 e € 500.000 a carico di ASS2, come rappresentato nella tabella che segue:

Aziende	Assegnazione 2012 (DGR 582/2012)	Ripartizione finanziamento 2013		
		Totale finanziamento 2013 AV GI	Revisione finanziamento a seguito di accordo tra i DD.GG.	Totale finanziamento 2013 dopo accordo tra i DD.GG.
ASS 1	401.788.991,00	397.354.546,00	-2.500.000,00	394.854.546,00
ASS 2	233.750.124,00	227.866.189,00	-500.000,00	227.366.189,00
AOUTS	84.461.602,00	78.687.845,00	3.000.000,00	81.687.845,00
BURLO	31.151.561,00	29.198.034,00		29.198.034,00
Totale AV Giuliano Isontina	751.152.278,00	733.106.614,00	0,00	733.106.614,00

In conseguenza, durante tutto il 2013 andranno strettamente e puntualmente monitorate attività e proiezioni di bilancio di ogni Azienda di area vasta, al fine di consentire ogni ulteriore manovra che si dovesse rendere necessaria per garantire l'equilibrio del sistema, come condiviso anche con la DCSISPS.

In margine all'accordo tra i direttori generali ai fini della ripartizione del budget di AV Giuliano-Isontina, si ricorda che tale AV è composta da quattro soggetti molto diversi tra loro, per forma e per mission: un'Azienda Ospedaliero-Universitaria con bacino di utenza certamente superiore all'AV, un IRCCS di riferimento nazionale e internazionale, un'Azienda mista territoriale/ospedaliera ed un'Azienda esclusivamente territoriale. È di estrema difficoltà – in assenza di una chiara attribuzione sovraordinata di compiti e obiettivi al segmento ospedaliero e a quello territoriale – ricomporre, in un ambito di area vasta, interessi aziendali talora divergenti, pur all'interno della stessa logica di appartenenza al Servizio Sanitario Regionale.

In attesa di linee di indirizzo che definiscano degli obiettivi e una strategia di sistema in coerenza con le più moderne indicazioni di riadeguamento dell'offerta ospedaliera a favore dello sviluppo dell'assistenza territoriale, la suddivisione del finanziamento in AV è avvenuta, con gran senso di responsabilità da parte di ASS1 e ASS2 che hanno inteso farsi carico della situazione di difficoltà rappresentata da AOUTS, considerato il positivo andamento della spesa farmaceutica convenzionata verificatosi negli ultimi due esercizi e in una logica di tenuta del sistema con esclusivo riguardo alla salute della popolazione di riferimento. In conseguenza, durante tutto il 2013 andranno strettamente e puntualmente monitorate attività e proiezioni di bilancio di ogni Azienda di area vasta, al fine di consentire ogni ulteriore manovra che si dovesse rendere necessaria per garantire l'equilibrio del sistema.

La diminuzione complessiva di finanziamento comporta comunque una capacità di spesa reale ulteriormente ridotta, considerando i costi inflattivi e l'aumento dell'IVA (che per un'azienda sanitaria rappresenta un costo puro). Ciò pur tenendo conto del blocco dei rinnovi contrattuali, delle norme in materia di politiche del personale e della "spending review" (che incide non solo quale

elemento di calmiera sulle spese ma anche sulla capacità finale di garantire servizi sanitari).

Non deve pertanto trarre in inganno il positivo andamento del bilancio aziendale di ASS1, che si è chiuso con un utile superiore ai 3 milioni di euro nel 2011 e che prevede per il 2012 una performance analoga: nel 2011 il risultato è stato conseguito esclusivamente in funzione di un ottimo andamento della spesa farmaceutica convenzionata - frutto anche di un'attenta politica aziendale basata sulla qualità e sull'appropriatezza - senza il quale non si sarebbe realizzata una condizione di equilibrio. Nel 2012 si prevede che la situazione si ripeta.

Questo risultato positivo è stato ottenuto nonostante l'ulteriore incremento della fuga extraregionale per prestazioni di ricovero (in particolar modo interventi di protesizzazione di anca e di ginocchio) e di diagnostica strumentale (RMN), notificato ad ASS1 a fine 2012 relativamente al dato 2011. I costi conseguenti vengono posti in carico ad ASS1 senza che questa possa governare i fattori produttivi che la determinano.

Il persistere del "riequilibrio" dei fondi regionali a vantaggio delle Aree Vaste di UD e PN e a scapito del finanziamento all'AV Giuliano Isontina penalizza ulteriormente l'erogazione di servizi di ASS1 che - trattandosi di azienda unicamente territoriale - ha sviluppato nel tempo, come da mandato regionale, i servizi territoriali.

ASS1 dichiara quindi come riferimento generale la ricerca del mantenimento delle performance senza sviluppi, pur con la consapevolezza che anche tale mantenimento sta già richiedendo un pesante sforzo collettivo da parte dell'Azienda tutta, per la sofferenza in tema di risorse umane coincidente con un calo effettivo delle risorse finanziarie disponibili. In particolare, non è pensabile, nel medio-lungo periodo, un mantenimento delle performance se gli attuali criteri di finanziamento (sia in termini di ripartizione di risorse tra ospedale e territorio, sia in termini di "riequilibrio" tra diverse realtà territoriali) dovesse perdurare immutato, anche perché non è immaginabile il ripetersi nel lungo termine delle ottime performance sulla spesa farmaceutica verificatesi nel 2011 e nel 2012 e che possono auspicabilmente verificarsi ancora nel 2013. Con l'uscita dalla copertura brevettuale, nel 2014, delle ultime molecole tra le principali per la gestione delle patologie croniche maggiormente impattanti, non sono infatti prevedibili ulteriori benefici a comporre ipotizzabili riduzioni della spesa farmaceutica convenzionata, che di converso si prevede possa ricominciare a crescere in funzione dell'aumento di patologie croniche ampiamente preventivate sul piano epidemiologico.

Ciò premesso, è ferma volontà di ASS1 il garantire i livelli di qualità e quantità dell'assistenza sanitaria offerta ai propri residenti. Appare comunque difficile ipotizzare come realistico l'equilibrio di bilancio senza modificare la propria capacità produttiva in termini di servizi offerti alla popolazione. Si immagina anzi che, nel corso dell'anno e con un costante monitoraggio dell'andamento della

spesa, si possano render necessarie ulteriori contrazioni di costi e attività, anche in funzione delle susesposte necessità di stretto monitoraggio derivante dagli accordi sulla ripartizione economico-finanziaria di Area Vasta. Per i motivi susesposti e per limitare il rischio stesso della contrazione di costi e di attività, si fa sin d'ora esplicita richiesta affinché l'utile di esercizio 2012 maturato da ASS1 possa esser integralmente e quanto prima messo a disposizione di ASS1, se del caso attraverso strumenti straordinari e quindi anche al fine di aumentare il finanziamento del bilancio di parte corrente per l'esercizio 2013.

ASS1 metterà comunque in atto tutte le manovre per mantenere il bilancio in equilibrio cercando di ridurre il possibile impatto negativo sulla qualità della presenza sanitaria territoriale, ma è evidente che, in situazione di risorse calanti (e con prospettive altrettanto negative per il futuro), sarebbe necessaria una riflessione sul sistema generale di salute che va ridefinito in alcuni rapporti e scelte di sviluppo. In altre parole contrarre e razionalizzare la spesa senza intervenire sul rapporto ospedale ↔ territorio, sulla costruzione di un sistema di welfare veramente integrato, sull'appropriatezza clinico/organizzativa e sulle priorità di sviluppo, sarebbe un esercizio di taglio che penalizzerebbe il cittadino, le comunità e i livelli di salute delle future generazioni.

La sostenibilità del sistema si giocherà, in sostanza, soprattutto attraverso la capacità – primariamente del territorio – di recitare un ruolo fondamentale nella gestione della cronicità, nella prevenzione e nella promozione della salute, elementi questi che concorrono a determinare una limitazione della progressione verso ulteriori patologie, complicanze, disabilità e conseguenti costi sociali.

È interessante, a tale proposito e a sostegno delle nostre tesi, richiamare quanto riportato nella bozza di Decreto, recentemente diffusa dal Ministero della salute, sul *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'art.15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135”*, che prevede tra l'altro la riduzione di dotazione di posti letto ospedalieri al 3,7‰ e del tasso di ospedalizzazione sotto il 160‰.

Al capitolo 1, “Premessa, obiettivi ed ambiti di applicazione”, il documento recita: *“... Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una inevitabile redistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici...*

implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente...

Al capitolo 10, "Continuità ospedale-territorio", il documento riporta: *"La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo dell'ospedale..."*. Più avanti, nello stesso capitolo, a proposito delle dimissioni protette, vengono proposte soluzioni già da tempo adottate a Trieste, ove nel 2011 ben 5.351 persone – dato in costante aumento negli anni - sono state prese in carico attraverso le attività di continuità infermieristica ospedale – territorio.

Alle strutture territoriali sono assegnate oggi grandi responsabilità organizzative e gestionali su molti percorsi di salute. Ciò nonostante, il governo della medicina specialistica continua ad essere in capo indifferentemente ai vari Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale e al privato convenzionato sulla base delle esperienze storiche consolidate nel tempo.

Giova a tale proposito richiamare anche l'art. 1 della Legge n. 189 dell'8/11/2012, che prevede l'istituzione – nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio - delle unità complesse di cure primarie quali forme organizzative multiprofessionali atte ad erogare prestazioni assistenziali, essendo l'attività ambulatoriale funzione naturale della sanità territoriale, a cui dovrebbe competere l'effettivo governo dell'offerta e della domanda.

Anche il tema della c.d. fuga extraregionale è stato più volte portato da ASS1 all'attenzione delle istanze regionali: si continua a ritenere del tutto improprio il pagamento a carico di ASS1 dei DRG "in fuga" dal territorio di competenza, non essendo ASS1 dotata di posti letto per acuti e non avendo alcuna possibilità di governo dell'offerta ospedaliera. Ciò a maggior ragione allorché vengono imposti meccanismi di valorizzazione di "tetti fissi" tra le Aziende del SSR che, andando a remunerare il c.d. "vuoto per pieno", non stimolano le Aziende erogatrici ad aumentare l'offerta delle prestazioni sanitarie. Questo vale anche per alcune prestazioni diagnostiche – come le RMN – per le quali, pur a fronte di un ulteriore conclamato aumento in fuga extraregionale, ad ASS1 è impedito di negoziare un aumento dei volumi di offerta con il privato accreditato a causa dell'applicazione delle norme in tema di "spending review", né ASS1 dispone di presidi ospedalieri attraverso cui aumentare l'offerta. Questo fatto comporta ovvie conseguenze anche sulla gestione dei tempi di attesa.

Riemerge qui un discorso sul quale questa ASS1 ha più volte richiamato l'attenzione. L'autonomia delle singole Aziende anche per quanto riguarda le scelte che impattano sul lavoro e sugli impegni degli altri partner di area vasta, a fronte di "accordi di AV" non dotati di valore formalmente vincolante per i

singoli sottoscrittori, espone al rischio di una situazione assai critica nella definizione dei rispettivi volumi, obiettivi e risorse dedicate.

ASS1 ha più volte dichiarato che il governo di “tutto ciò che non è ricovero” – segnatamente della medicina specialistica e della diagnostica (scelta degli erogatori, volumi, risorse, appropriatezza, tempi di attesa, ecc.) - dovrebbe essere in capo alle Aziende per i Servizi Sanitari o quanto meno essere chiaramente definito, in termini di compiti e responsabilità, dalle istanze regionali sovraordinate. Attribuirne le responsabilità e i relativi finanziamenti alle Aziende territoriali, consentirebbe una regia unica, una verifica reale dell'appropriatezza, una prioritizzazione degli interventi, un reale controllo sulla programmazione e sulla effettiva attività, la definizione di percorsi diagnostici integrati, riservando all'ospedale la sola specifica funzione di ricovero per acuti.

Attualmente, per restare nel budget, qualche soggetto può autonomamente decidere di limitare i propri impegni in qualche specifico settore oppure in maniera generalizzata, ma se così facessero tutti, si assisterebbe ad una grande contrazione di servizi offerti alla cittadinanza con conseguente allungamento a dismisura dei tempi di attesa.

Il rischio è che debba essere ASS1 a spendere di più per assicurare le stesse quantità di prestazioni offerte ai cittadini, cosa resa non percorribile dalle limitazioni di spesa verso i privati e dal finanziamento generale dell'Azienda, in contrazione rispetto alle reali possibilità di impiego di risorse economiche.

Per contro, le dimensioni del territorio di riferimento di ASS1 favoriscono, anche per le ridottissime distanze, il ricorso – troppo spesso diretto - a servizi ospedalieri/universitari in cui l'offerta (specialistica e superspecialistica) condiziona la domanda. Un adeguato sviluppo e dimensionamento delle cure primarie dovrebbe invece partire da una mappatura dei bisogni di salute e da una valutazione dell'appropriatezza della domanda, su cui definire l'offerta, anche in termini di ripartizione di risorse (economiche, umane e strumentali) e di funzioni (e quindi di strutture) tra contesto ospedaliero e contesto territoriale.

Nel campo dell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali, le scelte storiche di ASS1 sono state guidate dal principio secondo cui la salute richiede un approccio intersettoriale, unitario, globale, con forte attenzione su aspetti innovativi (domiciliarità) in quanto più probabilmente in grado di assicurare vantaggi e libertà. Anche per questo i ricoveri ospedalieri vanno riservati a situazioni acute altrimenti non risolvibili, mentre la presa in carico della cronicità e della disabilità, la gestione dell'acuzie (e della subacuzie) che non necessiti ricovero, la prevenzione e la promozione della salute richiedono un forte sviluppo dei segmenti di cura sanitari e sociosanitari territoriali.

In questa visione si sono sviluppati, all'interno di una logica organizzativa distrettuale, servizi medici, infermieristici e riabilitativi territoriali, nei setting residenziali e domiciliari. Questi servizi hanno consentito un'effettiva presa in

carico dei casi complessi a domicilio, concorrendo alla creazione di valide alternative al ricovero ospedaliero.

Anche l'esperienza delle microaree, basata sul principio degli interventi di salute intersettoriali a forte impronta proattiva, motivata a cercare di intercettare il bisogno di salute (molto spesso non esclusivamente di tipo "sanitario") e di cogliere una domanda altrimenti inespresa, è stata significativa nel concorrere all'abbattimento di un tasso di ospedalizzazione che solo pochi anni fa era estremamente elevato.

Grazie anche a questa grande ricchezza culturale e organizzativa il molto che resta da fare, in una logica di costante miglioramento, può trovare nuove opportunità. Ad esempio, il mondo della medicina generale va ulteriormente considerato e supportato nei processi di sviluppo delle cure territoriali e di riduzione del ricorso all'ospedalizzazione.

È quindi necessario procedere verso una logica di sistema di cure primarie maggiormente integrato tra MMG (e PLS) e servizi distrettuali (con attenzione alla collaborazione sinergica con i Servizi Sociali dei Comuni), che consideri la salute delle persone, delle famiglie, della collettività al centro dell'attenzione organizzativa di tutti, al fine di consentire adeguata assistenza territoriale in ogni occasione in cui la perdita di salute (e l'ospedalizzazione correlata) possa essere evitata.

Nella piena consapevolezza e condivisione di quanto riportato in letteratura sul valore dei determinanti non sanitari (sociali) della salute, che incidono in maniera ben più pesante di quelli sanitari nella "produzione" di salute, questa Azienda intende ulteriormente rafforzare le azioni nelle direttrici più palesemente sanitarie e sociosanitarie. La costante attenzione riservata dai servizi di ASS1 ai fenomeni sociali e sociosanitari ha concorso significativamente a sviluppare le politiche di salute sul territorio, ed i tempi sono maturi per intraprendere nuove azioni di prevenzione e promozione della salute affidate direttamente ai professionisti di ASS 1 (dipendenti e convenzionati), utili a fronteggiare l'incremento delle patologie croniche e le conseguenti disabilità.

Sul piano dell'integrazione sociosanitaria, il percorso avviato nel 2012 con la formulazione dei nuovi PDZ consentirà di proseguire nel fruttuoso confronto e in una collaborazione sempre più stringente ed operativa con i Comuni dei tre ambiti di riferimento di ASS1.

ASS1 intende proseguire lungo alcuni assi di sviluppo storicamente definiti, quali la costruzione di forti sinergie tra tutti i propri servizi finalizzate alla copertura h24, la sempre maggior profondità dei rapporti con gli altri Enti (in particolare con i Servizi Sociali dei Comuni) e con tutti gli attori del welfare verso una reale e concreta integrazione delle rispettive attività territoriali, lo sviluppo delle politiche di presa in carico della salute delle comunità anche attraverso la sempre più attenta attivazione delle risorse proprie della popolazione e dei loro sistemi di aggregazione.

ASS1 intende quindi farsi carico pienamente del proprio ruolo per lo sviluppo di un complessivo sistema integrato sociosanitario che abbia come obiettivo la tutela della salute dei cittadini e delle comunità del territorio provinciale. Con questa logica, come detto, si è aderito alle nuove logiche di programmazione unitaria impostate dalla Regione FVG che hanno dato vita, nel 2012, alla condivisione dei documenti di impegno reciproco tra servizi sanitari ASS1 e Servizi Sociali dei Comuni.

ASS1 ha aderito alla costituzione di una Cabina di Regia promossa dal coordinamento delle Assemblee dei Sindaci e composta dall'Azienda stessa e dagli Ambiti 1.1, 1.2 e 1.3, impegnandosi nel ruolo di riferimento e coordinamento viste le dimensioni provinciali del territorio di propria competenza. Si considera questa esperienza estremamente positiva e si dichiara di volerla proseguire non solo per il monitoraggio del lavoro impostato con i documenti approvati con l'atto d'intesa, ma anche per lo sviluppo futuro della collaborazione e della sinergia tra i servizi sanitari e i Servizi Sociali dei Comuni, immaginando, anche attraverso questo strumento, il consolidamento di un sistema di programmazione comune nelle aree di integrazione.

Per quanto riguarda la riorganizzazione delle cure primarie, l'applicazione della Legge n. 189 dell'8/11/2012 (capo I, norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria) darà l'opportunità di realizzare in tempi brevi le AFT, aggregazioni funzionali territoriali, definite quali *“forme organizzative monoprofessionali... che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi...”*, in un percorso teso al governo clinico che ASS1 ha già avviato attraverso l'istituzione di un laboratorio progettuale denominato “Laboratorio esseti” (delibera n. 299 dd. 02/09/2011), con la realizzazione – nel corso del 2012 – di una prima iniziativa progettuale (progetto A.PRE.1) e con la definizione di un programma articolato cui si intende dar corso a partire dal 2013.

Il programma Go Clear (*Governance Clinica ed Economica: Azioni formative sul campo e di Ricerca nel mondo reale*) è il presupposto strutturale per realizzare un modello di formazione sul campo (FSC) basata sul confronto tra pari nell'ambito di team di professionisti in cui l'analisi sui propri comportamenti (sulla base di indicatori di performance) costituisce elemento di conoscenza per la gestione del miglioramento, in piena coerenza con gli enunciati della L.189. Go Clear si articolerà in attività, cronologicamente in parte sovrapposte, di raccolta e analisi dei dati, di produzione di informazioni, di realizzazione di attività formative sul campo e di ricerca-azione nel mondo reale, prevedendo la definizione di filoni progettuali su cui basare la produzione di informazioni utili al percorso di formazione sul capo e alla successiva misurazione dei risultati, l'implementazione del sistema di raccolta e analisi delle diverse fonti dati, l'organizzazione del sistema di formazione sul campo e tra pari basato sull'analisi di indicatori di performance.

Gestione della cronicità e promozione della salute – temi portanti che caratterizzano una moderna sanità territoriale – presuppongono infatti di abbandonare il paradigma dell’operatività secondo modalità “di attesa” per passare alla c.d. medicina d’iniziativa, tipica del modello di proattività. Una visione delle dinamiche di popolazione, la definizione di obiettivi condivisi, una base informativa che consideri anche elementi clinici e non solo dati amministrativo – burocratici di prestazioni sono presupposti irrinunciabili.

Il concetto di continuità delle cure va pertanto affrontato in senso “*lifelong*”, per quanto riguarda cronicità e promozione della salute. I modelli “h24 - 7 su 7” sono per contro necessari ad affrontare i problemi acuti, le emergenze e le urgenze, temi che operativamente si basano sul modello tradizionale della medicina d’attesa.

L’enfasi con cui alcune campagne mediatiche hanno proposto il tema dei “codici bianchi in pronto soccorso” rischia di far perdere di vista la reale portata innovativa di una diversa organizzazione del servizio sanitario, che la L.189 potenzialmente introduce, se correttamente interpretata e declinata nella realtà operativa delle strutture distrettuali sviluppate in ASS1. Sarebbe del tutto fuorviante, infatti, il ritenere di dover organizzare l’assistenza territoriale esclusivamente in funzione della gestione di acuzie ed emergenza-urgenza.

Anche in questo caso sono importanti i riferimenti alla già citata bozza di Decreto ministeriale sul Regolamento sull’assistenza ospedaliera, laddove si afferma (paragrafo 9.1.2, Rete territoriale di soccorso): *“Il nuovo modello organizzativo dell’assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l’attività del distretto e con la rete ospedaliera, garantendo, in tal modo, una reale continuità dell’assistenza nell’interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.”*

Utili – a tale proposito – anche gli spunti offerti in tema di rapporti con il Servizio di Continuità Assistenziale (paragrafo 9.2.5): *“dovranno esser messe a disposizione della Continuità Assistenziale le dotazioni tecnologiche delle Centrali Operative e l’integrazione con i MMG, con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell’utenza”*.

La posizione espressa dal documento ministeriale ci conforta e ci convince a proseguire nella nostra azione, che ha portato a significativi risultati anche in tema di accessi al pronto soccorso. Mettendo a confronto i dati relativi al periodo gennaio-settembre 2012 rispetto allo stesso periodo dell’anno precedente, il numero totale degli accessi al PS di Cattinara è sceso del 4,79%. Vi è analogo diminuzione (-4,11%) anche se consideriamo la sola popolazione over 75, così come si riducono (rispettivamente -4,58% e -15,91%) gli accessi

al PS di ultrasettantacinquenni provenienti da case di riposo o da RSA. Ma il dato più vistoso riguarda il calo del 31,44% degli accessi per gli ultrasettantacinquenni in codice bianco. Questo non significa negare l'eventualità di accessi impropri, ma sottolinea la volontà di proseguire in una complessiva azione di riordino del sistema di risposta territoriale all'acuzie non emergente: un ripensamento delle innumerevoli risorse oggi messe in campo (ad es.: PdMG, CPC, SCA) e un ulteriore passo in avanti verso il rafforzamento delle logiche di rete, sia con i servizi distrettuali, sia con la medicina generale e con la pediatria di libera scelta, sono comunque all'attenzione di ASS1.

La nostra priorità resta pur tuttavia la gestione proattiva della salute e della cronicità, al fine di anticipare fenomeni e prevenire/limitare eventi: questo significa in ultima analisi limitare le occasioni in cui le persone prese in carico possano aver bisogno di un ricorso a cure ospedaliere, con una logica di iniziativa e di opportunità che sottintende politiche attive di popolazione, molto più che sul singolo soggetto.

Tutto ciò richiede una forte alleanza tra medicina generale e distretto e un adeguato supporto da parte dell'Information Technology, sia per la gestione del singolo caso sia per una lettura aggregata dei fenomeni in un'ottica di governance di sistema e attraverso un sistema di "cruscotti direzionali" che coniughi dati di natura amministrativa con dati di natura squisitamente clinica.

Si ritiene irrinunciabile lo sviluppo di un sistema informativo "operativo" (cartella del paziente, scambio di informazioni, condivisione di accesso alle stesse per garantire la continuità decisionale, ecc..) e di valutazione delle performance clinico-assistenziali-organizzative. È stata più volte richiamata a questo proposito l'inadeguatezza dei sistemi informativi regionali, carenti in vari settori di attività e/o determinati essenzialmente sul mero calcolo dell'efficienza (numero di prestazioni), di derivazione ospedaliera.

I passaggi ormai ineludibili verso un sistema di prescrizione elettronica (e quanto prima possibile verso una vera dematerializzazione dell'atto prescrittivo) sono un'opportunità che non può esaurirsi nella sola messa a disposizione dei professionisti della possibilità di accedere a un portale: questo significherebbe non tener conto delle reali condizioni operative e delle reali necessità dei professionisti stessi, che non possiamo considerare meri esecutori di una transazione per conto del servizio sanitario, ma che continuiamo a ritenere attori professionali di un percorso assistenziale che riguarda la salute dei cittadini.

Considerare il percorso di prescrizione elettronica come un'opportunità, un primo tassello di un percorso molto più articolato e complesso, significa invece cogliere l'occasione per gettare le basi di un sistema di continuità informativa che è il presupposto per la continuità decisionale e quindi per la continuità assistenziale. Senza ICT e senza accesso alle informazioni non si possono fare in maniera efficace attività di governo clinico, proattività, presa in carico della cronicità, promozione della salute secondo strategie di popolazione. La

condivisione delle informazioni è inoltre presupposto ineludibile per le attività di medicina d'attesa rivolte all'acuzie non emergente, che richiederanno un ripensamento del sistema complessivo di risposta oggi basato su MMG, SCA, PdMG, 118 e servizi distrettuali che di fatto copre già le 24 ore, 7 giorni su 7.

A proposito di tali necessità di governance (clinica ed economica, della cronicità, della salute e dell'acuzie non emergente) e delle opportunità di adeguare/sviluppare in tal senso gli strumenti di ICT, ASS1 continua a dichiararsi disponibile a sperimentare e a sviluppi specifici di strumenti informatici e modalità di relazione, con particolare riferimento a FSE, flussi informativi, prescrizione elettronica, cruscotti direzionali e di governo clinico. Strumenti, tecnologie e servizi di cui intende comunque dotarsi per poter efficacemente adempiere al proprio mandato istituzionale, alla propria mission, alla propria vision.

