



CONTABILITA' ECONOMICO PATRIMONIALE 862 REG.DEC.

OGGETTO: Adozione del programma e del bilancio preventivo economico annuale per l'anno 2017 (P.A.L. 2017).

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
INTEGRATA DI TRIESTE**

**DECRETO
DEL DIRETTORE GENERALE**

L'anno **due milase dici**
il giorno ventinove del mese di dicembre

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Nicola Delli Quadri

nominato con Decreto del Presidente della Regione n. 090/Pres. dd. 28 aprile 2016, giusta D.G.R. n. 694 dd. 28 aprile 2016

Documento sottoscritto con firma digitale e successivamente sottoposto ad archiviazione e conservazione legale, secondo la normativa vigente

OGGETTO: Adozione del programma e del bilancio preventivo economico annuale per l'anno 2017 (P.A.L. 2017).

Visto il decreto legislativo 118 dd. dd. 23 giugno 2011 recante “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”, che, al Titolo II rubricato “Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario”, ha introdotto importanti cambiamenti per gli enti sanitari;

considerato che il decreto legislativo 118/2011 è entrato in vigore nella Regione Friuli Venezia Giulia a partire dal 2015 in seguito a quanto previsto dalla legge regionale 27 dd. 30 dicembre 2014 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale (Legge Finanziaria 2015)”. All’art. 8, “Sanità pubblica”, comma 7, è stato previsto, infatti, che “gli Enti del servizio sanitario regionale, in attuazione dell’art. 29 del Patto per la salute per gli anni 2014 – 2016 del 10 luglio 2014, adottano a decorrere dall’esercizio 2015 le disposizioni, i principi contabilità e gli schemi di bilancio di cui al Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118”;

richiamata la L.R. 19 dicembre 1996, n. 49, recante “Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio Sanitario Regionale”, ed in particolare il Titolo III “Il processo di programmazione e controllo della gestione” che disciplina, fra l’altro, la formazione del Programma e del bilancio preventivo delle Aziende sanitarie regionali, come modificato ed integrato da quanto previsto in argomento dalla L.R. 17 agosto 2004, n. 23, riguardante “Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale” e da ultimo dalla L.R. 10 novembre 2015, n. 26 recante “Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti” ed in particolare dall’art. 41 – programmazione economica annuale;

preso atto che la L.R. n. 49/1996 prevede in particolare:

- al comma 1, dell’art. 12, che la pianificazione regionale si attui in conformità alla L.R. n. 41/1993;
- al comma 2, dell’art. 12, che la Giunta Regionale provveda all’emanazione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale;

vista la deliberazione n. 2275 dd. 24.11.2016 con la quale la Giunta Regionale ha approvato le “Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l’anno 2017 – Approvazione preliminare”;

tenuto conto delle “Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017” trasmesse dalla Regione Friuli Venezia Giulia - Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia con not@ dd. 01.12.2016 (prot. ASUITS 58431/16);

rilevato che il sistema di riparto del finanziamento per il 2017 prosegue il percorso intrapreso dall’anno 2014 mediante adozione di un criterio impostato secondo parametri e processi oggettivi di standardizzazione sulla base di una popolazione pesata, approfondendo ed ampliando ulteriormente i criteri allocativi delle risorse (cfr. “Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario Regionale - Anno 2017” capitolo 7 “Le risorse finanziarie”);

considerato che, con la predetta deliberazione della Giunta Regionale, è stato assegnato, a favore dell'ASUI TS, per l'anno 2017, un finanziamento complessivo pari ad euro 462.919.103,43;

accertato che la Proposta di Programma e di Bilancio Preventivo Economico Annuale per l'anno 2017 (P.A.L. 2017), è stata trasmessa, con nota prot. 61281 dd. 19.12.2016, alla Direzione Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia, alla Conferenza dei Sindaci e all'Università degli Studi di Trieste per l'acquisizione dei relativi pareri;

atteso che, a seguito delle disposizioni di cui alle "Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario Regionale - Anno 2017" e sulla base della documentazione presentata dall'Azienda, in data 21/12/2016 si è tenuta presso la Sede della Direzione Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia la negoziazione prevista dall'articolo 16 della citata L.R. n. 49/1996;

atteso che in data 23.12.2016 è stata adottata la D.G.R. n. 2550 con la quale sono state approvate in via definitiva le "Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017";

vista la nota della Regione Friuli Venezia Giulia - Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia prot. 20996 dd. 27.12.2016 con la quale è stata trasmessa la versione definitiva del documento "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017";

sentito il parere non favorevole espresso dalla Conferenza dei Sindaci con nota PG 237008 prot. corr. 17/16 - 1/2/2 - 3 (32658), pervenuto in data 27/12/2016, sul contenuto della proposta di PAL, di cui si allega copia;

atteso infine che, in base agli esiti della suddetta negoziazione, l'Azienda ha elaborato la versione definitiva del Piano attuativo locale 2017 (PAL), di cui all'art. 10, L.R. n. 23/2004;

visti, pertanto:

- il programma di attività 2017
- il programma triennale degli investimenti 2017 – 2019
- il bilancio preventivo economico annuale 2017, che si compone di:
 - a) Conto Economico Preventivo, redatto secondo gli schemi di cui all'allegato 2 del dlgs 118/2011
 - b) Piano dei Flussi di Cassa Prospettici, redatto secondo gli schemi di cui all'allegato 2 del dlgs 118/2011
 - c) Conto Economico dettagliato secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modifiche ed integrazioni
 - d) Conto economico preventivo del Presidio ospedaliero
 - e) tabelle di dettaglio

ed accertato che ciascuno di essi risulta allegato al presente provvedimento quale sua parte integrante;

ritenuto, pertanto, per quanto sopra esposto, di procedere all'approvazione dei succitati documenti, che costituiscono il Programma ed il bilancio preventivo economico annuale per l'anno 2017 (P.A.L. 2017);

ritenuto altresì, di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale per l'acquisizione del previsto parere, nonché nuovamente, alla Conferenza dei Sindaci, all'Università degli Studi di Trieste ed alla Regione Friuli Venezia Giulia – Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia;

preso atto che il Coordinatore Sociosanitario è assente dal 27 dicembre a tuttora;

che, con decreto n. 253 dd. 11/05/2016, è stato affidato alla dott.ssa Maria Antonietta VANTO, in caso di temporanea assenza o impedimento del Coordinatore Sociosanitario, l'incarico di sostituto del Coordinatore Sociosanitario;

sentito il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del sostituto del Coordinatore Sociosanitario;

IL DIRETTORE GENERALE

DECRETA

per le motivazioni e secondo le modalità esposte in premessa

1) di approvare il Programma ed il Bilancio Preventivo Economico Annuale per l'anno 2017 (P.A.L. 2017) che si compone degli atti di seguito indicati, allegati al presente provvedimento di cui sono parte integrante:

- il programma di attività 2017
- il programma triennale degli investimenti 2017 – 2019
- il bilancio preventivo economico annuale 2017, che si compone di:
 - a) Conto Economico Preventivo, redatto secondo gli schemi di cui all'allegato 2 del dlgs 118/2011
 - b) Piano dei Flussi di Cassa Prospettici, redatto secondo gli schemi di cui all'allegato 2 del dlgs 118/2011
 - c) Conto Economico dettagliato secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modifiche ed integrazioni
 - d) Conto economico preventivo del Presidio ospedaliero
 - e) tabelle di dettaglio

- 2) di trasmettere, ai sensi degli artt. 16 e 20 della L.R. 19 dicembre 1996, n. 49, così come modificati ed integrati dalla L.R. 17.8.2004, n. 23, copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, nonché, nuovamente, alla Conferenza dei Sindaci, all'Università degli Studi di Trieste ed alla Regione Friuli Venezia Giulia – Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia.

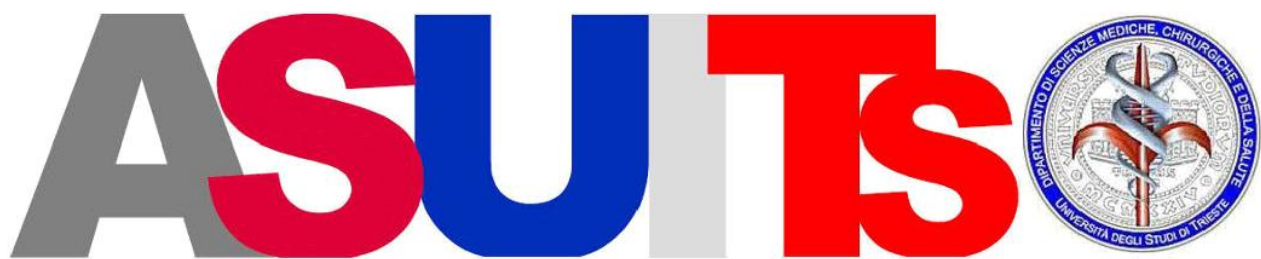
Il presente provvedimento diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92 come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, alla data di pubblicazione all'Albo aziendale telematico.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Nicola Delli Quadri

Parere favorevole del
Direttore Amministrativo
Dott. Michele Rossetti

Parere favorevole del
Direttore Sanitario
Dott.ssa Emanuela Fragiaco

Parere favorevole del Sostituto
del Direttore Sociosanitario
Dott.ssa Maria Antonietta Vanto



P.A.L. 2017

e

Bilancio di Previsione 2017

dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

Sommario

	Pag.
1 Introduzione	5
2 Attuazione della pianificazione regionale	15
<small>(la numerazione delle sezioni riprende, per agevolare il raccordo, quella delle Linee per la Gestione del SSR 2017)</small>	
Linea Reg.le 3.1 Progetti di riorganizzazione delle funzioni	15
Linea Reg.le 3.2 Promozione della salute e prevenzione	16
Linea Reg.le 3.3 Assistenza primaria	33
Linea Reg.le 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali	44
Linea Reg.le 3.5. Assistenza farmaceutica	54
Linea Reg.le 3.6 progetti attinenti la programmazione degli interventi socio-sanitari	59
Linea Reg.le 3.7 Rapporto con i Cittadini	64
INDICATORI (Allegato B delle Linee per la gestione del SSR – Anno 2017)	69
<u>Allegato: progettualità proposte per l'anno 2017 a favore dell'integrazione territorio/ospedale/territorio</u>	70
Linea Reg.le 5. Sistema informativo	73
3 Le Regole gestionali	77
4 Relazione al Bilancio di previsione 2016	85
5 Le politiche del personale	90
6 La formazione	105
7 Tecnologie e Investimenti	109

1 Introduzione

Il primo maggio 2016, con l'incorporazione di AOUTs in AAS1, è nata la nuova Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste. I primi mesi di lavoro sono stati caratterizzati da numerosissime iniziative volte da un lato ad avere piena conoscenza reciproca tra i due settori (territoriale e ospedaliero) e dall'altro a mettere in campo sinergie operative a partire dai PDTA già redatti unitariamente. L'anno 2017 ha ora come obiettivo strategico principale non solo il consolidarsi della collaborazione basata su protocolli e procedure comuni, ma la costruzione e il consolidamento di un vero e proprio sistema di salute territorio/ospedale/territorio che veda al centro della programmazione le reti clinico assistenziali e i percorsi multidisciplinari e multi professionali.

A tal proposito è già stata attivata la rete delle cure palliative ed è in fase di avvio quella della terapia del dolore. E' già attivo un referente "aziendale" sui percorsi relativi al Diabete.

In quest'ottica assumeranno un ruolo molto importante le nuove aggregazioni dei Medici di Medicina Generale che dovranno inserirsi a pieno titolo nella rete distrettuale contribuendo allo sviluppo del sistema, con obiettivi non solo di performance organizzativa ma anche di presa in carico integrata ai fini della miglior gestione delle patologie croniche attraverso la medicina d'iniziativa.

Nel 2017 saranno portati a regime operativo i CAP attivati e verranno proposti indicatori di risultato qualitativi per le AFT.

Un sistema unitario dovrà essere basato sul concetto del punto unico di accesso per la popolazione. In altre parole, con qualsiasi articolazione della rete sanitaria triestina un cittadino dovesse entrare in contatto, sia essa ospedaliera che territoriale (comprese le aggregazioni degli MMG), dovrà vedersi garantita non solo una corretta informazione sui servizi di tutta ASUITs e sui percorsi, ma anche una prima risposta di presa in carico da parte del sistema.

Sono già stati compiuti, e saranno completati con l'Atto Aziendale che nel 2017 disegnerà la nuova organizzazione, numerosi processi di riorganizzazione/razionalizzazione formale di Strutture, sia sanitarie che tecnico/amministrative.

Il 2016 si è caratterizzato per un mantenimento degli elevati standard qualitativi di AAS1 e AOUTs nei rispettivi settori. L'assistenza domiciliare, le attività distrettuali su adulti, anziani e bambini, le RSA, l'Hospice, il Dipartimento di Salute Mentale, delle Dipendenze e di Prevenzione, il Centro Cardiovascolare, il 118 e i servizi di diabetologia propongono risultati che dimostrano l'eccellenza dei servizi territoriali triestini. E' proseguita l'esperienza delle Microaree che sarà oggetto, con conclusione nel 2017, di un progetto di studio condotto in collaborazione con le Università di Torino e di Udine.

L'ospedale ha ridotto di una giornata la degenza media complessiva, ha incrementato l'attività operatoria e ha posto in essere una serie di manovre organizzative con l'accorpamento di strutture e con la sperimentazione di modalità gestionali innovative. Queste, assieme all'impegno dei professionisti e delle Strutture, hanno consentito di migliorare alcuni indicatori importanti, quali i DH diagnostici, il tempo preoperatorio per gli interventi per frattura di femore, le trombolisi e molti altri.

Il Tasso di Ospedalizzazione si è stabilizzato su livelli assolutamente apprezzabili, così come il dato pro-

capite dell'ambulatoriale e il consumo di farmaci. I ricoveri ospedalieri per BPCO sono rientrati negli standard richiesti e si assiste ad una diminuzione della mortalità intraospedaliera a fronte di un ottimale utilizzo delle strutture Hospice e di assistenza domiciliare delle ultime fasi di vita. Un dato importante, oggetto di studio, è l'incremento relativo della mortalità intra-ospedaliera entro 48 ore dal ricovero, verosimilmente indicatore di accesso in ospedale di pazienti molto più complicati rispetto agli anni passati.

Va però segnalato come si sia presentato un aumento (dopo alcuni anni di risultati costanti) dei ricoveri medici dei residenti ultra75enni. Nel 2017 questa problematica sarà decisamente affrontata da ASUITs, coinvolgendo nella revisione e nel miglioramento dei percorsi sia i Distretti che i reparti ospedalieri di Medicina e di Pronto Soccorso nonché, come detto, i MMG. In particolare per il Pronto Soccorso è previsto un rafforzamento del presidio dell'Ospedale Maggiore, in modo da poter affrontare percorsi brevi diagnostico/terapeutici/di stabilizzazione per evitare ricoveri non necessari. Questa manovra servirà anche a migliorare gli standard sulle attese in PS, ancora oggi critici anche se in miglioramento.

Sono già stati previsti protocolli di accesso rapido alla diagnostica e alla specialistica per pazienti non ricoverati su richiesta delle strutture distrettuali e dei MMG.

Analogamente andrà affrontato, nel 2017, il problema dell'aumento degli accessi in PS che si è manifestato nel 2016 dopo anni di costante calo. Saranno approfondite verifiche specifiche sul fenomeno dei ricoveri potenzialmente evitabili e sulla questione delle degenze oltre soglia, indicatori che stanno progressivamente migliorando ma che necessitano di attenzione particolare.

Considerando però che le RSA dimostrano una occupazione vicina al 100% con un indice di turn over vicino a 1, e che i letti di medicina ospedaliera sono già stati compressi in misura importante negli ultimi anni, appare difficile ipotizzare una riduzione nel breve periodo di questi elementi.

Per quanto riguarda il personale va detto che il 2016 è servito per mettere in sicurezza numerose attività sia ospedaliere che territoriali (*vedi pagine seguenti*). In particolare il personale infermieristico (+OSS) presenta un saldo positivo di 73 unità di assistenza, considerando le uscite avvenute nel frattempo.

Questo significativo aumento è stato distribuito, con varie operazioni di trasferimento, in maniera quasi simmetrica tra territorio (+ 39) e ospedale (+34). Per quanto attiene il personale medico tutte le acquisizioni (27 delle quali 3 al territorio) sono conseguenza della copertura del turn over, delle deroghe specifiche per il PEU e per l'Odontoiatria Sociale, di sostituzione di assenza prolungate e del rispetto della normativa (L. 161/14).