Un'altra criticità riguarda il piano degli investimenti, che non prevede finanziamenti da parte della Regione per il 2013. Le numerose sedi di ASS1, in massima parte di non recente edificazione, sono molto distribuite nel territorio e richiedono attenta manutenzione ed adeguamenti normativi, costituendo un importante patrimonio aziendale.

Già da tempo la direzione strategica di ASS1, insieme agli uffici competenti, ha affrontato un'analisi delle criticità e delle priorità, che presuppongono la definizione di un articolato piano di intervento pluriennale. È intenzione di ASS1 alienare la parte improduttiva degli immobili di proprietà, andare verso una risoluzione dei rapporti di locazione passiva che gravano sul bilancio aziendale, riqualificare il patrimonio immobiliare dando al contempo coerenza alla dislocazione dei servizi e degli uffici sul territorio.

In particolare, si ripropone anche per il 2013 un tema già sollevato fin dal PAL 2011: già allora si dichiarava come non fosse pensabile un intervento, con le sole risorse dell'azienda, finalizzato alla definitiva soluzione della sede per il 118. Tale sede, al momento ancora provvisoriamente ospitata presso la caserma dei Vigili del Fuoco, deve contenere l'autoparco, gli spogliatoi, i magazzini, la zona lavaggio e disinfezione, le sale riunioni e didattica, gli uffici ed i locali tecnologici e va identificata al più presto tenendo conto dei costi da sostenere. L'identificazione di un sito adeguato, la sua acquisizione, la progettazione della sede ed il finanziamento dell'opera sono aspetti che si ritiene non possano ricadere totalmente su ASS1 (che comunque intende impegnare a questa specifica realizzazione una parte del proprio piano degli investimenti), richiedendo una seria riflessione riguardo alla valenza del servizio, nell'ambito del complessivo sistema di salute per la provincia di Trieste. Ciò nondimeno, ritenendo prioritario affrontare e risolvere quanto prima questa annosa vicenda, ASS1 intende compiere ogni sforzo possibile, anche qualora non incontrasse alcun altro supporto dal sistema, per risolvere definitivamente una situazione che va a beneficio non tanto e non solo del singolo servizio in questione, quanto della cittadinanza tutta. In tal senso, si richiede sin d'ora, come già premesso, che l'utile di esercizio 2012 sia quanto prima e integralmente reso disponibile all'Azienda anche al fine di incrementare

il proprio fondo in conto capitale, per consentire il perfezionamento del complessivo piano di valorizzazione e di adeguamento del proprio patrimonio immobiliare, o – di converso – che sia riconosciuta e conseguentemente finanziata ad hoc tale priorità di sistema e non solo aziendale.

Per quanto riguarda la presenza di ASS1 all'interno della comunità scientifica nazionale ed internazionale, si intende proseguire la collaborazione con FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), in cui ASS1 è capofila nel laboratorio del "governo del territorio" e coinvolta nella direzione strategica del laboratorio "comunicazione e promozione della salute". A tale proposito, verrà perfezionato da parte di ASS1 (che intende ospitare un workshop nazionale sul tema) un piano della comunicazione che consideri non soltanto le funzioni meramente istituzionali, ma soprattutto quelle necessarie a implementare percorsi di promozione della salute, anche attraverso i "new media" (twitter, you tube, web radio...).

Estremamente significativa anche la presenza attiva di ASS1 in seno a Federsanità ANCI, sia a livello regionale, sia a livello nazionale, ove coordina, attraverso il proprio DG, il tavolo di lavoro sulla continuità ospedale - territorio.

ASS1 continuerà inoltre la propria attività anche in seno al Network HPH&HS – Health Promoting Hospitals and Health Services, promossa dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità con lo scopo di migliorare i servizi per la promozione della salute e la qualità dell'assistenza sanitaria, attraverso iniziative di formazione, conoscenza e sviluppo, in costante sinergia con realtà locali, regionali, nazionali ed internazionali.

ASS1 continuerà infine ad impegnare i propri Servizi di Salute Mentale per onorare al massimo il prestigioso riconoscimento di Centro Collaboratore OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Anche attraverso questi canali, ASS1 intende proseguire nella strategia di valutazione dei percorsi di qualità che vada oltre l'accreditamento già in essere e che analizzi le buone pratiche e i loro outcome. Ciò per stimolare meccanismi di benchmarking interno (che portino alla replicabilità e al miglioramento), strutturare elementi di valutazione delle performance non solo da un punto di vista quantitativo, esplicitare e condividere processi di lavoro che da un lato contengano la capacità di valutazione in termini di salute e dall'altro mettano in grado di render conto dei risultati ottenuti a fronte delle risorse impiegate. Verranno perseguite e possibilmente realizzate anche attività di ricerca, con particolare riferimento a quella in "real world", traslazionale, in considerazione dei temi demografici e sociosanitari che fanno di Trieste una realtà molto avanzata e una città-laboratorio.

Tutte queste esperienze ed opportunità fanno sì che ASS1 sia considerata un punto di riferimento di rilievo nazionale e internazionale per lo studio delle dinamiche organizzative e dei risultati in termini di salute dei servizi sanitari territoriali. Anche se le attività didattiche e formative non rientrano strettamente

nelle competenze e nella mission di ASS1, è altresì un grande riconoscimento ed un'ulteriore capacità di crescita il fatto che centinaia di professionisti attraversino ogni anno i servizi di ASS1, che di fatto rappresenta un "laboratorio vivente" dei servizi territoriali e delle cure primarie.

Secondo questa logica, ASS1 ritiene importante continuare, in sinergia con ATER, Comune di Trieste, Cooperazione Sociale e soggetti attivi territoriali, anche le attività di sperimentazione del progetto Habitat Microaree impegnandosi a proseguire nell'analisi dei percorsi di qualità messi in campo e dei loro risultati in termini di salute e accesso ai servizi (anche in termini di valutazione di impatto economico: ricoveri, specialistica, farmaci, ecc.), al fine di definire le linee guida per la esportazione dell'esperienza in altre zone della città fino ad arrivare all'eventuale trasformazione dei laboratori in indicazioni di lavoro a valenza aziendale.

Un ultimo cenno va fatto a proposito del governo delle risorse umane. Nelle more della realizzazione dell'iter di riordino istituzionale, le attività delle varie strutture operative dovranno sempre e comunque esser garantite. La copertura delle responsabilità di struttura che dovessero rendersi vacanti nel periodo intercorrente è condizione di garanzia della funzionalità delle strutture stesse, che non possono pertanto essere lasciate impresidiate per lungo tempo, ad evitare la paralisi del sistema.

ACCORDO DEI DIRETTORI GENERALI DELL'AV GIULIANO-ISONTINA SULLA SUDDIVISIONE DELLE RISORSE PER IL 2013

Preliminarmente si rappresenta che per l'anno 2013 il finanziamento complessivo attribuito all'Area Vasta Giuliano-Isontina, composta da quattro soggetti molto diversi tra loro, per forma e per *mission* (un'Azienda Ospedaliero-Universitaria con bacino di utenza certamente superiore all'AV, un IRCCS di riferimento nazionale e internazionale, un'Azienda mista territoriale/ospedaliera ed un'Azienda esclusivamente territoriale), può contare su risorse notevolmente ridimensionate rispetto ai tre esercizi precedenti, e ciò per effetto di importanti disposizioni in materia di contenimento della spesa pubblica emanate sia a livello centrale che regionale (cfr. "*spending review*").

Il finanziamento attribuito all'AV GI per l'anno 2013 ammonta infatti a € 733.106.614,00, a fronte di € 751.152.278,00 assegnati nei precedenti tre esercizi, ed è comprensivo della quota specifica pari ad € 29.198.034,00 destinata - ex art. 39 della L.R 29.12.2012, n. 22 - al finanziamento dell'IRCCS "Burlo Garofolo".

Sulla base di tali premesse pertanto, i Direttori generali dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina" e dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, riuniti presso la Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali in data 13 dicembre 2012, preso atto della ripartizione del finanziamento residuo di € 703.908.580 (al netto della suddetta quota destinata all'IRCCS) esposta alla tabella 1.a.3 "Sviluppo del finanziamento indistinto" delle "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2013" trasmesse dalla DCSISPS, hanno concordato - in considerazione della situazione di difficoltà rappresentata da AOU Ts, del positivo andamento della spesa farmaceutica convenzionata verificatosi negli ultimi due esercizi ed in una logica di tenuta del sistema con esclusivo riguardo alla salute della popolazione di riferimento - di attribuire per l'esercizio 2013 una quota "di riequilibrio" a favore di AOU Ts del valore complessivo di € 3.000.000, di cui € 2.500.000 a carico di ASS1 e € 500.000 a carico di ASS2, come rappresentato nella tabella che segue:

Aziende	Assegnazione 2012 (DGR 582/2012)	Ripartizione finanziamento 2013		
		Totale finanziamento 2013 AV GI	Revisione finanziamento a seguito di accordo tra i DD.GG.	Totale finanziamento 2013 dopo accordo tra i DD.GG.
ASS 1	401.788.991,00	397.354.546,00	-2.500.000,00	394.854.546,00
ASS 2	233.750.124,00	227.866.189,00	-500.000,00	227.366.189,00
AOUTS	84.461.602,00	78.687.845,00	3.000.000,00	81.687.845,00
BURLO	31.151.561,00	29.198.034,00		29.198.034,00
Totale AV Giuliano Isontina	751.152.278,00	733.106.614,00	0,00	733.106.614,00

In conseguenza, durante tutto il 2013 andranno strettamente e puntualmente monitorate attività e proiezioni di bilancio di ogni Azienda di area vasta, al fine di consentire ogni ulteriore manovra che si dovesse rendere necessaria per garantire l'equilibrio del sistema, come condiviso anche con la DCSISPS.

I Direttori generali di Area Vasta, tenuto conto della già richiamata L.R. n. 22/2010, confermano altresì, di impegnarsi a rivedere, nel corso del 2013, l'entità di eventuali

trasferimenti in funzione delle variazioni che nel frattempo potrebbero intervenire in conseguenza degli accordi di area vasta, relativi alle funzioni coordinate e a ogni altra sinergia posta in essere.

Si rappresenta ancora la necessità che le attività di rilievo regionale e nazionale svolte dall'IRCCS "Burlo Garofolo" e dell'AOU di Trieste, siano finanziate in maniera aggiuntiva rispetto a quanto già assegnato all'area vasta. Ciò anche con riferimento a quanto previsto dal D.Lgs. n. 517/99 e conseguente protocollo d'intesa Regione-Università per l'AOU di Trieste del 16/02/2006, per espressa disposizione dello stesso applicabile anche all'IRCSS Burlo Garofolo, circa il finanziamento dei maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dalla didattica e ricerca e ai fini del contenimento della fuga extra-regionale che comporterebbe oneri aggiuntivi per la Regione in sede di compensazione.

LINEE PROGETTUALI

1.2.1 Progettualità per il CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Linea n. 1.2.1.1: Rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni individuate

Raccordo con la programmazione precedente:	
Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi d'attesa nel numero di sedi previste nell'ambito dell'Area Vasta	Risultato atteso: I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi programmati.
Azioni ed interventi: Vedi Piano.	
Obiettivo aziendale: Rispetto del pieno di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Risultato atteso: Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato
<p>Azioni ed interventi: <i>vedi Piano interaziendale per il controllo dei TA, allegato .</i></p> <p>L'ASS 1 con tutte le Aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina nell'ultimo decennio si è molto spesa per governare la domanda e l'offerta delle prestazioni ambulatoriali cercando di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assicurare tempi d'attesa graduati su priorità cliniche, 2. contenere la domanda, e di conseguenza adattare l'offerta, attivando percorsi di appropriatezza di accesso alle prestazioni basati sulle evidenze scientifiche. <p>L'ASS 1, concorrerà a rispettare i volumi di produzione delle prestazioni critiche individuate nel piano di produzione, parte integrante del Piano interaziendale, ma rileva che non disponendo di mezzi propri di produzione se non in maniera residuale, come invece avviene per le altre ASS che dispongono di ospedali di rete, concorrerà, nei limiti del possibile, a rispettare i tempi d'attesa in particolare per tutte le prestazioni con codice di Priorità "P". Nel corso del 2013, infatti, dovrà ridurre, in ottemperanza alla spending review, i tetti erogati alle Strutture private accreditate che contribuiscono al controllo dei tempi d'attesa in maniera rilevante. La quota assegnata alle strutture private accreditate dovrà essere pari a quella erogata nel 2011 ridotta dell'1%, molto meno quindi di quanto erogato nel 2012, anno in cui per far fronte alla consistente "fuga extraregione" (NB : nel 2011 tale spesa è cresciuta di circa 1.400.000 € rispetto all'atteso) ASS 1 ha acquistato prestazioni critiche per il governo dei TA con risorse proprie.</p> <p>Si rileva, pertanto, la necessità di rendere possibile ad ASS 1, di destinare parte delle risorse di bilancio al contenimento/riduzione della fuga extraregionale e contribuire così in maniera efficiente ed efficace al controllo dei tempi d'attesa.</p>	

Linea 1.2.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa

Raccordo con la programmazione precedente:	
Obiettivo aziendale: Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7 Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Risultato atteso: Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta
Azioni ed interventi: ASS 1 in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009 e dalla DGR n. 1439/2011 Parte VIII n. 22 , assicurerà anche nel 2013 idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini prevalentemente attraverso l'uso dei siti aziendali, dei social network (twitter e facebook), delle comunicazione mediata dai Medici di Medicina generale e dai Pediatri di libera scelta, oltre che attraverso un' adeguata cartellonistica apposta nelle varie sedi aziendali.	
Obiettivo aziendale: Libera professione Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero	Risultato atteso: Il rapporto è in continuità/diminuzione con quanto raggiunto nel corso del 2012 (2013<2012)
Azioni ed interventi: Con cadenza trimestrale ogni ASS 1 provvede a comparare, per ogni branca specialistica, i volumi erogati ed i tempi di erogazione in regime istituzionale e in regime di libera professione. Viene esplicitato il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria ambulatoriale. Tale rapporto sarà in linea con le indicazioni regionali per il 2013. Si rilevano delle criticità nel comparare le prestazioni erogate in regime istituzionale dal personale dirigente del DSM, del DDD, dei Consultori e della Medicina Legale che vengono registrate su sistemi gestionali non sempre equiparabili a I gestionale delle prestazioni ambulatoriali e di conseguenza di quelle erogate in regime libero professionale intra moenia	
Obiettivo aziendale: Criteri di priorità e Percorsi diagnostici terapeutici Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Risultato atteso: Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dall'emanazione ufficiale
Azioni ed interventi: Nel 2013 ASS 1 adotterà i criteri clinici di accesso prioritizzato concordati a livello regionale per le seguenti branche specialistiche: <ul style="list-style-type: none"> - Visita Cardiologica - Visita Dermatologica - Visita Endocrinologica 	

- Visita Gastroenterologica
 - Visita Ortopedica
 - Visita ORL
 - Ecografia dell'addome
- Endoscopia digestiva

1.2.2 Progettualità PREVENZIONE**Linea n. 1.2.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali**

<p>Raccordo con la programmazione precedente</p> <p>I tassi di copertura per le vaccinazioni raccomandate non sono ancora definitivi.</p> <p>Tassi di copertura al 30/9/2012: MPR 1° dose 90.4 %, MPR 2° dose 87.1 %, Vaccino Esavalente 3° dose 24 mesi (coorte 2009) 95.0%.</p> <p>HPV coorte 1996 50.0%</p> <p>HPV coorte 2000 40.9 %</p> <p>HPV: è stata avviata l'offerta per almeno 1 dose per la coorte di nascita 2001</p> <p>Si è relazionata sugli eventi avversi alla vaccinazione HPV.</p> <p>Si è partecipato attivamente al tavolo regionale che ha redatto le linee guida "La prevenzione va a scuola". Non risulta che la Regione abbia ancora ufficializzato il documento.</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione del programma vaccinale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mantenimento/miglioramento delle coperture vaccinali per esavalente e 1° dose MPR rispetto alle coperture 2012 - miglioramento delle coperture vaccinali per varicella rispetto alle coperture 2012
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività integrata con Distretti, PLS e MMG - offerta attiva delle vaccinazioni oggetto di specifiche campagne utilizzando il richiamo decennale della vaccinazione antitetano - difterite - pertosse come occasione opportuna per proporre la vaccinazione contro la varicella e contro il meningococco 	
<p>Obiettivo aziendale: Implementare la sorveglianza delle malattie infettive e rilevazione attiva degli eventi avversi alla vaccinazione</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- report sugli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella 2- report sulle segnalazione rapida dei casi sia probabili che confermati, delle malattie neuroinvasive e delle febbri estive
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- redazione report eventi avversi alla vaccinazione antivaricella al 30.6 e al 31.12.2013 2- redazione report compatibilmente con il flusso di notifica di malattia infettiva provenienti dai Pronto Soccorso ospedalieri 	

Linea n. 1.2.2.2 Programmi di screening

<p>Obiettivo aziendale: Realizzazione dei programmi di screening</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Vedi tabella indicatori LEA</p> <p>Inviti al programma di screening della cervice uterina: 95%</p>
--	--

	Copertura del programma di screening della cervice uterina: 62,2% Copertura del programma di screening della mammella: 58,2% Copertura del programma di screening del colon retto: 45,4%
Azioni ed interventi: Continuazione delle attività come da programma	

Linea n. 1.2.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali

<p>Raccordo con la programmazione precedente: Il programma per il 2013 prevede attività innovative rispetto alla programmazione del PAL 2012, anche se di fatto in parte già seguite sulla base di un mutato contesto operativo; per il primo punto infatti, relativo alla prevenzione del rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, sulla scorta di un raddoppio dei referti per specifiche malattie professionali pervenuti, si è reso necessario affrontare un percorso che mettesse in condizione gli operatori di affrontare correttamente la problematica, percorso che proseguirà sulla base della programmazione 2013 anche su scala regionale.</p> <p>Anche l'attività mirata ad uniformare a livello regionale i programmi di sorveglianza sulle ditte regionali che svolgono attività di bonifica amianto appare in parte innovativa e molto interessante per la nostra provincia, nella quale molto diffusi appaiono essere gli interventi di rimozione di manufatti in amianto.</p> <p>La restante programmazione assume carattere di continuità con l'attività svolta nel 2012, relativamente alla prevenzione nel settore dell'agricoltura appare marginale il coinvolgimento per la provincia di Trieste, interessata da realtà lavorative peculiari, quali il porto e la siderurgia piuttosto che l'agricoltura. Proseguirà pertanto l'attività impostata nel 2012 giungendo ad una collaborazione su scala regionale/di area vasta. Appare importante la realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia, interventi peraltro già attivati in questi ultimi anni, che necessitano di un ulteriore sviluppo e consolidamento relativo anche alla formazione del personale.</p> <p>L'attività svolta nell'ambito dei progetti nazionali svolti in sinergia con l'INAIL (ex ISPESL) denominati Informo e MalProf segue la linea di programmazione 2012, anche se per il secondo vi sono grandi criticità legate all'enorme aumento delle segnalazioni di malattie professionali, legato quasi esclusivamente ad un variato contesto assicurativo che ha portato all'emersione delle stesse. Nella nostra provincia inoltre, in cui ancora drammatica è l'eredità della pregressa esposizione ad amianto e altissimo è il carico di lavoro per l'istruzione delle indagini anche delegate dalla Procura della Repubblica, appare quasi impossibile raggiungere l'obiettivo prefissato per il 2013 (vedasi nota allo specifico punto con proposta di revisione dell'obiettivo).</p>	
Obiettivo aziendale: Valutazione delle patologie	Risultati attesi: Preparazione di un questionario anamnestico

<p>osteoarticolari connesse alla movimentazione manuale dei carichi e al sovraccarico biomeccanico arti superiori) a cura dei medici competenti nei lavoratori nel settore della sanita'</p>	<p>clinico da parte dei medici competenti delle aziende sanitarie un collaborazione con i medici della sorveglianza regionale INAIL e sua somministrazione nei casi oggetto dello studio a partire da quanto segnalato nel 2009 e sino al primo semestre 2013.</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantire la collaborazione del Medico Competente alle riunioni finalizzate alla stesura del questionario anamnestico da utilizzare - Utilizzo e validazione del questionario proposto nei casi di sospetta o accertata patologia osteo-articolare correlata con tali rischi lavorativi per l'anno 2012 ed il primo semestre 2013. - Ottenuto tramite il flusso specifico regionale l'elenco dei casi di pertinenza della ASS 1 relativi agli anni 2009-2010-2011 e verificata la permanenza in servizio dei soggetti interessati, somministrare agli stessi il medesimo questionario - Rendere disponibili i questionari così somministrati e compilati alla funzione regionale di coordinamento dei Medici Competenti per il seguito previsto di divulgazione regionale. 	
<p>Obiettivo aziendale Prevenire situazioni ritenute a rischio per il sovraccarico biomeccanico degli arti superiori .</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Analisi a partire dai dati dei nuovi flussi informativi (aziende, lavoratori, malattie professionali) delle situazioni critiche esistenti anche integrandosi con lo studio INAIL - regione b) Presentazione e discussione dati con le associazioni datoriali e le organizzazioni sindacali per la creazione del report e l'individuazione di possibili ulteriori situazioni di criticità connesse alle situazioni di rischio ergonomico per questa tipologia di patologie (è possibile che i servizi individuino un'unica azienda capofila, pur garantendo tutti la partecipazione a questa fase dei lavori) c) Individuazione di proposte di modelli informativi e di sensibilizzazione rivolte ai medici in particolare delle aziende sanitarie di medicina generale ed ai lavoratori per la corretta gestione dell'individuazione e segnalazione di questi casi.
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creare un gruppo di lavoro regionale tra gli operatori degli PSAL, individuando una Struttura che abbia la funzione di capofila del progetto - Elaborare un report analitico in merito alle dimensioni del problema di salute. - Individuare le situazioni di criticità che determinano un aumento dell'insorgenza delle patologie dell'arto superiore 	

<ul style="list-style-type: none"> - Predisporre adeguate proposte formative per operatori PSAL, coerentemente con i risultati di cui al punto 3), sul rischio ergonomico da sovraccarico degli arti superiori e relativi interventi preventivi - Predisporre adeguate proposte di sensibilizzazione dei MMG sulle patologie da sovraccarico ergonomico degli arti superiori quali patologie correlate all'attività lavorativa, al fine di giungere ad una corretta gestione dei casi. - Sottoporre i risultati dell'analisi di cui al punto 3) e le proposte di cui al punto 4) alla valutazione delle parti sociali/organizzazioni sindacali e datoriali attraverso il Comitato ex art. 7 D.Lgs. 81/08. 	
Obiettivo aziendale Definizione di un progetto formativo per gli addetti del comparto agricolo condiviso con le associazioni datoriali e le organizzazioni (ex art 37 DLgs 81/08)	Risultato atteso Presentazione del progetto formativo condiviso fra le ASS, alle associazioni datoriali e organizzazioni sindacali
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Costituzione di un gruppo regionale, con funzione di segreteria scientifica ed organizzativa, tra ASS e Gruppo Sprint dell'Università di Udine - Definizione di un piano formativo articolato nel territorio regionale finalizzato alla prevenzione dei principali fattori di rischio lavorativo nel comparto agricolo. - Presentazione del Piano Formativo alle Associazioni di Categoria. 	
Obiettivo aziendale Uniformare a livello regionale i programmi di sorveglianza sulle ditte regionali che svolgono attività di bonifica amianto	Risultato atteso Presentazione del programma condiviso con tutti i servizi di prevenzione di sorveglianza sanitaria da adottarsi in regione per gli addetti alle bonifiche amianto ai medici competenti e al comitato regionale di coordinamento
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Costituzione di un gruppo regionale finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo. - Analisi dei protocolli di sorveglianza sanitaria adottati dai Medici Competenti delle ditte regionali di rimozione di amianto e stesura di un report sugli accertamenti clinici e strumentali da queste effettuati. - Definizione di un protocollo di sorveglianza sanitaria regionale. - Trasmissione del protocollo al Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs. 81/08 e presentazione dello stesso ai Medici Competenti delle ditte di rimozione amianto operanti in regione. 	
Obiettivo aziendale Realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia – prima fase	Risultato atteso Definizione condivisa di una procedura tra quelle indicate al Comitato regionale di coordinamento
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Analisi da parte del Gruppo Regionale Edilizia sull'applicazione a livello regionale delle sanzioni/prescrizioni nel settore edile. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Redazione di un report sulle situazioni rilevate a livello regionale attraverso l'analisi di cui al punto 1) - Definizione da parte del Gruppo Regionale Edilizia di procedure di monitoraggio e vigilanza condivise. - Presentazione al Comitato regionale di coordinamento ex art.7 D.Lgs. 81/08 delle procedure di vigilanza in edilizia di cui al punto 3). 	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Potenziare l'attività dei progetti nazionali svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL) denominati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Informo (infortuni gravi e mortali) 2) MalProf 	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) inserimento nel programma del 100% dei casi trattati 2) Inserimento sul Programma MALPROF il 70% (NEL 2012 50%) delle malattie professionali segnalate con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2013 e o per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta
<p>Azioni ed interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Inserimento nel programma INFOR.MO di tutti gli infortuni (indagati e conclusi) occorsi nel 2012-13 aventi esito mortale, oppure infortuni gravi (prognosi > a 40 giorni) nel comparto dell'agricoltura, oppure negli altri comparti produttivi qualora accaduti nella manutenzione di macchine / impianti / attrezzature o in relazione all'uso di macchine non conformi ai requisiti essenziali di sicurezza (segnalazione al ministero). 2) Inserimento nel Programma MALPROF del 70% delle malattie professionali segnalate e indagate nel 2013, per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta. 	