Dopo questa manovra, nel 2017 si porrà attenzione soltanto alle reali necessità di copertura del turn over.

Il bilancio 2017 nasce quindi dalle scelte compiute nel corso del 2016, in particolare con una manovra del personale che ha consentito la messa in sicurezza di alcune situazioni critiche, rendendo pienamente operative strutture in difficoltà, consentendo l'accorpamento e la razionalizzazione di attività e reparti e conseguendo risultati già chiaramente apprezzabili come la riduzione della degenza media, la diminuzione marcata delle lesioni da pressione, il miglioramento dei punteggi riabilitativi misurati nei pazienti fragili ricoverati in area medica, l'aumento dei volumi operatori (+4,2%) la diminuzione dei ricoveri oltre soglia e il miglioramento di quasi tutti gli indicatori sia di efficienza che di efficacia.

Inoltre ASUITs è stata interessata negli ultimi 3 mesi del 2016 dalla drammatica vicenda di una potenziale epidemia tubercolare innescata dal contagio di una pediatra convenzionata in ambiente vaccinale. Si allega

un primo report preliminare delle attività e dei risultati.

In buona sostanza quindi l'impegno di ASUITs per il 2017 (oltre che al raggiungimento degli obiettivi proposti dalla Regione e a quelli propri della programmazione aziendale) sarà volto a costruire una organizzazione che non sia il risultato della somma di più Strutture prima distribuite su due Aziende ma, viceversa, a partire dalla condivisioni di reti e percorsi con il coinvolgimento di tutte le istanze professionali, sia capace di "fare sistema", rapportandosi anche con i Servizi Sociali dei Comuni, con le organizzazioni dei cittadini, con tutti i soggetti attivi sul territorio del terzo settore, con le altre Istituzioni sanitarie e non.

Ciò non solo per offrire garanzie di prestazioni sanitarie sempre più avanzate alla popolazione, ma anche per contribuire, per quanto di competenza, alla complessiva rete di welfare per la provincia di Trieste.

Da rimarcare i rapporti non solo di relazioni istituzionali di programmazione e verifica derivanti dagli accordi convenzionali (art. 8), ma di fattiva collaborazione operativa, didattica e di ricerca tra la componente professionale territoriale, ospedaliera e universitaria, anche al fine di mettere l'Università degli Studi di Trieste nelle migliori condizioni operative (anche logistiche e tecnologiche) per svolgere al meglio il proprio mandato.

Nota preliminare sulla manovra del Personale 2016

I numeri della dotazione assistenziale ospedaliera degli ultimi 5 anni sono stabili, ma va rilevato come lo slancio della macchina organizzativa nel suo complesso sia davvero notevole per quanto attiene le innovazioni clinico/chirurgiche e il conseguente incremento dei prestazioni mediche che assorbono moltissime risorse assistenziali.

Se da un lato si sono ridotti i posti letto ed il fabbisogno di turnisti h 24, dall'altro le attività ambulatoriali sono aumentate ed obbligano a concentrare in poche ore una mole di lavoro che il ricovero prima diluiva. Inoltre le attività del complesso operatorio hanno avuto un incremento importante che però fatica a reggere causa la carenza di infermieri addestrati.

La realizzazione nel periodo pasquale di un avviso per infermieri per poter mettere in sicurezza i reparti nel periodo estivo e provvedere all'incremento della dotazione è stato il primo importante segnale.

La seconda operazione attuata con 4 avvisi interni di mobilità ha permesso di portare professionisti collaudati dell'ospedale nell'assistenza domiciliare e territoriale in genere e inserire al loro posto neoassunti.

L'avvio inoltre di alcune sperimentazioni e della formazione finalizzata a conoscersi e a promuovere la realizzazione della riforma (incrementare l'integrazione, la presa in carico congiunta ospedale/territorio ecc.) sono le successive azioni messe in campo con la recentissima unificazione.

Nell'arco di circa 10 mesi sono infatti entrati in ospedale a conoscere i dipartimenti i dirigenti e coordinatori infermieristici del territorio e viceversa nello stesso periodo sono usciti quelli ospedalieri a conoscere i servizi territoriali (10 gg di formazione).

Infermieri	neoassunti 100 (usciti 45 - Incremento + 55)
OSS	neoassunti 40 (usciti 22 - Incremento + 18)

Incremento totale ASUITs 73 unità di assistenza e 2 barellieri

Incremento in ospedale 34 + 2 (20 infermieri e 14 OSS e 2 barellieri sperimentazione ACCO)

Incremento in territorio 39 (35 infermieri e 4 OSS)

Trasferimenti dall'ospedale al territorio = 22

3 Coordinatori Infermieristici D2 – D3 – D2 RSA

6 Infermieri AFT

2 infermieri DSM

2 infermieri CAP Distretto 3

5 Infermieri RSA

4 Infermieri in 118, DSM, Distretto1

Trasferimenti dal territorio all'ospedale = 6

1 Coordinatore Infermieristico (Chirurgia Toracica)

2 infermieri (CUP e Centro Patologie del Fegato)

3 OSS (Chirurgia Plastica – Ematologia – ex SAD)

Dirigenze infermieristiche

1 Dirigente infermieristico dall'Ospedale al Territorio (sostituto di un posto vacante)

1 Dirigente infermieristico in Ospedale

L'incremento della dotazione è stato così utilizzato.

- a) Sperimentazione di un modello assistenziale pro attivo ad alta integrazione multidisciplinare e abilitante nelle strutture di Medicina, che ha consentito di ridurre la media delle giornate di degenza ed azzerare a novembre l'incidenza delle lesioni da pressione. Incremento di 8 OSS (a tempo parziale l'aiuto è venuto da una fisioterapista non in incremento e sono state assegnate altre risorse strumentali che qui non si esplicitano - decreto 508/2016 SC Direzione Infermieristica).
- b) Sperimentazione dell'Accoglimento condiviso (ACCO) nel dipartimento di medicina, che –assieme all'implementazione del sistema informatizzato di rilevazione dei letti disponibili (ADT– dovrebbe ridurre nel tempo il fenomeno dei fuori reparto. Incremento di 1 infermiere e 4 OSS e 2 barellieri.
- c) Sale operatorie, con la finalità di separare il processo degli interventi di elezione da quello delle urgenze/emergenze e ridurre anche le liste d'attesa. Incremento di 9 infermieri e 2 OSS (mantenimento degli interventi nella frattura di femore nelle persone > 65 anni entro le 48 ore e riduzione dei tempi in altre patologie traumatologiche – riduzione dei tempi d'attesa per gli interventi in patologia oncologica).
- d) Pronto Soccorso, incremento di 5 infermieri e 2 OSS per compensare la dotazione organica gravata da numero assenze per malattia e gravidanza, al fine di migliorare la qualità del servizio per i cittadini, ridurre in attesa i tempi d'attesa e decongestionare l'occupazione dei posti letto con ricoveri inappropriati.
- e) Clinica Neurologica Stroke Unit. Incremento di 1 infermiere e 1 OSS per fronteggiare l'aumento di attività nell'urgenza-emergenza connesso al ruolo di Hub per l'Area Vasta Giuliano Isontina, con un sensibile aumento dei malati trattati con trombolisi e trombectomia (rispettivamente 120 e 15 casi).
- f) Clinica Otorinolaringoiatria, incremento di 2 infermieri per consentire l'aumento dell'attività ambulatoriale e ridurre i tempi d'attesa
- g) Clinica Ortopedica, incremento di 1 OSS per sostenere l'aumento di attività.
- h) Oncologia, 1 infermiere per incremento attività.
- i) CAP – AFT/distrettuali, al momento assegnati 8 infermieri per la progettazione e l'attivazione dei servizi, come indicato dalla riforma del SSR.
- j) Dipartimento delle Dipendenze, assegnati 2 infermieri a supporto dell'incremento di attività;
- k) Distretto 2 UOBA, 1 infermiere a supporto dell'incremento di attività per la presa in carico dei Tempi di attesa;
- l) Dipartimento di Salute Mentale, 8 infermieri e 1 OSS a sostegno della dotazione in difficoltà e dell'innovazione del dipartimento nonché del rispetto della normativa L. 161/14;
- m) RSA Distretto 2, (chiuso rapporto con cooperativa) assegnati 5 infermieri e 2 OSS
- n) Sistema 118. Incremento di 8 Infermieri e 3 OSS per incrementare il numero di macchine disponibili sia in fascia diurna che notturna per il rispetto del Piano dell'Emergenza.
- o) Centro cardiovascolare, 1 infermiere per incremento attività

Corre l'obbligo di segnalare alcune importanti innovazioni e risultati conseguiti.

1. 2 maggio al 31 dicembre si sperimenta in due reparti di medicina (terza medica e clinica medica) il nursing abilitante con prese in carico interdisciplinari con fisioterapisti, amministrativi ed OSS. Partecipano anche gli studenti di 4 corsi universitari (infermieri, fisioterapisti ed igienisti dentali e medici). L'obiettivo è di eliminare le lesioni da decubito e ridurre le giornate di degenza. Assegnazione ai due reparti di materassi antidecubito che hanno già azzerato le lesioni in terza medica e ridotto drasticamente il fenomeno in cl. Medica. Ad ottobre attenuato azzeramento delle lesioni;
2. Eliminazione delle tabelle degli orari di accesso dei caregivers, nella maggioranza dei reparti ospedalieri da settembre;
3. Eliminazione dell'utilizzo della barella nei vari trasferimenti del malato per incidere positivamente sull'eliminazione delle lesioni da pressione (evitando lo sfregamento della pelle dovuto ai trasferimenti da barella letto /letto barella ecc.). Al malato, subito dopo l'accesso al PS, è assegnato un letto che lo accompagna sino alla dimissione. Tale decisione, attiva dal 2 maggio us., riduce la fatica del personale di supporto ed i costi di lavaggio della biancheria;
4. Allestimento della reception ed organizzazione dell'accoglienza proattiva dei cittadini che accedono ai servizi ambulatoriali dell'ospedale di Cattinara. Servizio attivo dal 17 ottobre u.s.;
5. Realizzazione di due ricerche a mezzo intervista semi-strutturata proposta alle persone che accedono al PS con codice bianco (realizzate su campione random) a cura delle assistenti di sala afferenti alla Direzione infermieristica;
6. Raccordo sistematico con il personale amministrativo che si occupa degli appalti per favorire prioritariamente:
 - o l'uso esteso -anche nei reparti- dell'appalto dell'ex AAS 1 che riguarda i materassi antidecubito per ridurre e poi anche eliminare nel tempo il fenomeno delle lesioni da pressione;
 - o migliorare il servizio del trasporto dei malati;
- Co-progettazione e supporto alla realizzazione del progetto della riorganizzazione delle sale operatorie;
- Promozione e utilizzo di due strumenti di democraticizzazione dei percorsi assistenziali PAM e PHE in alcuni reparti e nei servizi distrettuali;
- Monitoraggio degli indicatori di Risk Management nelle RSA;
- Monitoraggio e sostegno al processo delle deospedalizzazioni protette (si realizzano ogni anno circa 6.000);
- Co-progettazione della formazione e dell'impianto organizzativo dell'UFA, formati 16 infermieri e 4 OSS oltre a farmacisti e tecnici di laboratorio;
- Progettazione dell'ambulatorio ospedaliero in rete con gli ambulatori infermieristici distrettuali per la gestione delle stomie;
- Co-progettazione e co-realizzazione della formazione sul campo finalizzata all'integrazione: i coordinatori e Rid dell'ospedale hanno realizzato due settimane di stage presso i servizi territoriali e viceversa;
- Co-progettazione e co-realizzazione della formazione sul campo finalizzata ad incrementare i livelli di specializzazione del nursing territoriale e favorire la fast track chirurgica (implementazione delle pratiche con stage di formazione presso la Chirurgia Generale e la Chirurgia toracica);
- Co-progettazione sul campo e co-realizzazione della formazione degli infermieri del SID, delle RSA e delle case di riposo per promuovere la dialisi peritoneale e quindi l'autonomia del malato in dialisi;
- Formazione sul campo nei reparti relativamente all'uso delle medicazioni avanzate e alla prevenzione delle lesioni da decubito;
- Progettazione e co-realizzazione del convegno su *democray caring@human caring* tenutosi il 13 dicembre u.s.;
- Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali su risk management, standard di personale, lesione da decubito ecc..

Per quanto attiene il personale medico, si riporta per brevità il seguente schema:

N.	Profilo professionale	Tipologia assunzione	Destinazione / motivazioni	Eventuale giustificativo/deroga
3	Dirigenti Medici "Anestesia e Rianimazione"	t.po det.	1 118 (applicazione P.E.U.), 2 S.C. Anestesia e Rianimazione (liste d'attesa)	Deroga ex DGR 1671(P.E.U. e liste d'attesa vedi nota dd. 15/07/2016)
1	Dirigente Medico "Anatomia ed Istologia Patologica"	t.po indet.	SC Anatomia patologica, turn over	
1	Dirigenti Medici "Malattie Infettive"	t.po indet.	SC Malattie infettive, turn over	
1	Dirigente Medico "Malattie Infettive"	t.po det.	SC Malattie infettive, turn over	
2	Dirigenti Medici "Neurochirurgia"	t.po det.	SC Neurochirurgia, 1 supplenza, 1 rispetto normativa orario (L. 161/14)	1 Giustificativo per rispetto L. 161/14
1	Dirigente Medico "Oncologia"	t.po indet.	SC Oncologia, turn over	
2	Dirigenti Medici "Cardiologia"	t.po det.	Sc Cardiologia, supplenza	
1	Dirigente Medico "Otorinolaringoiatria"	t.po det.	Clinica Otorinolaringoiatrica, supplenza	
1	Dirigenti Medici "Medicina Interna"	t.po indet.	S.C. Medicina D'Urgenza. Turn over	
6	Dirigente Medico "Medicina Interna"	t.po det.	DAI Medicina interna, per supplenze e turn over	
2	Dirigente Medico "Malattie Apparato Respiratorio"	t.po det.	SC Pneumologia, 1 supplenza, 1 per rispetto normativa orario (L. 161/14)	
1	Dirigente medico "Chirurgia vascolare"	t.po det.	SC Chirurgia vascolare per rispetto normativa orario (L. 161/14)	Giustificativo per rispetto L. 161/14
1	Dirigente medico "Medicina legale"	t.po det.	SC Medicina Legale su cessazione personale convenzionato	
3	Dirigente medico "Psichiatria"	t.po det.	DSM 2 su turn over, 1 su personale assente	
1	Dirigente odontoiatra "Odontoiatria"	t.po det.	Clinica Odontoiatrica e Stomatologica	Deroga progetto Odontoiatria sociale (LEA)

PRESENTAZIONE DEI DATI FINALI E AZIONI INTRAPRESE A SEGUITO DEL VERIFICARSI DI UN CASO DI TBC IN UN OPERATORE SANITARIO

Il 21 settembre alle 18:35 è pervenuta alla S.C. Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale la segnalazione-notifica di un caso di tubercolosi infettiva a carico di una pediatra che effettuava vaccinazioni presso le sedi dei Distretti Sociosanitari 1, 2 e 3 dell'ASUITS.

La presa in carico della notifica è avvenuta la mattina di giovedì 22 settembre, contestualmente all'avvio dell'indagine epidemiologica. Le procedure messe immediatamente in atto nei confronti dei conviventi e dei contatti hanno previsto:

- sorveglianza sanitaria dei conviventi e dei contatti stretti per la ricerca di eventuali altri casi di infezione o malattia;
- esecuzione di test con successiva radiografia del torace dei casi positivi e, in caso di negatività, ripetizione del test a distanza di 2 mesi dal momento della cessazione dell'esposizione;
- chemiopprofilassi nei contatti stretti risultati positivi al test, indicata anche per tutti quei contatti negativi, ma considerati comunque ad alto rischio di sviluppare la malattia.