Linea n. 1.2.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione

PREVENZIONE OBESITÀ

Raccordo con la programmazione precedente

Nel corso del 2012 è proseguito il programma di promozione dell'allattamento al seno attraverso la formazione ed i percorsi per donne in gravidanza, madri e bambini, coerentemente con gli standard UNICEF dell'iniziativa nazionale "Insieme per per l'Allattamento: Ospedali & Comunità Amiche del Bambino" ed il monitoraggio dei dati alla seconda vaccinazione. E' proseguito il lavoro di promozione di una buona alimentazione nella prima infanzia, attraverso la collaborazione con Pediatri, Dirigenti scolastici, Comuni.

Le indicazioni delle Linee Guida regionali destinate agli asili nido sono seguite correttamente in tutti i nidi pubblici e privati del territorio.

Il SIAN ha continuato a collaborare alla revisione delle Linee Guida sulla ristorazione scolastica.

È stata effettuata la valutazione del servizio di distribuzione automatica attivo in ASS1

<p>Obiettivo aziendale Prevenzione obesità e promozione corretta nutrizione Applicazione e diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza della attuazione dei programmi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - allattamento al seno: rispetto degli standard UNICEF dell'iniziativa nazionale "Insieme per per l'Allattamento: Ospedali& Comunità Amiche del Bambino" - alimentazione nei nidi: programma di rilevazione dei bisogni delle famiglie ai fini dell'individuazione di percorsi utili a risposte efficaci (SIAN) - ristorazione collettiva divulgate nelle scuole primarie: almeno un incontro di sensibilizzazione rivolto alle Amm. comunali al fine di pianificare una progressiva adesione alle linee guida regionali (SIAN) - distribuzione automatica divulgate nelle scuole secondarie: presentazione al 100% delle direzioni scolastiche delle scuole secondarie delle linee guida regionali sul vending (SIAN)
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - allattamento al seno: completamento della fase 1 di valutazione da parte di UNICEF dei servizi territoriali dedicati; Completamento della formazione per gli operatori coerentemente con il loro compito nel percorso nascita; avvio dell'audit sulle competenze teorico pratiche per gli operatori dedicati; utilizzo della check list post natale al primo accesso ai servizi dedicati; avvio di una campagna di comunicazione interna ed esterna sulle attività e i servizi aziendali riguardanti l'allattamento al seno e l'alimentazione nella prima infanzia - alimentazione nei nidi: in collaborazione con gli educatori dei nidi, con i colleghi dei percorsi nascita e con esperti epidemiologi verrà messo a punto un programma di rilevamento e valutazione dei bisogni che le famiglie esprimono in materia di allattamento e alimentazione complementare al fine di individuare adeguati interventi di risposta (SIAN) - ristorazione collettiva divulgate nelle scuole primarie: incontro dedicato all'approfondimento delle tematiche individuate dalla linee guida e alle loro possibilità di sviluppo negli specifici territori comunali e contesti scolastici (SIAN) - distribuzione automatica divulgate nelle scuole secondarie: incontro dedicato all'approfondimento delle tematiche sviluppate dalla linee guida e alla pianificazione di strategie di attuazione delle stesse (SIAN) 	

PREVENZIONE INCIDENTI STRADALI

Raccordo con la programmazione precedente:

Realizzato workshop con Comuni di Trieste, Muggia e San Dorligo in data 21/05/2012 con presentazione del documento sui determinanti di salute in ambito urbano
Progetto SICURAMENTE: sono in corso di effettuazione gli interventi nelle scuole individuate da USR

<p>Obiettivo aziendale Proseguire nell'attività di sensibilizzazione sulla Prevenzione incidenti stradali e promozione mobilità sostenibile e sicura orientata su cittadini (giovani e anziani) e amministratori</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza dell'effettuazione di interventi formativi e di sensibilizzazione svolti</p>
---	---

Azioni e interventi
 Progetto Sicuramente saranno messi in atto azioni ed interventi come da indicazioni regionali
 Incontri informativi rivolti agli educatori di riferimento (educatori di strada, educatori ricreatori, operatori sanità ecc.)
 Incontri informativi rivolti alla popolazione adulta/anziana sfruttando come occasione opportuna i corsi di attività motoria: almeno uno per distretto

PREVENZIONE INCIDENTI DOMESTICI

Raccordo con la programmazione precedente
 - raccolta del materiale informativo già esistente per la realizzazione di un pacchetto formativo regionale.
 - avvio da parte della DCS di una prima fase di valutazione dell'esistente, per poter condividere percorsi formativi del personale dei nidi e per i genitori, interventi previsti dal PRP e facenti parte anche di linee di intervento del Piano Regionale della Famiglia.
 - realizzazione a cura della DCS delle raccomandazioni di carattere regionale per la fascia di popolazione 0-4
 - condivisione del materiale formativo con i stakeholders (incontro dd 5.12.2012)

<p>Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività formative sulla Prevenzione incidenti domestici orientate al target anziani e bambini</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza delle azioni informative/formative svolte</p>
--	--

Azioni ed interventi:
 - 1 corso di formazione rivolto a ostetriche, PLS, personale strutture bambini adolescenti
 - 1 corso formativo/informativo rivolto a dirigenti asili nido comunali
 - incontri informativi per la popolazione adulta/anziana rivolti ai soggetti che non hanno ancora usufruito dei percorsi già realizzati: almeno un incontro per distretto da organizzare in microarea

GUADAGNARE SALUTE

Raccordo con la programmazione precedente
 Realizzati percorsi motori rivolti agli anziani in collaborazione con enti locali e associazioni varie (ad esempio: "Muoviamoci insieme" ha coinvolto nel 2012 11 gruppi per oltre 200 partecipanti)

Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività del Programma guadagnare salute 1 Contrasto all'abuso di alcol: 2 Contrasto al tabagismo: Promuovere iniziative e che sono esposte a fumo passivo 3 Promozione dell'attività motoria	Risultato atteso: 1 Promuovere l'applicazione di quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze relativamente ai problemi alcol correlati 2 Iniziative realizzate finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano 3 Azioni a sostegno di piedibus o iniziative analoghe e incontri formativi/informativi per docenti in scuole individuate dal progetto "3S"
--	---

Azioni ed interventi

1. Prosecuzione del Progetto Overnight
- 2 .1 Partecipazione al Tavolo Regionale Tabagismo
- 2.2 Realizzazione di almeno 1 incontro formativo rivolto a personale sanitario finalizzato a diminuire il numero dei fumatori attraverso il minimal advise antitabagico
- 2.3 prosecuzione dell'offerta di cura e di disassuefazione per il tabagismo mediante: Il Centro Interdipartimentale per il Tabagismo, con offerta di percorsi cura personalizzata (singoli o di gruppo); percorsi di presa in carico integrata con altre strutture sanitarie del territorio: Centro Cardiovascolare dell'ASS1; SS.SS. Diabetologia Distretti Sanitari n. 1,2,3,4 dell'ASS1; Servizio di Medicina del Lavoro dell'ASS1; Polo cardiologico (cardiologia e cardiocirurgia) dell'AOUTS;
- 3.1 effettuazione degli incontri formativi/informativi rivolti ai docenti delle scuole del progetto(3S) secondo le indicazioni regionali
- 3.2 realizzazione di corsi di attività motoria per adulti/anziani da svolgersi nelle palestre dei ricreatori in collaborazione con Comune, associazioni di volontariato ecc.

PROGRAMMI DI SORVEGLIANZA

Raccordo con la programmazione precedente:

PASSI: sono state effettuate 285 interviste

PASSI D'ARGENTO: sono state effettuate 500 interviste a persone > 65 anni

OKKIO: effettuata la rilevazione prevista nelle scuole selezionate (campionamento di 26 classi terze appartenenti a 25 scuole primarie della provincia di Trieste con lingua d'insegnamento italiana, slovena, inglese).

Il numero delle rilevazioni effettuate permetterà un'elaborazione dei dati a livello regionale ed una specifica elaborazione dati a livello del territorio dell'ASS1 Triestina.

Sono stati somministrati ed inseriti nel data base dello studio 447 questionari bambini e 433 questionari genitori.

Obiettivo aziendale Mantenere attivi i programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione	Risultato atteso: Effettuazione interviste PASSI Diffusione risultati Okkio
---	---

Azioni ed interventi:

Saranno messi in atto azioni ed interventi secondo le indicazioni regionali

Linea n. 1.2.2.5 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

<p>Raccordo con la programmazione precedente</p> <p>La programmazione del lavoro continuerà a realizzarsi secondo le indicazioni fornite dai Piani regionali dei controlli in materia di sicurezza alimentare (PTSA 2007_2009 e PNI – MANCP 2011-2014). Sarà elaborato ed adottato un programma aziendale di controlli e di campionamenti ufficiali. Nel corso del 2013 saranno effettuate nelle imprese alimentari riconosciute, attività di ispezione e audit pianificate, con una revisione della categorizzazione del rischio rispettando metodi e tecniche di controllo ufficiale previste dal Reg. 882/04 CE. Nelle imprese alimentari registrate, sarà effettuata la categorizzazione del rischio secondo il programma regionale SISAVER. Si parteciperà alle riunioni del tavolo tecnico regionale dei servizi veterinari che segue ed orienta lo sviluppo del controllo ufficiale e degli applicativi.</p> <p>Il controllo ufficiale, rivolto alla tutela della salute umana e dei consumatori, mediante la verifica e la riduzione dei rischi biologici, chimici e nutrizionali legati ad alimenti, si sviluppa attraverso l'approfondimento delle normative di settore, la revisione e l'aggiornamento degli standard e delle modalità operative individuati e condivisi nell'ambito del percorso formativo regionale dei SIAN (FSC ASS1_00312/2011; FSC ASS1 00531/2012). Tale impegno si concretizza nelle attività di valutazione e categorizzazione del rischio, coordinate con il lavoro del tavolo tecnico regionale dei SIAN, che individua e condivide con la DCS le migliori soluzioni tecnico/organizzative e strategiche possibili.</p> <p>Sono state ottemperate le indicazioni e sono stati raggiunti gli obiettivi contenuti nel PTSA 2012.</p> <p>In particolare è continuata l'attività di controllo ufficiale nelle imprese alimentari registrate e riconosciute con le modalità e le frequenze minime stabilite dal Piano sulla sicurezza alimentare.</p> <p>Il programma SISAVER, efficace banca dati, viene utilizzato per l'inserimento a sistema dei dati dei controlli ufficiali al fine di raggiungere gli obiettivi contenuti nel Reg. 882/04 CE.</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di audit e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di un Piano operativo 2013 sulla Ristorazione collettiva. - Condivisione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 con la stesura di un documento finale di analisi del rischio sulla riduzione dell'HACCP nelle piccole imprese.
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piano operativo 2013 sulla Ristorazione collettiva: nel 2013 gli audit previsti verranno effettuati su imprese attive nel settore della ristorazione collettiva - Partecipazione alla stesura del piano operativo regionale relativo agli interventi rivolti alla sicurezza igienico/nutrizionale della ristorazione nelle strutture per 	

anziani, da attuare nel 2014 (SIAN) - partecipazione alla valutazione dei risultati della sperimentazione, attuata dal gruppo regionale di cui al Decreto 127/VETAL 22/02/2012 (SIAN)	
Obiettivo aziendale: Realizzazione della nuova campagna di controllo e profilassi della rabbia, basata sulla vaccinazione orale delle volpi lungo la fascia confinaria con la Slovenia	Risultato atteso: Evidenza della vaccinazione orale delle volpi lungo la fascia confinaria con la Slovenia
Azioni ed interventi: Verranno messe in atto le azioni e gli interventi come da indicazioni regionali	
Obiettivo aziendale: Programmazione attività aziendale di interventi, audit, controlli	Risultato atteso: <i>N.ro di interventi programmati per il 2013 che costituiscono il risultato atteso aziendale:</i>
Attività	Tipologia e n.ro
Attività Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	<p><u>SVETB</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 369 interventi ispettivi programmati per il 2013 nelle imprese alimentari registrate e riconosciute e nel settore primario - 11 audit programmati per il 2013 nelle imprese alimentari registrate e riconosciute - 110 campioni ufficiali di alimenti in linea con la programmazione regionale 2012 - 50 valutazioni del rischio programmate sulle imprese alimentari registrate (macellerie e pescherie) con l'utilizzo del programma regionale SISAVER <p><u>SCIAN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - N. interventi ispettivi totali programmati per il 2013: verranno rispettate le indicazioni percentuali e le frequenze previste per i diversi settori dal PQSA 2013 (programmazione regionale) a cui verranno sommate ulteriori prime ispezioni su unità produttiva fino al raggiungimento del dato storico individuato dalla seconda riga del mod. A (dm 1998 - LEA). Nel 2011 tale dato si attestò sui 514 prime ispezioni su unità produttiva (SIAN) - N. audit per settore programmati per il 2013: 6 (si conferma il PQSA 2012) (SIAN) - n. dei controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti: 100% dei campioni necessari a

	soddisfare tutte le determinazioni analitiche previste dal piano regionale annuale dei campioni (SIAN)
Monitoraggio della malattia degli equidi stanziali, secondo il piano, di cui alla nota prot. 10591/SPS-VETAL dd. 11.06.2012, e successivi aggiornamenti,	Verranno eseguiti i controlli specifici per la West Nile Disease nella Provincia di Trieste come da programma
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. 2 allevamenti della coorte individuata dal Piano regionale da controllare
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	n. 6 interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2013
<p>Azioni ed interventi:</p> <p><u>SVET A:</u></p> <p>1) mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per la Malattia di Aujeszky (suini) che per il benessere animale (tutte le specie previste nel PQSA 2012). Attualmente per la Provincia di Trieste non sono previsti specifici interventi di sorveglianza per la West Nile Disease (equidi)</p> <p>2) eseguire il 100% dei controlli previsti dai rispettivi piani</p> <p>3) mantenimento delle attività di farmacovigilanza previste, con particolare riferimento alle vaccinazione contro il Morbo di Aujeszky</p> <p><u>SCIAN – SVET A – SVET B:</u></p> <p>Elaborazione e adozione di un documento aziendale (DIP) di programmazione e monitoraggio trimestrale dei controlli e dei campionamenti ufficiali</p>	

Linea n 1.2.2.6 Altre attività di prevenzione

<p><u>Obiettivo aziendale</u></p> <p><u>prevenzione delle dipendenze</u></p> <p>Garantire in ogni Dipartimento dipendenze accesso a soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti, per l'informazione e l'orientamento verso servizi di possibile presa in carico.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Il DDD offre uno "sportello" a cui il cittadino può rivolgersi per informazioni competenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura quotidiana di un punto informativo 2. Offerta di percorsi dedicati di cura
<p>Azioni ed interventi</p> <p>1. Apertura da lunedì a venerdì dalle 9.00 alle 12.00 di un punto informativo a cui il cittadino può rivolgersi per informazioni ed appuntamenti presso la sede della SC dipendenze da sostanze legali;</p>	

2. Garantire presso la stessa sede:

- percorsi personalizzati di cura individuali e di gruppo con accesso diretto e senza liste d'attesa
- disponibilità di un'équipe specialistica composta da medici, psicologi, assistenti sociali

AMBIENTE E SALUTE

Raccordo con la programmazione precedente

Effettuata dal personale all'uopo individuato la specifica formazione, organizzata a livello regionale, tenutasi in data 24 e 25 ottobre c/o ASS5

Obiettivo aziendale

Ambiente e salute:

Applicare la procedura di Valutazione di Impatto sulla Salute

Risultato atteso:

Evidenza di pareri condivisi con ARPA su insediamenti, progetti e piani impattanti sul territorio e sulla salute

Azioni ed interventi:

almeno un progetto, avente impatto su territorio e salute, esaminato applicando la procedura VIS in collaborazione/condivisione con ARPA

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel 2011-2012 l'attività del Centro Cardiovascolare in tema di prevenzione cardiovascolare si è articolata principalmente su 2 livelli:

- 1) Ricognizione attraverso l'analisi ed il monitoraggio sistematico del Data Warehouse cardiologico degli indicatori di rischio cardiovascolare modificabili nella popolazione afferente alla struttura per identificare il sottogruppo dei pazienti a rischio elevato o molto elevato (fumo, pressione arteriosa, diabete, assetto lipidico, BMI)
- 2) Intervento medico e/o infermieristico nei pazienti a rischio (grandi obesi, pazienti a rischio elevato o molto elevato, programma antifumo), con consegna di materiale informativo ed intervento educativo, anche in raccordo con le Associazioni di Volontariato

Obiettivo aziendale

Prevenzione cardiovascolare

Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale

Risultato atteso:

Valutazione e correzione del cardiovascolare globale, da parte dei mmg, del rischio da stili di vita e del rischio psicosociale in una quota di cittadini appartenenti alla popolazione eligibile (come da accordo mmg)

Azioni ed interventi:

- Implementazione del Registro Cardiovascolare di Trieste con analisi dello stato di salute della popolazione a rischio elevato e molto elevato attraverso il costante monitoraggio dei principali indicatori di rischio cardiovascolare (LDL, fumo, pressione arteriosa, GFR, Hb glicata nei diabetici).
- Attivazione di un Registro pilota (APRE) con la Medicina Generale per la rilevazione dei principali indicatori di rischio cardiovascolare, del raggiungimento dei target di prevenzione e dell'appropriatezza prescrittiva dei principali farmaci cardiovascolari

<p>- Programma di intervento terapeutico per incrementare i risultati raggiunti puntando su appropriatezza e sostenibilità prescrittiva.</p> <p>- Implementazione degli interventi educativi infermieristici, singoli e di gruppo, in pazienti a rischio elevato e molto elevato, anche in raccordo con le Associazioni di Volontariato.</p> <p>- Attuazione aziendale dell'Accordo integrativo regionale con i MMG attraverso la sensibilizzazione alla compilazione della carta del rischio cardiovascolare e attuazione dell'Accordo integrativo aziendale che prevede la compilazione della carta del rischio cardiovascolare in tutti i nuovi casi di terapia antipertensiva e/o ipocolesterolemizzante.</p>	
<p><u>IMPLEMENTAZIONE DEL REACH</u></p> <p>Raccordo con la programmazione precedente</p> <p>Effettuare da parte tecnici della prevenzione individuati la specifica formazione organizzata sia a livello locale (20 novembre 2012) che regionale (14 e 15 novembre 2012)</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Applicazione del regolamento REACH in ambito locale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Almeno un'ispezione in ambito di Area VASTA</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Alla luce della convenzione sottoscritta in data 30.12.2011 tra ASS1 e ASS2 per l'esecuzione dell'attività di vigilanza e controllo in materia di applicazione del Regolamento REACH, si procederà ad effettuare almeno un'ispezione da parte di personale delle due Aziende appositamente formato.</p>	
<p><u>PROGETTO AFRODITE - Prevenzione malattie Sessualmente Trasmissibili</u></p> <p>Raccordo con la programmazione precedente:</p> <p>Nel corso dell'ultimo biennio, nell'ambito del progetto ministeriale Guadagnare salute INADOLESCENZA- linea sessualità, è stato sviluppato il Progetto Afrodite:"La prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmissibili attraverso la Peer Education". Oltre ai servizi di ASS1- Distretto 3- DDD- ha partecipato al progetto anche la LILT. E' stato svolto un percorso di Peer Education con un gruppo di 14 ragazzi tra i 15 e 17 anni, autocandidatisi all'interno di 2 scuole superiori della Provincia di Trieste, che ha raggiunto 363 studenti con interventi diretti di sensibilizzazione. Parallelamente sono stati formati 14 insegnanti che hanno svolto interventi di rinforzo all'interno delle 22 classi toccate dal progetto. L'efficacia riconosciuta della metodologia, la necessità di estendere ad altre scuole l'intervento richiede di mantenere attivo il progetto modulando al di fuori della fase sperimentale il suo svolgersi.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Prosecuzione nell'attività del programma Guadagnare Salute INADOLESCENZA, linea sessualità, "La prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmissibili attraverso la Peer Education"</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Evidenza delle azioni informative/formative svolte</p>

Azioni ed interventi:

- Reclutare ulteriori scuole nel progetto rimodulando il progetto
- Allargare il gruppo di peer in collaborazione con le scuole superiori
- Avvio formazione dei nuovi peer
- Progettazione di una campagna di comunicazione interna alle istituzioni (ass e scuole) ed esterna (media)

1.2.3 Progettualità per l'ASSISTENZA SANITARIA

Linea 1.2.3.1 Assistenza farmaceutica

Raccordo con la programmazione precedente

Nel corso del 2012 l'Azienda ha continuato l'attività di contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale monitorando le prescrizioni farmaceutiche ed ha realizzato iniziative volte a promuovere l'appropriatezza prescrittiva.

In particolare è stato sottoscritto un accordo tra l'area vasta giuliano isontina e Federfarma Trieste e Gorizia per l'attuazione della DPC (delibera 114 dd 30/3/2012) ed il relativo disciplinare tecnico (29/5/12) cui sono seguiti numerosi incontri finalizzati all'attuazione dell'accordo stesso.

Premesso che l'organizzazione logistica di ASS1 non consente di effettuare la distribuzione diretta del primo ciclo di cure post visita specialistica ambulatoriale, ASS1 ha continuato ad assicurare la distribuzione diretta dei farmaci ricompresi nel PHT anche attraverso accordi con le altre Strutture pubbliche regionali.

Si è monitorata la prescrizione convenzionale dei farmaci ricompresi nel PHT relativa ai medici specialisti dell'AOU "Ospedali Riuniti" di TS e dell'IRCCS "Burlo Garofolo" effettuata nell'anno 2011 (il ritardo della lettura delle ricette convenzionali e l'inserimento delle risultanze in AQPF non ha permesso la verifica di dati più recenti); le evidenze sono state inoltrate alle relative direzioni in modo da rendere possibile l'adozione di eventuali misure migliorative concernenti i percorsi distributivi e prescrittivi in essere.

Per assicurare la massima operatività della distribuzione diretta dei medicinali nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale e nel contempo perseguire l'appropriatezza prescrittiva, è stato definito un *Prontuario terapeutico delle Strutture Residenziali e semiresidenziali* in fase di deliberazione.

Specifiche azioni sono state rivolte ai prescrittori al fine di incentivare la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010. Questi ultimi sono stati continuamente monitorati e valutati anche tramite una serie di incontri tra pari, in condivisione d'intenti con le rappresentanze della medicina generale.

E' stata aggiornata la pubblicazione "Così è se vi pare" sull'appropriatezza d'uso delle statine e dei sartani, volta in particolare ad evidenziare le nuove disposizioni della nota 13 e le opportunità prescrittive conseguenti alla scadenza di alcune coperture brevettali. L'Azienda ha organizzato anche un corso ECM, rivolto a tutti i MMG/PLS/SA/MCA ASS1, "Go Clear: variabili cliniche ed economiche per migliorare la governance e l'appropriatezza" sull'utilizzo delle statine, della terapia CV e della malattia diabetica.

Per promuovere la prescrizione dei farmaci biosimilari, sono state messe in atto delle azioni congiuntamente con l'AOU "Ospedali Riuniti" di Trieste; è stato sottoscritto un *Protocollo di area vasta giuliano isontina finalizzato a favorire la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (in particolare quelli individuati dagli indicatori di programmazione e controllo AIFA, ex DL 78/2010) e di biosimilari, sia in ambito territoriale che*

ospedaliero (delibera 178 dd 31/5/2012)

In riferimento al progetto interregionale di farmacovigilanza finanziato dall'AIFA, ASS1 ha garantito il proprio supporto amministrativo, ha partecipato come componente della commissione per la selezione di un farmacista per l'attribuzione di una borsa di studio finanziata dal progetto stesso ed ha individuato un referente aziendale

Il responsabile aziendale della farmacovigilanza ha partecipato come docente all'incontro formativo organizzato dalla D.C.S.I.S.P.S il 26/11/2012

Sul versante specialistico si ricorda che l'implementazione dei dati inseriti sulla cartella oncologica è attività dello specialista ed in ASS1 è stata conseguita sul 100% dei pazienti trattati.

In tema di appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo, l'Azienda ha proseguito con la registrazione dei dati sul portale AIFA dei farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio, ha definito una procedura per i recuperi dei rimborsi delle terapie e ne ha individuato un responsabile (delibera n. 81 del 12.3.2012).

Mensilmente si rende conto alla D.C.S.I.S.P.S dei rimborsi AIFA ricevuti.

In ambito di area vasta un gruppo multidisciplinare si è occupato della terapia del carcinoma metastatico del colon e del retto approfondendo la valenza terapeutica degli anticorpi monoclonali più recentemente introdotti in terapia in relazione agli esiti clinici realisticamente perseguibili ed alle indicazioni d'uso registrate (comunicato alla D.C.S.I.S.P.S. con prot 48742 GEN II 2 C 7 dd 7/11/12)

Inoltre si è continuato il monitoraggio dell'appropriatezza della prescrizione farmaceutica convenzionale verificando l'esistenza e la validità dei piani terapeutici, ove necessari, intervenendo qualora vi fossero delle difformità.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. La distribuzione diretta/per conto/primo ciclo/ADI/residenzialità/assistenza integrativa continuano a trovare applicazioni le direttive della programmazione 2012; 2. Massima attuazione alla promozione dei medicinali a brevetto scaduto e biosimilari per tendere agli indicatori MEF/AIFA; 3. ASS1 implementa il report "scheda medico" sviluppato a livello regionale 4. ASS1 adempie alle indicazioni previste dal progetto regionale di farmacovigilanza AIFA in collaborazione con le farmacie del territorio;

NOTA ESPLICATIVA:

Massima attuazione alla promozione dei medicinali a brevetto scaduto e biosimilari attraverso l'attuazione protocolli prescrittivi, il monitoraggio degli indicatori, la promozione di prescrizione ed erogazione di tali medicinali in fase di dimissione e alla visita ambulatoriale

Azioni ed interventi:

1. Attuazione della DPC e monitoraggio dell'attività;
2. Attuazione di quanto disposta dalla DGR 2190/2012 (AFIR – protesica)
3. Mantenimento della distribuzione diretta dei farmaci non ricompresi negli accordi

<p>della DPC ASS1 si è impegnata per dare attuazione alla DPC dal 1/2/2013 pertanto in gennaio dovranno essere portate a residuo le scorte dei medicinali ricompresi nell'accordo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Conferma degli accordi con le altre Strutture del SSR ai fini della distribuzione diretta del primo ciclo di cure post visita specialistica ambulatoriale che proseguiranno anche durante l'attuazione della DPC 5. Massima diffusione e monitoraggio dell'impiego del Prontuario terapeutico delle Strutture Residenziali e semiresidenziali 6. Monitoraggio degli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010 e diffusione ai MMG/PLS/SA/MCA ASS1 delle evidenze con incontri di audit e sistemi di feedback al fine di massimizzare i potenziali risparmi derivanti dall'allineamento alle percentuali di incidenza d'impiego dei farmaci a brevetto scad come da target AIFA-MEF 7. Implementazione dell'uso dei biosimilari dando la massima attuazione al Protocollo di area vasta giuliano isontina finalizzato a favorire la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (in particolare quelli individuati dagli indicatori di programmazione e controllo AIFA, ex DL 78/2010) e di biosimilari, sia in ambito territoriale che ospedaliero anche in riferimento ad eventuali nuovi farmaci biosimilari di futura disponibilità in commercio limitatamente alle possibilità prescrittive di ASS1 (cioè attraverso il Centro Sociale Oncologico - CSO). 7. mantenimento nel 2013 delle incentivazioni all'uso dei biosimilari presso il CSO 7. Monitoraggio delle prescrizioni convenzionali e adozione del report "scheda medico" sviluppato a livello regionale 8. Garanzia di supporto e consulenza ai segnalatori di reazioni avverse ai farmaci; registrazione delle schede di segnalazione di reazione avversa nei termini previsti 	
<p>Contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittivi)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prosecuzione dell'implementazione della cartella oncologica informatizzata: 95% delle informazioni essenziali per il 95% dei pazienti (campi essenziali: farmaco/indicazioni, diagnosi, stadiazione); 2. Registrazione su portale AIFA per tutti i farmaci sottoposti a registro e monitoraggio del recupero rimborsi dei medicinali sottoposti a procedura di risk/cost sharing payment by result, da parte del referente aziendale. Invio di un report/ dati alla Direzione centrale con cadenza semestrale con indicazione dei medicinali richiesti a rimborso e delle procedure concluse accettate e non accettate; 3. Gestione amministrativa dei flussi da e verso il Ministero, entro i termini prefissati, relativamente a spesa e consumi farmaceutici ospedalieri e di distribuzione diretta: ricognizione puntuale dei centri di costo ai fini della rilevazione dei flussi. Tali dati costituiscono

	<p>il riferimento per la valutazione dei consumi di diretta e ospedaliera a livello aziendale.</p> <p>4. Definizione di protocollo d'uso e di erogazione di medicinali ad alto costo in ambito di area vasta.</p> <p>5. Utilizzo del sistema di prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'impiego dell'applicativo dedicato in almeno due strutture in cui è diffusa la prescrizione di medicinali che richiedono la compilazione del piano terapeutico</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registrazione nella cartella oncologica informatizzata per tutti i nuovi casi clinici 2. Registrazione su portale AIFA per tutti i farmaci sottoposti a registro e monitoraggio richiesti dagli specialisti oncologi-ematologi e mantenimento dell'attuazione della procedura aziendale (delibera n. 81 del 12.3.2012) per i recuperi dei rimborsi delle terapie da parte del responsabile e inoltro delle evidenze dei rimborsi ottenuti alla Direzione centrale 3. Prosecuzione del monitoraggio dei flussi farmaceutici ospedalieri e di distribuzione diretta da e verso il ministero anche attraverso la verifica periodica di report dedicati estratti dall'applicativo business object 4. Prosecuzione dell'attività di ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva in area vasta dei medicinali ad alto costo 5. Introduzione dell'utilizzo del sistema di prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'impiego dell'applicativo dedicato in almeno due strutture/ambulatori in collaborazione con il sistema informativo e i prescrittori delle Strutture individuate 	

Linea 1.2.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel corso del 2012 il programma è stato consolidato attraverso il monitoraggio in tutte le strutture pubbliche e nelle 5 case di cura private accreditate di indicatori di qualità e sicurezza delle cure del paziente rispetto a standard omogenei, anche con scambio di esperienze e supporto reciproco.

Nel 2013 il programma del governo clinico e della sicurezza delle cure si articola nelle seguenti attività, raggruppate in 5 ambiti di intervento:

- Consolidamento e miglioramento continuo dei programmi in essere;
- Monitoraggio di indicatori di processo ed esito relativamente ad alcune patologie;
- Standardizzazione della documentazione sanitaria tra i diversi livelli di assistenza;
- Implementazione di programmi specifici su:
 - Sicurezza nell'uso dei farmaci
 - Rischio infettivo

<ul style="list-style-type: none"> - Lesioni decubito e cadute accidentali - Formazione del personale sulle tematiche specifiche. 	
<p>Obiettivo aziendale: Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico. 2. Implementazione di programmi specifici su <ol style="list-style-type: none"> a. Sicurezza nell'uso dei farmaci b. Rischio infettivo c. Lesioni decubito e cadute accidentali 3. Attività di formazione a livello aziendale sul tema dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali del paziente in terapia con anticoagulanti orali (tavolo di lavoro regionale)
<p>Nelle more del completamento dei lavori propedeutici all'approvazione del nuovo Piano oncologico regionale, in ogni Area Vasta, entro il 31.12.2013, prosecuzione del processo di analisi e riprogettazione dei percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali integrati (PDTA) oncologico, già iniziati nel 2012, con la seguente suddivisione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Neoplasie colon-retto (AV Giuliano Isontina) 2) Neoplasie polmonari (AV Udinese) 3) Neoplasie mammarie (AV Pordenonese) 	<p>Per l'Area Vasta Giuliano Isontina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entro giugno la produzione di un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili - Entro agosto la definizione di un set di almeno 5-10 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente) - Entro ottobre la produzione del documento del nuovo PDTA - Entro dicembre l'organizzazione di un incontro di consenso tra i professionisti coinvolti per la condivisione degli esiti del lavoro svolto.
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Evidenziando in premessa che ASS1 è una Azienda Sanitaria esclusivamente territoriale e che quindi alcuni indicatori di qualità forti per valutare l'assistenza sanitaria tipici dei Presidi ospedalieri quali il rischio chirurgico, la cartella clinica (con tutte le parti che la compongono), difficilmente possono essere rilevati, si è cercato di adattarli ad una realtà assistenziale di tipo prevalentemente ambulatoriale e domiciliare, che agisce su pazienti inseriti nel proprio ambiente di vita e che motiva gli operatori alle azioni di prevenzione e di presa in carico del paziente e non solo allo svolgimento di attività di tipo esclusivamente sanitario.</p> <p>Nel Piano sulla gestione del rischio clinico parte integrante del PAL sono riportati in dettaglio gli obiettivi e le azioni e gli indicatori che ASS1 si impegna a perseguire nel corso del 2013 al fine di garantire livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie in tutto il territorio provinciale.</p> <p>ASS 1 si impegna a trasmettere il monitoraggio degli indicatori individuati dal</p>	

programma regionale del rischio clinico secondo le scadenze indicate dalla programmazione regionale.

Linea 1.2.3.3 : Accreditemento

Raccordo con la programmazione precedente

Nel 2012 si è proceduto all'accreditemento definitivo delle 5 Case di cura e delle strutture ambulatoriali provvisoriamente accreditate. Si è inoltre proceduto al rinnovo dell'accreditemento delle strutture di Medicina trasfusionale delle 3 Aree Vaste secondo la più recente normativa statale recepita con DGR 2528/2011.

Le Aziende Sanitarie hanno effettuato l'autovalutazione sulla proposta dei requisiti del percorso "paziente con grave cerebrolesione acquisita" e del percorso "nascita".

ASS1 nel corso del 2012

1. ha partecipato per le parti di competenza all'autovalutazione sulla proposta dei requisiti del percorso "paziente con grave cerebrolesione acquisita" e del percorso "nascita";
2. ha messo a disposizione i professionisti valutatori formati e gli esperti nelle diverse branche specialistiche per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private;
3. ha avviato un'intensa attività di verifica dei requisiti strutturali ed organizzativi delle attività ambulatoriali effettuate presso le varie sedi distrettuali. Sono state individuate le aree che necessitano di miglioramento ed adeguamento ai requisiti richiesti.
4. Ha avviato le procedure per l'accreditemento con l'UNICEF dei servizi distrettuali che si occupano del percorso nascita per la parte di competenza territoriale nell'ambito del programma *"Insieme per l'Allattamento: Ospedali&Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno"*, definendo le politiche aziendali per l'allattamento al seno e quelle per l'alimentazione nel periodo 0 – 3 anni concordate e condivise con i PLS

<p>Obiettivo aziendale: Attuazione del programma regionale di accreditemento istituzionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Messa a disposizione dei professionisti valutatori formati e di esperti nelle diverse branche specialistiche per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private 2. Autovalutazione e redazione aggiornamento dei piani di adeguamento per: <ol style="list-style-type: none"> a - percorso per l'assistenza ai pazienti con ictus, b - dei requisiti della Rete trapianti c - della Rete delle cure palliative secondo i principi dell'Accordo Stato Regioni n. 151/2012
--	--

Azioni ed interventi:
 Nel corso del 2013 ASS1:

- a) metterà a disposizione i professionisti valutatori formati ed esperti nelle diverse branche specialistiche per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private

<p>b) parteciperà alle attività di Autovalutazione e redazione aggiornamento dei piani di adeguamento per:</p> <p>a - percorso per l'assistenza ai pazienti con ictus,</p> <p>b - dei requisiti della Rete trapianti</p> <p>c - della Rete delle cure palliative secondo i principi dell'Accordo Stato Regioni n. 151/2012</p> <p>c) continuerà con le attività di adeguamento ai requisiti strutturali ed organizzativi delle attività ambulatoriali erogate nelle varie sedi distrettuali</p> <p>d) completerà le procedure di accreditamento UNICEF dei servizi distrettuali che si occupano del percorso nascita per la parte di competenza territoriale nell'ambito del programma <i>"Insieme per l'Allattamento: Ospedali&Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegn, o dell'allattamento materno"</i> anche concludendo la parte 2013 prevista dall'AIA con i PLS</p>
--

Linea 1.2.3.4: Assistenza protesica

<p>Raccordo con la programmazione precedente</p> <p>Nel corso del 2012 è continuata l'attività dei professionisti del gruppo di lavoro regionale "Progetto di revisione dei servizi di assistenza protesica e assistenza integrativa" e sono stati prodotti i Piani Regionali di revisione dell'Assistenza Protesica e dell'AFIR, che verranno a breve deliberati.</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Adozione e applicazione - - del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica;</p>	<p>Risultato atteso: entro il 30 giugno 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> - produzione di un Regolamento Aziendale di attuazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica; - definizione di linee operative per l'applicazione del Regolamento; - formazione del personale-sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica; <p>entro 31 dicembre 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avvio delle attività relative al riciclo dei dispositivi riutilizzabili come da indicazioni fornite dalla DCSISS
<p>Applicazione delle modalità prescrittive dei dispositivi, conformemente ai protocolli emanati dalla D.C.S.I.S.P.S.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione e formazione dei prescrittori; - Adeguamento delle strutture interessate;
<p>Adozione e applicazione del Piano Regionale di revisione dell'Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale (A.F.I.R.) per la parte afferente alla protesica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Produzione di un Regolamento Aziendale di attuazione del Piano Regionale di revisione dell'Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale (A.F.I.R.) - Definizione di linee operative per l'applicazione

	del Regolamento
Azioni ed interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> - Formazione del personale sanitario/amministrativo almeno 2 eventi formativi / audit per la condivisione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica - Formazione del personale sanitario/amministrativo almeno 2 eventi formativi/audit per la condivisione del Piano Regionale di revisione dell'Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale (A.F.I.R.) per la parte afferente alla protesica - Produzione di un regolamento Aziendale e delle modalità operative per l'applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica - Produzione di un regolamento Aziendale e delle modalità operative del Piano Regionale di revisione dell'Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale (A.F.I.R.) per la parte afferente alla protesica - Predisposizione di un elenco dei prescrittori formati - Adeguamento delle strutture interessate - Monitoraggio e valutazione delle attività di riciclo con documento finale di analisi 	

Linea 1.2.3.5: Cure palliative

<p>Raccordo con la programmazione precedente</p> <p>Nel 2013, recepita l'intesa stato regione riguardante "i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore", si procederà all'istituzione del coordinamento regionale sia per l'adulto che per l'età pediatrica, ed alla riorganizzazione ed all'accreditamento sia delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo un'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio. Parallelamente si proseguirà con la revisione della documentazione sanitaria in uso nella rete e nell'acquisizione delle informazioni richieste con l'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2012: Soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adeguamento degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio. - Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste.
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>I referenti aziendali, sia dell'età adulta che dell'età pediatrica hanno partecipato ai gruppi di lavoro regionale. Tale attività è garantita nel corso del 2013 e si proseguirà con l'adeguamento degli strumenti di raccolta (documentazione clinica ed amministrativa) per l'acquisizione delle informazioni richieste.</p> <p>E' stato costituito uno specifico gruppo di lavoro interaziendale a cui partecipa il personale dell'Hospice (N.B.- nell'Area Triestina l'Hospice è collocato presso una struttura privata accreditata) che ha definito i percorsi dei pazienti che necessitano di</p>	

cure palliative, al momento della dimissione dall'ospedale e a domicilio e l'attività di formazione sul campo e di audit .

Linea 1.2.3.6 Trapianti

Raccordo con la programmazione precedente
 Nel corso del 2012 è stata consolidata la Rete Regionale Trapianti con perfezionamento dei rapporti tra CRT, coordinamenti locali e centri trapianto in accordo con le indicazioni CNT.

<p>Obiettivo aziendale: Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2012:</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta - Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute >30%. - Monitoraggio ed evidenza di valutazione di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
--	---

Azioni ed interventi:
 ASS1 non dispone di presidi ospedalieri e quindi non dispone di un coordinamento locale. Supporta il Coordinatore locale nell'attività di espianto, quando necessario attraverso l'attività del Sistema 118.

1.2.4 Progettualità dell'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**Linea 1.2.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria**

<p>Raccordo con la programmazione precedente:</p> <p>Nel 2012 le Aziende per i servizi sanitari, sulla base di indicazioni regionali, hanno partecipato al percorso di elaborazione in condivisione con i Servizi sociali dei Comuni dei nuovi Piani di zona in attuazione della DGR 458/2012 con la quale la Regione ha inteso riavviare il processo di pianificazione locale. Hanno pertanto elaborato congiuntamente ai Servizi sociali dei Comuni il documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata del PDZ per il triennio 2013 – 2015, con specificazione delle attività e interventi programmati per il 2013 (Programma attuativo annuale 2013), nelle aree di integrazione sociosanitaria (materno infantile, disabilità, malattie croniche, terminalità, anziani, salute mentale, dipendenze) che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di benessere della persona, della famiglia e della comunità. Obiettivo strategico regionale: Rafforzare il sistema di lavoro integrato tra ASS e Servizi sociali dei Comuni attraverso la programmazione unitaria nelle aree sociosanitarie.</p> <p>Nel 2012 è stata costituita la Cabina di Regia tra ASS1 e Ambiti 1.1, 1.2 e 1.3 come strumento per la programmazione dei documenti unitari di lavoro sopraccitati.</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>ASS1 recepisce gli obiettivi contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei tre ambiti dei Comuni della Provincia di Trieste</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Nel PAL vi è evidenza del recepimento degli obiettivi e delle azioni contenuti nel documento di programmazione locale integrata oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali.</p> <p>ASS1 persegue gli obiettivi previsti nel documento di programmazione integrata per il 2013.</p> <p>ASS1 in condivisione con i Servizi sociali dei Comuni provvede al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Il documento di programmazione integrata (Schede obiettivi di integrazione sociosanitaria 2013-2015 e Programma attuativo annuale 2013) è recepito come allegato parte integrante del PAL.</p> <p>Recepire formalmente nei piani di lavoro ASS1 i documenti di programmazione integrata.</p> <p>Sviluppare le azioni di monitoraggio secondo le indicazioni della Regione</p> <p>Definire formalmente il ruolo e le regole della Cabina di regia in accordo con le Assemblee dei Sindaci dei tre ambiti</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>ASS1 congiuntamente ai Servizi sociali dei Comuni provvede alla</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Entro ottobre 2013, ASS1 e SSC provvedono: all'eventuale aggiornamento delle Schede</p>

<p>predisposizione del Programma attuativo annuale da realizzare nel 2014 e al rinnovo dell'atto di intesa.</p>	<p>obiettivi di integrazione sociosanitaria 2013-2015; alla trasmissione del PAA 2014 alla DCSISPS per il parere di congruità. Entro dicembre 2013: ASS1 e SSC riallineano la propria programmazione, qualora necessario, sulla base delle indicazioni regionali. I Direttori generali e i Presidenti delle Assemblies dei Sindaci degli Ambiti distrettuali rinnovano l'atto di intesa per le attività da realizzare nel 2014 e trasmettono alla DCSISPS i documenti di programmazione integrata locale 2014 approvati in via definitiva unitamente all'atto di intesa.</p>
<p>Azioni ed interventi: Rafforzare il ruolo della Cabina di Regia non solo come momento di monitoraggio congiunto dell'attività ma anche come strumento di programmazione unitaria nell'area dell'integrazione sociosanitaria Coinvolgere tutte le istanze aziendali nella realizzazione degli interventi previsti</p>	

Linea 1.2.4.2 Riabilitazione

<p>Nel 2012 è stata adottata la Delibera di Giunta 1309 del 25 luglio 2012 "Il percorso clinico assistenziale delle persone con Grave Cerebrolesione Acquisita e la Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia" in attuazione alle "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza", approvate dalla Conferenza Unificata nella seduta del 5 maggio 2011.</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Attivazione della Rete per le gravi cerebrolesioni nella provincia di Trieste</p>	<p>Risultato atteso: - Individuazione, definizione e attivazione di almeno 10 posti letto dedicati alla residenzialità nelle Speciali Unità Assistenza Protratta (SUAP) presso la Casa di Cura privata accreditata "Pineta del carso". - Adeguamento della dotazione di risorse in relazione agli standard previsti per quanto di competenza di ASS 1</p>
<p>Azioni ed interventi: - Monitoraggio delle residenzialità di area vasta giuliano isontina con documento conclusivo entro dicembre 2013 con analisi dei posti letto e degli standard utilizzati. - Per l'anno 2013, in attuazione a quanto previsto dalla Delibera sopracitata si procede con l'attivazione della Rete delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA).</p>	

Linea 1.2.4.3 Salute mentale

<p>Raccordo con la programmazione precedente</p> <p>Nel 2012 i Dipartimenti di Salute Mentale in continuità con la programmazione degli anni precedenti hanno, nei loro contesti, sviluppato gli obiettivi proposti inerenti in particolar modo al miglioramento della collaborazione tra DDSSMM, MMG e PLS e i Medici di continuità assistenziale, all' implementazione dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery, alla strutturazione di programmi di reinserimento di persone detenute in OPG e al consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare in particolar modo in relazione al primo e secondo livello.</p> <p>Nel 2013 le Aziende continuano le linee di attività già strutturate negli anni scorsi: sanità penitenziaria (carcere e OPG) anche in attuazione alla normativa statale che prevede la chiusura degli OPG, implementazione delle attività di inserimento lavorativo e di inclusione sociale di persone svantaggiate con l'omogeneizzazione delle pratiche a livello regionale, sostegno alla cooperazione sociale B. Potenziare a livello distrettuale la presa in carico integrata socio sanitaria (Progetto Terapeutico Personalizzato, FAP art 8 e budget di salute), monitoraggio uso psicofarmaci nelle Residenze Protette con ridefinizione di funzioni e obiettivi e superamento delle pratiche restrittive (contenzione fisica/farmacologica e porte chiuse).</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>1. Definire modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale;</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>1. Consolidamento della capacità di presa in carico condivisa attraverso progetti personalizzati di salute condivisi con i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale in integrazione con le attività distrettuali;</p>
<p>2. Sperimentare nuove strategie integrate di risposta tra gli attori della Rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/ recovery)</p>	<p>2. Definizione dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery, e consolidamento dei processi di integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders</p>
<p>3. Proseguire nel consolidare la Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)</p>	<p>3. Definizione dei percorsi di cura e riabilitazione dei DCA nel primo e nel secondo livello nella prospettiva dell'integrazione con i diversi servizi territoriali e ospedalieri con riferimento alle diverse aree dei disturbi. Evidenza della continuità dei progetti personalizzati di salute nelle fasi di transizione dall'età evolutiva a quella adulta.</p>
<p>4. Consolidare i programmi per la dimissione dagli OPG e al loro definitivo superamento</p>	<p>4. Definizione di linee guida per l'attuazione della normativa che privilegino le alternative a strutture di ricovero implementando il modello del Progetto Terapeutico Personalizzato (Budget di Salute e Fap Art. 8)</p>

5. Perseguire il completamento della Rete dei CSM 24h .	5. Ridefinizione e approvazione del progetto per l'accoglienza sulle 24 ore nell'ambito del Dipartimento Sperimentale di Salute Mentale di Area Vasta Udinese.
Nelle more della definizione di un "consensus regionale sui DCA" alle aziende è richiesto, laddove non ancora formalizzato, di stipulare un protocollo tra i servizi dedicati per AV finalizzati a garantire la continuità anche nelle fasi di transizione dall'età evolutiva a quella adulta.	
<p>Azioni ed interventi</p> <p>1.1. Prosecuzione e razionalizzazione del progetto sperimentale "Qualcosa non va?" / Presidi Distrettuali in relazione alla domanda rilevata e alle risorse disponibili.</p> <p>1.2. Razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di presa in carico condivisa coi MMG (presidi distrettuali, persone che invecchiano anche in relazione all'attività del CDDD).</p> <p>1.3. Realizzazione di percorsi formativi congiunti in riferimento al punto 1.2 (a livello distrettuale, coinvolgendo i responsabili distrettuali e dipartimentali).</p> <p>2.1. Percorso di rafforzamento dell'equipe funzionale Salute Mentale Giovani (integrazione equipe, ridefinizione carichi, obiettivi e time budget, miglior identificazione 1° livello coi MMG, in sinergia con servizi formali e informali).</p> <p>3.1. Formalizzazione equipe funzionale DCA (in collegamento con quella per esordio) e relative procedure per l'accesso al 1°, ° 2° e 3° livello, con particolare attenzione alle modalità di accoglienza di minori e tardo adolescenti.</p> <p>3.2. Consolidamento dell'equipe multiprofessionale dedicata (DSM, distretti).</p> <p>3.3. I servizi dedicati all'accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare nell'Area Vasta Giuliano Isontina procedono alla formalizzazione di un protocollo finalizzato a garantire la continuità delle cure nelle fasi di transizione dall'età evolutiva a quella adulta.</p> <p>4.1. Contributo al gruppo regionale per la definizione delle linee guida della regione Friuli Venezia Giulia su alternative alle misure di sicurezza detentive utilizzando la metodologia del Progetto Terapeutico Personalizzato (Budget di Salute e FAP Art. 8).</p> <p>4.2. Stimolare specifici accordi regionali per l'utilizzo dei FAP per persone dimesse da OPG o a rischio di misura di sicurezza detentiva per l'accoglimento in strutture residenziali.</p>	

Linea 1.2.4.4 Dipendenze

Nel corso del 2012 il DDD ha riorganizzato le proprie attività al fine di ampliare l'offerta di presa in carico ad alcuni gruppi target di popolazione, aumentare l'efficienza del servizio e migliorare l'utilizzo delle proprie risorse.

In particolare si ritengono strategici gli interventi nelle seguenti aree tematiche:

1. Nel corso del 2012 è stato implementato un centro dedicato esclusivamente all'utenza giovanissima (nel 2012 sono state prese in carico oltre 120 persone under 25) con un progetto co-finanziato dal Comune di Trieste, all'interno dei Piani di Zona. Per il prossimo anno non vi è certezza di finanziamento, ma tale linea di attività rappresenta una priorità per il DDD: con interventi organizzativi e di ri-allocazione delle

risorse si intende mantenere l'apertura pomeridiana del Polo Giovani presso la sede di Androna degli Orti e ricercare ulteriori partnership istituzionali finalizzate al co-finanziamento ed alla messa a regime di tale proposta di cura.

2. La recente normativa ha ampliato le competenze del DDD anche per attività di tipo diagnostico finalizzato (pazienti, lavoratori con mansioni a rischio, certificazioni per adozioni, etc..) e sono stati pertanto attivati ambulatori specialistici espressamente dedicati all'attività accertativa, in modo da garantire la tutela della privacy e tempi certi di erogazione delle prestazioni.

3. Il quadro socio-demografico ed i bisogni prioritari di salute evidenziano nel nostro territorio la necessità di interventi di tipo socio sanitario integrato, di reinserimento socio lavorativo, di soddisfazione di bisogni primari, per una larga fascia di utenza con caratteristiche di fragilità, marginalità sociale e cronicità da patologia specifica. Il DDD ha implementato poli specialistici espressamente dedicati a tale target, con:

a) servizi territoriali semiresidenziali (Centro Diurno e Centro di Promozione della Salute) aperti quotidianamente per dare risposte a bisogni di base, di disintossicazione, di riabilitazione e reinserimento.

b) residenziali (residenza intermedia per alcolisti) con un offerta sulle 24 ore per favorire il pieno reinserimento sociale delle persone alcoliste dimesse dal Centro Specialistico Residenziale.