I primi dati raccolti hanno fatto emergere la dimensione del problema, per cui venerdì 23 settembre presso la Direzione dell'ASUITS si è costituito un "tavolo di crisi" composto da:

1. Referenti di ASUITS

- Dipartimento di Prevenzione
- Distretti sanitari
- SC Malattie Infettive
- SC Pneumologia
- Direzione Medica di presidio degli Ospedali Maggiore e Cattinara
- Ufficio Relazioni col Pubblico
- Centro Unico di Prenotazione
- Sistema 118

2. Referenti dell'IRCSS Burlo Garofolo

3. Rappresentanti dei Pediatri di Libera Scelta operanti nel territorio di competenza dell'ASUITS

Nel corso di tale riunione si sono definiti i seguenti punti:

- Un primo protocollo operativo verificando anche la disponibilità di test di Mantoux
- L'elenco dei bambini da sottoporre a test
- Per principio di precauzione, stante l'altissima contagiosità del caso, di offrire il test di Mantoux a tutti i bambini di età inferiore ai 6 anni che fossero transitati per gli ambulatori di via Stock, Via Vespucci, Via Valmaura e Muggia, nelle giornate di presenza del caso indice. In accordo con le linee guida internazionali, si è scelto di risalire nel tempo fino ad un anno dalla data del ricovero del caso indice (periodo fra il 1 settembre 2015 e il 15 settembre 2016), tempo nel quale si sarebbe potuto produrre un contagio.
- E' stata concordata la procedura per contattare i genitori, con la definizione del sistema informatico di registrazione e di comunicazione; contestualmente è stato previsto il potenziamento del Numero Verde Sanità 800991170, aumentando le linee (6 anziché 3) e ampliando l'orario (8-20 anziché 8-11.30) per dare pronta risposta alle domande e ai dubbi dei cittadini e per fissare gli appuntamenti per i controlli. Gli operatori sono stati formati adeguatamente e messi in rete con il personale del

CUP che ha gestito tutte le prenotazioni. Inoltre è stato allestito un collegamento con un medico del Dipartimento di Prevenzione sempre disponibile a rispondere telefonicamente per quando è stato necessario il parere di un medico e nei casi di particolare complessità.

Lunedì 26 settembre, ad una seconda riunione del “tavolo di crisi”, si è stabilito di svolgere i test presso il Dipartimento della Prevenzione, attivando sei ambulatori presso la sede di via de Ralli 3. Secondo le prime stime si sarebbero dovuti sottoporre a test di Mantoux e successiva lettura circa 3500 bambini, e questo avrebbe reso necessario concentrare il personale in un unico e adeguato centro per ottimizzare le risorse disponibili.

L'IRCSS Burlo Garofolo ha assunto l'impegno di preparare lo sciroppo di Isoniazide necessario per la profilassi, di attivare un ambulatorio dedicato per le visite dei bambini inviati dal Dipartimento di Prevenzione in quanto risultati positivi ai test e a prenderli in carico in caso si fossero resi necessari ulteriori accertamenti o terapie. I contatti familiari, lavorativi e sociali sono stati presi in carico dall'ambulatorio antitubercolare di primo livello della SC Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale per gli opportuni accertamenti e l'eventuale invio alla Pneumologia o all'Infettivologia dell'ASUITs.

Federfarma ha fornito gratuitamente il complesso vitaminico B prescritto necessariamente congiuntamente all'Isoniazide.

Martedì 27 settembre si è tenuta una conferenza stampa nel corso della quale è stato illustrato il percorso attivato, al fine di raggiungere i soggetti venuti a contatto con il caso indice.

Dalla tarda mattinata del 27 sono iniziate le procedure di arruolamento dei bambini e l'adeguamento delle strutture previste dal protocollo. Le chiamate per fissare gli appuntamenti sono iniziate immediatamente in base alle priorità concordate al “tavolo di crisi”.

Nel periodo tra il 27 settembre e il 24 ottobre, data in cui sono stati dati gli ultimi appuntamenti, il Numero Verde Sanità ha ricevuto oltre 5000 telefonate e ne ha fatte più di 7000, per contattare le famiglie e attribuire gli appuntamenti in collaborazione con il CUP. Sono state inviate 348 raccomandate A/R alle famiglie che non è stato possibile raggiungere telefonicamente. Queste ultime, dopo il ricevimento della lettera, hanno contattato il Numero Verde Sanità chiedendo appuntamenti e delucidazioni. Moltissime sono state anche le telefonate per cambi appuntamento e richiesta di ulteriori dettagli e spiegazioni, sia agli operatori del Numero Verde Sanità che al medico del Dipartimento di Prevenzione.

Il protocollo è stato gestito in stretta e frequente collaborazione tra tutti gli attori coinvolti.

RISULTATI

Ad oggi il programma previsto è stato portato a termine. L'aggiornamento definitivo degli elenchi ha evidenziato che i bambini da testare erano 2790, nati fra il 13 novembre 2008 ed il 23 agosto 2016, con età al momento del contatto compresa fra 0 e 6 anni. Su 2790 bambini invitati telefonicamente o attraverso raccomandate A/R se ne sono presentati 2496. I bambini che non si sono presentati risultano essere 294; le famiglie in questione sono invitate a contattare il numero verde sanità 800991170 per prendere appuntamento; si ricorda che per ogni dubbio o ulteriori informazioni, chiamando il numero verde a possono essere messi in contatto con un medico del Dipartimento.

Dei 2518 bambini sottoposti a test tubercolinico di Mantoux o al Quantiferon test, i positivi in totale sono risultati essere 9, di cui 4 affetti da tubercolosi non contagiosa e 5 positivi al test (né malati né contagiosi).

Per quanto riguarda i contatti familiari o assimilabili, sono risultate positive al test 5 persone adulte su 18, di cui 4 in trattamento preventivo con Isoniazide ed una con sospetta tubercolosi polmonare non contagiosa posta in terapia antitubercolare.

Fra i 10 collaboratori professionali che hanno operato a stretto contatto col caso indice, 3 sono risultati positivi al test, di cui 2 in trattamento preventivo con Isoniazide e 1 con tubercolosi polmonare non contagiosa posta in terapia.

Fra i 26 contatti lavorativi occasionali una sola persona è risultata positiva al test.

Il protocollo ha permesso di intercettare tutti i bambini e gli adulti testati in una fase molto precoce dell'infezione, per cui nessuno è da considerarsi contagioso.

3. LE PROGETTUALITÀ

Linea Reg.le 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUZIONI

Linea 3.1.1. Atti aziendali

In data 20 dicembre 2016 si è riunito il neo costituito Organo di Indirizzo di ASUITs.

Entro il 28 febbraio 2017 la ASUI di Trieste trasmetterà alla DCS la proposta di Atto aziendale. In tal modo potrà essere dato avvio all'applicazione dello stesso, una volta approvato.

Nel corso del mese di ottobre ASUITs invierà alla DCS una relazione sullo stato di applicazione del proprio Atto aziendale al 30.09.2017.

Linea 3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015

Entro il 30 giugno 2017 ASUITs trasmetterà una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015.

Linea 3.1.7. Medicina di laboratorio

Entro aprile 2017 verrà adottato il Piano regionale della Medicina di Laboratorio con la realizzazione di 3 centri hub presso i presidi ospedalieri Santa Maria degli Angeli di Pordenone (integrato con l'IRCCS Centro di riferimento oncologico di Aviano), Cattinara-Maggiore di Trieste (integrato con l'IRCCS Burlo Garofolo) e Santa Maria della Misericordia di Udine, con mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri spoke, peraltro già in fase di realizzazione, seppur con stati di avanzamento differenziati per le diverse realtà regionali.

Nel corso del 2016 ASUITs ha definito le caratteristiche interne del Core-Lab e successivamente ha consolidato i settori analitici del Core-Lab necessari ad avviare la riorganizzazione delle attività di laboratorio anche per l'IRCCS Burlo Garofolo. Tale attività è stata realizzata ad invarianza di costo (iso-risorse).

Nel mese di dicembre 2016 è stata trasferita la titolarità delle funzioni di laboratorio di routine ed urgenza sia interne che esterne dell'IRCCS.

Nel 2016 si è anche avviata la fase di predisposizione del programma di riorganizzazione delle funzioni per l'AAS2 che comprende l'analisi organizzativa attuale, un piano di transizione ed un programma di realizzazione (*to be*) che sarà avviato nel corso del 2017.

Per il 2017 si prevede per il presidio ospedaliero Cattinara-Maggiore di Trieste di dare seguito al documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia che coinvolge le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone.

Il programma di riorganizzazione partirà dalla fase di valutazione *as-is* descritto nel documento che sarà congiunto.

ASUITs garantirà la partecipazione dei professionisti, anche avvalendosi del contributo della componente universitaria e dell'ICGEB, alle attività di definizione con CRO e ASUI-Ud di un progetto di organizzazione per la *Cell Factory* regionale.

Linea Reg.le 3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Linea 3.2.1. Tutela della salute della donna

Nel corso del 2016 si è costituito un Gruppo di Lavoro multi professionale ASUITs- IRCCS Burlo Garofolo sul Percorso Nascita, a partire dal PDTA sulla Gravidanza Fisiologica del 2014, che ha approfondito i temi dell'offerta di cura nel territorio triestino, nell'ottica dell'appropriatezza e con specifica attenzione alle condizioni di fragilità psicosociale.

Per il 2017:

- Prosecuzione dei lavori del gruppo interistituzionale con percorsi di armonizzazione dell'offerta ospedale territorio, miglioramento delle attività di continuità di cura, in particolare dopo la dimissione dalla maternità di mamma e bambino.
- Studio di fattibilità e definizione di procedure per la maggior responsabilizzazione dell'ostetrica nei percorsi di gravidanza fisiologica
- Mantenimento delle attività di informazione alle famiglie nel corso dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita su vaccinazioni e stili di vita in gravidanza e nel post parto.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
consolidare il ruolo dell' ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all' interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

Linea 3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)

ASUITs prosegue l'impegno per sviluppare ulteriormente il potenziale preventivo legato al ruolo degli operatori sanitari che intercettano in vari contesti i soggetti a rischio di sviluppare malattie croniche, cardiovascolari e non solo, il miglioramento dei percorsi assistenziali per patologie cardiovascolari. Le azioni programmate per **la prevenzione cardiovascolare** comprendono in particolare:

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Conclusioni del Progetto Cardio 50 con l'analisi dei risultati al fine di valutarne l'estensione a tutta la regione come screening a chiamata attiva (ASUIUD)	Il progetto Cardio 50 ASUIUD si è concluso con una buona adesione allo screening (75% dei 50enni chiamati) ed il riscontro di almeno un fattore di rischio nel 40% degli screenati sani (40% in classe C - nuovi ipertesi, iperglicemici, ipercolesterolemici). Il progetto potrebbe essere esteso in ASUITs come screening opportunistico dei MMG e delle strutture aziendali (ambulatori specialistici e/o internistici, Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Banca del Sangue) del rischio CV sulla popolazione dei 35-69enni.
Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno	Le persone intercettate dal personale medico-infermieristico delle AFT e/o delle strutture aziendali coinvolte avvieranno una fase di screening opportunistico del rischio CV utilizzando la cartella informatizzata del MMG o il Portale per la raccolta dati

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
“screening opportunistico” su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l’A.I.R. dei MMGG	e per definire il Rischio CV acquisito da ASUITs impostare immediatamente un counselling breve sul rischio CV ed avviare, ove indicato sulla base del “Manuale di Prevenzione CV” regionale, il PDTA appropriato che potrà giovare di percorsi facilitati (ad es. per visita cardio/angiologica, refertazione ECG on line, posti dedicati per ECO TSA, ABI ed ecocardiogramma) e della esenzione del ticket per “Screening Cardiovascolare”.
Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	A livello aziendale ASUITs viene identificato e designato dalla Direzione un gruppo aziendale multidisciplinare per l’applicazione dei Percorsi Assistenziali in Prevenzione Cardiovascolare composto dai componenti del Gruppo Regionale per il Piano di Prevenzione Regionale, il/i referenti Aziendali per la Prevenzione Cardiovascolare, rappresentanti della Direzione Strategica, del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, della Medicina Generale. Il gruppo di lavoro promuoverà la diffusione in tutta l’Azienda di brochure informative/educative sull’importanza e le modalità aziendali di raccolta dei dati per la classificazione del rischio CV, sui principi cardine della promozione della salute CV e sui percorsi clinico-assistenziali attivati a livello aziendale.
Prosecuzione della formazione (tutte le aziende)	La formazione aziendale è fondamentale per il successo delle iniziative del Piano Regionale Prevenzione a livello aziendale. Nel 2017 verranno aggiornate le 5 FAD previste dal Piano Regionale Prevenzione specifici per gruppi omogenei regionali e verrà organizzato 1 corso residenziali aziendale per varie categorie professionali sulla sorveglianza delle MCNT, sulla promozione della salute e sui principi della prevenzione cardiovascolare (prevista dal PRP la partecipazione di personale sanitario in una percentuale cumulativa con il 2016 di almeno il 9%).

Linea 3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP) ANSIA

Nel 2016 l’ASUITs ha iniziato una ricerca per valutare i benefici nell’affiancare uno psicologo alle associazioni dei MMG di Aurisina e Muggia. Il disegno di ricerca prevede di individuare gli stati ansioso depressivi di gravità medio lieve nella popolazione che affinisce negli ambulatori distrettuali di medicina di base e di trattarli con un intervento a bassa intensività. Per casi con disturbi ansioso depressivi medio gravi nonché affetti da altre patologie psichiatriche non comuni, individuate in fase valutativa dallo psicologo, è stata concordata una modalità di continuità con i CSM. Nel 2017 sulla base di quanto già impostato si proporrà agli MMG di porre attenzioni ai disturbi di cui all’obiettivo utilizzando il modello ispirato allo I.A.P.T. inglese. La sperimentazione pratica dello psicologo nei CAP di cui alla DGR 1356/SPT sarà effettuata in una sola sede distrettuale. Sarà inoltre programmata una formazione sui disturbi ansioso depressivi, la loro prevalenza, le modalità di trattamento e gli assetti organizzativi, nonché su alcune scale per l’individuazione dei due disturbi e la loro gravità. Sarà inoltre valutata la possibilità di coinvolgere i PLS per formazione e individuazione di percorsi per l’età pediatrica.

Il DSM dell’ASUI di Trieste e Centro Collaboratore OMS proseguirà il programma per il miglioramento della qualità dei percorsi di cura in collaborazione con i MMG – PLS e con i Centri di Assistenza Primaria territoriale (CAP) per il trattamento dei disturbi d’ansia/depressivi e per la diffusione della versione italiana del Mental Health Gap (MHGap).

Il modello per la presa in carico delle persone con disturbi d’ansia e/o depressivi è definito ed andrà condiviso con i MMG e PLS nell’ambito del percorso formativo già concordato con l’Ordine dei Medici di Trieste che prevede anche la presentazione della versione italiana del WHO Mental Health Gap Intervention Guide (mhGAP - IG). Le azioni da programmare e realizzare a livello locale per **la presa in**

carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi comprendono anche:

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Definizione condivisa di un modello per la presa in carico	modello individuato
Formazione di MMG e PLS	percorso formativo realizzato

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte della Aziende
garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	- lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	- >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della aziende
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Anagrafe sanitaria aggiornata

3.2.5. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)

La Scuola è chiamata a contribuire alla trasmissione e diffusione di una nuova cultura della salute sempre più orientata ad interventi di *empowerment* della persona, che favorisca lo sviluppo di capacità personali e sociali (*life skills*), al fine di rendere i giovani responsabili e consapevoli delle scelte di vita. Anche nel corso del 2016 il Progetto "Afrodite- Meglio Sapere Tutto promozione della salute e prevenzione dei comportamenti a rischio nell'area della affettività/ sessualità e dell'uso di sostanze legali e illegali" ha mantenuto le sue attività negli Istituti Superiori Statali del territorio di Trieste. È stato inoltre sviluppato un percorso di coprogettazione con alcune scuole di Formazione Professionale del territorio per lo sviluppo di attività di Peer Education.

Nel 2017:

- mantenimento delle attività di Peer Education negli Istituti superiori Statali del territorio di Trieste (reclutamento dei Peer, formazione/ laboratorio per i Peer Educator, interventi di sensibilizzazione/ rinforzo nelle classi 2e, formazione degli insegnanti)
- attuazione del percorso di Peer Education nelle scuole di Formazione Professionale (reclutamento dei Peer, formazione/ laboratorio per i Peer Educator, interventi di sensibilizzazione)
- valutazione dell'impatto degli interventi di Peer education nelle scuole statali coinvolte (in collaborazione con l'Unità di Psicologia del Dipartimento di Scienze della Vita dell'Università degli Studi di Trieste)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).

Linea 3.2.6. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)

La prevenzione primaria e secondaria gioca un ruolo cruciale nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali. Per quanto attiene, in particolare, al Gioco d'Azzardo patologico (GAP), verranno implementate, da parte delle aziende sanitarie regionali, le azioni previste dalla L.208/2015 e previste dall' apposito Piano regionale, a seguito dell'erogazione dei finanziamenti statali vincolati.