4. Gli utenti con dipendenza presentano nella maggioranza dei casi patologie correlate che necessitano di trattamento specialistico e di percorsi diagnostici, terapeutici e di presa in carico personalizzata in alta integrazione con i servizi ospedalieri, distrettuali e territoriali. Sono state implementate progettualità specifiche per le patologie infettive correlate, quali AIDS ed epatiti virali di tipo B e C (protocollo con la SC Malattie Infettive dell'AOUS e Centro MST), cardiologiche (percorsi dedicati con il Centro Cardiovascolare), odontostomatologiche (percorsi dedicati con la Clinica Stomatologica AOUS e con gli specialisti convenzionati), ulcere e ferite difficili (protocollo aziendale con Distretti, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica).

5. La crescente criticità socio-economica legata al rapido diffondersi di svariate forme di dipendenze comportamentali definibili nel loro complesso come ludopatie ha indotto il DDD ad ampliare le proprie competenze attivando percorsi dedicati

Si segnala inoltre la partecipazione nei gruppi regionali (Tavolo Tecnico DDD in collaborazione con la Direzione Regionale) per l'implementazione dei Progetti "SIND support", "NIOD" e "PIT" che approfondiscono rispettivamente il tema dell'informatizzazione dei servizi per le dipendenze, della creazione di specifici osservatori regionali e dell'incentivazione al testing ed al trattamento delle patologie correlate.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Assicurare adeguati percorsi di prevenzione e cura per l'utenza giovanissima	Apertura di un polo dedicato al gruppo target (under 25 anni) almeno 3 pomeriggi a settimana presso la sede di Androna degli Orti)

Azioni ed interventi:

- apertura 3 pomeriggi a settimana dalle ore 16.00 alle ore 19.00, con accesso diretto e senza lista d'attesa;
- disponibilità di un'equipe specialistica composta da medici, psicologi, infermieri,

<p>assistenti sociali ed educatori;</p> <p>- offerta di percorsi di presa in carico personalizzata con interventi di tipo sanitario, farmacologico, psicologico, educativo e di reinserimento socio-lavorativo.</p>	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>2. Assicurare gli accertamenti sanitari di assenza di alcol e tossicodipendenza (Collaborazione con la CMLP, con i medici competenti, certificazioni per adozioni, etcc..)</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Apertura di poli espressamente dedicati all'attività accertativa presso la SC Dipendenze da Sostanze Illegali (SCDSI) e la SC Dipendenza da Sostanze Legali (SCDSL), almeno 2 volte alla settimana.</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>- apertura 2 pomeriggi a settimana dalle ore 16.00 alle ore 19.00, di un ambulatorio dedicato presso la SCDSI;</p> <p>- apertura 2 mattine a settimana a settimana dalle ore 09.00 alle ore 11.30, di un ambulatorio dedicato presso la SCDSL;</p> <p>- la disponibilità di un'équipe specialistica composta da medici, infermieri.</p>	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>3. Assicurare percorsi di riabilitazione e reinserimento con programmi semiresidenziali e residenziali per utenti afferenti al DDD</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apertura quotidiana del Centro Diurno - Apertura quotidiana del Centro di Promozione alla Salute - Offerta di residenzialità intermedia (RIPA) h 24 per almeno 5 posti di ospitalità
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>- disponibilità di un'équipe specialistica composta da educatori, psicologi, medici, infermieri ed assistenti sociali per tutti i programmi semiresidenziali e residenziali</p> <p>- apertura dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 16.00 del Centro Diurno;</p> <p>- apertura dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 16.00 del Centro di Promozione alla Salute;</p> <p>- mantenimento dell'offerta residenziale per alcolisti presso la RIPA sulle 24 ore con 5 posti letto</p>	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>4. Assicurare percorsi diagnostici e terapeutici per le patologie correlate</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantire percorsi espressamente dedicati allo screening sierologico - Garantire percorsi espressamente dedicati alla diagnosi ed al trattamento delle patologie infettive (AIDS- Epatiti B e C) - Garantire percorsi espressamente dedicati alla diagnosi ed al trattamento delle patologie cardiologiche - Garantire percorsi espressamente dedicati alla diagnosi ed al trattamento delle patologie odontostomatologiche - Garantire percorsi espressamente dedicati alla diagnosi ed al trattamento delle ulcere e delle ferite difficili.

<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilità di un équipe specialistica composta da personale sanitario espressamente formato per la regia e la gestione dei percorsi personalizzati di presa in carico per patologie correlate. - Apertura, almeno 4 mattine a settimana in fascia oraria 09.00-12.00, di un ambulatorio dedicato allo screening sierologico (esecuzione dei prelievi ematici, counselling ed interventi di informazione / educazione sanitaria), a libero accesso e gratuito per promuovere il testing fra la popolazione a rischio. - Mantenere la collaborazione con il Centro MST e la SC Malattie Infettive per garantire la presenza degli specialisti presso il DDD - Mantenere la collaborazione con il Centro cardiovascolare per percorsi di diagnosi in soggetti a rischio ed eventuale accompagnamento nei trattamenti terapeutici. - Garantire percorsi personalizzati, di accompagnamento e di facilitazione per l'accesso nelle cure odontostomatologiche. - Garantire l'applicazione dei protocolli aziendali per il trattamento delle ulcere e ferite difficili all'utenza del DDD con percorsi personalizzati ambulatoriali, territoriali e domiciliari 	
<p>Obiettivo Aziendale 5. Collaborazione per l'implementazione dei progetti specifici SIND-NIOD-PIT con la Direzione Regionale</p>	<p>Risultato atteso Partecipazione dei referenti ad almeno il 70% delle iniziative promosse</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il Direttore del Dipartimento delle Dipendenze nomina per il 2013 referenti specifici per ogni progetto. - I referenti individuati dal Direttore del Dipartimento delle Dipendenze garantiscono la collaborazione nei singoli tavoli tecnici ed il coordinamento delle attività a livello locale. 	

Linea 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronic-degenerative: continuità assistenziale

<p>Raccordo con la programmazione precedente: Le aziende continuano le attività finalizzate a garantire la continuità ospedale - territorio e intra-territoriale per promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronic-degenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco e demenza), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva. Nel corso del 2013 le aziende presentano una proposta di revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer in accordo con il DM 20 luglio 2000 e le linee di indirizzo ministeriali "linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" in corso di approvazione che prevedono una Rete integrata</p>
--

dell'offerta socio sanitaria con un punto di accesso distrettuale specificamente rivolto all'anziano e con il coinvolgimento di professionisti sia ospedalieri sia territoriali con la finalità di assicurare sia la funzione prescrittiva dell'UVA, ma soprattutto ampliandone il ruolo nell'ambito di una Rete che garantisca continuità assistenziale, percorsi diagnostico terapeutici e interventi socio assistenziali.	
Obiettivo aziendale: Creazione di Rete di presa in carico nel settore delle demenze	Risultati attesi: Presentazione di una proposta di revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer entro 31/12/2013
Azioni ed interventi: Il tavolo permanente Attività per la Tutela Salute Anziani (delibera DG n.86 dd. 19.02.2010) verificherà l'applicazione di un PDTA sperimentale in almeno 20 utenti per Distretto, al fine di implementare la rete di presa in carico nel settore delle demenze. Il PDTA declinerà i criteri di accesso, gli attori coinvolti ed i servizi offerti alle persone con disturbi cognitivi attraverso i Centri Diagnostici Distrettuali multidisciplinari per le Demenze. Proposta elaborata a livello di Area Vasta che preveda una Rete integrata dell'offerta socio sanitaria con un punto di accesso distrettuale specificamente rivolto all'anziano e con il coinvolgimento di professionisti sia ospedalieri sia territoriali	

Linea 1.2.4.6 Innovazione dei modelli di cure integrate

<p>Raccordo con la programmazione precedente: L'assistenza domiciliare rappresenta da sempre uno dei principali punti di attenzione dell'assistenza distrettuale/territoriale, con particolare riferimento alla promozione delle buone pratiche, in cui l'integrazione intra-sanitaria (ad es. continuità territorio-ospedale, dimissioni protette, raccordo medicina generale e specialistica) e sociosanitaria richiedono ulteriore progresso, sia sul versante dell'efficacia che dell'efficienza. I nuovi PDZ costituiscono un'occasione per avanzare ulteriormente nella presa in carico domiciliare integrata dei casi complessi, con interventi che si rendono valide e sicure alternative al ricovero in ospedale o all'istituzionalizzazione. Inoltre, da tempo la Regione promuove, anche attraverso i PDZ, e sostiene l'impegno delle componenti sanitarie, sociali e del terzo settore per la realizzazione di percorsi integrati che pongono in sinergie le risorse di ciascuno di essi, mirando a porre in efficace equilibrio gli aspetti di cura formale (gestiti dalle Istituzioni) ed informale (sorretti da associazioni di volontariato, terzo settore, ecc.). Nell'ambito dei Progetti innovativi, la Regione è attualmente riconosciuta Ente capofila di un Consorzio Europeo multicentrico per la realizzazione di un progetto triennale (2013-2015) patrocinato e cofinanziato dalla Commissione Europea in cui è prevista la sperimentazione (in totale > 8.500 utenti) di nuove modalità operative per l'integrazione (<i>ICT integrated home care</i>) mediante l'uso di piattaforme informatiche, in cui sono reperibili il fascicolo personale elettronico (alimentato ed accessibile su web da tutti i soggetti di cura, senza distinzione di appartenenza) ed i dati provenienti</p>
--

dal telemonitoraggio e teleallarme (realizzato con tecnologie avanzate di sensori vitali, ambientali, di allarme, di comunicazione, installate in casa oppure a disposizione out-door degli utenti).

Fermo restando che ASS1 non dovrà sopportare alcun costo per l'acquisizione delle tecnologie, fornite grazie ai finanziamenti europei ad hoc e ad una piccola quota integrativa regionale, l'obiettivo regionale è applicare per un triennio i nuovi percorsi di *integrated home care* in un campione globale di 200 soggetti anziani fragili seguiti dai servizi distrettuali e dai SSC (servizi sociali comunali), preferibilmente nel contesto dell'assistenza domiciliare (casi già in carico o via via progressivamente assunti).

La data ufficiale di inizio del Progetto SmartCare è il 1 marzo 2013 (terminerà il 29.2.2016).

Nel corso della prima parte dell'anno ASS1, per il tramite dei propri distretti, è stata chiamata a rendere disponibili propri operatori (preferibilmente micro-equipe multiprofessionali) che dovranno partecipare ad incontri di sensibilizzazione-(in)formazione, alla stesura congiunta del protocollo di lavoro, in base al quale nel secondo semestre dovranno procedere ai primi "arruolamenti", che dovranno essere conclusi, di concerto con la componente sociale e del volontariato, entro il primo trimestre 2014. Negli anni successivi si svilupperanno i follow-up, secondo le modalità di lavoro condivise. Il Progetto si concluderà con la valutazione degli esiti, in base agli indicatori individuati dal Consorzio Europeo.

<p>Obiettivo aziendale: Definizione del gruppo di lavoro "SmartCare", che parteciperà alla formazione e definizione collegiale del protocollo di lavoro</p>	<p>Risultato atteso: Comunicazione al referente-coordinatore regionale dei nomi, qualifiche, disponibilità dei propri operatori (almeno due per distretto). Sottoscrizione del protocollo di lavoro.</p>
<p>Individuazione dei primi soggetti che verranno seguiti secondo il protocollo di lavoro</p>	<p>Al 31.12.2013 almeno 2 casi/distretto sono stati presi in carico secondo le nuove modalità di lavoro ed è stata inviata al Centro Coordinatore regionale la lista di almeno 10 altri soggetti candidabili.</p>

Azioni ed interventi:
In ASS 1 le attività si svolgeranno in continuità con quanto appreso nel corso delle azioni svolte con il Progetto DREAMING.

Entro la fine di febbraio ciascun distretto individuerà tra i propri operatori impegnati con maggiore intensità e frequenza in attività ad alta integrazione sociosanitaria (indicativamente un medico, un infermiere e/o un fisioterapista dell'area Anziani e/o Riabilitazione adulti) coloro che vorranno/potranno partecipare al Progetto, in prima istanza agli incontri interdistrettuali/interaziendali propedeutici informativi e programmatori.

Localmente, da subito sarà cura di questi professionisti trovare le più efficaci ed efficienti modalità di interrelazione e cooperazione (incontri, scambio di materiali ed informazioni, valutazioni congiunte di casi, ecc) con gli operatori dei Servizi Sociali dei Comuni e delle Associazioni di volontariato ed altri attori del terzo settore per individuare, come da strategia fondante SmartCare, quando-come-dove individuare i soggetti che saranno presi in carico nel lungo termine in modo integrato, giovandosi

delle nuove risorse informatiche (es.fascicolo personale alimentato e consultabile su web) e delle tecnologie volte ad incrementare le possibilità di permanenza a casa e la qualità/efficacia dei servizi domiciliari (istituzionali ed informali). Gli operatori apprenderanno le caratteristiche di funzionamento dei sensori vitali per il telemonitoraggio di patologie croniche (ad es., insufficienza cardiaca, BPCO, diabete), degli strumenti di comunicazione (es. videoconferenza) e dei sensori di sicurezza domestica (es. rilevatori di fumo, gas, acqua, ecc), nonché degli eventuali dispositivi di controllo domotico.

In prima istanza, per l'arruolamento di questi casi le segg. provenienze sembrano verosimilmente più idonee: (a) le dimissioni "protette" dall'ospedale per la continuità infermieristica e riabilitativa; (b) le valutazioni e progettazioni per erogazione FAP; (c) le attività ad alta integrazione intersettoriale nelle Microaree. Altre ancora saranno individuate di concerto tra gli addetti ai lavoro, fermo restando che per rispettare la logica e strategia di SmartCare tutti i casi dovranno essere presi in carico con interventi congiunti (integrati) e cooperativi svolti dalle tre componenti: sanitaria, sociale, di volontariato-terzo settore, per offrire risposte coerenti alla multiproblematicità-complexità dei bisogni individuati dalle valutazioni multidimensionali-disciplinari svolte dalle equipe/UVD.

Le azioni si articoleranno nella consapevolezza e condivisione che SmartCare nasce e si sviluppa nell'interesse aziendale di estendere e potenziare le forme integrate di home care; tra i risultati attesi in questo campione di soggetti fragili: evitare/ridurre il ricorso (evitabile) ai sistemi dell'emergenza (118, Pronto Soccorso), il ricovero ospedaliero (inappropriato) o l'ingresso definitivo (improprio-evitabile) in struttura residenziale.

Tenuto conto che il Coordinamento di SmartCare è ufficialmente in capo ad ASS 1 (coordinatore è il dott. Giulio Antonini di Area Welfare, operante presso ASS 1 per lo scopo), questi professionisti si renderanno anche protagonisti trainanti nei gruppi di lavoro regionali, ove verranno condivisi i protocolli operativi in base ai quali saranno individuati criteri e modalità di inclusione dei casi. Per ASS 1 la stima è di ca. 50-60 soggetti, dei 200 finali attesi in FVG, valore ipotizzato proporzionalmente alla popolazione residente.

Entro il 31.12.13 saranno inseriti, di concerto con i SSC ed il terzo settore, almeno i due casi richiesti per ciascuno dei 4 distretti; inoltre, sarà disponibile un elenco di almeno altri 10 con caratteristiche idonee all'eleggibilità, sempre con il vincolo operativo della gestione integrata, nella prospettiva che per il campione finale (in accordo con la letteratura e le esperienze di DREAMING) andrà previsto un rapporto 2:1 tra candidati eleggibili e casi definitivi presi in carico nel progetto.

Linea 1.2.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF"

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel corso del 2009 i Distretti di ASS 1 hanno valutato più di 50 profili di funzionamento e hanno predisposto due progetti individuali (1 minore e 1 adulto); Nel 2010 altre 32

persone con disabilità grave sono state valutate con il protocollo di valutazione biopsicosociale e sono stati redatti i progetti individuali.

Nel 2011 le SSD di Riabilitazione e le SSTSBA dei 4 distretti hanno valutato 32 nuovi casi 16 minori e 16 adulti. Diversi operatori aziendali (referente, tutor aziendali e operatori dell'equipe di valutazione e presa in carico) sono stati formati dagli operatori del CC OMS alla redazione del "fascicolo biopsicosociale elettronico" e al suo inserimento nel sistema informativo dedicato. Ha avuto luogo inoltre un percorso di formazione sul campo (referente aziendale, vecchi e nuovi tutor) con la referenza scientifica del CC OMS con l'obiettivo di (attraverso la discussione sui casi) mettere in evidenza punti di forza, di debolezza, opportunità di miglioramento degli strumenti sperimentali.

Nel 2012 il risultato atteso è la valutazione biopsicosociale di 32 persone con disabilità grave / gravissima di cui 16 adulti e 16 minori. La metà dei casi deve essere già stata valutata nel 2011 mentre gli altri sono nuovi casi.

Anche nel 2012 referente aziendale e tutor hanno partecipato alla formazione specifica organizzata dal CC OMS sulle modifiche apportate al fascicolo biopsicosociale elettronico ed è in corso una formazione sul campo su criticità e opportunità di miglioramento del progetto.

<p>Obiettivo aziendale: Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF.</p>	<p>Risultato atteso: Vengono valutati</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 20 casi di minori con certificazione di handicap per cui sono previsti o sono in atto percorsi di inclusione scolastica 2) 15 casi di persone in carico al DSM non ancora valutati con gli strumenti basati su ICF. Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati quelli che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile. <p>Obiettivo comune di tutti i DSM è quello di concorrere alla definizione di indicatori regionali utili alla valutazione dei risultati raggiunti dal progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato anche attraverso le modalità del "budget di salute".</p>
---	--

Azioni ed interventi:

- Individuazione dei 20 casi di minori e dei 15 casi di persone in carico ai DSM
- La SC Servizio Abilitazione e Residenze di concerto con le SC CSM individua le 15 persone seguite dal DSM che beneficiano del Fondo per l'Autonomia possibile (3 persone individuate in ognuno dei 4 CSM, 3 individuate dal SAR) e per le quali si utilizzeranno le metodologie valutative basate su ICF.
- Valutazione secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei casi.
- Inserimento del "fascicolo biopsicosociale elettronico regionale" dei casi nello

specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS (sistema informativo a supporto della presa in carico FABER/FVG).

- Formazione specifica degli operatori coordinata dal Centro Collaboratore OMS.
- Il DSM dell'ASS 1 contribuisce, di concerto agli altri DSM, alla definizione di indicatori regionali utili alla valutazione dei risultati raggiunti dal progetto terapeutico - riabilitativo personalizzato anche attraverso le modalità del "budget di salute".

<p>Raccordo con la programmazione precedente</p> <p>Nel corso del 2012, in attuazione al PSSR 2010-2012, che prevede l'adozione di una dimensione unitaria delle modalità di valutazione, ed in coerenza con il DM 17 dicembre 2008 che stabilisce l'inoltro del flusso informativo SIAD per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è stata introdotta in modo progressivo dai distretti sanitari la scheda di valutazione Val Graf versione essenziale, al fine di uniformare gli strumenti di valutazione, la raccolta e l'invio di dati a livello regionale e nazionale.</p> <p>Al fine di dare completa attuazione agli atti sopra citati, nel 2013 verrà perseguito l'utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica delle diagnosi dei pazienti con PAI presi in carico in assistenza domiciliare, e nelle strutture di cure intermedie (RSA, hospice) e l'utilizzo dello strumento ValGraf-(versione essenziale 2012) per la valutazione dei bisogni assistenziali delle persone in carico ai servizi domiciliari</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2012</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le diagnosi dei pazienti con PAI presi in carico in assistenza domiciliare, e nelle strutture di cure intermedie, sono codificate con ICD9-CM e i dati sono caricati sui sistemi informativi pertinenti - Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti adulti in carico con PAI o PRI ai servizi distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo
<p>Azioni ed interventi: Audit col personale del servizio domiciliare e monitoraggio continuo</p>	

Linea 1.2.4.8 Governo e qualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel corso dell'anno 2012, in continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, è stata promossa l'implementazione di interventi e strumenti volti a migliorare/consolidare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza nei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, in particolare attraverso:

1. la revisione ed integrazione del DPR 0333/Pres del 2008;
2. il potenziamento del sistema regionale e aziendale di monitoraggio e di promozione

<p>della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture residenziali per anziani, avviato nel 2011, e che nel 2012 ha portato alla realizzazione di un ulteriore percorso di miglioramento della qualità in ciascuna ASS;</p> <p>3. l'integrazione dei sistemi informativi a disposizione con specifiche funzioni utili ai fini del monitoraggio e governo del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>1) Processo di nuova classificazione delle strutture residenziali per anziani esistenti:</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Presentazione alla DCSISPS di una proposta di classificazione delle strutture per anziani convenzionate con ASS1, su cui va richiesto il parere della Conferenza dei sindaci</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>ASS1 partecipa all'attuazione del processo di ri-autorizzazione secondo le modalità definite con il nuovo regolamento. Il processo di ri-autorizzazione coinvolgerà solo le strutture già convenzionate con ASS1 per l'abbattimento della retta di degenza.</p> <p>L'attuazione del procedimento prevede inoltre che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il referente aziendale per il processo di classificazione (già nominato in data 25.07.2011) collabora con la DCSISPS alla formulazione di una proposta di classificazione definita entro 120 giorni dalla disponibilità dei fascicoli contenenti le informazioni di sintesi sulle strutture residenziali convenzionate afferenti al territorio di ASS1. - Il referente aziendale condividerà il percorso con il tavolo aziendale permanente Attività per la Tutela Salute Anziani (delibera DG n.86 dd. 19.02.2010) e con il Coordinamento Distretti. - entro 30 giorni dal ricevimento della proposta di classificazione, il Direttore Generale richiede il parere della Conferenza dei sindaci del territorio aziendale su tale proposta e lo trasmette alla Direzione centrale competente. 	
<p>2) Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali funzionanti</p>	<p>Per ogni domanda di autorizzazione pervenuta, ASS1 darà evidenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizzazione di ispezione presso il servizio, - rilascio di atto autorizzativo ovvero richiesta di adeguamento ai requisiti carenti.
<p>NOTA ESPLICATIVA:</p> <p>Tutte le Aziende per i servizi sanitari partecipano all'attuazione del processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali già funzionanti secondo le modalità che verranno definite con il nuovo regolamento di prossima emanazione. In particolare, entro 60 giorni dal ricevimento della domanda di autorizzazione da parte dei servizi semiresidenziali funzionanti, le ASS provvedono ad esaminare la documentazione presentata, ad effettuare le ispezioni, sulla base delle quali le ASS rilasciano l'autorizzazione o richiedono l'adeguamento ai requisiti carenti.</p>	
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Il referente aziendale per il processo di classificazione invierà la documentazione ai Distretti di appartenenza e al Dipartimento di Prevenzione al fine di attuare le ispezioni nei servizi semiresidenziali già funzionanti secondo le modalità che verranno definite con il nuovo regolamento di prossima emanazione.</p>	

<p>3) Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle strutture residenziali</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Approfondimento di almeno uno dei percorsi già avviati; - Realizzazione di almeno una nuova visita di audit approfondita; - Individuazione di almeno un requisito, con relativi criteri e standard, ed attivazione di un percorso di monitoraggio e promozione della qualità in almeno 4 strutture residenziali per anziani del territorio aziendale.
<p>NOTA ESPLICATIVA: Il requisito specifico, con relativi criteri e standard, viene individuato avvalendosi di quelli contenuti nella check list presente all'interno del "Manuale per il miglioramento della qualità all'interno delle strutture residenziali" sviluppato dalla Regione, per attivare un percorso di miglioramento mirato in alcune strutture del proprio territorio.</p>	
<p>Azioni ed interventi: Sarà approfondito il percorso di audit già effettuato nel 2011 presso la struttura "Gregoretti" (Distretto 4) Sarà effettuata una nuova visita di audit presso la struttura "Stuparich" di Sistiana (Distretto 1) Sarà individuato almeno un requisito (ad es. rilevazione dolore) con relativi strumenti di misurazione e standard da monitorare in modo continuo in almeno altre 4 strutture residenziali per anziani del territorio aziendale.</p>	
<p>4) Sistemi informativi: Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>ASS1 darà evidenza delle proprie verifiche e delle eventuali sollecitazioni.</p>
<p>NOTA ESPLICATIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati; - la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglienza prodotto trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati; - la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, dei report relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate; - la trasmissione da parte delle strutture residenziali per anziani del report annuale relativo all'"Offerta residenziale" prodotto dal sistema informativo SIRA-FVG a cura 	

delle strutture residenziali per anziani convenzionate.	
Azioni ed interventi: Sarà predisposto un report distrettuale che evidenzia le verifiche e le eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	
5) Convenzione Adottare lo schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS e le strutture residenziali per anziani adottato dalla Regione.	Entro il 31/12/2013, tutte le convenzioni tra ASS1 e strutture residenziali per anziani sono aggiornate sulla base dello schema tipo regionale.
Azioni ed interventi: Le Attività Amministrative distrettuali aggiorneranno le convenzioni tra ASS e strutture residenziali per anziani sulla base dello schema tipo regionale adottato dalla Regione	
6) Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Provvedere a valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.	Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.
Azioni ed interventi: La SS Anziani e Residenze di ogni Distretto valuterà, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone che fanno domanda di ingresso nel 2013 in strutture semiresidenziali o residenziali convenzionati prima dell'effettivo accoglimento.	