Il Tavolo Regionale delle Dipendenze intende attuare tale programma attraverso azioni condivise, mettendo in rete le risorse regionali e così creare sinergie operative.

In particolare per il primo obiettivo sono già state avviate nel 2016 delle riunioni di programmazione congiunta con il coordinamento del Tavolo regionale della Promozione della Salute e il coordinamento regionale dei Dipartimenti della Prevenzione. A livello aziendale si intende identificare gli operatori da formare all'interno del gruppo che già si occupa di prevenzione nelle scuole del territorio e che afferiscono a più servizi aziendali.

Per il secondo obiettivo verrà promosso un evento accreditato per la formazione continua degli assistenti sociali, che operano negli ambiti territoriali della Provincia di Trieste.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	<ul style="list-style-type: none"> - 1 workshop formativo Regionale - almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate) - almeno n. 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;

Linea 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Le malattie croniche devono essere combattute soprattutto agendo sui fattori di rischio, tra i quali la sedentarietà gioca un ruolo fondamentale. Sono quindi realizzate le condizioni necessarie per promuovere l'attività fisica sia come fattore di prevenzione delle malattie croniche sia come strumento di miglioramento del benessere in soggetti già affetti da tali patologie. Questa Azienda ha utilizzato, e intende proseguire su questa strada, forme di attività fisica che sono state repute funzionali all'obiettivo quali:

- muoviamoci insieme
- attività benessere
- attività fisica nei ricreatori

La presenza di queste attività all'interno di alcune microaree ci permette di avere il rapporto di operatori dell'Azienda Sanitaria e contesto di appartenenza della persona anticipando laddove necessario altre problematiche che possono incidere sulla salute delle persone.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione
realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato auspicando la possibilità di utilizzo di strumenti adeguati di pubblicazione.

Linea 3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Il Dipartimento delle Dipendenze implementa da decenni progettualità per la prevenzione e riduzione dei rischi nei giovani nei luoghi del divertimento, con azioni mirate anche alla prevenzione degli incidenti stradali all'interno del Progetto Overnight quali: utilizzo di mezzi di trasporto alternativo (es. buoni taxi); campagne per il guidatore designato; esecuzione dell'etiltest. Inoltre, in collaborazione con partner storici, coinvolge i cittadini in una campagna strutturata di sensibilizzazione sulle problematiche alcol correlate.

Oltre a ciò, per il 2017, si intende procedere a:

- Implementazione del progetto "Overnight 2017"
- Implementazione della campagna "Aprile mese di prevenzione alcolica"

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzazione alla prevenzione degli incidenti stradali	- Partecipazione ad una iniziativa regionale di comunicazione e informazione nell'ambito scolastico, in collaborazione con l'Assessorato ai Trasporti e le Istituzioni locali
ASUI UD: effettuare presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla	Condivisione dei risultati dell'attività svolta presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
guida in qualità di centro di riferimento regionale fungere da riferimento regionale (formazione, acquisizione hardware e software...) per l'eventuale estensione dell'offerta presso ulteriori centri di valutazione sul territorio regionale.	neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale ed adozione delle raccomandazioni
ASUITs: adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti

Linea 3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)

Rimangono obiettivo prioritario, le azioni di formazione e sensibilizzazione rivolte alla prevenzione gli incidenti domestici.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici. continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
perseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
formare operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento

Nel corso del 2017 l'ASUITs proseguirà con l'attività di coordinamento a livello regionale, realizzando un report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS.

Proseguirà l'attività di sensibilizzazione della popolazione relativamente alla prevenzione degli incidenti domestici.

Verranno diffusi i dati relativi alle cadute nella popolazione anziana, rilevati nel 2016 attraverso il sistema di sorveglianza PASSI D'Argento e quelli relativi alla percezione del rischio di incidente domestico, rilevati nella popolazione adulta dal sistema di sorveglianza PASSI. Relativamente all'attività di sensibilizzazione della popolazione, il tavolo regionale nel corso del 2016 ha coinvolto, fra gli altri, esponenti della RAI regionale e ricercatori della SISSA. Nel corso del 2017, utilizzando i fondi ex art. 13, verrà diffuso almeno 1 spot televisivo.

Il materiale informativo esistente per la popolazione verrà aggiornato, in collaborazione con le aziende sanitarie della regione e con l'IRCCS Burlo Garofolo. Al fine di raggiungere anche gli stranieri stanziali sul territorio, in particolare le famiglie con figli, verrà tradotto nelle lingue delle etnie minoritarie più rappresentate (cinese, turco). Gli opuscoli in italiano e nelle lingue identificate saranno stampati e diffusi.

Per quanto riguarda la rilevazione dei rischi nelle abitazioni, mediante l'utilizzo della check list nel corso del 2017 devono essere rilevati i rischi in almeno 50 abitazioni di persone. Oltre a quelli formati negli anni precedenti, nel corso del 2016 sono stati formati 17 operatori all'utilizzo della check list. Entro il 31/12/2017

Linea 3.2.10. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)

Il programma VIII è trasversale alle attività di vigilanza e controllo svolte da diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione ed è finalizzato a migliorarne la qualità e trasparenza oltre che a incrementare l'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit. La crisi congiunturale di questi anni ha reso non più realizzabile il programma degli audit limitati al comparto edile ed agricolo così come indicato nel PRP. Si ritiene opportuno rimodulare tale obiettivo allargando le attività di audit a tutti i settori produttivi.

Nuove iniziative di informazione/assistenza/formazione dovranno essere rivolte a professionisti, uffici tecnici delle amministrazioni pubbliche e alle imprese, per l'attuazione della Legge regionale 24 d.d. 01.10.2015 sulle procedure di vigilanza o più in generale alle normative poste a tutela della salute e della sicurezza nel comparto dell'edilizia. A tale proposito, coerentemente con le disposizioni di cui alla DGR n. 2549 del 18 dicembre 2014, le attività di vigilanza sulle imprese saranno anche improntate alla sorveglianza, assistenza e al counselling.

Nel corso del 2016 sono state elaborate e diffuse ai portatori di interesse procedure di vigilanza nei comparti dell'edilizia e dell'agricoltura. Nel corso del 2017 dovranno essere messe in atto alcune iniziative di verifica dell'applicazione omogenea di dette procedure in ambito regionale. Sarà infine consolidato il confronto con la Magistratura delle Procure della Repubblica della Regione al fine di garantire maggiore omogeneità nelle attività di Polizia Giudiziaria sul territorio regionale, nel rispetto prioritario della mission degli organi di vigilanza e di prevenzione del sistema sanitario.

La revisione della normativa sulla Trasparenza ha reso non più obbligatoria la pubblicazione della lista dei controlli sulle imprese sui siti aziendali e regionali. Si ritiene in ogni caso utile proseguire nella diffusione dei controlli che il Servizio sanitario pubblico può attuare sulle imprese ed attività. Nel corso del 2016 è stata realizzata una lista dei controlli che verrà revisionata in funzione degli eventuali aggiornamenti normativi ed ulteriormente implementata nel corso del 2017.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRE Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRA Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
ASUI UD: coordinare i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli ASUITs: partecipare ai lavori	Partecipazione ai lavori per la stesura delle linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e dei protocolli operativi sulla uniformità dei controlli
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Partecipazione alla formazione di almeno 36 auditor ufficiali su scala regionale
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Formazione di 4 operatori SCPSAL Collaborazione nella predisposizione della scheda e del programma di audit
ASUITs: partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale

Linea 3.2.11. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)

La programmazione territoriale degli interventi di vigilanza svolti dalle strutture organizzative di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro privilegerà, in modo coordinato con le diverse funzioni del Dipartimento di Prevenzione e le altre istituzioni competenti, i settori a maggior rischio dell'edilizia e dell'agricoltura, proseguendo nelle azioni sviluppate nel corso degli scorsi anni. Il Piano Nazionale Edilizia in corso di approvazione prevede il raggiungimento dell'obiettivo numerico di 15% di cantieri sottoposti a vigilanza sul numero di cantieri notificati. In tal senso si ritiene opportuno avviare un'azione di progressivo allineamento dell'attività di vigilanza sino ad ora svolta dai Servizi con gli obiettivi nazionali che verranno adottati nel prossimo futuro.

Nel corso del 2016 si sono realizzati incontri con i portatori di interesse sia nel comparto dell'edilizia che nel comparto dell'agricoltura. Tale attività proseguirà anche nel corso del 2017. La Direzione centrale salute proseguirà l'azione di informazione del Comitato di Coordinamento ex art.7 del D.Lgs. 81/08 sull'attività di assistenza nei comparti summenzionati.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	5% delle aziende vigilate. - Agricoltura: mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente. - Edilizia: vigilanza su almeno il 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente
realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Realizzare l'incontro informativo/formativo ed inviare il report di attività alla DCS (descrizione dell'evento, numero di operatori formati suddivisi per categoria).

Linea 3.2.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)

Si dovrà garantire un'omogenea attività di informazione e assistenza in materia di salute e sicurezza, nei vari comparti produttivi o di servizio ponendo come priorità le attività di prevenzione per mitigare i rischi derivanti dalle differenze di genere, quelli individuali legati all'età, con particolare riferimento all'insorgenza

di malattie o disturbi muscolo – scheletrici, quelli correlati allo stress lavoro correlato e quelli legati a rischi emergenti. In particolare nel corso del 2017 dovrà essere implementata la collaborazione tra INAIL, INPS, Servizio Epidemiologico e Registro regionale dei Tumori per l'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM a livello regionale.

Nel corso del 2016 sono stati realizzati a livello regionale in modo coordinato dei momenti formativi rivolti ai MMG ed ai Medici Competenti sui rischi ergonomici e sulle neoplasie di origine professionale. Nel corso del 2017 si proseguirà l'attività informativa/formativa in tema di malattie professionali nei confronti anche delle altre figure della prevenzione laddove possibile in modo integrato con INAIL.

La Direzione centrale salute proseguirà l'azione di sostegno al ruolo del RLS e RLST e della bilateralità nell'ambito del Comitato di Coordinamento ex art.7 del D.Lgs. 81/08. Si proseguirà con il progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro indirizzato ai dipendenti delle aziende sanitarie come prima applicazione, per poi valutarne successivamente l'estensione ad altri ambiti.

Si sottolinea la necessità unificare e di rinnovare i software in uso dei medici competenti e in generale di acquisire un moderno software di gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ad uso delle strutture coinvolte in tali processi

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Collaborazione alla realizzazione su scala regionale di 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag. 90 PRP)	Analisi OCCAM sulle neoplasie naso-faringee e nasosinusali
proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	<ul style="list-style-type: none"> - produzione di un report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - offerta di percorsi per smettere di fumare ai fumatori soggetti a sorveglianza sanitaria

Linea 3.2.13. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)

Saranno mantenuti attivi i progetti nazionali di sorveglianza e monitoraggio secondo le indicazioni del Comitato ex art. 5 del Decreto Legislativo 81/08; il ruolo del Comitato regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del DLgs 81/08 sarà valorizzato come luogo di condivisione, coordinamento e monitoraggio di tali programmi con le parti sociali e le altre istituzioni, in coerenza con i principi di trasparenza, semplificazione ed efficacia.

L'accesso al database INAIL in tema di verifiche periodiche delle attrezzature ed impianti si è rivelato difficoltoso nel corso del 2016. In tale annualità quindi non si è potuto raggiungere in modo omogeneo l'inserimento previsto nelle azioni del PRP: il 2017 sarà quindi l'anno in cui tale procedura di archiviazione dovrebbe trovare avvio.

Nell'ambito Veterinario e degli Alimenti la Regione è impegnata a implementare e alimentare le infrastrutture già esistenti, al fine di realizzare un unico sistema integrato di reti di sorveglianza

epidemiologica, che consenta di mettere a disposizione le informazioni utili a sostenere adeguatamente le politiche di valutazione e gestione dei rischi.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Collaborazione alla predisposizione di un report congiunto di attività tra tutte le SPSAL regionali, report che verrà inviato alla DCS
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Non appena disponibile il software necessario: a) Informatizzazione delle notifiche ex art. 250 e 256 del D.Lgs. 81/08 b) Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art. 99 del D.Lgs 81/08
inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate inserito nello specifico database

Linea 3.2.14. Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)

Nel corso del 2017 proseguiranno le attività intraprese nel 2016 con particolare attenzione a quelle relative alla problematica degli inquinanti emergenti nelle acque destinate al consumo umano. Verranno inoltre affrontate, in collaborazione con altri Enti preposti alla tutela della salute e alla salvaguardia dell'ambiente, i rischi connessi a situazioni di inquinamento diffuso. Le azioni da programmare e realizzare comprendono:

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Partecipazione al tavolo regionale per la stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS
partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n° 630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	Partecipazione, salvo assenza giustificata, al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali"
il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Non rilevate criticità nel 2016 nel territorio dell'ASUITs
promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	Collaborazione nella realizzazione del corso per professionisti realizzato a livello regionale
promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle	Proposta della formazione ad almeno il 50% degli istituti comprensivi

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
scuole.	

Nel 2017 sarà attuato quanto previsto dal citato Piano Regionale della Prevenzione in tema di conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione, con gli obiettivi specifici di programmare iniziative di formazione e informazione, mantenere il sistema di monitoraggio al COR e rendere disponibili i dati sui soggetti attualmente esposti. Rimangono prioritarie le attività di sostegno alle persone affette da malattie amianto correlate e di contenimento dei rischi da amianto attraverso l'attività di prevenzione, in particolare la sorveglianza ex esposti ad amianto.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
ASUITs 1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.	- i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti verranno inviati al COR - Le schede ReNaM verranno trasmesse al COR - i dati sui soggetti attualmente esposti verranno trasmessi al CRUA e alla DCS
ASUITs garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,	almeno 1 controllo

Linea 3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)

Il Centro Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) del Dipartimento delle Dipendenze (DDD) assicura un'offerta attiva e gratuita, anche in forma anonima, del test HIV ed all'utenza presa in carico presso tutte le articolazioni organizzative del DDD viene garantita l'offerta dello screening sierologico secondo il "Protocollo operativo per la gestione delle principali infezioni virali correlate all'uso di sostanze nei servizi per le dipendenze del Friuli Venezia Giulia" approvato dal Tavolo Regionale delle Dipendenze nel 2014.

Inoltre il Centro MST ha attivato un protocollo operativo che assicura la vaccinazione anti HPV alle categorie a rischio (soggetti Hiv +, omosessuali maschi) in stretto raccordo con il Dipartimento di Prevenzione e la S.C. Malattie Infettive.

In merito agli indicatori previsti dall'attuale PNPV dall'analisi dei dati di copertura vaccinale, anche per il 2016 le coperture vaccinali regionali a 24 mesi confermano l'andamento in diminuzione. Un calo che riguarda sia le vaccinazioni obbligatorie (anti-difterica, anti-polio, anti-tetanica, anti-epatite B), che alcune di quelle raccomandate. L'obiettivo resta, pertanto, quello di migliorare le attuali coperture vaccinali implementando l'attuale rete con i PLS per l'eventuale somministrazione diretta. Saranno potenziate l'informazione e la comunicazione del rischio dando particolare rilevanza della dimensione comunicativo-relazionale nel contesto vaccinale.

Nel campo delle malattie infettive non prevenibili da vaccino sebbene l'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi sia caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, e dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età, è una malattia

prevenibile e curabile. Per questo il suo peso in termini di incidenza, prevalenza è ancora alto. Questo rende prioritario e irrinunciabile l'impegno nel contrastare la sua diffusione garantendo la diagnosi tempestiva, i trattamenti efficaci e le appropriate misure per il suo controllo.

Si lavorerà inoltre al miglioramento dei sistemi di sorveglianza, al miglioramento dell'accesso al test HIV, alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza, alla formazione per un corretto uso degli antimicrobici.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione ad un evento regionale - Organizzazione di un'iniziativa di informazione/formazione degli operatori
ASUITs garantisce l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report testing anno 2017
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Attuazione di una collaborazione tra IRCCS Burlo Garofolo, Distretti, PLS, Pediatri Sumaisti e Dipartimento di Prevenzione al fine di migliorare le coperture vaccinali
<p>Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione - Revisione organizzativa - Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione di un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni - Effettuazione di un corso di formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale ** - Attivazione dell'offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - Effettuazione di almeno un'iniziativa di comunicazione nei confronti di operatori ed utenti, anche con la collaborazione dell'OMCEO
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	<p>Predisposizione di una procedura aziendale in applicazione ai protocolli regionali relativi all'offerta delle vaccinazioni in categorie a rischio</p> <p>Applicazione del Protocollo Operativo per la vaccinazione HPV alle categorie a rischio (soggetti Hiv+, omosessuali maschi) presso il Centro MST</p>
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	Revisione delle procedure adottate al fine di iniziare un processo di accreditamento dei servizi vaccinali
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
ASUITs partecipa ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
ASUITs effettua la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
ASUITs effettua la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	Organizzazione di evento formativo

** Il corso di formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale è già stato effettuato nel 2014 e non vi sono state variazioni significative nel personale (Centri vaccinali, PLS, Ostetriche)

Linea 3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)

L'assistenza sanitaria ai migranti non può essere più considerata un episodio emergenziale temporaneo ma è, di fatto, funzione stabile di tutti i dipartimenti di prevenzione e richiede pertanto un impegno aggiuntivo di risorse e personale. Per la riduzione dei rischi di trasmissione da malattie infettive croniche come l'epatite è emersa l'importanza di sensibilizzare e informare in nuovi settori lavorativi (tatuatori, piercer, estetisti, ecc). Una efficace "policy" per una gestione più razionale dei farmaci antimicrobici non può prescindere da un adeguato programma di formazione e informazione, avente come destinatario tutto il personale operante in ambito sanitario, ma anche in quelli zootecnico e agricolo, finalizzato alla diffusione di una cultura sul buon utilizzo dei farmaci antimicrobici e sulla prevenzione del rischio infettivo connesso alla possibile trasmissione di microrganismi patogeni in ambiente ospedaliero ed extra-ospedaliero. Nel corso del 2017 è data attivazione a quanto previsto dal Piano Nazionale delle misure protettive per l'emergenza radiologica con particolare riguardo alla tutela della salute Pubblica.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale sugli interventi di assistenza a migranti
realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Effettuazione di un intervento formativo/informativo
garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata

Linea 3.2.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)

Prosegue l'impegno nel favorire il mantenimento di un buono stato di salute per tutte le persone lungo tutto il corso dell'esistenza, prevenendo l'insorgenza di MCNT attraverso la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno, migliorando le abitudini alimentari di piccoli, giovani, adulti e anziani, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili e ai soggetti intolleranti e allergici.

Nell'ambito delle attività che saranno sviluppate dalle aziende sanitarie regionali, in tema di tutela della salute della donna e maternità responsabile, dovranno essere attivati i percorsi formativi sull'allattamento al seno, organizzati dall' IRCCS "Burlo Garofolo" e diretti agli operatori dedicati.

La strategia di "salute in tutte le politiche" promossa dalla comunità europea si concretizza in azioni rivolte a migliorare le competenze e l'integrazione in materia di alimentazione sana, sicura e sostenibile tanto negli operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali quanto negli operatori del settore alimentare, attraverso lo sviluppo d'intese e accordi anche con soggetti non sanitari.

Azioni da programmare e realizzare a livello locale per Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT attraverso una alimentazione sana, sicura e sostenibile:

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati
<p>Nell'ambito delle attività che saranno sviluppate dalle aziende sanitarie regionali, in tema di tutela della salute della donna e maternità responsabile, dovranno essere attivati i percorsi formativi sull'allattamento al seno, organizzati dall' IRCCS "Burlo Garofolo" e diretti agli operatori dedicati.</p> <p>Dal 2014 UNICEF ha riconosciuto ASUITs (già ASS1- AAS1) Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento al Seno e l'Alimentazione nella Prima Infanzia, che prevede l'adesione agli Standard Assistenziali (7 Passi) che comprendono la formazione del 80% degli operatori dedicati ed il rispetto del Codice Internazionale per la Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno.</p> <p>Il mantenimento di tale riconoscimento prevede una rivalutazione periodica da parte di UNICEF nazionale.</p> <p>Nel 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione dell'allineamento agli Standard Nazionali (7 Passi e Codice Internazionale) con audit degli operatori e delle madri che hanno accesso ai servizi di ASUITs - mantenimento della formazione degli operatori sanitari secondo le responsabilità (dedicati >40%) - avvio delle pratiche di rivalutazione di ASUITs con UNICEF nazionale. 	
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda
Nel 2017 prosegue l'impegno nel settore della ristorazione collettiva attraverso la collaborazione con PA e Enti in occasione della stesura di gare d'appalto (almeno il 5% delle gare in corso nell'anno) e il Monitoraggio dell'offerta, nelle gare d'appalto, di frutta e verdura e di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta, della riduzione del consumo di sale, usando quello iodato (50% delle RC di PA e Enti)	
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutaris per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Realizzazione di un corso di formazione ogni Azienda
Nel 2017 verrà realizzato un corso di formazione rivolto a tutti gli operatori (prevenzione, cure primarie e ospedali) in accordo con i referenti aziendali dei programmi I e X	
Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO,	partecipazione alla realizzazione del corso regionale report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	territorio aziendale
Anche nel 2017, come già nell'anno precedente, verrà garantito il contributo di ASUITs alla realizzazione del corso di formazione regionale. Il contenuti del corso regionale verranno diffusi presso GDO, RC e R Pubblica: redatto report	

Linea 3.2.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

Le aziende sanitarie dovranno realizzare gli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale in materia di *sicurezza alimentare e di salute e benessere animale*, in particolare:

- ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare;
- attuare con maggior incisività il progetto Piccole Produzioni Locali;
- programmare attività di audit;
- effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA;
- attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini
- attuare, in base alle linee guida procedurali della Task Force sul benessere animale, i controlli sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto
- applicare il Decreto Ministeriale sulle misure di eradicazione della Scrapie su base genotipica;
- ottemperare ai LEA Ministeriali, focalizzando l'obiettivo sul LEA inerente l'anagrafe ovi caprina, raggiungendo il 3% dei controlli richiesti a livello Regionale.
- Ottemperare a quanto previsto dal piano vaccinale di emergenza per *blue tongue* su bovini e ovi-caprini su tutta la regione

Di seguito si indicano gli specifici obiettivi aziendali con il relativo risultato atteso:

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Come già nel corso dell'anno 2016, saranno effettuati i controlli sulle condizionalità nel 3% degli allevamenti che hanno richiesto i contributi AGEA, con estrazione casuale dei soggetti da controllare ed escludendo quelli già controllati nel 2016, indicativamente quattro allevamenti (il numero può variare a seconda dei soggetti richiedenti). Verranno altresì presi in considerazione i suggerimenti derivanti dall'AUDIT ministeriale in corso a livello regionale su questo argomento.	
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	<i>Effettuazione delle seguenti attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione:</i> <ul style="list-style-type: none"> - n. 370 interventi ispettivi per settore (Veterinaria) - n. 4 audit per settore (Veterinaria) - 6 audit (SCIAN) - n. 100 controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e 25 valutazioni del rischio (Veterinaria) - n. 480 interventi di controllo ufficiale e 250 valutazioni del rischio (SCIAN) - 100% di campioni ufficiali programmati (SCIAN) - n. 6 controlli congiunti tra Servizio veterinario e

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
	SIAN, come da Accordo in Conferenza Stato Regioni.
<p>Saranno effettuati, come già nel corso del 2016, i controlli ufficiali sugli stabilimenti riconosciuti e registrati secondo la frequenza prevista da PRISAN in base alla valutazione del rischio.</p> <p>Nel corso del 2017 continuerà l'attività di categorizzazione e valutazione del rischio per le imprese alimentari registrate, non ancora categorizzate, al fine di ricavarne una categorizzazione preventiva.</p> <p>Seguirà l'attività di campionamento su tutte le matrici alimentari di origine animale secondo i piani regionali e ministeriali (Piano matrici alimentari di o.a., piano monitoraggio su molluschi bivalvi vivi, piano di monitoraggio su residui di prodotti fitosanitari, piano di campionamento sugli OGM e su eventuali trattamenti con radiazioni ionizzanti, pcb, diossine e additivi alimentari, piano di controllo sulla radioattività negli alimenti, Piano nazionale sui residui negli alimenti - PNR-).</p> <p>Proseguirà, come nel 2016, la collaborazione con l'Ufficio veterinario per gli adempimenti comunitari (UVAC) nei controlli sulla movimentazione dei prodotti alimentari in ambito comunitario condividendo la programmazione degli stessi. In tema di collaborazione seguiranno controlli programmati sulle imprese alimentari registrate con il personale della SIAN. Sarà effettuata, come da protocollo condiviso, attività di controllo sulla filiera dei prodotti ittici congiuntamente con il personale della Capitaneria di Porto di Trieste.</p> <p>Proseguirà nel 2017 l'attività di audit sulle imprese alimentari riconosciute e registrate in base alla revisione della categorizzazione degli stabilimenti secondo il rischio. La programmazione interna dovrà tener conto della collaborazione di auditor esterni, in considerazione della impossibilità del veterinario ufficiale dello stabilimento a partecipare alla formazione del gruppo.</p>	
<p>Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.</p>	<p>Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPR 0179-2015 del 01/09/2015.</p> <p>Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
<p>Il progetto PPL continuerà ad essere sviluppato in collaborazione con i referenti regionali. Verrà effettuata l'attività di controllo ufficiale e di campionamento nelle aziende agricole che hanno aderito alle PPL. Nella gestione territoriale del progetto uno spazio notevole sarà occupato dagli incontri interaziendali in Regione, dalle collaborazioni interaziendali per i sopralluoghi di verifica e dalla organizzazione di eventuali corsi di formazione /aggiornamento per i produttori PPL.</p>	
<p>Nel corso di tutte le verifiche programmate (PRISAN) presso le Aziende agricole verrà data informazione del Progetto Piccole Produzioni Locali e dei corsi di formazione regionali. Redazione report annuale.</p>	
<p>Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale</p>	<p>Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione in funzione di quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.</p>
<p>Nel corso dell'anno 2016 sono già stati sottoposti a campionamento tutti i montoni riproduttori. Qualora nel corso dell'anno venissero proposti per essere adibiti alla riproduzione dei montoni non ancora testati, essi saranno sottoposti a campionamento secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale.</p>	
<p>Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	<p>Controllo degli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale al fine del mantenimento dell'indennità.</p>

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Come nell'anno 2016 verranno effettuati i prelievi negli allevamenti soggetti a campionamento, compatibilmente con la presenza di soggetti campionabili. Indicativamente tre campionamenti nel corso dell'anno per ogni allevamento con capacità pari o superiore a 30 capi (indicativamente due allevamenti).	
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuazione degli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
Come nell'anno 2016 verranno sottoposti a controllo per benessere animale un numero di allevamenti pari a quanto previsto dal PRISAN privilegiando, ove possibile, la scelta casuale dei soggetti da controllare ed escludendo i soggetti già controllati nel 2016. La programmazione dei controlli nel trasporto verrà, come di consueto, concordata con l'UVAC Friuli Venezia Giulia.	
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Come già nel 2016, saranno sottoposti a verifica almeno il 3% degli allevamenti ovi-caprini, privilegiando la scelta casuale delle strutture da sottoporre a verifica ed escludendo ovviamente quelle già testate nell'anno 2016.	
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Nel corso dell'anno 2016 sono già state sottoposte a verifica il 100% delle strutture di ricovero non convenzionate (nel territorio di nostra competenza non sono presenti strutture convenzionate). Esse saranno sottoposte nuovamente a verifica, anche alla luce dell'emanando regolamento di applicazione della L.R. 20/2012, come pure le strutture che eventualmente dovessero entrare in attività nel corso dell'anno.	
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017
Il piano di vaccinazione è già in pieno svolgimento e si prevede di portarlo a compimento entro il 28 febbraio 2017	

Per quanto riguarda i sistemi informatici del DIP si rileva l'urgenza di sostituire il sistema Kaori salvaguardando la fruibilità dei dati pregressi in esso contenuti, e di mettere a disposizione nuovi software o evoluzioni (per es. di MeLa) tali sia da rispondere alle esigenze del Dipartimento di Prevenzione in tutte le sue articolazioni che da mettere gli operatori in grado di perseguire al meglio gli obiettivi previsti.

Linea Reg.le 3.3. ASSISTENZA PRIMARIA

Linea 3.3.1. Attuazione accordo per la Medicina generale

ASUITs considera la costruzione delle nuove forme di aggregazione dei MMG momento centrale di sviluppo del sistema integrato di salute territorio/ospedale/territorio. Sono già state inaugurate 4 sedi di CAP e nel 2017 l'attività delle AFT e dei CAP (che saranno anche aumentati di numero) andrà portata a regime costruendo per i secondi una vera e propria integrazione con i servizi distrettuali, e fissando obiettivi di salute per le prime. I MMG sono presenti nei momenti di progettazione e di applicazione dei vari PDTA dei quali si è dotata l'Azienda. E' stato costituito formalmente un gruppo di lavoro aziendale per seguire operativamente lo sviluppo delle aggregazioni di Medicina Generale.

Per quanto riguarda le dimissioni protette ASUITs ha messo in atto da anni un progetto di presa in carico territoriale direttamente nei reparti di degenza in tutti i casi nei quali si riveli necessaria una continuità nell'assistenza post ospedaliera.

DISTRETTO	2014		2015		stima 2016*	
	PERSONE DEOSPEDALIZZATE	VALUTAZIONI DEOSP	PERSONE DEOSPEDALIZZATE	VALUTAZIONI DEOSP	PERSONE DEOSPEDALIZZATE	VALUTAZIONI DEOSP
D1	1.229	2.504	1.166	2.307	1.191	2.599
D2	1.455	2.878	1.346	2.598	1.383	2.640
D3	1.481	3.068	1.597	3.000	1.682	3.255
D4	1.502	4.117	1.488	4.388	1.462	3.949
ASUITs	5.370	12.567	5.371	12.293	5.395	12.443

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda	1. Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016.
2. Sviluppo dei CAP in ogni Azienda	2. In ogni Azienda sono presenti non meno di 4 CAP
3. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa	3. Evidenza in ciascuna Azienda Sanitaria di effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015.
Revisione procedure dimissione protetta	Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali

Linea 3.3.2. Accreditemento

Nel corso del 2016 è stato dato particolare impulso al programma di accreditamento delle strutture sanitarie, a garanzia della qualità del servizio e delle prestazioni ai cittadini, attraverso l'accreditamento definitivo degli ospedali pubblici e l'avvio dei procedimenti riguardanti le strutture di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali.

Nel 2017, in coerenza con quanto previsto dalla legge di riordino del SSR n. 17/2014, si procederà al completamento del processo di verifica e accreditamento delle strutture intermedie pubbliche e private ed in particolare delle RSA, Hospice, SUAP (speciali unità di assistenza protratta), strutture di riabilitazione funzionale per minori con disturbi neuropsichici e ospedali di comunità nonché delle strutture private per le

dipendenze. Inoltre, come già realizzato attraverso il Decreto del Presidente della Regione n. 151, del 26.7.2016, "Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche e sensoriali", per ciascuna tipologia di struttura intermedia saranno individuati/validati i criteri di accesso e le tariffe.

Agli enti del SSR è richiesta la partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti e l'autorizzazione alla frequenza ai corsi di formazione in materia di accreditamento organizzati dalla direzione centrale salute.

Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accreditamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015. ASUITs, in analogia a quanto già previsto nei PAL/PAO degli anni precedenti, mette a disposizione della Regione FVG propri professionisti esperti nel campo dell'accreditamento istituzionale secondo il calendario predisposto dalla Regione FVG.

ASUITs mette a disposizione i propri professionisti indicati dalla Regione FVG quali componenti dell'OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) e il professionista che ha partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS per gli obiettivi definiti sul funzionamento dell'OTA.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti. 2. Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accreditamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASUITs mette a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, i valutatori per almeno 20 giornate; ogni IRCCS per almeno dieci giornate. 2. L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accreditamento di ASUITs, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla direzione centrale salute entro il 2017.

Linea 3.3.3. Odontoiatria sociale

Il compito di ASUITs per il 2017 sarà duplice

- a) raggiungere i risultati attesi come azienda
- b) impegnarsi per il raggiungimento degli obiettivi regionali in quanto coordinatori regionali del programma

Pertanto ASUITs si pone l'obiettivo di soddisfare tutti gli obiettivi aziendali previsti dalle linee di gestione 2017, sia per quanto riguarda il numero di prestazioni erogate per ora di odontoiatra, che per l'attivazione dell'ambulatorio per le prestazioni NON LEA in ambito ortodontico e protesico mobile, l'attività del pronto soccorso odontoiatrico con orario di apertura pari ad almeno il minimo previsto dalla delibera, presenta una percentuale di visite generali e di controllo inferiori al 30% del totale delle prestazioni erogate.