Linea n. 1.2.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate

Raccordo con la programmazione precedente: A partire dalle Linee per la gestione 2009 la Regione ha introdotto una specifica progettualità per promuovere l'inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate. Tale intervento è proseguito e si è rafforzato negli anni successivi con un progressivo incremento degli impegni assunti dalle Aziende del SSR per questa importante finalità di carattere riabilitativo. Nel 2013 permane a tutte le Aziende del SSR, per quanto di competenza, l'obiettivo strategico di promuovere le azioni di sostegno all'occupazione delle persone svantaggiate, utilizzando anche, fra gli altri, lo strumento della cooperazione sociale.	
Obiettivo aziendale Garanzia che venga valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati per ogni	Risultato atteso: Per tutti gli affidamenti c'è l'evidenza che è stata valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati

<p>affidamento programmato e per ogni tipologia di procedure di gara (sotto o sopra soglia comunitaria, unificata per più Aziende o di interesse esclusivo).</p>	
<p>Garantire che per gli affidamenti dove si è valutato possibile, vengano utilizzati gli strumenti legislativi che favoriscono la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.</p>	<p>Per tutte le procedure di gara di servizi che non risultino unificabili ed i relativi importi siano sotto soglia comunitaria, vi è evidenza che è stato attuato, nei casi in cui sia possibile, quanto previsto dell'art. 5 della L 381/91 e dalla LR 20/2006, utilizzando lo schema di convenzione tipo previsto dall'art. 23 della LR 20/2006</p> <p>In tutti gli affidamenti "sopra soglia comunitaria" dove vi sia la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati, vengono utilizzate le "clausole sociali" prevedendo, in relazione al tipo di servizio, in alternativa le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la possibilità di accesso alla gara solo per le ditte che si impegnino a realizzare il 30% di inserimenti lavorativi sul totale della forza lavoro complessivamente impiegata nel servizio; - un punteggio per la valutazione dei progetti di inserimento lavorativo non inferiore al 10% del punteggio complessivo di offerta previsto.
<p>Azioni ed interventi: Verrà valutato preventivamente ogni affidamento di servizio inerente ad attività in cui operano le cooperative sociali di tipo b)</p>	

1.3.1 SISTEMI INFORMATIVI

Linea 1.3.1.1 : Obblighi informativi	
Obiettivo aziendale: Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Risultato atteso: ASS1 adempie tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF

Linea 1.3.1.2 : Privacy	
Raccordo con la programmazione precedente Nella Regione FVG si sono svolte prime sperimentazioni che non hanno ancora coinvolto ASS1	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso: - Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso - recepimento del regolamento ex art. 20.
Azioni ed interventi ASS1 si atterrà alla programmazione e alle disposizioni regionali in materia	

Linea 1.3.1.3: Dematerializzazione delle ricette e dei referti	
Raccordo con la programmazione precedente ASS1 ha attivato il processo in tutte le proprie strutture dotate di programmi compatibili	
Obiettivo aziendale: Prescrizione elettronica	Risultato atteso: Nel 2013 tutti i prescrittori devono operare attraverso la ricetta elettronica
Firma digitale	Tutte le strutture ambulatoriali e di ricovero proseguono il processo di dematerializzazione dei referti mediante l'utilizzo della firma digitale
Azioni ed interventi Controllo delle attività di tutti i prescrittori di prestazioni (esclusi i farmaci) operanti in ambito distrettuale	

Linea 1.3.1.4 Sistemi di accesso	
Raccordo con la programmazione precedente	
Obiettivo aziendale: Completare la diffusione dell'Anagrafe Unica e del CUP	Risultato atteso: Avviare l'Anagrafe Unica e il CUP Regionale nell'Area Triestina secondo la programmazione regionale
Rappresentazione omogenea	La rappresentazione dell'offerta aziendale, a livello

dell'offerta regionale	di agenda, ha caratteristiche di omogeneità in tutta la regione entro 31/12/2013
------------------------	--

1.3.2 Progettualità dei Miglioramenti gestionali di Area Vasta

<p>Obiettivo aziendale: Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2012 (Trattamento previdenziale, Gestione personale dipendente – concorsi, Gestione economico-finanziaria, Approvvigionamento e logistica, Fiscalità)</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rimane conferita ad ASS1 la funzione relativa al trattamento previdenziale per le aziende di Area Vasta. - Rimane confermata la convenzione di Area Vasta per l'affinamento e svolgimento di procedure standard in materia contabile e fiscale - La compatibilità delle ipotesi riorganizzative relative allo svolgimento in ambito di Area Vasta delle funzioni di acquisizione delle risorse umane, del recupero crediti, del controllo sulle esenzioni ticket viene rivalutata alla luce del processo di riordino del SSR; - Vengono confermate le attività di approvvigionamento tramite il DSC; - in raccordo con le disposizioni/richieste che verranno impartite dal DSC, sarà data la massima disponibilità alle azioni propedeutiche (rilevazione struttura attuale, disamnia fabbisogni, ecc) alla predisposizione della nuova gara per il magazzino centralizzato.
<p>Azioni ed interventi: Come da risultato atteso in relazione all'andamento del processo di riordino del SSR.</p>	

1.3.3 Progettualità delle attività centralizzate

1.3.3.1 APPROVVIGIONAMENTI: Programmazione fabbisogni	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attivare tra Centrale di committenza e ASS1 un sistema di programmazione condiviso per gli appalti che consenta di garantire la disponibilità dei contratti coerenti con i fabbisogni, le tempistiche e i vincoli normativi e di bilancio.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Entro il 31.01.2013 ASS1 trasmette l'adesione al programma DSC per l'anno 2013.</p> <p>Entro il 31.03.2013 trasmette al DSC l'elenco delle eventuali gare non inserito nell'elenco DSC che dovranno essere aggiudicate nel secondo semestre del 2013.</p> <p>Entro il 30.09.2013 trasmette al DSC l'elenco delle eventuali gare non inserito nell'elenco DSC che dovranno essere aggiudicate nel primo semestre del 2014.</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Attivare la gestione di uno scadenziario contratti</p> <p>Attivare un sistema per la programmazione delle nuove tipologie di gara o la riprogettazione delle esistenti, anche nell'ottica di raggiungere gli obiettivi di contenimento della spesa previsti.</p> <p>Attivare elementi di flessibilità e di autonomia del sistema di selezione dei fornitori che consentano alle singole aziende di intervenire con maggiore efficienza ed efficacia per esigenze specifiche (autorizzazione agli acquisti sotto i 40.000 euro, acquisti inprivativa, ecc).</p>	
1.3.3.2 APPROVVIGIONAMENTI: Definizione standard	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Rendere coerente il processo di approvvigionamento aziendale con il sistema regionale.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>ASS1 definisce col DSC la mappatura del processo degli approvvigionamenti e logistica e ne descrive ruoli e responsabilità, dandone attuazione, laddove convalidato.</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Il Dsc organizza gli incontri con i manager degli acquisti per la definizione degli standard del processo di approvvigionamento e logistica regionale, da proporre alla DCS.</p>	
1.3.3.3 APPROVVIGIONAMENTI: Monitoraggio	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>ASS1 è in grado di individuare i fabbisogni per la definizione degli impegni contrattuali di ciascuna gara.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Implementare l'utilizzo delle anagrafiche dei dispositivi medici per i beni gestiti a magazzino aziendale e magazzino DSC.</p> <p>Sviluppare l'utilizzo di strumenti di business intelligence per il monitoraggio dei fabbisogni e dei consumi</p>

Linea n. 1.3.3.5 : LOGISTICA - Convenzioni	
Obiettivo aziendale: Regolamentare i reciproci obblighi nell'ambito del sistema logistico centralizzato	Risultato atteso: Approvazione della convenzione che regola i rapporti tra il magazzino DSC e ASS1.
Azioni ed interventi: Collaborare alla definizione della convenzione standard	

Linea n. 1.3.3.7 : Assicurazioni	
Obiettivo aziendale: Ridurre le richieste di risarcimento, nell'ottica del contenimento della spesa.	Risultato atteso: Avviamento di progetti aziendali per la riduzione delle richieste di risarcimento.
Azioni ed interventi: Fare l'analisi dei rischi dei principali ambiti di richiesta di risarcimento, a partire dalla reportistica fornita dal DSC	

Linea n. 1.3.3.8 : Apparecchiature biomedicali	
Obiettivo aziendale Gestire l'avvio operativo del nuovo appalto di manutenzione	Risultato atteso: Predisposizione del piano di avvio

INDICATORI DELL'EROGAZIONE DEI LEA

N.	Indicatore	Standard Obiettivo	Valore medio Regionale	Valore storico 2011	Proiezione valore 2012	Risultato atteso 2013
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (indicare separatamente)	≥ 95%	95,6	96,4	92,3	95,0
1.a	Difterite-tetano	≥95%	95,9	96,9	95,0	95,0
1.b	Antipolio	≥ 95%	95,7	96,5	95,0	95,0
1.c	Antiepatite B	≥95%	95,1	95,7	95,0	95,0
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%	90,1	90,1	90,1	90,1
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%	59,8	54,1	50	48
4.a	PREVENZIONE: Inviti al programma di screening della cervice uterina	≥ 95%	91,61	95,06	95,06	95,06
4.b	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della cervice uterina	≥ 16,6%	18,7	21,2	21,2	21,2
5	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della mammella	≥ 30%	30,5	31,79	31,79	31,79
6	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening del colon retto	≥ 25%	22,2	19,5	20	20
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85		49,2	49,2	49,2
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%	5,49	5,53	5,22	5,00
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥98%	N.P.	N.P.		
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥98% del 20% di allevamenti	107,6	500	500	100
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥98% del 10% di capi	229,2	596	596	100
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥98% del 3% delle aziende	17,7	100	100	100

N.	Indicatore	Standard Obiettivo	Valore medio Regionale	Valore storico 2011	Proiezione valore 2012	Risultato atteso 2013
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥98%	98,0	100	100	100
13.a	SALUTE DEGLI ALIMENTI - SIAN Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	-		17	20	25
13.b	SALUTE DEGLI ALIMENTI - SVET B Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%	11	17	16	16
14	DISTRETTUALE: Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agencia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	-	117,8	152,7	152,7	152,7
14.a	PQI 3 - Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete	-	4,2	5,5	5,5	5,5
14.b	PQI 1 - Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete	-	1,1	1,4	1,4	1,4
14.c	PQI 14 - Ospedalizzazione per diabete non controllato	-	1,8	1,9	1,9	1,9
14.d	PQI 16 - Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici	-	1,8	1,3	1,3	1,3
14.e	PQI 5 - Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)	-	14,9	21,9	21,9	21,9
14.f	PQI 8 - Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca	-	51,9	63,3	63,3	63,3
14.g	PQI 11 - Ospedalizzazione per polmonite	-	30,8	43	43	43
14.h	PQI 12 - Ospedalizzazione per infezione delle vie urinarie	-	9,8	12	12	12
14.i	PQI 15 - Ospedalizzazione per asma	-	1,5	2,4	2,4	2,4
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio infermieristico domiciliare	≥4%	4,7	5,5	5,5	5,5
16	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio riabilitativo domiciliare	-	1,3	1,9	1,57	1,50

N.	Indicatore	Standard Obiettivo	Valore medio Regionale	Valore storico 2011	Proiezione valore 2012	Risultato atteso 2013
17	ASSISTENZA PRESSO RSA: Numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani residenti	-	2,35	3,39	3,39	3,39
18	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	≥0,6	0,61	0,75	0,75	0,75
19	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1	1,7	2,15	2,15	2,15
20	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	≤13,6 %		14,1	12,9	13,6
21	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5	5,95	6,59	6,40	6,30
22	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10	19,1	24,2	24,8	25,1
23	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per età per 1.000	≤180	152,24	165,79	165	165
37	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 18		12' 29"	12' 29"	12' 29"



AZIENDA per i SERVIZI SANITARI n. 1 “Triestina”



AZIENDA per i SERVIZI SANITARI n. 2 “Isontina”



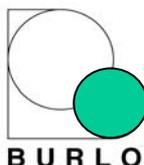
OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Servizio Sanitario Regionale
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA
Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione
(D.P.C.M. 8 aprile 1993)



FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
“OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE”**



BURLO

IRCCS BURLO GAROFOLO

**Piano di produzione dell'Area Vasta Giuliano Isontina per il
contenimento dei tempi di attesa
Anno 2013**

Le Aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina nell'ultimo decennio si sono molto spese per governare la domanda e l'offerta delle prestazioni ambulatoriali cercando:

1. di assicurare tempi d'attesa graduati su priorità cliniche,
2. di contenere la domanda, e di conseguenza adattare l'offerta, attivando percorsi di appropriatezza di accesso alle prestazioni basati sulle evidenze scientifiche.

Tale percorso di governo è stato condiviso responsabilmente da tutte le parti in gioco, sia quindi dai prescrittori – medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti ambulatoriali ed ospedalieri – che dagli erogatori, indifferentemente se pubblici o privati.

Risultato di queste azioni è stato quello di contenere la domanda inappropriata di prestazioni, di indirizzare l'offerta perché rispondesse a reali esigenze cliniche, di migliorare la qualità delle prestazioni e, non ultimo, di assicurare tempi d'attesa massimi nei limiti indicati dalla normativa regionale ed in ogni caso compatibili con le reali esigenze di salute dei cittadini.

In conformità a quanto previsto:

- dalla normativa nazionale,
- dalla L.R. n. 7 del 6.4.2009 “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale”,
- dalla DGR n. 1439 del 28.07.2011 avente per oggetto “ Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012” e
- dalla D.G.R. n. 2271 del 21.12.2012 avente per oggetto “L.R. 49/1996, art. 12: linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2013 Approvazione definitiva”

le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Giuliano - Isontina hanno predisposto il “Piano di produzione dell'Area Vasta Giuliano – Isontina per il contenimento dei tempi di attesa” così articolato:

- 1. Rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni individuate**
- 2. Piano di produzione**
- 3. Rispetto di Norme ed Indicazioni sui tempi d'attesa**
 - 3.1 Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo**
 - 3.2 Sorveglianza sull'attività erogata in regime di libera professione**
 - 3.3 Criteri di priorità e Percorsi Diagnostico terapeutici**
- 4. Monitoraggio**
- 5. Ripartizione Risorse Aggiuntive L. R. 7/2009**

1. RISPETTO DEI TEMPI D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI INDIVIDUATE

Le Aziende dell'Area vasta Giuliano Isontina adegueranno le Agende di prenotazione ai criteri di priorità secondo le indicazioni regionali, facendo riferimento ai tavoli tecnici ivi costituiti o che saranno attivati in ambito regionale durante l'esercizio 2013.

In particolare nel corso del 2013 saranno adottati i criteri clinici di accesso prioritizzato concordati a livello regionale per le seguenti branche specialistiche:

- Visita Cardiologica
- Visita Dermatologica
- Visita Endocrinologica
- Visita Gastroenterologica
- Visita Ortopedica
- Visita ORL
- Ecografia dell'addome
- Endoscopia digestiva

Saranno utilizzate le classi di priorità definite a livello nazionale, con le modifiche previste dalla L.R. 7/2009 e dalla DGR 1439/2011, fatti salvi gli accordi intercorsi tra le parti (prescrittori ed erogatori) al fine di ridurre l'invio in pronto soccorso di pazienti che necessitano di percorsi ambulatoriali:

B (Breve) entro 10 giorni

D (Differita) entro 30 gg. per le visite, entro 60 gg. per gli accertamenti di diagnostica strumentale

P (Programmata) da eseguire entro 180 giorni.

Le Aziende, inoltre, si impegnano ad attivare tavoli tecnici congiunti ed interdisciplinari per definire i criteri clinici o renderli omogenei laddove esistenti, per altre branche o prestazioni specialistiche, secondo un programma che terrà conto anche degli sviluppi a livello regionale.

Come previsto dal capitolo 1.2.1 "Progettualità per il Contenimento dei tempi di attesa" delle Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale anno 2013, per l'elenco delle prestazioni ed i relativi volumi si rimanda al capitolo successivo "*Piano di produzione*".

<p style="text-align: center;">2. PIANO DI PRODUZIONE VOLUMI DELLE PRESTAZIONI CRITICHE</p>

Secondo quanto indicato dalla D.G.R. n. 2271 del 21.12.2012 “L.R. 49/1996, art. 12: linee annuali per la gestione del SSR per l’anno 2013 Approvazione definitiva” si riportano le prestazioni critiche individuate sulla base delle risultanze dei monitoraggi 2012, cioè quelle prestazioni che:

- a) non hanno rispettato i tempi previsti
- b) con difficoltà si è riusciti a mantenere nell’ambito dei tempi previsti per ogni differente categoria di priorità
- c) è stato osservato un eccessivo volume erogato rispetto ai tempi medi d’attesa

Secondo quanto previsto dal comma 2 dell’art. 3 della L. R. 26 marzo 2009 n. 7 e dalla DGR n. 1439 del 28.7.2011 si individuano, inoltre, le sedi all’interno dell’area vasta, che garantiranno i tempi massimi d’attesa o i volumi previsti per ogni prestazione oggetto di monitoraggio.

I valori quantitativi riportati nelle tabelle successive, perciò, sono indicativi, specialmente se messe in relazione alle variazioni degli accessi attesi, e pertanto si prevede anche una tolleranza dei risultati, al termine dell’esercizio del 2013, in aumento o in diminuzione, compreso tra il 2 e il 5 per cento.

Il tempo massimo dovrà essere rispettato in almeno una sede di area vasta per le prestazioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base.

Come anche indicato nel successivo capitolo 4. *Monitoraggio*, le Aziende dell’Area Vasta Giuliano Isontina, nel caso di superamento dei tempi d’attesa, individuati attraverso i monitoraggi trimestrali, o di difficoltà organizzative che possano avere ricadute sui volumi di attività concordati si impegnano ad individuare di comune accordo misure di intervento .

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

PRESTAZIONE CRITICA descrizione	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2011	IMPEGNO 2012	PROIEZIONE 2012	IMPEGNO 2013	Azienda responsabile TA
Ecografia dell'addome -	88.74.1, 88.75.1, 88.76.1, 88.7411, 88.7511	ASS 1		0			ASS 1 AOUTS
		ASS 2	3.945	3.624	4.321	4.000	
		AOUTS	9.175	5.868	8.741	8.741	
		BURLO	1.375	1.352	1.329	1.329	
		Totale Pubblico	14.495	10.844	14.391	14.070	
		Accreditati TS	10.268	10.491	9.780	10.000	
		Accreditati GO	1.390	1.712	1.271	1.300	
		Totale Privato Accreditato	11.658	12.203	11.051	11.300	
TOTALE AVGI	26.153	23.047	25.442	25.370			
Rm del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	88.91.1 88.91.2	ASS 1					ASS 2 AOUTS
		ASS 2	871		945	900	
		AOUTS	1.142		1.141	1.141	
		BURLO	209		215	215	
		Totale Pubblico	2.222		2.301	2.256	
		Accreditati TS	344		324	350	
		Accreditati GO					
		Totale Privato Accreditato	344		324	350	
TOTALE AVGI	2.566		2.625	2.606			
Rm della colonna	88.93 88.93.1	ASS 1					ASS 2 AOUTS
		ASS 2	2.329		2.383	2.300	
		AOUTS	1.442		1.633	1.633	
		BURLO	200		140	140	
		Totale Pubblico	3.971		4.156	4.073	
		Accreditati TS	3.435		3.804	3.900	
		Accreditati GO					
		Totale Privato Accreditato	3.435		3.804	3.900	
TOTALE AVGI	7.406		7.960	7.973			

Azienda per i Servizi Sanitari N. 1 Triestina

PRESTAZIONE CRITICA descrizione	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2011	IMPEGNO 2012	PROIEZIONE 2012	IMPEGNO 2013	Azienda responsabile TA
Esofagogastroduodenoscopia EGDS	45.13 45.16	ASS 1		0			ASS 1 AOUTS
		ASS 2	1.701	1.746	1.911	1.800	
		AOUTS	1.791	1.807	1.727	1.727	
		BURLO (*)		0			
		Totale Pubblico	3.492	3.553	3.638	3.527	
		Accreditati TS	344	360	288	350	
		Accreditati GO					
		Totale Privato Accreditato	344	360	288	350	
		TOTALE AVGI	3.836	3.913	3.926	3.877	
Elettromiografia	93.08.1	ASS 1					ASS 2
		ASS 2	1.204		1.227	1.230	
		AOUTS	2.384		2.397	2.397	
		BURLO	301		251	251	
		Totale Pubblico	3.889		3.875	3.878	
		Accreditati TS	11.063		12.332	12.332	
		Accreditati GO					
		Totale Privato Accreditato	11.063		12.332	12.332	
		TOTALE AVGI	14.952		16.207	16.210	
Visita Cardiologica	89.7	ASS 1	4.282	4.344	4.188	4.188	ASS 1 ASS 2
		ASS 2	8.603	8.369	8.516	8.000	
		AOUTS	1.368	1.361	1.732	1.732	
		BURLO	688	767	767	767	
		Totale Pubblico	14.941	14.841	15.203	14.687	
		Accreditati TS	1.951	2.074	1.964	2.000	
		Accreditati GO					
		Totale Privato Accreditato	1.951	2.074	1.964	1.964	
		TOTALE AVGI	16.892	16.915	17.167	16.687	

(*) – effettuate in sedazione nei bambini, non rientrano nell'attività ambulatoriale

Azienda per i Servizi Sanitari N. 1 Triestina

PRESTAZIONE CRITICA descrizione	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2011	IMPEGNO 2012	PROIEZIONE 2012	IMPEGNO 2013	Azienda responsabile TA
Visita Ortopedica	89.7	ASS 1	592	573	665	700	ASS 1 ASS 2
		ASS 2	7.406	7.432	7.792	7.700	
		AOUTS	1.796	1.700	1.629	1.629	
		BURLO	1.662	1.841	1.923	1.850	
		Totale Pubblico	11.456	11.546	12.009	11.879	
		Accreditati TS	3.960	3.451	3.781	3.781	
		Accreditati GO					
		Totale Privato Accreditato	3.960	3.451	3.781	3.781	
		TOTALE AVGI	15.416	19.347	15.790	15.660	
Visita Endocrinologica	89.7	ASS 1					AOUTS
		ASS 2					
		AOUTS	1.431		1.100	1.100	
		BURLO	517		497	472	
		Totale Pubblico	1.948		1.597	1.572	
		Accreditati TS					
		Accreditati GO					
		Totale Privato Accreditato					
		TOTALE AVGI	1.948		1.597	1.572	
Visita Gastroenterologica	89.7	ASS 1					AOUTS
		ASS 2	397		483	500	
		AOUTS	803		917	917	
		BURLO	590		699	699	
		Totale Pubblico	1.790		2.099	2.116	
		Accreditati TS					
		Accreditati GO					
		Totale Privato Accreditato					
		TOTALE AVGI	1.790		2.099	2.116	

PRESTAZIONE CRITICA descrizione	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2011	IMPEGNO 2012	PROIEZIONE 2012	IMPEGNO 2013	Azienda responsabile TA
Visita fisiatrica	89.7	ASS1	3.499		3.345	3.345	ASS 1 ASS 2
		ASS2	8.165	7.128	7.128	7.128	
		AOUTS	873		809	809	
		Totale Pubblico	12.537	7.128	11.282	11.282	
		Accreditati TS	5.066		6.199	6.199	
		Accreditati GO	2.171	3.511	3.511	3.500	
		Totale Privato Accreditato	7.237	3.511	9.710	9.699	
		TOTALE AVGI	19.774	10.639	20.992	20.981	

N.B. – ASS 1 e ASS 2 si impegnano a mantenere i TA anche attraverso gli accordi stipulati con le strutture private accreditate

INTERVENTI CHIRURGICI

Interventi Chirurgici	Codice prestazione tariffario	Aziende	REGIME DI EROGAZIONE	EROGATO 2011	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2012	IMPEGNO 2013	Azienda responsabile TA
Cataratta	<u>Ambulatoriale:</u> codice 13.41 <u>Ricovero:</u> cod ICD9CM Da 13.0 a 13.91	ASS 2	Ric. Ordinario	26	28	37	37	AOUTS
			D.H.	58	27	36	36	
			Ambulatoriale	2.033	1.500	2.000	1.900	
			TOTALE	2.117	1.555	2.073	1.973	
		AOUTS	Ric. Ordinario	139	98	122	122	
			D.H.	10	5	7	7	
			Ambulatoriale	874	744	992	992	
			TOTALE	1.023	847	1.121	1.121	
		Burlo	Ric. Ordinario	1	1	1	1	
			D.H.	1	0	1	1	
			Ambulatoriale	0	0	0	0	
			TOTALE	2	1	2	2	
		TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE	Ric. Ordinario	166	127	160	160	
			D.H.	69	32	44	44	
			Ambulatoriale	2.907	2.244	2.992	2.892	
			TOTALE	3.142	2.403	3.196	3.096	
		TOTALE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	Ric. Ordinario	20	22	30	20	
			D.H.	6	46	70	40	
			Ambulatoriale	2.260	1.528	2.037	2.200	
			TOTALE	2.286	1.596	2.137	2.260	
		TOTALE AVGI	Ric. Ordinario	186	149	190	180	
			D.H.	75	78	114	84	
			Ambulatoriale	5.167	3.772	5.029	5.092	
			TOTALE	5.428	3.999	5.333	5.356	

Azienda per i Servizi Sanitari N. 1 Triestina

Interventi Chirurgici	Codice prestazione tariffario	Aziende	REGIME DI EROGAZIONE	EROGATO 2011	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2012	IMPEGNO 2013	Azienda responsabile TA
Emorroidectomia	cod. ICD9CM 49.46 e 49.49	ASS 2	Ric. Ordinario	40	37	49	47	AOUTS ASS 2
			D.H.	1	2	3	3	
			TOTALE	41	39	52	50	
		AOUTS	Ric. Ordinario	24	36	42	42	
			D.H.	0	0	0	0	
			TOTALE	24	36	42	42	
		TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE	Ric. Ordinario	64	73	91	89	
			D.H.	1	2	3	3	
			TOTALE	65	75	94	92	
		TOTALE STRUTTURE PRIV. ACCR.	Ric. Ordinario	82	44	55	55	
			D.H.	0	0	0	0	
			TOTALE	82	44	55	55	
		TOTALE AVGI	Ric. Ordinario	146	117	146	144	
			D.H.	1	2	3	3	
TOTALE	147		119	149	147			
Intervento di protesi d'anca	cod. ICD9CM 81.51, 81.52, 81.53	ASS 2	Ric. Ordinario	357	253	333	333	AOUTS
			TOTALE	357	253	333	333	
		AOUTS	Ric. Ordinario	341	220	305	305	
			TOTALE	341	220	305	305	
		TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE	Ric. Ordinario	698	473	638	638	
			TOTALE	698	473	638	638	
		TOTALE STRUTTURE PRIV. ACCR.	Ric. Ordinario	123	82	116	117	
			TOTALE	123	82	116	117	
		TOTALE AVGI	Ric. Ordinario	821	555	754	755	
			TOTALE	821	555	754	754	

Azienda per i Servizi Sanitari N. 1 Triestina

Interventi Chirurgici	Codice prestazione tariffario	Aziende	REGIME DI EROGAZIONE	EROGATO 2011	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2012	IMPEGNO 2013	Azienda responsabile TA
Asportazione di neoplasia della prostata	Associazione di <u>Codice diagnosi</u> ICD9CM = 185, 233.4	ASS 2	Ric. Ordinario	57	46	62	62	AOUTS ASS 2
			D.H.	0	0	0	0	
			TOTALE	57	46	62	62	
	AOUTS	Ric. Ordinario	94	39	53	53		
		D.H.	0	0	0	0		
		TOTALE	94	39	53	53		
	Con Burlo	Ric. Ordinario	0	0	0	0		
		D.H.	0	0	0	0		
		TOTALE	0	0	0	0		
	<u>Codice procedura</u> ICD9CM= 60.2 60.21 60.29 60.5 60.6 60.61 60.62 60.69	TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE	Ric. Ordinario	151	85	115	115	
			D.H.	0	0	0	0	
			TOTALE	151	85	115	115	
	TOTALE STRUTTURE PRIV. ACCREDITATE	Ric. Ordinario	40	17	22	22		
		D.H.	0	0	0	0		
		TOTALE	40	17	22	22		
	TOTALE AVGI	Ric. Ordinario	191	102	137	137		
		D.H.	0	0	0	0		
		TOTALE	191	102	137	137		

Azienda per i Servizi Sanitari N. 1 Triestina

Interventi Chirurgici	Codice prestazione tariffario	Aziende	REGIME DI EROGAZIONE	EROGATO 2011	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2012	IMPEGNO 2013	Azienda responsabile TA
Asportazione di neoplasia della vescica	Associazione di Codice diagnosi ICD9CM = 188.0 – 188.9 233.7 Con Codice procedura ICD9CM=57.49 576 57.71 57.79	ASS 2	Ric. Ordinario	147	180	239	239	ASS 2 AOUTS
			D.H.	2	1	1	1	
			TOTALE	149	181	240	240	
		AOUTS	Ric. Ordinario	233	152	191	191	
			D.H.	0	0	0	0	
			TOTALE	233	152	191	191	
		Burlo	Ric. Ordinario	0	0	0	0	
			D.H.	0	0	0	0	
			TOTALE	0	0	0	0	
		TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE	Ric. Ordinario	380	332	430	430	
			D.H.	2	1	1	1	
			TOTALE	382	333	431	431	
		TOTALE STRUTTURE PRIV. ACCREDITATE	Ric. Ordinario	18	19	26	26	
			D.H.	5	3	1	1	
			TOTALE	23	22	27	27	
		TOTALE AVGI	Ric. Ordinario	398	351	456	456	
			D.H.	7	4	2	2	
			TOTALE	405	355	458	458	

3. RISPETTO DI NORME ED INDICAZIONI SUI TEMPI D'ATTESA

3.1. DIRITTI IN CASO DI SUPERAMENTO DEI LIMITI DI TEMPO

Le Aziende di Area Vasta concordano, in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009 e dalla DGR n. 1439/2011 Parte VIII n. 22 , idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini prevalentemente attraverso l'uso dei siti aziendali, dei social network (twitter e facebook), delle comunicazione mediata dai Medici di Medicina generale e dai Pediatri di libera scelta, oltre che attraverso un' adeguata cartellonistica da apporre nelle varie sedi aziendali.

3.2 SORVEGLIANZA SULL'ATTIVITÀ EROGATA IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE

Con cadenza trimestrale ogni Azienda provvederà a comparare, per ogni branca specialistica, i volumi erogati ed i tempi di erogazione in regime istituzionale e in regime di libera professione.

Sarà esplicitato il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero. Tale rapporto dovrà essere in linea con le indicazioni regionali per il 2013.

Si precisa che le Aziende definiscono, coerentemente con quanto indicato nelle "*Indicazioni metodologiche ed operative per la redazione dei PAL/PAO 2013*" specifici obiettivi di budget per le strutture erogatrici vincolati al raggiungimento degli obiettivi di governo dei tempi d'attesa come da DGR 1439 dd.28.7.2011.

3.3 CRITERI DI PRIORITÀ

Le Aziende dell'Area Vasta Giuliano - Isontina fin dall'anno 2000 hanno creato autonomamente delle liste di attesa differenziate per priorità cliniche di accesso, maturando un'importante esperienza specifica sui criteri di priorità.

Le stesse Aziende stanno operando congiuntamente già da tempo per adeguare tali criteri di priorità locali, al sistema nazionale di prenotazione UBDP e si impegnano a:

- Partecipare, tramite i propri referenti, alle riunioni tecniche promosse dalla Regione;
- Implementare le agende stratificate per classe di priorità entro 4 mesi dalla data di emanazione dei criteri di priorità regionali;
- Attivare gradualmente, in coerenza con il programma regionale, tavoli interaziendali per la condivisione di criteri clinici di priorità per le prestazioni e le visite rientranti tra quelle del piano di produzione di Area vasta che maggiormente richiedono una valutazione di appropriatezza, al fine di aggiornare i criteri in uso alle conoscenze attuali o a nuove modalità organizzative.

4. MONITORAGGIO

La gestione del governo delle liste di attesa è assegnata all'Azienda per i Servizi Sanitari n° 1, che ha il compito di:

- convocare con cadenza trimestrale il gruppo di lavoro interaziendale *per il Controllo dei Tempi d'attesa*, costituito dai Direttori sanitari delle Aziende e dai referenti per i Tempi d'attesa individuati da ciascuna azienda
- monitorare il piano per il controllo dei tempi d'attesa attraverso una reportistica mensile e attivare, concordemente con le altre Aziende di area vasta, i vari strumenti che consentono a ciascuna azienda di rimodulare l'offerta in relazione all'andamento della domanda e dei tempi di attesa
- definire, con tutte le Aziende di area vasta, le misure di intervento per situazioni improvvise di forza maggiore (scioperi, guasti, ecc.), concordando le soluzioni da intraprendere e le modalità di informazione all'utenza (mediante incontri specifici, sentiti anche gli specialisti coinvolti compresi i privati accreditati)

4. Risorse aggiuntive L.R. 7/2009

All'area vasta Giuliano Isontina per l'abbattimento dei tempi d'attesa sono stati assegnati in totale € **778.333** che sono stati così ripartiti:

Azienda	Valore economico
ASS n° 1 Triestina	207.373
ASS n° 2 Isontina	135.175
AOU "Ospedali Riuniti di Trieste"	358.890
IRCSS Burlo Garofolo	76.895
Totale Area Vasta Giuliano Isontina	778.333



PIANO ANNUALE DI PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE 2013

L'ASS n° 1 mira a sviluppare politiche ed attività di promozione della salute e di prevenzione sviluppando, attraverso il tavolo HPH&HS e il Laboratorio ST, un modello di forte integrazione le diverse attività di gestione del rischio clinico, di accreditamento istituzionale e sicurezza nei luoghi di lavoro. Tali contenitori virtuali (tavolo HPH&HS e Laboratorio ST) vedono paritari i differenti gruppi di lavoro che si occupano di questi temi a vario titolo e rivolgono particolare attenzione a processi efficaci di condivisione e comunicazione.

Per la specificità che caratterizza un' Azienda Sanitaria esclusivamente territoriale si è cercato di adattare alcuni indicatori previsti dal programma di miglioramento regionale della qualità e sicurezza del paziente nelle linee di gestione del SSR 2013 ad una realtà assistenziale di tipo prevalentemente ambulatoriale e domiciliare, che deve agire su pazienti inseriti nel proprio ambiente di vita e che motiva gli operatori alle azioni di prevenzione e di presa in carico del paziente non solo per lo svolgimento di attività di tipo strettamente sanitario.

Per ogni obiettivo indicato nel dal programma di miglioramento regionale è stato definito un piano di azione, la tempistica e il metodo di verifica attraverso gli indicatori individuati a livello regionale.

I punti cardine del piano sono i seguenti:

1. Revisione e standardizzazione della documentazione sanitaria dei servizi territoriali
2. Implementazione del sistema di incident reporting
3. Corretta identificazione del paziente
4. Prevenzione dei danni da caduta accidentale
5. Prevenzione delle lesioni da decubito
6. Sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci
7. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza



ADEGUAMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA- 2013

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>1.1. Revisione e standardizzazione della cartella clinica di RSA</p>	<p>1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti</p> <ul style="list-style-type: none"> a. consenso informato b. scala di valutazione del rischio da lesioni da decubito c. scala di valutazione del rischio cadute d. valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e rivalutazione quotidiana durante il periodo di degenza e. foglio unico di terapia nei primi 7 gg f. presenza di raccordo farmacologico g. valutazione della presenza di possibili allergie h. valutazione dello stato nutrizionale <p>2. Adeguamento della cartella clinica alla check list del progetto Valdoc01</p>	<p>Entro il 31/12/13</p>	<p>1.1 Numero di cartelle chiuse in RSA con almeno 5 giornate di degenza contenenti i documenti previsti/numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per ogni RSA) = o > 90%</p> <p>1.2 Presenza nel 90% delle cartelle verificate dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) consenso informato b) scheda di valutazione del rischio da lesioni da decubito c) scheda di valutazione del rischio cadute d) scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e) foglio unico di terapia f) nell'anamnesi del raccordo farmacologico g) nell'anamnesi e nel FUT di possibili allergie h) scheda di valutazione dello stato nutrizionale <p>1.3. Report semestrale a cura del SIA</p> <p>1.4. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare eventuali attività di miglioramento</p> <p>1.5. Presenza in almeno il 60% delle cartelle RSA degli elementi della check list del progetto Valdoc01</p>

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>1.2. Revisione e standardizzazione della cartella infermieristica SID</p>	<p>1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti</p> <ul style="list-style-type: none"> a. valutazione del rischio di lesioni da decubito b. valutazione del rischio cadute c. valutazione (iniziale e ad ogni accesso) del dolore d. foglio unico di terapia e. presenza di raccordo farmacologico f. valutazione della presenza di possibili allergie g. valutazione dello stato nutrizionale <p>2. Adeguamento della cartella SID alla check list del progetto Valdoc01</p>	<p>Entro 31.12.13</p>	<p>1.1 Numero di cartelle del SID con episodi di cura conclusi e definiti da un piano di cura ed assistenza individuale presenti in Distretto contenenti i documenti previsti / numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate/anno per Distretto) = 0 > 90%</p> <p>1.2 Presenza nel 90% delle cartelle controllate dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. valutazione del rischio di lesioni da decubito b. valutazione del rischio cadute c. valutazione (iniziale e ad ogni accesso) del dolore d. foglio unico di terapia e. nell'anamnesi del raccordo farmacologico f. nell'anamnesi e nel FUT di possibili allergie g. scheda di valutazione dello stato nutrizionale <p>1.3. Réport semestrale a cura del SIA</p> <p>1.4. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p> <p>1.5. Presenza in almeno il 60% delle cartelle SID degli elementi della check list del progetto Valdoc01</p>

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>1.3. Revisione e standardizzazione della cartella del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e dei CSM del DSM</p>	<p>1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti a. foglio unico di terapia</p> <p>2. Adeguamento della cartella SPDC e dei CSM alla check list del progetto Valdoc01</p>	<p>Entro il 31.12.13</p>	<p>1. Numero di cartelle aperte presenti in SPDC e nei 4 CSM contenenti i documenti previsti / numero di cartelle selezionate (5 verificate a bimestre= 30 cartelle verificate /anno) = o > 75%</p> <p>2. Presenza in almeno l'80% delle cartelle dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte : a. foglio unico di terapia</p> <p>3. Réport semestrale a cura del risk manager e del referente aziendale per la qualità della documentazione</p> <p>4. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p> <p>5. Presenza in almeno il 60% delle cartelle di SPDC e dei 4 CSM degli elementi della check list del progetto Valdoc01</p>



IMPLEMENTAZIONE del SISTEMA DI INCIDENT REPORTING- 2013

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>2. Implementazione del sistema di incident reporting</p>	<p>1. Completare la formazione di tutto il personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting</p> <p>2. Rivedere la scheda di incident reporting a seguito dei risultati delle segnalazioni raccolte negli ultimi 2 anni</p> <p>3. Eseguire la RCA in caso di eventi che superino lo score di 6</p> <p>4. Analizzare e Valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento</p>	<p>Entro il 31/12/13</p>	<p>1. N° operatori che partecipano alla formazione sul campo nelle sedi di lavoro dei dipendenti, differenziati per qualifica / N° totale operatori per sede della formazione , differenziati per qualifica = o > 70%</p> <p>2. Inserimento in internet di una scheda da compilare direttamente sul pc da inviare via mail</p> <p>3. Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > a 6)</p> <p>4.1 Report annuale sul numero delle segnalazioni*</p> <p>4.2 Report annuale sul monitoraggio delle segnalazioni analizzate*</p> <p>4.3 Report annuale sulla valutazione delle azioni intraprese*</p>



CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE IN RSA- 2013

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>3. Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA</p>	<p>1. Utilizzazione di procedure standardizzate per la corretta identificazione dei pazienti tramite nome, cognome e data di nascita</p> <p>2. Sostituzione progressiva del metodo di identificazione attraverso la fotografia del paziente con il braccialetto identificativo</p>	<p>Entro il 31/12/13</p>	<p>Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione con fotografia- braccialetto identificativo /numero totale dei pazienti presenti al momento dell'osservazione = $o > 80\%$</p> <p>Numero di corrette identificazioni del paziente/N. totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice = $o > 75\%$</p> <p>Report semestrale a cura del SIA</p> <p>Almeno 1 incontro di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>



PREVENZIONE DEI DANNI DA CADUTE – 2013

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>4. Prevenzione dei danni da caduta accidentale in RSA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione della procedura aziendale di sorveglianza delle cadute e prevenzione dei danni da caduta in RSA 2. Utilizzo di una scheda per la rilevazione delle cadute integrativa della scheda di incident reporting. 3. Condivisione della procedura e della scheda di segnalazione con le RSA in appalto/convenzione 	<p>Entro il 31/12/13</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. N° di operatori formati sul protocollo aziendale differenziati per qualifica /operatori differenziati per qualifica delle RSA = > 70% 2. Elaborazione della scheda di segnalazione da mettere a disposizione degli operatori in intranet 3. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento anche con le RSA in appalto/convenzione 4. N° di cartelle chiuse in RSA contenenti scheda compilata di valutazione del rischio cadute/numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o > 70%



PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO – 2013

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>5. Prevenzione delle lesioni da decubito</p>	<p>1. Valutazione del rischio con strumenti validati dalla comunità scientifica;</p> <p>2. Predisporre un nuovo database di monitoraggio dati e realizzare studi di incidenza e prevalenza</p> <p>3. Supportare le strutture aziendali per l'implementazione continua delle conoscenze e delle competenze sull'eziologia, sui fattori di rischio, sugli strumenti di valutazione del rischio e sulla loro applicazione;</p> <p>4. Rivedere le LLGG regionali del 2008 sulla base delle nuove evidenze e dei contenuti della scheda di rilevazione delle lesioni da decubito (scheda 2010);</p> <p>5. Gestire l'uso di medicazioni avanzate, terapia a pressione negativa, presidi per la prevenzione, nuove tecnologie terapeutiche</p>	<p>Entro il 31/12/13</p>	<p>1.1. N° di cartelle chiuse in RSA contenenti scheda di valutazione compilata del rischio di lesioni da decubito /numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o > 80%</p> <p>1.2. N° di cartelle del SID con episodi di cura conclusi presenti in Distretto contenenti valutazione del rischio di lesioni da decubito / numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate/anno per Distretto) = o > 80%</p> <p>2. Report annuale di incidenza e di prevalenza</p> <p>3. Personale dipendente formato differenziato per qualifica e per struttura di attività/personale differenziato per qualifica e per struttura di attività = > 60%</p> <p>4. Revisione delle LLGG</p> <p>5. Predisposizione dei capitolati, partecipazione alle gare regionali, Monitoraggio della spesa .</p>


SICUREZZA E APPROPRIATEZZA NELL'USO DEI FARMACI – 2013

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
6. Sicurezza e Appropriatezza nell'uso dei farmaci	1. Formazione del personale aziendale e delle strutture protette sulla corretta conservazione, prescrizione e somministrazione dei farmaci	Entro il 31/12/13	1.1. Personale dipendente formato differenziato per qualifica e per struttura di attività/personale differenziato per qualifica e per struttura di attività = > 60% 1.2. almeno 2 corsi per il personale delle RSA appaltate/convenzionate e per quello delle strutture protette
	2. Implementazione delle attività relative all'appropriatezza d'uso delle statine e dei sartani	Entro il 31/12/13	2.1. Organizzazione di almeno 4 incontri di audit/feedback con il personale dei distretti /UDMG 2.2. Nuova edizione della rivista aziendale "Così è se vi pare" sull'uso delle statine e dei sartani
	3. Implementazione dell'utilizzo del sistema di prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'impiego dell'applicativo dedicato in almeno due, ulteriori, reparti/strutture in cui è diffusa la prescrizione di medicinali che richiedono la compilazione del piano terapeutico	Entro il 31/12/13	3. Introduzione dell'utilizzo del sistema di prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'impiego dell'applicativo dedicato in almeno due Strutture/Ambulatori in collaborazione con SC SI e i prescrittori delle Strutture individuate

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
6. Sicurezza e Appropriatelyzza nell'uso dei farmaci	4. Adozione di percorsi prescrittivi omogenei in ambito di Area Vasta relativamente alla prescrizione di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari e all'AFIR	Entro il 31/12/13	4.1. Almeno 4 incontri complessivi in ambito distrettuale di audit feedback del monitoraggio delle prescrizioni (AFIR e farmaceutica) finalizzati alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva 4.2. Monitoraggio dell'impiego del <i>Prontuario terapeutico delle Strutture Residenziali e semiresidenziali</i> : 2 reports/anno 4.3. Monitoraggio degli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010 : 2 reports/anno
	5.1. Partecipazione al tavolo regionale per la definizione di PDTA dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali 5.2. Attività di formazione del personale Distrettuale (SID, RSA Ambulatori) e del CCV per l'implementazione dei PDTA dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali	Entro il 31/12/13	5.1. individuazione dei referenti aziendali che parteciperanno al tavolo regionale per la definizione di PDTA dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali 5.2. Almeno 2 corsi di formazione per l'implementazione del PDTA dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali

**CONTROLLO delle INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA - 2013**

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
7.1. Partecipazione al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE"	1. Formazione del personale sull'igiene delle mani 2. Utilizzazione del gel idroalcolico	Entro il 31.12.13	1. personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 70% 2. Valutazione del consumo della soluzione idroalcolica x 1000 gg di degenza nelle RSA per mese nelle altre situazioni (réport semestrale sul consumo di gel idroalcolico predisposto dalla SCAF)
7.2. Controllo del Rischio Biologico e Prevenzione delle infezioni crociate	Formazione del personale sulle modalità di prevenzione del rischio biologico, il corretto uso dei DPI, l'utilizzazione delle precauzioni standard e specifiche per via di trasmissione delle infezioni	Entro il 31.12.13	Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 50%
7.3. Appropriatezza nell'uso dei disinfettanti	1. Elaborazione di un Prontuario aziendale dei disinfettanti 2. Formazione del personale sulla conservazione e appropriatezza d'uso dei disinfettanti	Entro il 31.12.13	1. Prontuario aziendale pubblicato in intranet entro il 30.06.13 2. Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 70%
7.4. Sterilizzazione e Alta Disinfezione	1. Elaborazione di un Protocollo aziendale sulla Sterilizzazione e sull'Alta disinfezione 2.	Entro il 31.12.13	1. Protocollo aziendale pubblicato in intranet entro il 31.03.13 2.

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
	Formazione del personale sulla conservazione e appropriatezza d'uso dei disinfettanti		Revisione del materiale da sterilizzare e passaggio al monouso quando possibile 3. Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 70%
7.5. Implementazione di LLGG di terapia antibiotica empirica delle infezioni comunitarie	1. Predisposizione di LLGG sulla terapia antibiotica empirica delle infezioni comunitarie 2. Diffusione delle LLGG di terapia a empirica delle infezioni comunitarie	Entro 31.12.13	1. Elaborazione di 2 LLGG: infezioni delle vie respiratorie infezioni delle vie urinarie 2. Almeno 2 eventi formativi di divulgazione delle LLGG
7.6. Prevenzione delle resistenze batteriche	1. Report sul consumo degli antibiotici erogati in convenzione attraverso le farmacie pianificate sul territorio 2. Prevenzione delle resistenze batteriche	Entro il 31/12/13	1.1. 2 report a cura della SCAF con cadenza semestrale 1.2. 2 incontri di audit sul consumo di antibiotici 2.1. Almeno 1 corso di formazione sulle resistenze batteriche 2.2. Elaborazione di un protocollo operativo per la richiesta di antibiotici
7.7. Prevenzione e Controllo di cluster ed epidemie	Implementazione dei protocolli operativi elaborati nel 2012 a) Clostridium difficile b) Scabbia c) Tossinfezioni alimentari	Entro 31/12/13	Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 50%

LA MANOVRA DEL PERSONALE

Premesse

Il finanziamento 2013 è previsto per l'intera area vasta Giuliano Isontina ed ammonta complessivamente alla medesima quantità di risorse dell'esercizio 2012.

Il contesto finanziario e l'ambiente normativo e istituzionale – si vedano in particolare la LR 22/10 e la DGR 597/11 – impongono quindi sostanzialmente una manovra del personale di mantenimento dell'assetto attuale.

Ai sensi delle Linee di gestione (gestione delle risorse umane), si espongono di seguito gli elementi specifici richiesti.

A) STATO DELL'ARTE

1. Il dato di **forza di personale al 31.12.2010** costruito secondo le regole della programmazione regionale e rappresentato nel paragrafo 1.3.2 del capitolo "La gestione delle risorse umane" di cui all'Allegato n. 3 della DGR n. 1754 del 11.10.2012 **è pari a 1269 unità.**

Alla stessa data non vi era alcun lavoratore somministrato in forza.

2. **Programmazione presunta del dato di forza di personale al 31.12.2012** risultante dalla manovra del personale che le aziende hanno attuato sulla base delle regole stabilite dalla DGR n. 582/2012. Salvo deroghe preventivamente comunicate e/o accordate dalla Direzione regionale, il dato di forza programmato al 31.12.2012 non deve superare quello del 31.12.2010.

Rispetto a quanto comunicato con nota prot. 54865 dd. 13.12.12 nonché della nota della DCSISPS prot. n. 21879 dd. 19.12.12, si è provveduto a una rivalutazione delle proroghe di rapporti a tempo determinato in scadenza, procedendo esclusivamente per quelle figure professionali assolutamente indispensabili per il funzionamento dell'attività sanitaria di distretto volte a garantire il mantenimento dei livelli di assistenza.

Si è così ottenuto il contenimento del superamento della soglia di personale al 31.12.2010 a n. 2 unità, superamento temporaneo e comunque in rientro con la programmazione 2013, per le seguenti figure

- 1 collaboratore sanitario - infermiere
- 1 collaboratore sanitario - fisioterapista

Per quanto concerne

la figura dell'infermiere si tratta della necessità di compensare le numerose assenze determinatesi anche a seguito dei pensionamenti del personale che svolge attività domiciliare presso il Distretto n° 2

la figura del fisioterapista, si tratta di una sostituzione a tempo determinato per compensare l'assenza generata nell'ultimo trimestre dalla messa in comando del titolare, per la quale è previsto il totale rimborso dei costi.

Tale incremento di n. 2 unità è stato necessario al fine di garantire l'assistenza territoriale integrata già programmata a domicilio da parte dei Distretti, in presenza della concreta disponibilità finanziaria rispetto all'andamento economico valutato sulla gestione caratteristica e ponderato per la ricaduta sull'esercizio 2013.

Attraverso la rete di attività territoriali, con particolare riferimento a quelle domiciliari integrate, l'Azienda ha collaudato un sistema che ha prodotto risultati significativi di salute, organizzazione e di integrazione socio-sanitaria che hanno fatto registrare un incremento dell'indice di tasso di deospedalizzazione rinvenibile nelle fonti regionali (+4,8% tra il 2010 e 2011 e + 8,3% tra il 2011 e il 2012).

Per quanto sopra evidenziato, il dato di forza programmato al 31.12.2012 corrisponde a **1271 unità.**

Nel computo algebrico delle teste non si considerano le posizioni in aspettativa per incarico in altro profilo professionale presso l'ASS1 ovvero con rapporto di impiego con l'Università.

3. **Numero di contratti di somministrazione in essere al 31.12.2011 distinti per ruolo e profilo professionale**

Al momento non sussiste alcun rapporto di lavoro somministrato.