In quanto coordinatori regionali del programma regionale, si procederà alla configurazione ed all'implementazione della cartella clinica odontoiatrica che dovrà essere attiva in tutti i centri erogatori entro il 31.12.2017, al controllo dell'apertura degli ambulatori per le prestazioni NON LEA di protesi e ortodonzia, e la razionalizzazione dell'offerta in AAS 5 e 2, nonché l'aumento di efficacia per raggiungere il

target di prestazioni di +20% rispetto al 2015 e 200 casi di terapia ortodontica e 1000 protesi totali nel 2017.

Nel 2017, infine, si razionalizzeranno i materiali utilizzati nelle diverse aziende.

Il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) prende in carico anche cittadini ad elevata vulnerabilità sociale, che necessitano di una maggior tutela sanitaria: l'uso prolungato di sostanze stupefacenti comporta un aumentato rischio di patologie stomatologiche e problematiche di natura odontoiatrica, il contesto socio-ambientale e le caratteristiche della tossicodipendenza comportano una scarsa capacità di provvedere alla cura personale di sé con una scarsa consapevolezza dei rischi sanitari ed infettivi e la mancanza di percezione algica fa sì che i pazienti si sottopongano ad eventuali cure odontoiatriche quando le patologie sono in uno stadio molto avanzato, riducendo notevolmente le possibilità terapeutiche con situazioni di edentulia, malgrado la giovane età.

Inoltre, in molti utenti la situazione socioeconomica non consente l'accesso alle cure tant'è che negli anni sono stati attivati dei percorsi diagnostici terapeutici integrati con la SC di Clinica Odontostomatologica, che si ritiene debbano essere migliorati e adeguati alla luce del programma di odontoiatria sociale promossa dalla Regione FVG.

ASUITs ha già provveduto all'acquisizione della cartella clinica informatizzata e, come da piani, intende avviarla a regime entro il primo semestre in modo che entro l'anno possa essere avviata nelle altre aziende della regione. Si auspica a tal proposito che Insiel realizzi le integrazioni previste nonché si renda disponibile a integrare anche il CUP.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra	1. +20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015
2. Prestazioni non LEA erogate	2. 200 casi di terapia ortodontica e 1000 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate
3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
4. predisposizione di un progetto per l'attivazione di un percorso specifico di odontoiatria sociale dedicato ad utenti in carico ai servizi per le dipendenze	4. formalizzazione del progetto

Linea 3.3.4. Cure palliative e terapia del dolore

Con la DGR 165/2016 sono state definite il modello organizzativo e i requisiti della rete regionale e delle reti locali delle cure palliative e della terapia del dolore per l'età adulta nonché le modalità di presa in carico dalla rete locale delle cure palliative ed i criteri di accesso ai nodi della rete della terapia del dolore. Con decreto del direttore centrale n. 689/2016 è stato costituito il coordinamento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore che, in coerenza con il mandato attribuitogli dalla L.R. 10/2011, ha approvato il progetto formativo per tutti i professionisti sanitari operanti nelle due reti che sarà realizzato nel 2017 con finanziamento statale ed ha attivato il monitoraggio per la valutazione dello stato di attivazione delle reti in tutti gli enti del SSR.

ASUITs ha già provveduto, nel 2016, a formalizzare la nomina dei referenti per le due reti. I progetti sono già entrambi stati presentati alla Direzione Generale e si stanno costruendo le collaborazioni necessarie per

la realizzazione concreta delle reti che vedano come parte attiva i presidi ospedalieri e territoriali, le aggregazioni dei MMG, nonché lo SCA, il 118 e l'Hospice. In entrambi i progetti, assolutamente sinergici tra di loro, sono coinvolte molte figure professionali, dai medici agli infermieri, dai fisioterapisti agli psicologi. Per attivare appieno l'operatività è necessario nel 2017 programmare percorsi di formazione specifici e verificare personale e dotazioni (soprattutto per HUB della rete del dolore).

ASUITs si impegna ad attivarsi per il rispetto degli obiettivi regionali, segnalando però alcune problematiche relative ad alcuni risultati attesi, quali la copertura h24 7 su 7 (che giocoforza sarà graduale), la definizione della percentuale dei decessi a domicilio (che va inteso ovunque fuori dall'H per acuti) e il 50% dei pazienti oncologici seguiti (anch'esso obiettivo da raggiungere con gradualità, visto l'alto numero di utenti oncologici residenti).

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Attivazione della rete locale per le cure palliative</p> <p>2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta</p> <p>3. ASSISTENZA H24 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)</p> <p>4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.</p> <p>5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative</p> <p>6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio</p> <p>7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p> <p>8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del</p>	<p>1. Entro il primo semestre 2017 in ogni AAS e ASUI è attivata la rete locale per le cure palliative ed è nominato formalmente il responsabile della rete locale</p> <p>2. ASUITs, ASUIUD e AAS 5 attivano il centro hub di terapia del dolore e negli altri ospedali sono attivati i centri spoke secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.</p> <p>3. Assistenza garantita h24 7 giorni su 7 in ogni AAS e ASUI</p> <p>4. La sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%</p> <p>5. superiore o uguale a 0,5</p> <p>6. uguale o superiore al 50%</p> <p>7. trasmissione report alla direzione centrale salute</p> <p>8. Almeno il 20%</p>

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda 9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.	9. Almeno il 50% dei pazienti presi in carico

Linea 3.3.5. Superamento della contenzione

ASUITs è riconosciuta come capofila a livello nazionale su questa problematica. Numerosi incontri, pubblicazioni, approfondimenti e convegni sono stati organizzati su questo tema. Si può affermare che, anche dal punto di vista dei risultati concreti, sia in Ospedale che nelle Residenze, Trieste si ponga all'avanguardia.

Per il 2017 ASUITs sta progettando numerose iniziative di formazione e sensibilizzazione. L'11 gennaio è previsto un primo incontro con tutte le associazioni e i loro aderenti i per chiedere la collaborazione dei volontari nell'area critica per organizzare turni di 24 ore con i care giver ed evitare l'uso dei mezzi di contenzione meccanica anche nella terapia intensiva, nelle rianimazioni e nella medicina d'urgenza.

Sono in programma altri eventi di formazione per il personale ospedaliero.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016	1. Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

Linea 3.3.6. Riabilitazione

Per il 2017 ASUITs si impegna a:

- Attivare il percorso riabilitazione in fase acuta e cronica delle Sclerosi multipla (entro il 31.12.2017): esiste già un percorso aziendale a coinvolgimento multi professionale sia con la riabilitazione ospedaliera che territoriale.
- Formalizzare il PDTA Sclerosi Multipla (entro il 31.12.2017)
- Formalizzare un percorso locale dedicato per le malattie neuromuscolari (SLA, Miopatie e Neuropatie) sia con la riabilitazione ospedaliera che territoriale.
- Formalizzare di un percorso locale dedicato per la malattia di Parkinson sia con la riabilitazione ospedaliera che territoriale

Nel 2017 ASUITs elaborerà quindi:

- ✓ Un Percorso condiviso per le malattie demielinizzanti, (sclerosi multipla) dalla fase acuta alla riabilitazione alla gestione del dolore e della spasticità
- ✓ Un Percorso per la riduzione della disabilità e del dolore e della spasticità nei pazienti con Stroke
- ✓ Un Percorso dedicato malattie neuromuscolari
- ✓

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	1. In ASUITs è attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito

	territoriale di competenza.
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	2. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale

Linea 3.3.7. Assistenza domiciliare

ASUITs presenta dati di eccellenza sull'assistenza domiciliare. Nel 2017 saranno incrementate le attività di sostegno alla fast track chirurgica e alla peritoneale (già nel 2016 è stato realizzato un lavoro di formazione con la chirurgia generale e chirurgia toracica e la nefrologia/dialisi.) L'impegno è ora di rafforzare il raccordo dei distretti con i reparti ospedalieri

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Presenza in carico	> 3.8% popolazione > 65 anni (secondo nuova griglia LEA)

Linea 3.3.8. Salute mentale

Nel corso del 2017 è prevista l'approvazione del Piano d'azione regionale per la salute mentale elaborato con la collaborazione dei referenti tecnici delle Aziende sanitarie. All'interno di detto Piano saranno trattati tutti i temi che attengono la salute mentale in età adulta, in età evolutiva, con riferimento anche al periodo della transizione delle cure e saranno sviluppati obiettivi specifici di sistema quali la definizione di una metodologia comune per i percorsi di abilitazione e riabilitazione, l'offerta di residenzialità e semi-residenzialità e il miglioramento del sistema informativo.

Con riferimento all'informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva), nel corso del 2017 si svolgeranno le procedure per l'adozione di un nuovo gestionale capace di rendere maggiormente fruibili le informazioni integrate dei soggetti presi in carico. Le Aziende conseguentemente adotteranno ed implementeranno il nuovo gestionale regionale.

Il DSM di ASUITs individua la necessità di qualificare ulteriormente gli interventi relativi a:

1. Miglioramento della qualità delle cure per le persone in trattamento presso il DSM.
2. Ottimizzazione della collaborazione del DSM con le agenzie di confine.
3. Manualizzazione dell'attività dei servizi del DSM in vista dell'accreditamento istituzionale.

Con speciale riguardo alle fasce più vulnerabili andranno ulteriormente implementate le attività previste dal programma "Mens sana in corpore sano". Sono attività orientate alla promozione di stili di vita salutari (attività fisica, corretta alimentazione, riduzione e/o eliminazione di alcool e fumo) per la riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili e conseguentemente della mortalità evitabile (obesità, alcool, fumo, ecc.).

Per quanto riguarda il miglioramento della risposta alle emergenze psichiatriche, in collaborazione con le forze dell'ordine, il 118 ed il Pronto Soccorso, vi è la necessità della condivisione, con le agenzie citate, dei contenuti operativi di linee guida e raccomandazioni per la gestione delle emergenze psichiatriche. Contestualmente si concluderà il percorso formativo relativo a crisi ed urgenza e lo studio di fattibilità per la realizzazione di un team funzionale a ponte tra SPDC e CSM che lavori specificatamente con le agenzie dell'emergenza ed il Pronto Soccorso.

Nelle more dell'accreditamento istituzionale dei servizi di salute mentale territoriali regionali, sarà realizzato un manuale con l'indicazione dei requisiti e dei criteri che indirizzano l'operatività dei CSM 24 ore. Sarà necessario l'inserimento nel regolamento del DSM, dei principi e delle metodologie che orientano gli interventi di integrazione sociosanitaria quali ad es. i tirocini socio-formativi e/o socio-lavorativi.

Con riferimento all'informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva), nelle more dell'acquisizione del nuovo strumento ASUITs ritiene indispensabile continuare ad utilizzare il sistema PsM, che va aggiornato nei tempi tecnici più brevi consentendo anche la gestione del budget di salute. Inoltre con l'entrata in funzione del nuovo sistema deve essere garantito il passaggio dei dati dall'applicativo in uso che attualmente è a regime in modo consolidato in tutto il DSM, con più di 200 utenti abilitati e formati, e una continua attività di configurazione, perfezionamento e adattamento.

Linea 3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare

Il DSM di ASUI di Trieste, nonché Centro Collaboratore dell'OMS, intende procedere alla formalizzazione del gruppo di lavoro multiprofessionale dedicato e dei percorsi di cura e protocolli connessi alla presa in carico delle persone con DCA finalizzati sia alla gestione degli aspetti internistici - nel caso di accertamenti medici e/o di acuzie in regime di ricovero- che alla presa in carico congiunta tra servizi competenti (CSM, SC BADO, NPI) e durante la transizione.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale <u>DCA</u>	1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri <u>DCA</u>
1 Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA.	1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri. Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.
2 IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013.	2 Ogni Azienda ha identificato un Ambulatorio DCA con suo referente.
3 Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.	3 Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale.
4 Formazione specifica degli operatori.	4 Evidenza di corsi formativi

Linea 3.3.10. Salute mentale in età evolutiva

Nel corso del 2017 sarà individuata con atto formale la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Verranno individuati i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori con disturbi neuropsichici. ASUITs proseguirà nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016. Nel 2016 sono stati individuati gli esperti regionali per l'attivazione del tavolo per la stesura del documento "piano regionale salute mentale".

Linea 3.3.11. Autismo

Sul tema dell'autismo un gruppo tecnico di esperti nella materia, nel corso del 2016, ha elaborato il documento sul percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico, in coerenza con i contenuti della Legge 18 agosto 2015, n. 134.

Nel corso del 2017 è prevista l'implementazione del percorso a livello aziendale.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Partecipazione dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale 2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico	1. I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati 2. Numero corsi (Early Start Denver Model) e numero operatori formati in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico

Per il 30 giugno 2017 si completerà la stesura del documento per la presa in carico dell'adulto affetto da disturbi dello spettro autistico con la definizione del bisogno assistenziale, le modalità di classificazione, i servizi socio assistenziali, le tariffe per gli erogatori.

In tavolo di esperti regionali per le linee guida sull'autismo ha già licenziato un documento per l'identificazione della rete e delle procedure sui disturbi dello spettro autistico in età evolutiva nonché le tariffe per le procedure diagnostiche e riabilitative sia ambulatoriale, che semi e residenziali. In questo documento in fase di formalizzazione, è data molta importanza all'individuazione e al trattamento precoce secondo protocolli già in attuazione presso L'ASUITs che vedono coinvolti i PLS, le SS TSBA distrettuali e il servizio di lingua slovena e il Burlo. Il trattamento adottato nella fase precoce è l'ESDM trattamento che sarà raccomandato per tutta la regione. Per la formazione degli operatori secondo questo approccio l'ASUITs ha già 6 gli operatori certificati, numero che sarà incrementato nel corso dell'anno.

La Clinica Psichiatrica Universitaria, a seguito dell'aumentata attenzione per il riconoscimento e la gestione dei disturbi comportamenti dello spettro autistico nell'adulto è orientata a procedere, nel corso del 2017, a:

1. Mettere a fuoco un percorso autismo che utilizzi in modo razionale e sinergico tutte le risorse presenti nella provincia di Trieste; tale percorso deve essere monitorabile in tempo "quasi reale" grazie ad una cartella clinica informatizzata e condivisa da tutti i nodi della rete (pSM).
2. Individuare un Protocollo di valutazione diagnostica condiviso tra IRCS Burlo, Ospedali Riuniti e SC BADOF.
3. Definire i percorsi di continuità, diagnostica e presa in carico e trattamento tra NPI e servizi di salute mentale territoriali.
4. Collegare la valutazione diagnostica ai Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali definendo modalità condivise tra i servizi che accertano il disturbo per garantire la continuità informativa alle famiglie nel periodo della transizione.

Linea 3.3.12. Consultori familiari

Nel corso del 2016 è stata completata la ricognizione sull'assetto organizzativo e sulla dotazione di personale in funzione delle attività e dei servizi erogati dai Consultori familiari ed è stato predisposto un piano di fattibilità per la riorganizzazione dell'offerta dei servizi del consultorio familiare in coerenza con i bisogni delle famiglie e nell'ottica di equità e omogeneità di offerta a livello regionale. La DGR 13 aprile 2016, n. 613 ha ravvisato la necessità, quale linea di azione prioritaria per le Aziende per l'assistenza sanitaria, la riorganizzazione e valorizzazione dei consultori familiari.

Viene garantito il percorso nascita e l'accompagnamento del bambino e della famiglia nelle prime età della vita e nelle fasi di maggior fragilità ed in particolare, per le gravidanze a basso rischio, viene prevista la responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso nascita. E' implementata l'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio. Nell'ambito della promozione della salute della donna,

vengono previsti percorsi per la donna in età post-fertile. Nel 2016 circa la metà delle donne in gravidanza residenti nel territorio triestino hanno frequentato i Corsi di Accompagnamento alla Nascita dei Consultori Familiari gestiti dalle ostetriche e circa i 2/3 delle coppie mamma-bambino, alla dimissione dalla maternità, hanno avuto accesso all'accoglienza Mamma Bambino delle SC BADOF (CF + SS TSBA). Nel corso del 2016 si è completata la formazione sul campo sui temi delle competenze delle ostetriche di comunità.