4. **Numero di collaborazioni (escluse le diverse tipologie di contratti appositamente finanziati)**

ASS1 ha attualmente in vigore due collaborazioni ai sensi dell'art. 7, c. 6 del Dlgs 165/01 e s.m.i.:

DESTINAZIONE	COMPITI
S.S. PROGRAMMAZIONE	GIORNALISTA
S.O. DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE - CASA CIRCONDARIALE	PSICOLOGO AMBITO DIPENDENZE PATOLOGICHE

5. **Elenco dei servizi esternalizzati alla data del 31.12.2011 e di quelli presunti alla data del 31.12.2012 con l'evidenza del personale operante (numero di unità, categoria, ruolo e profilo)**

Per quanto riguarda i servizi esternalizzati non si rilevano significative variazioni rispetto ai servizi esternalizzati nell'anno precedente. Risulta tuttavia in scadenza a fine 2011 l'appalto di c.d. "Global service" attivo dal 2003 e per il quale si è deciso di procedere mediante gare suddivise e non più accorpate.

Di seguito si elencano i principali servizi esternalizzati attivi nell'esercizio 2012, specificando che l'Azienda non è in possesso dei dati relativi al numero ed al profilo professionale degli operatori impiegati, rientrando tale dato nella sfera organizzativa del singolo fornitore, tenuto esclusivamente al regolare adempimento contrattuale (fornitura del servizio):

- Trasporti sanitari (emergenza e trasporti secondari);
- Servizi economali (pulizia, ristorazione e mensa, trasporti e lavanderia);
- Manutenzione e sanificazione ausili;
- Derattizzazione;
- Servizi vari c/o canile;
- Raccolta rifiuti;
- Manutenzione aree verdi Parco di San Giovanni
- Assistenza socio-sanitaria;
- Call center CUP;
- RSA;
- Ideazione ed elaborazione grafica e servizio di eliografia;
- Centro prelievi;
- Pulizia ambulanze;
- Progetto finanziato "Trieste Abile";
- Trasporti emodializzati;
- Servizio consulenza legale per consultori familiari;
- Altri servizi vari (archiviazione e catalogazione, supporti presso varie sedi, ecc.)

B) MANOVRA 2013:

1) La manovra per l'esercizio 2013 viene predisposta nell'ottica della stabilità, nel rispetto dell'attuale quadro normativo regionale e nazionale.

Pertanto il numero complessivo di acquisizioni è compatibile con il mantenimento della forza al 31.12.2010, oltre che con l'equilibrio di bilancio sia per l'esercizio 2013 che a regime.

Le assunzioni programmate sono quindi da considerarsi prevalentemente finalizzate alla copertura di parte delle cessazioni avvenute negli esercizi precedenti ovvero di quelle già note per l'anno venturo, fatta eccezione per alcune singole situazioni di sviluppo che si ritengono imprescindibili.

Di seguito, si rappresenta l'elenco della assunzioni cui si intende dar corso, specificando ruolo e profilo professionale, destinazione, tipologia di assunzione e se trattasi di turn over o sviluppo (**lettere a, b, c e d** delle Linee per la Gestione).

Primariamente, si rappresentano le acquisizioni che non comportano un aggravio di costi a bilancio, né un incremento del personale in forza, in quanto le stesse sostituiranno altrettanti contratti a tempo determinato, attivati nelle more delle del completamento di procedure concorsuali o di mobilità già avviate.

ASSUNZIONI 2013 SU POSTI GIA' COMPRESI NEL DATO DI PERSONALE IN FORZA AL 31/12/2012 (COMPLETAMENTO PAL 2012)					
Quant	Profilo professionale	Ruolo	Destinazione	Tipologia rapporto	Turn over o sviluppo
1	Dirigente medico Chirurgia Vascolare	SANITARIO	Distretti	Tempo ind.	T.O.
2	Dirigente medico Anestesia e rianimazione	SANITARIO	SS Sistema 118	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente medico Anestesia e rianimazione	SANITARIO	SS Sistema 118	Tempo det.	T.O.
1	Dirigente Veterinario	SANITARIO	Dipartimento di Prevenzione - SC SPV	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente farmacista	SANITARIO	SC Assistenza Farmaceutica	Tempo ind.	T.O.
1	Terapista occupazionale	SANITARIO	Distretto 4	Tempo ind.	T.O.
1	Dietista	SANITARIO	Distretto 3	Tempo ind.	Sviluppo
2	Infermieri	SANITARIO	Distretti	Tempo ind.	T.O.

A seguire, si rappresentano invece le assunzioni che verranno effettuate nel 2013 e che produrranno un incremento del personale in forza, compensato dalle cessazioni ad oggi già note:

ASSUNZIONI 2013					
	Profilo professionale	Ruolo	Destinazione	Tipologia rapporto	Turn over o sviluppo
1	Dirigente medico Medicina interna	SANITARIO	DdD - Dipendenza sostanze legali	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente medico Oftalmologo	SANITARIO	Distretto 2	Tempo ind.	T.O.(*)
1	Dirigente medico Nutrizionista	SANITARIO	Distretto 3	Tempo ind.	Sviluppo
1	Dirigente medico Org. Servizi san. Di Base	SANITARIO	Distretto 1	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente medico Igiene epidem. e san. pubblica	SANITARIO	Dipartimento di Prevenzione	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente medico Oncologia	SANITARIO	Centro Sociale Oncologico	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente psicologo	SANITARIO	Dipartimento di Salute Mentale	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente professioni sanitarie prevenz.	SANITARIO	Direzione strategica	Tempo ind.	Sviluppo
1	Dirigente professioni sanitarie prevenz	SANITARIO	Dipartimento di Prevenzione	Tempo ind.	Sviluppo(\$)
1	Infermieri	SANITARIO	Distretto 4	Tempo ind.	T.O.
1	Infermieri	SANITARIO	SS Sistema 118	Tempo ind.	T.O.
1	Ostetrica	SANITARIO	Distretto 4	Tempo ind.	T.O.
2	OSS	TECNICO	Distretto 4 e Dip. Salute Mentale	Tempo ind.	T.O.
1	Assistente amministrativo	AMMINISTR	SC Gestione e Valorizzaz. del Personale	Tempo ind.	T.O.
2	Assistente amministrativo L. 68	AMMINISTR	Uffici Centrali Direzione	Tempo ind.	T.O.
1	Operatore tecnico cat. B	TECNICO	SC Assistenza Farmaceutica	Tempo ind.	T.O.
2	Coadiutori amministrativi cat. B ex L. 68	AMM.	Uffici Centrali Direzione	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente amministrativo	AMMINISTR.	Uffici Centrali Direzione	Tempo ind.	Sviluppo
1	Ingegnere cat. D	TECNICO	DIP SS Sicurezza Impiantistica	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente ingegnere	PROFESS.	DIP Rimandato da PAL 2012	Tempo ind.	T.O.
23	TOTALE ASSUNZIONI PREVISTE				

(*) = in sostituzione di un oftalmologo specialista ambulatoriale interno che cessa per quiescenza il 31.12.12
 (\$) = già presente nel PAL 2012

Come previsione di chiusura, a fronte di ulteriori cessazioni ad oggi non note, si provvederà eventualmente alle seguenti ulteriori acquisizioni finalizzate alla sostituzioni di personale assente o a soddisfare ulteriori esigenze di tipo organizzativo:

ASSUNZIONI EVENTUALI IN CASO DI ULTERIORI CESSAZIONI NON NOTE					
1	Dirigente medico Medicina del lavoro	SANITARIO	DIP - SC Prevenz. e Sicurezza Amb. Lavoro	Tempo ind.	Sviluppo(#)
1	Dirigente medico Geriatria	SANITARIO	Distretto 2	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente medicina dello sport	SANITARIO	Centro Cardio Vascolare	Tempo ind.	Sviluppo(§)
1	Dirigente psicologo	SANITARIO	Dipartimento delle Dipendenze	Tempo ind.	T.O.
2	Dirigente psicologo	SANITARIO	Distretto 1	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente chimico	SANITARIO	DIP	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente professioni sanitarie - infermiere	SANITARIO	Distretto 2	Tempo ind.	T.O.(§)
2	Assistente sanitario	SANITARIO	Dipartimento di Prevenzione (#)	Tempo ind.	Sviluppo
1	Assistente amministrativo cat. C ex L. 68	AMMINISTR.	Uffici Centrali Direzione	Tempo ind.	T.O.
2	Infermieri	SANITARIO	Distretti	Tempo ind.	T.O.
2	Infermieri	SANITARIO	SC SIA	Tempo det. parziale	Sviluppo
2	Assistente sociale	TECNICO	DDD e Consultorio Familiare D2	Tempo ind.	T.O.
1	Operatore tecnico - autista	TECNICO	Sistema 118	Tempo ind.	T.O.
18	TOTALE ASSUNZIONI PREVISTE				

(§) = già presente nel PAL 2012

(#) = 1 dirigente medico ed 1 assistente sanitario per il progetto amianto di AV

Per quanto richiesto al **punto e) (cessazioni note per il 2013)**, si espone la seguente tabella, contenente i dati delle cessazioni per collocamento a riposo o per scadenza dell'incarico a tempo determinato, per quanto noto ad oggi.

		collocamenti a riposo	cessazioni incarichi	altro	totale cessazioni
COMPARTO					
A					0
B					0
Bs		1	3		4
C sanitario					0
C			1		1
D p.t.a.		1	3		4
D sanitario			6		6
Ds					0
DIRIGENTI MEDICI					0
iniziale			6		6
più di 5 anni					0
più di 15 anni					0
resp.str.complexa		3			3
DIRIGENTI SANITARI					0
iniziale			1		1
più di 5 anni					0
più di 15 anni		1			1
resp.str.complexa					0
DIRIGENTI P.T.A. e PROF.SAN.					0
iniziale					0
più di 5 anni					0
resp.str.complexa					0
Totali		6	20	0	26

Relativamente al **punto f** (saldo del personale presunto al 31.12.2012), si esplicita di seguito la previsione analitica per profilo professionale:

Previsione forza di personale al 31/12/2013				
	cat.	Forza al 31.12.2010	Forza presente	Confronto con 31.12.2010
RUOLO SANITARIO				
Dirigenti medici		115	117	2
Veterinari		10	9	-1
Dirigenti sanitari:				0
Chimici		2	1	-1
Farmacisti		5	5	0
Biologi		1	1	0
Psicologi		41	41	0
Fisici		1	1	0
Dirigenti professioni sanitarie		7	9	2
TOTALE Dirigenti Ruolo Sanitario		182	184	2
Collab. prof.li sanit. esperti				0
Infermieri	DS	30	24	-6
Assistenti sanitari	DS	10	8	-2
Fisioterapisti	DS	1	1	0
Tecnici prevenzione nei luoghi di lavoro	DS	7	7	0
Tecnici sanitari di lab. biomedico	DS	0	0	0
Collab. prof.li sanitari:				0
Infermieri	D	408	413	5
Ostetrici	D	16	16	0
Assistenti sanitari	D	32	30	-2
Dietisti	D	2	3	1
Podologi	D	0	1	1
Tec. Fisiopat. Cardiocircolatoria	D	0	0	0
Fisioterapisti	D	55	54	-1
Terapisti psicomotricità	D	2	2	0
Logopedisti	D	15	16	1
Ortottisti	D	0	0	0
Tecnici riabilit. psichiatrica	D	9	9	0
Terapisti occupazionali	D	1	1	0
Educatori Professionali	D	1	1	0
Tecnici prev. amb. e luoghi di lavoro	D	20	22	2
Tecnici sanitari lab. biomedico	D	1	1	0
Altri tecnici	D	1	1	0
TOTALE generale collaboratori prof.li		611	610	-1
		0		
Inf. Generici Esperti	C	30	22	-8
Inf. Gen. Esp. Psichiatrici	C	13	9	-4
TOTALE ruolo sanitario Comparto		654	641	-13
		0		
Totale ruolo sanitario		836	825	-11

Previsione forza di personale al 31/12/2013				
	cat.	Forza al 31.12.2010	Forza presente	Confronto con 31.12.2010
RUOLO PROFESSIONALE				0
Ingegneri		4	5	1
RUOLO TECNICO				0
Dirigenti tec. - sociologi		1	0	-1
Dirigenti tec.- statistico		1	1	0
Dirigenti tec. assistenti sociali		1	1	0
Dirigenti tecnici Analisti		0	0	0
Collaboratori prof.li - assistenti sociali esperti	DS	3	2	-1
Collaboratori tecnici prof.li esperti	DS	2	2	0
Collab. tecnici prof.li esperti - programmatori	DS	1	1	0
Collaboratori prof.li - assistenti sociali	D	27	27	0
Collaboratori tecnici professionali	D	6	7	1
Collaboratori tecnici prof.li - programmatori	D	4	4	0
Assistenti tecnici	C	14	15	1
Programmatori	C	1	1	0
Operatori socio-sanitari (OSS)	BS	114	121	7
Operatori tecnici esperti	C	21	20	-1
Operatori tecnici specializzati	BS	19	20	1
Operatori tecnici	B	7	7	0
OTA	B	4	4	0
Ausiliari spec. tecnico-economali	A	1	1	0
Ausiliari spec. servizi socio-assistenziali	A	5	4	-1
TOTALE RUOLO TECNICO		232	238	6
RUOLO AMMINISTRATIVO				
Dirigenti amm.vi		12	11	-1
Coll. amm.vi prof.li esperti	DS	30	29	-1
Coll. amm.vi prof.li	D	51	50	-1
Ass. amministrativi	C	72	72	0
Coadiutori amm.vi esperti	BS	13	12	-1
Coadiutori amm.vi	B	18	25	7
Commessi	A	1	1	0
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO		197	200	3
TOTALE GENERALE		1269	1268	-1

2) A commento della manovra del personale 2013, come analiticamente descritta nelle tabelle sopra riportate, si provvede ad esprimere le seguenti considerazioni, a supporto della stessa.

In base alle esperienze degli esercizi precedenti, vi saranno certamente altre cessazioni. Giova tener conto che negli scorsi esercizi il numero di cessazioni, definito a consuntivo, è risultato sempre maggiore di quanto indicato nel bilancio di previsione.

Resta fermo il principio in base al quale, nel caso in cui si verificassero ulteriori cessazioni rispetto a quelle già previste, l'Amministrazione esaminerà severamente ogni singola situazione rispetto all'esigenza ineluttabile di sostituzione. Ove il caso, la sostituzione potrà avvenire con qualifiche e profili diversi.

Rispetto ai profili professionali cessati nel corso del 2012 e quelli di cui è prevista la cessazione nel corso dell'esercizio 2013, si è compiuta una valutazione delle situazioni più critiche per le quali risulta necessario provvedere ad una sollecita sostituzione.

In particolare, per quanto riguarda le azioni di sviluppo si segnala che:

Dirigente medico Oftalmologia: a seguito della cessazione per quiescenza di un medico oftalmologo specialista ambulatoriale interno (ex SUMAI) che svolgeva presso le varie sedi distrettuali 33 h/sett è stato deciso di assumere un dirigente oftalmologo con provata esperienza nella diagnosi e cura delle patologie della retina. Oltre all'attività ambulatoriale collaborerà con le SS.SS di Diabetologia per la valutazione dei fundus oculi nei pazienti diabetici, completando così dal punto di vista organizzativo anche questa parte del PDTA per le persone affette da questa patologia.

Dirigente medico Nutrizionista: il medico nutrizionista collaborerà per una parte delle ore con il personale del DSM che si occupa di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), essendo cessato a novembre l'appalto con un medico nutrizionista e per l'altra parte con tutte le strutture distrettuali che si occupano di assistenza domiciliare e residenziale per i numerosi problemi correlati alla nutrizione artificiale (gestione e cambio PEG, nutrizione artificiale, valutazione nutrizionale, ecc.). Collaborerà al momento della dimissione con i reparti ospedalieri per la presa in carico dei pazienti in NAD.

Dirigente professioni sanitarie della prevenzione: in analogia a quanto accaduto per le altre Strutture Operative Aziendali (Distretti, DSM e DDD) appare utile che la gestione delle varie figure professionali che operano presso il Dipartimento di prevenzione vengano coordinate da una figura dirigenziale.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale (SPPA) è attualmente gestito da personale del comparto titolare di una Posizione Organizzativa, per le responsabilità della funzione ricoperta e le competenze necessarie appare utile ricoprire quell'incarico con una figura della dirigenza:

Farmacia territoriale di Area Vasta

E' in corso il perfezionamento dei meccanismi per la concreta operatività della Farmacia territoriale di Area Vasta; in particolare risulta prodromica l'attribuzione della Struttura complessa, già autorizzata, che allo stato è subordinata alle regole da introdurre a cura della Regione in ottemperanza alla L. 135/12.

INCARICHI DI SC E SS

Nel corso del 2013 verranno a scadere diversi incarichi di Struttura Complessa e di Struttura Semplice per i quali, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, si provvederà a richiedere idonea autorizzazione al rinnovo.

Di seguito vengono indicate le Strutture per le quali si prevede il rinnovo o la copertura.

Struttura	situazione incarico	manovra
SO Distretto n. 1 SC Tutela Salute Adulti e Anziani D1	Vacante (dal 1.2.13)	Copertura
SC Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne Famiglie D1	Vacante	Copertura(*)
SO Distretto 2 SC Tutela Salute Adulti e Anziani D2	Scadenza 30.6.13	Rinnovo
SC Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne Famiglie D2	Scadenza 30.9.13	Rinnovo
SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne Famiglie Distretto 4	Vacante	Copertura(*)
SO Dipartimento di Salute Mentale	Vacante	Copertura
SC CSM1 (DSM)	Scadenza 14.9.13	Rinnovo
SC CSM2 (DSM)	Scadenza 14.9.13	Rinnovo
SC CSM 3 (DSM)	Vacante	Copertura
SC CSM 4 (DSM)	Scadenza 14.9.13	Rinnovo
SC Servizio Abilitazione e Residenze (DSM)	Vacante	Copertura
SC Dipendenza da sostanze legali (DDD)	Vacante (dal 1.2.13)	Copertura
SO Dipartimento di Prevenzione SC Igiene sanità pubblica prevenzione ambientale	Vacante (dal 1.5.13)	Copertura
SC Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (DIP)	Scadenza 31.5.13	Rinnovo
SS dip. Laboratorio di tossicologia forense	Vacante	Copertura(*)

(*) già nel PAL 2012

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Il ricorso allo strumento dell'acquisto di prestazioni aggiuntive da parte dell'Azienda al proprio personale è uno strumento residuale ed eccezionale, che si iscrive in uno specifico contesto normativo.

Infatti solo qualora non sia possibile ricorrere alle forme ordinarie di acquisizione del personale, e non risultino sufficienti gli ordinari strumenti previsti dai contratti, è necessario avvalersi dell'utilizzo delle prestazioni aggiuntive.

Per l'esercizio 2013 risulta indispensabile utilizzare lo strumento in parola per i seguenti progetti:

a. Attività specialistica rivolta a detenuti tossicodipendenti presso la Casa Circondariale di Trieste

L'attività comporta l'apertura di un ambulatorio sito presso la Casa Circondariale di Trieste, aperto quotidianamente in orario 8.30-11.30 e 20.00-23.00, con la presenza di n. 2 unità di personale infermieristico a turno (totale 4380 ore)

Costo complessivo preventivato su base annua € 223.818,00.

L'attività presso il carcere di Trieste deve continuare con le modalità già stabilite nel passato, e permane l'impossibilità di sostituzione di alcuni infermieri assenti dal servizio.

b. Attività accertativa SC Dipendenze Sostanze Illegali

L'attività in questione comporta l'apertura del relativo ambulatorio accertamenti per n. 2 giorni a settimana in orario pomeridiano (16.00–19.00) con la presenza di n. 3 operatori, oltre all'espletamento delle funzioni di informazione e formazione svolte a favore delle aziende del territorio provinciale.

Costo complessivo preventivato su base annua € 83.179,20

I costi per detta attività fanno carico alle aziende e imprese del territorio in base alle tariffe regionali.

c. Attività prevenzione progetto Overnight

Dal 2006 l'Azienda ha un ruolo cardine nel progettualità: con un impegno di circa 250 ore annue per un'unità del comparto (250 ore)

Costo complessivo preventivato su base annua € 12.775,00

d. Permanendo le condizioni di criticità del personale **medico presso la RSA S. Giusto** a causa di assenza per lunga malattia e maternità, anche nel corso del 2013 sarà indispensabile ricorrere al supporto ulteriore di un dirigente medico fisiatra esperto nella riabilitazione dei pazienti amputati (25 ore/mese) e di un geriatra (10 h/ mese).

Costo complessivo preventivato su base annua € 25.000

e. Distretto 2 – attività di front office autorizzativa

Il personale medico del Distretto 2 afferente alla S.S. cure ambulatoriali e domiciliari è costituito da un medico a tp ed un medico in pt al 75%. Al fine di aprire al pubblico almeno 2 volte a settimana

lo sportello per le pratiche autorizzative è necessario il supporto di un altro medico esperto per 2h/settimana:

Costo complessivo preventivato su base annua € 5.500

Eventuali situazioni, attualmente non prevedibili, di carenze tali da suggerire il ricorso alle prestazioni aggiuntive saranno rappresentate di volta in volta.

La proiezione annua del 2012 (non ancora definitiva) di ore aggiuntive acquistate corrisponde a 5.065 ore per il personale del comparto e 490 ore per il personale della dirigenza.

DISPOSIZIONI STATALI SULLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI E SUL LAVORO PUBBLICO (ART. 9, COMMA 2 BIS D.L. 78/2010, CONVERTITO NELLA L. 122/2010).

I valori dei fondi contrattuali vengono rappresentati in specifiche tabelle di quantificazione, distinte per singola area contrattuale e per singolo fondo.

Come si evince dall'analisi delle tabelle, nel presente documento viene data puntuale applicazione dell'art. 9, comma 2 bis del D.L.78/2010, convertito nella L. 122/2010.

Pertanto, i fondi contrattuali vengono già ridotti del valore approssimato, calcolato in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio descritto nella manovra, tenuto conto che la stessa è stata predisposta con l'obiettivo del mantenimento, anche nel 2013, della forza di personale in essere al 31.12.2010, fatte salve le eventuali deroghe che saranno autorizzate dalla Giunta Regionale nel corso del 2013.

Per la determinazione del valore delle riduzioni sono state prese in considerazione le indicazioni di cui al documento regionale (Nota Prot. N° 22870 dd. 29.12.2010), adeguate alle direttive di cui al documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome dd. 13.10.2011, già utilizzate in sede di consuntivo 2011.

Con particolare riferimento al fondo per la classificazione del personale – area del Comparto –, va evidenziato che il medesimo fondo dell'esercizio 2013 è più elevato dello stesso fondo dell'esercizio 2010, per un importo pari a € 83.871,4, per le motivazioni analiticamente descritte di seguito:

- come già rappresentato nel PAL 2012, per effetto del trasferimento di risorse effettuato, per il solo esercizio 2010, dal fondo per la classificazione del personale al fondo per la produttività per un importo pari a € 80.000,00. Un tanto, per il principio stabilito dai CCNL per cui le risorse trasferite tra i fondi nel singolo esercizio rientrano nel fondo di appartenenza nell'esercizio successivo.
- per effetto della ridefinizione dell'impianto complessivo delle posizioni organizzative dell'A.S.S. n. 1, ed in applicazione dell'art. 39, comma 5 del CCNL dd. 07.04.1999, il fondo per la classificazione del personale dall'esercizio 2011 è incrementato della quota derivante dal riassorbimento, nell'indennità di funzione spettante ai titolari dei nuovi incarichi, del compenso per lavoro straordinario, nella misura corrispondente a n. 65 ore pro – capite per ciascuno dei dipendenti incaricati per un importo pari a € 3.871,40 (Accordo dd. 15.11.2011). Con la medesima decorrenza e per il medesimo importo, è stato ridotto il fondo per le competenze accessorie. Un tanto, per il principio per cui lo spostamento di risorse tra fondi è consentito in sede negoziale purché al trasferimento di risorse a favore di un fondo contrattuale corrisponda la riduzione, per il medesimo importo, del fondo di provenienza.

Tale principi rimangono tutt'ora in vigore in quanto, per effetto del D.L. 78/2010 in esame, va considerato il valore complessivo di tutti i fondi contrattuali, secondo il criterio di competenza che non può venir modificato per effetto di un trasferimento tra fondi contrattuali.

La quantificazione del valore definitivo di tutti i fondi contrattuali delle tre aree negoziali verrà opportunamente calcolata in sede di bilancio consuntivo, secondo le modalità al tempo vigenti.

FORMAZIONE

L'ufficio formazione (FQP) sarà coinvolto, nel corso del 2013, nell'attuazione delle disposizioni della DGR n. 2087 dd. 10.11.2011, con il passaggio dall'accREDITamento dei singoli eventi formativi all'accREDITamento provvisorio dei provider ECM.

In attesa delle disposizioni regionali l'ufficio è già impegnato nella verifica dei requisiti minimi previsti secondo standard definiti dal "Manuale di accREDITamento dei provider".

Il piano formativo 2013 sulla base delle risorse finanziarie attribuite e in base all'analisi dei bisogni formativi, agli obiettivi aziendali e alle disposizioni normative si articolerà nelle seguenti aree tematiche:

- organizzativo gestionali
- tecnico professionali e di ruolo
- relazionale/comunicativa

L'Azienda adotterà con delibera il piano della formazione che, come richiesto, verrà presentato contestualmente alle sue modalità di diffusione alla Direzione Centrale per la programmazione sanitaria regionale.

In applicazione dei vigenti contratti integrativi aziendali delle tre aree negoziali la suddivisione della previsione di spesa per la formazione per l'anno 2013, relativa a tutto il personale consta di :

- una quota del finanziamento assegnata alle strutture per la gestione autonoma del conseguente budget
- una quota destinata alla gestione centralizzata della formazione strategica complessiva aziendale

per un totale di € 200.000,00