Nel 2017:

- messa a sistema dell'offerta dei CAN alle donne in gravidanza con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e a scarso accesso
- analisi di fattibilità per avvio dell'implementazione più estensiva della visita domiciliare in puerperio.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.	1. Attivazione del servizio.
2. Promozione della salute della donna in età post-fertile	2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile

Linea 3.3.13. Diabete

Il Tavolo Tecnico regionale per il recepimento del piano nazionale sulla malattia diabetica ha messo a punto un *“Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete”*, con lo scopo di fornire un nuovo modello organizzativo per la gestione integrata del diabete in Friuli Venezia Giulia. Al fine di garantire l'applicazione del Documento attraverso la condivisione dei contenuti, l'analisi dei ruoli e la formazione dei diversi attori coinvolti nella cura della persona con diabete, la Direzione nel corso del 2016 ha organizzato un progetto di *“formazione formatori”* rivolta a medici diabetologi, infermieri, dietiste, MMG, farmacisti, e altri operatori territoriali. Nel corso del 2017 sono previsti molteplici eventi capillari che ciascuna Azienda provvederà ad organizzare sul territorio di competenza, sulla base del programma prodotto dalla *“formazione formatori”*.

ASUITs si impegna all'applicazione della rete aziendale clinico assistenziale sulle problematiche connesse alla patologia diabetica redatta nel 2016 e all'attuazione dei PDTA clinico assistenziali con definizione dei ruoli e responsabilità dei numerosi professionisti che sono attivi nel settore

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1.1 L'ASUITs organizzerà nel primo trimestre del 2017 i corsi di formazione per garantire l'applicazione del <i>“Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete”</i>	1. Attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.

Linea 3.3.14. Sanità penitenziaria

Le funzioni trasitate all'ASUITs in materia di sanità penitenziaria hanno trovato un assetto organizzativo costruito sulle indicazioni della delibera giuntale n. 2059 del 7 novembre 2014.

Dopo una prima fase di sperimentazione, in data 28/04/2016 la Regione Friuli Venezia Giulia, con delibera nr. 716, ha approvato lo schema di protocollo triennale tra la Regione Friuli Venezia Giulia e il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria di Veneto, Trentino Alto Adige, definendo le modalità di raccordo tra le parti, al fine di garantire le funzioni di sanità penitenziaria dando le indicazioni per la definizione dei protocolli locali.

Riconoscendo il principio della continuità dei percorsi terapeutico riabilitativi dal momento dell'ingresso della persona nell'istituto penitenziario fino al momento della rimessione in libertà, in data 29.06.2016 è stato siglato il protocollo d'intesa triennale tra la Casa Circondariale di Trieste e ASUITs .

Già nel 2014 l'Azienda si è dimostrata sensibile rispetto alla tematica del suicidio in ambito penitenziario. Ha promosso una formazione residenziale nel mese di novembre 2014 dal titolo "Riconoscimento del disagio mentale e prevenzione delle condotte suicidarie", in collaborazione con il Dipartimento di Salute mentale.

In linea con l'accordo approvato dalla Conferenza Unificata il 22 Gennaio 2015 recante "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali nazionali, prevenzione suicidi, nel corso del 2015 in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale è stata realizzata una formazione sul campo (11 incontri presso la Casa Circondariale di Trieste che hanno coinvolto il 50% del personale del comparto Sicurezza 62 operatori e operatrici della Polizia Penitenziaria, su un totale di 132).

Nel 2017 è prevista una calendarizzazione di incontri con la Direzione della Casa Circondariale con i servizi che per competenza disciplinare si occupano di suicidio /autolesionismo con l'obiettivo di condividere percorsi di prevenzione di azioni di autolesionismo, e azioni suicidarie.

L'Azienda aderirà al Gruppo Tecnico Regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere individuando il personale dedicato, che a seguito dei lavori del Gruppo Tecnico redigerà un protocollo operativo locale in collaborazione con la Direzione della Casa Circondariale di Trieste.

Il DSM dell'ASUI di Trieste, nonché Centro Collaboratore dell'OMS, a suo tempo, ha tradotto e pubblicato anche su supporto cartaceo il manuale "Prevenire il suicidio in carcere. Le linee guida OMS e la realtà italiana. Manuale per operatori penitenziari e sanitari" la cui distribuzione potrebbe essere ipotizzata nell'ambito dei programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	1. Programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.

Ospedali psichiatrici giudiziari

ASUITs proseguirà nel programma regionale di superamento degli OPG, garantendo il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS) e, più in generale, attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate.

In caso di mancato utilizzo della REMS di Aurisina per persone residenti in regione, grazie al lavoro di prevenzione, secondaria e terziaria, svolto dai DSM regionali, sia sul piano operativo che nel rapporto con la magistratura, verranno sperimentate modalità di reimpiego del personale REMS nel supporto ai programmi personalizzati di persone a rischio di misure di sicurezza, di detenzione e deriva sociale.

Linea 3.3.16. Dipendenze

Per il trattamento e la cura delle dipendenze verrà promossa l'applicazione del Piano Regionale Dipendenze, con particolare attenzione ai soggetti con problemi correlati al gioco d'azzardo patologico e altre dipendenze emergenti.

Al fine di supportare una rete di cura rivolta a persone con problemi di alcol dipendenza si intende partecipare al confronto, tra servizi e terzo settore, sulle metodologie di trattamento utilizzate.

A sostegno del Protocollo tra Ministero della Giustizia, Regione FVG e Tribunale di Sorveglianza sottoscritto il 29.05.2014, si intende promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova, anche in relazione al finanziamento dedicato che la Regione intende erogare ai Servizi per le Dipendenze nel prossimo triennio.

Relativamente agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale si intende partecipare al monitoraggio con i servizi per le dipendenze regionali sull'efficacia di tali strumenti.

Allo scopo di migliorare il monitoraggio delle azioni messe in capo dal SSR per le problematiche relative alla dipendenza, si intende promuovere l'uso di strumenti per la valutazione dell'outcome, in continuità con l'anno 2016.

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze. Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione dei almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolico al workshop regionale.
3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.	3. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova. Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.

Linea Reg.le 3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti CUORE

1. Dopo la formalizzazione della filiera *cuore* della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti, predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO).
2. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).
3. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 210 (valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio)

Anno	2013	2014	2015	2016*	TARGET
N. dimissioni per scompenso cardiaco (criteri MeS)	215	204	208	203	
Popolazione 50-74	80.045	81.224	81.604	81.674	
INDICATORE MeS C11A.1.1 ("scompenso")	268,6	251,2	254,9	248,5	210

Il numero di ricoveri per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni per il 2015, secondo l'indicatore Sant'Anna Bersaglio, è risultato in ASUITs di 208. La proiezione, sulla base dei primi 10 mesi del 2016, porta questa stima a circa 203 per il 2016. L'obiettivo per il 2017 è quindi ridurre ulteriormente questa proiezione per arrivare ad un tasso rispondente al target (con l'attuale popolazione l'obiettivo sarebbe raggiunto con 171 dimissioni). Per tale obiettivo verranno mantenuti e migliorati i seguenti interventi in favore dei pazienti con scompenso cardiaco di 50-74 anni:

- Presa in carico medico-infermieristica (ambulatoriale o telemonitoraggio remoto) entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera di almeno 1/3 dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco (1° diagnosi), selezionati tra quelli a maggiore rischio di reospedalizzazione
- Mantenimento in carico medico-infermieristico presso l'ambulatorio dedicato della SC Centro Cardiovascolare e Cardiologia di almeno il 50% dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco selezionati tra quelli a maggior rischio di ospedalizzazione
- Condivisione con le AFT aziendali e con i Distretti di percorsi facilitati di presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco.
- Condivisione con il Pronto Soccorso e 118 di percorsi facilitati di presa in carico urgente senza necessità di ricovero presso l'ambulatorio dedicato della SC Centro Cardiovascolare o Cardiologia dei pazienti con scompenso cardiaco selezionati tra quelli a minore rischio.

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti RENE

Con la DGR n. 594 del 28 marzo 2014 è stata attivata la Rete regionale per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti; con DGR 2533/2014 e 1539/2015 sono state attivate le filiere Fegato e Rene (quest'ultima ha anche formalizzato due percorsi assistenziali regionali), mentre sono ancora da formalizzare gli avvisi delle filiere Cuore, Pancreas e Polmone. Partendo da contesti differenti per ogni filiera d'organo, per l'anno 2017 vengono individuati gli obiettivi sotto specificati.

Nel corso del 2016 sono stati approvati il "Percorso assistenziale del paziente candidato al trapianto renale" (decreto 133/2016) e il "Percorso assistenziale del paziente con malattia renale cronica stadi 1-3 e 4-5 KDOQI-KDIGO" (decreto n. 799/2016). Per il 2017 si prevede:

1. Effettuazione di un audit di monitoraggio congiunto dei nefrologi entro marzo '17 ed un secondo fra ottobre e dicembre '17.
2. Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale).
3. Ulteriore potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto di almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi e aumento dei casi di trapianto (almeno 70/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).

Nel 2017, ASUITs intende:

- a) proseguire con la formazione teorico pratica (circa 18 ore presso il reparto) degli infermieri dei servizi territoriali (Distretti RSA Strutture Protette) per arrivare a circa 200 formati. Al momento sono formati 130;
- b) promuovere in primis il trattamento domiciliare. Si utilizzeranno tutti gli strumenti per favorire il trattamento domiciliare peritoneale (con i diversi livelli di assistenza fornibili: dalle visite periodiche alle medicazioni etc.), fino alla forma di gestione infermieristica domiciliare della metodica nel paziente non autosufficiente senza sostegni (care givers) familiari.

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti FEGATO

Con la DGR n. 594 del 28 marzo 2014 è stata attivata la Rete regionale per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti; con DGR 2533/2014 e 1539/2015 sono state attivate le filiere Fegato e Rene (quest'ultima ha anche formalizzato due percorsi assistenziali regionali), mentre sono ancora da formalizzare gli avvisi delle filiere Cuore, Pancreas e Polmone. Partendo da contesti differenti per ogni filiera d'organo, per l'anno 2017 vengono individuati gli obiettivi sotto specificati.

La filiera Fegato della Rete per le gravi insufficienze d'organo e trapianti non ha prodotto i percorsi assistenziali previsti con le linee di gestione 2016; ne consegue che tale obiettivo è riproposto per l'anno 2017. Inoltre, nel corso di una visita al centro trapianti effettuata dal Centro Nazionale Trapianti è stata rappresentata la scarsa immissione in lista di pazienti rispetto all'atteso, oltre che la necessità di alcune riorganizzazioni delle attività, dal pre al post trapianto. ASUITs si impegna quindi, per il 2017, all'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 10 pazienti

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti PANCREAS

L'Azienda si impegna a contribuire attivamente, attraverso la partecipazione dei propri professionisti, alla costruzione della rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete con l'obiettivo anche di ridurre il tasso di amputazioni maggiori in pazienti diabetici (tasso atteso: <30 casi/1.000.000 residenti in Provincia di Trieste; valore medio regionale 2015 di 29,39/1.000.000 – fonte bersaglio).

	2013	2014	2015	INDICATORE MES 15
Numeratore	3	10	6	19
denominatore	231.755	235.793	236.186	703.734
Indicatore	12,94	42,41	25,40	27,00
	2014	2015	2016*	INDICATORE MES 16
Numeratore	10	6	6*	22
denominatore	235.793	236.186	234.955	706.934
Indicatore	42,41	25,40	25,54*	31,12*

	2015	2016	2017**	INDICATORE MES 17
Numeratore	6	6*	6**	18
denominatore	236.186	234.955	234.955**	706.096
Indicatore	25,40	25,54	25,54**	25,49**

*stima, **previsione

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti POLMONE

1. Formalizzazione della filiera polmone della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti.
2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 del 65,84 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).
3. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare
4. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare

Gli ultimi dati ASUITs indicano una marcatissima riduzione delle dimissioni per pazienti affetti da BPCO e un aumento di quelle per insufficienza respiratoria acuta (IRA).

C11A.3.1 ("BPCO")	2013	2014	2015	stima 2016*	TARGET
NUMERATORE	120	134	108	36	
DENOMINATORE	80.045	81.224	81.604	81.674	
TASSO	149,92	164,98	132,35	44,08	70,00

*stima elaborata su dati gennaio-settembre

Al fine di una migliore presa in carico di tali pazienti, ASIUTs si impegna ad attivare un modello organizzativo innovativo che preveda:

1. vari incontri per coinvolgere i professionisti ospedalieri, distrettuali e MMG nonché il personale infermieristico ed i fisioterapisti
2. Un insieme di interventi coordinati tra loro (bundle) riguardanti:
 - a. la prevenzione delle riacutizzazioni della BPCO/IRA e degli accessi al PS, attraverso l'incremento della vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica, anche in regime di ricovero, le pratiche di self management, comprendenti anche il corretto uso dei farmaci, una maggiore facilitazione per l'accesso alle strutture pneumologiche e alla riabilitazione respiratoria, un coordinamento tra il sistema 118 e pneumologi
 - b. la dimissione dal PS, attraverso l'attivazione dello pneumologo territoriale e del SID
 - c. la riduzione della durata della degenza, attraverso la valutazione pneumologica dei ricoverati per un corretto PDTA e, alla dimissione, riferimento clinico per i punti a e b.
3. Formazione del personale di cui al punto 3 e 4 delle Filiera Polmone delle Linee di gestione 2017

Linea 3.4.2. Urgenza emergenza ICTUS

1. *Aumento/Mantenimento numero trombolisi:* in accordo con le altre sedi Neurologiche della Regione, si prevede di limitare tale trattamento a 300/casi/anno. Con tale casistica si raggiungerà anche nel 2017 un livello pari al 128% dei casi trattabili.

Nel primo semestre del 2016 la Regione FVG è risultata la prima le Regioni italiana per numero di trombolisi eseguite su pazienti con Ictus ischemico. Il tasso di esecuzione della procedura rTPa sui pazienti ictati è a livello dei Paesi Nord-Europei.

Presso ASUITs, dai dati di monitoraggio regionale, al 31 agosto 2016 sono state eseguite 81 trombolisi (obiettivo PAL/PAO 2016: 85), anche attraverso l'estensione della procedura nei paziente "wake-up" in precedenza esclusi da tale opportunità terapeutica.

Al 30 novembre 2016, dai dati del registro internazionale SITs (<http://www.sitsinternational.org/>) in ASUITs sono state effettuate 121 trombolisi venose e 13 trombectomie intra-arteriose. Con questi ultimi dati, si prevede pertanto di raddoppiare la performance del 2015 alla fine del presente esercizio.

Si ritiene che un incremento di offerta della procedura, come proposta dalle Linee per la gestione del SSR, rischia di configurare un over-treatment, improprio per questa condizione

ASUITs si impegna a mantenere l'organizzazione, il riferimento Hub per la UTI goriziana ed il volume di offerta di Trombolisi nei pazienti con Ictus ischemico, secondo i protocolli internazionali e nazionali: circa 120 interventi di Trombolisi venosa eseguita nei confronti di pazienti con Ictus acuto riferiti dal territorio giuliano-isontino

2. *Misurazione dei tempi intercorrenti fra allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017).*

Presso la SC di Clinica Neurologica, la Stroke Unit registra, su apposito archivio interno, per tutti i pazienti che accedono nelle sezioni neurologiche, i tempi di allertamento ed esecuzione dell'indagine di radioimaging e i tempi intercorrenti da questa indagine all'esecuzione della trombolisi o della trombectomia intra-arteriosa.

ASUITs si impegna nel 2017 a rendere disponibili le relazioni di analisi dei tempi intercorrenti tra "allertamento-TAC" e tra "TAC-rTPa" per gli anni 2017 ed il I semestre 2017, rispettivamente entro il 30 giugno 2017 ed entro il 31 dicembre 2017.

3. *Utilizzo scale Barthel Index e modify Ranking Scale:* scale da applicare per tutti i setting assistenziali di ASUITs.

Per tutti i pazienti che accedono nelle sezioni neurologiche, vengono registrate, in cartella e su apposito archivio interno, i punteggi della Rankin Scale modificata e, secondo specifico protocollo in vigore dal 2009, per tutti i pazienti con ictus o con patologie neurologiche viene registrata una Scheda di Valutazione Multidimensionale (SVM). Quest'ultima contiene due valutazioni della Scala Barthel, una all'ingresso ed una all'uscita del Paziente dall'Ospedale. La SVM permette, attraverso l'utilizzo di ulteriori scale, di assegnare appropriatamente ad ogni paziente il setting riabilitativo.

ASUITs ha partecipato ad un Progetto presentato al Bando POR-FESR 2016 per informatizzare tali registrazioni e per sperimentare modalità ITC di riabilitazione e continuità delle cure anche a domicilio.

Per le finalità che l'obiettivo regionale vuole conseguire, si fa presente che la definizione di caso deve essere condivisa tra i Neurologi regionali, in quanto difforme anche dai sistemi di valutazione previsti a livello regionale (Vedi anche Dati forniti dalla DCS il 2.12.2016) e a livello nazionale (Indicatori PNE e MeS-Network Regioni).

ASUITs si impegna nel 2017 a documentare la registrazione della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale - appena sarà reso disponibile lo strumento di registrazione informatica previsto dal livello regionale - per l'85% dei pazienti con Ictus (Vedi definizione di caso 2016, Commissione regionale).

Linea 3.4.2. Urgenza emergenza CARDIO

Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.

Proposta ASUITs: Rivascolarizzazione dell'Infarto Miocardico Acuto STEMI

Criteri di inclusione:

Tutti i pazienti di età compresa tra 18 e 85 anni che si presentano all'attenzione del sistema regionale dell'emergenza (sia sul territorio che nei pronto soccorso ospedalieri) per "dolore toracico insorto da meno di 12 ore" ed all'elettrocardiogramma iniziale (CON DEFINIZIONE DI ORA DI ESECUZIONE) dimostrano elevazione del segmento ST (superiore a 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue) oppure Blocco di Branca Sinistro di quasi certa nuova insorgenza

Criteri di esclusione:

- Shock cardiogeno
- ARRESTO CARDIACO CON ROSC
- Grave e documentata allergia al mezzo di contrasto
- Negazione del consenso a procedura invasiva proposta

PERCORSO ASSISTENZIALE

1. Somministrazione, salvo in caso di allergia nota o dichiarata, di acido acetilsalicilico alla dose di 150-300 mg per via orale oppure 80-150 mg e.v.
2. Somministrazione di prasugrel 60 mg per via orale (SALVO CONTROINDICAZIONI CLINICHE)

OPPURE ed IN ALTERNATIVA

3. Somministrazione di ticagrelor 180 mg per via orale (SALVO CONTROINDICAZIONI CLINICHE)

In caso di diagnosi di sospetto infarto miocardico acuto STEMI da parte del sistema regionale territoriale dell'emergenza: Attivazione dell'accoglimento immediato presso il centro HUB, dotato di sala emodinamica disponibile, più velocemente raggiungibile

In caso di diagnosi di sospetto infarto miocardico acuto STEMI presso Pronto Soccorso di ospedale SPOKE: Attivazione dell'accoglimento immediato presso il centro HUB dotato di sala emodinamica disponibile, più velocemente raggiungibile

In caso di diagnosi di sospetto infarto miocardico acuto STEMI presso Pronto Soccorso di ospedale HUB: allertamento e contemporaneo immediato trasferimento alla sala di emodinamica dello stesso ospedale

IN SALA DI EMODINAMICA

Registrazione del tempo di arrivo in sala

Effettuazione di registrazione (anche di una singola derivazione elettrocardiografica) non appena il paziente è posizionato sul lettino angiografico

Esecuzione di coronarografia, se possibile sempre da accesso arterioso radiale e previa somministrazione (se non già effettuata) di eparina non frazionata: 70 UNITA' Internazionali/kg per via endovenosa

Esecuzione di ricanalizzazione coronarica con guida da angioplastica ed annotazione dell'orario nel quale la guida ha superato la stenosi/occlusione coronarica

Ottimizzazione della riperfusione (obiettivo flusso TIMI 3) con mezzi meccanici e/o farmacologici

Esecuzione di ECG (12 derivazioni) entro 30 minuti dal termine della procedura invasiva

ESITI

Mortalità a 30 gg (ottenuta da sistema informativo sanitario regionale)

Mortalità a 1 anno (idem)

Degenza media dell'episodio iniziale di ricovero per STEMI trattato con PPCI (da SDO)
 Percentuale di pazienti in follow up a 3 mesi presso riabilitazione cardiologica

ASUITs si impegna inoltre, sul tema delle emergenze cardiologiche, a formulare un progetto per verificare la possibilità di inserire la formazione BLS-D nelle Scuole superiori ed i Corsi Universitari extra sanitari.

Linea 3.4.2. Urgenza emergenza TRAUMA

Per il 2017 vengono individuati gli obiettivi di seguito specificati:

Nel corso del 2017 dovrà essere formalizzata la rete trauma. Per il 2017, inoltre, si prevede:

1. Formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti.
 2. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.
 3. Implementazione, all'interno dei presidi ospedalieri di 2° livello, di un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia.
- nel corso del 2016 l'obiettivo delle fratture operate nelle 48 ore è stato raggiunto da ASUITs
 - è in corso riorganizzazione dell'attività chirurgica nel complesso operatorio per aprire una sala operatoria dedicata ai traumi dal lunedì al venerdì fino alle 18.30 e, in una seconda fase, il sabato dalle 8 alle 18.30.

Linea 3.4.2. Urgenza emergenza PRONTO SOCCORSO

Gennaio novembre 2015							Gennaio novembre 2016						
PRIORITA' IN INGRESSO	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	BLU e NERO	TOTALI	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	BLU e NERO	TOTALI	
P.S. Cattinara	8.199	21.482	10.012	996	4	40.693	9.639	21.445	12.107	1.168	5	44.364	
P.S. Maggiore	13.673	8.171	778	15	3	22.640	14.655	8.149	824	17	0	23.645	
TOTALE AZIENDA	21.872	29.653	10.790	1.011	7	63.333	24.294	29.594	12.931	1.185	5	68.009	

Differenza 2016-2015 gennaio novembre							Variazione % 2016/2015 gennaio novembre						
PRIORITA' IN INGRESSO	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	BLU e NERO	TOTALI	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	BLU e NERO	TOTALI	
P.S. Cattinara	1.440	-37	2.095	172	1	3.671	17,6%	-0,2%	20,9%	17,3%	25,0%	9,0%	
P.S. Maggiore	982	-22	46	2	-3	1.005	7,2%	-0,3%	5,9%	13,3%	-100,0%	4,4%	
TOTALE AZIENDA	2.422	-59	2.141	174	-2	4.676	11,1%	-0,2%	19,8%	17,2%	-28,6%	7,4%	

Il riassetto operativo della Struttura di PS ha portato ad un miglioramento degli obiettivi circa i ricoveri, i tempi di attesa, la permanenza in PS, pur senza raggiungere gli standard previsti. Oltre agli interventi sull'organico (incremento 7 pl in med urg. incremento personale in PS, incremento personale per trasporti pazienti), è stata attivata la guardia traumatologica e sono stati inseriti gli assistenti di sala
 Va notato come, alla già presente situazione di criticità, si è aggiunto, nel 2016, un aumento degli accessi pari a quasi 5mila.

Per il 2017 è impegno di ASUITs migliorare l'attività della Struttura di Cattinara e investire nel potenziamento di quella dell'Ospedale Maggiore fino a portarla a pieno regime.

Linea 3.4.3. Reti di patologia

Malattie reumatiche

Nel 2017 prosegue il lavoro della rete con:

1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati. ASUITs applicherà lo strumento informatico del miglioramento del percorso nei tempi tecnici più brevi dalla messa a disposizione.
2. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi ASUITs.

Linea 3.4.4. Materno-infantile

Nel 2016 è stato sviluppato un percorso di formazione sul campo per la definizione delle competenze delle ostetriche di comunità, a partire dalle attività esistenti e consolidate che vedono l'ostetrica, operatore di riferimento per la donna (1° colloquio in gravidanza, Corsi di Accompagnamento alla Nascita, accoglienza Mamma Bambino post dimissione dalla maternità).

Nel 2017 si proseguirà con il consolidamento dell'offerta dei percorsi di cura per le donne con gravidanze fisiologiche da parte dell'ostetrica, valutando la fattibilità della responsabilizzazione diretta ulteriore delle ostetriche e dell'ampliamento dell'offerta.

Linea 3.4.5 Percorso nascita

Nel corso del 2016 sono state garantite le presenze di ASUITs al Comitato Percorso Nascita Regionale.

Nel 2017 l'Azienda si impegna a:

- prosecuzione della partecipazione del referente ASUITs ai lavori del Comitato Regionale (almeno 80 % delle sedute)
- mantenimento delle attività di accoglienza ambulatoriale per Mamma Bambino dopo la dimissione dalla maternità
- valutazione di fattibilità dell'estensione dell'offerta domiciliare post parto.

Linea 3.4.6. Sangue ed emocomponenti

Nel 2017 dovrà essere attuato quanto previsto dalla DGR 2673/2014 relativamente alla collocazione presso la sede ospedaliera di Palmanova del Centro Unico Regionale di Produzione degli Emocomponenti. La struttura nasce dalla fusione di due filoni di attività che attualmente sono affidati dall'AAS2 e dall'ASUIUD con attività ancora parzialmente svolta presso l'AAS5. Tale struttura assorbirà anche la funzione di raccolta sangue territoriale mediante i mezzi mobili (attualmente in comodato d'uso ad ASUIUD e ASUITs) e svolgerà la funzione di Centro di Coordinamento delle attività trasfusionali della regione.

Proseguirà la fattiva collaborazione di ASUITs con il CUPRO, continuando a inviare per la lavorazione unità di sangue intero e plasma raccolti nelle 4 sedi fisse e 2 mobili. A tale proposito, l'efficienza del sistema migliorerà quando il CUVB verrà trasferito nella stessa sede del CUPRO e quando sarà aggiudicata la gara dei trasporti.

Parteciperemo all'attività di raccolta sangue territoriale secondo le modalità decise dalla nuova struttura CUVB-CUPRO.

Il sistema trasfusionale regionale continua a presidiare l'autosufficienza in emocomponenti ed emoderivati e la sicurezza e la qualità della trasfusione ed a contribuire alla compensazione nazionale attraverso i seguenti obiettivi:

1. Raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata

con le regioni aderenti all'accordo interregionale plasma (valore 2016 +/- 2 %), con adeguamento della produzione agli standard qualitativi concordati in sede di coordinamento interregionale con il fornitore del servizio di plasma-derivazione.

Nel 2017 ASUITs intende rafforzare la raccolta di plasma, consolidando il trend positivo ottenuto nel corso dei primi 10 mesi del 2016 (vedi tabella). Si intende collaborare con le Associazioni di Volontariato del sangue per informare i donatori (soprattutto di gruppi sanguigno B e AB) sull'importanza della donazione di plasma, sia nei centri fissi che mobili. Verosimilmente, l'autoemoteca Regionale di Gorizia verrà impiegata anche in Provincia di Trieste, aumentando le possibilità per i donatori di donare plasma.

Infine, il completamento del Centro Unico di Donazione presso l'Ospedale Maggiore, attualmente in fase di progettazione esecutiva con fondi Regionali deliberati, comporterà un accentramento su unica sede con chiusura del centro dell'IRCCS Burlo Garofolo e conseguente miglioramento del rapporto costi/efficacia.

Si sottolinea che in applicazione al nuovo D.M. 2 novembre 2015, il volume di plasma raccolto è passato da 550ml a 650ml circa per seduta di plasma aferesi, con un complessivo incremento del volume raccolto a parità di unità di aferesi.

Tipologia donazione	Gennaio-ottobre 2015	Gennaio-ottobre 2016	%
Sangue Intero	13834	13703	-0,9
Plasma	3828	3999	+4.5
Totale	17662	17702	+0,2

- Mantenimento della quota di compensazione interregionale assegnata dalla pianificazione nazionale (Centro nazionale Sangue) ed interregionale (Nuovo Accordo Interregionale Plasma).
Si rileva come nei primi 10 mesi del 2016, per la prima volta il Dipartimento di Medicina TrASFusionale è stato autosufficiente per ciò che attiene alle unità di globuli rossi; a fronte delle 13703 unità di sangue intero prelevate, sono state trasfuse 13174 unità di globuli rossi concentrati, con un 'surplus' di 529.
- Riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio da parte di EGAS, producendo ed attuando, con il coordinamento della Direzione Centrale Salute, una progettualità specifica per la raccolta sangue territoriale a livello regionale.
ASUITs collaborerà fattivamente al progetto della raccolta territoriale.
- Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.
Proseguiranno gli Audit sull'appropriatezza delle richieste trasfusionali i cui risultati verranno restituiti ai reparti e discussi nelle riunioni del Comitato per il Buon Uso del Sangue. Per ciò che attiene alla sicurezza trasfusionale, si continuerà la raccolta e monitoraggio degli eventi avversi inerenti sia la donazione che la trasfusione. Parteciperemo al gruppo di lavoro Regionale dell'Emovigilanza e valuteremo l'impatto dell'applicazione del nuovo DM (nuova check-list, filtrazione in linea) sulla sicurezza trasfusionale.
Ai fini di migliorare la sicurezza trasfusionale, si aumenterà il ricorso alla richiesta trasfusionale informatizzata (Emonet Web), come previsto dal nuovo decreto.

Appare indifferibile la messa a norma del software per la gestione del sangue (Emonet) per quanto riguarda il nuovo decreto ministeriale dd. 2/11/2015 sulla regolamentazione della attività trasfusionale.

Linea 3.4.7. Erogazione dei livelli di assistenza

- Riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti (valore medio regionale del 2015 di 37,37% per gli adulti - fonte Bersaglio).

Si evidenzia come l'indicatore MeS-Sant'Anna C14.2 dimostri che nei 9 MESI 2016 vi siano stati: 830 DH di tipo medico, 272 DH di tipo diagnostico: **DH diagnostico di tipo medico = 32,8%, in deciso miglioramento rispetto l'anno precedente.** In totale le SSCC che superano il tetto dell'indicatore (30%) e hanno una numerosità di DH totali sufficiente ad incidere sulla performance aziendale sono 4. Erano 9 nello stesso periodo del 2015 (Indicatore MeS C14.2 nei 9 MESI 2015=39,4%; nell'Anno 2015=36,7%).

Si ritiene che la riduzione di questa tipologia di DH si associ all'opportunità di definire appropriati DAY SERVICE

- Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio).

Si evidenzia come l'indicatore MeS-Sant'Anna C14.4 dimostri che per 9 MESI 2016: 8713 RORD, 425 RORD oltre soglia: **DRG medici oltre soglia: 4,9% in deciso miglioramento rispetto l'anno precedente.** In totale le SSCC che superano la soglia di dimissione con DRG medico oltre soglia regionale (4%) e hanno una numerosità di sufficiente ad incidere sulla performance aziendale sono 14. Nello stesso periodo 2015 la performance aziendale era pari a 6,7%. A consuntivo 2015 la % di dimissioni con DRG medico oltre soglia era pari al 6,3%.

- Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione. Le AAS e le ASUI proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale.

ASUITs si impegna a formalizzare le proposte relative entro il termine stabilito. Inoltre verrà riformulata la proposta di pacchetto relativo alle prestazioni ambulatoriali onnicomprensive per l'osservazione geriatrica breve.

Linea 3.4.8. Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Rischio clinico

ASUITs si impegna a definire al proprio interno e a strutturare la Rete Cure Sicure in conformità alla DGR nr 1970 dd. 21.10.2016 e a identificare i referenti dei progetti e i link professionali da coinvolgere anche con la necessaria formazione (incluso quella a livello regionale).

ASUITs predispose un piano annuale del rischio clinico e garantisce il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale. Inoltre, diffonde e mette a regime le raccomandazioni ministeriali e dei programmi specifici.

ASUITs perseguirà inoltre le seguenti linee di attività:

- sicurezza del farmaco:
 - ✓ il mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (con un ulteriore focus su target di popolazione individuati attraverso le rilevazioni effettuate nel 2016);
 - ✓ la sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali;
 - ✓ la predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina

generale.

- adozione delle misure di “antimicrobial stewardship”, incluse:
 - ✓ la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali;
 - ✓ l'implementazione e la valutazione dell'impatto delle azioni in essere;
 - ✓ l'adozione di specifiche misure per il coinvolgimento nel programma regionale di setting clinico-assistenziali extraospedalieri (cure intermedie);
 - ✓ l'adozione e la promozione delle strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.
- partecipazione alla “Point Prevalence Survey” e diffusione capillare dei risultati.
- adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente.
- empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante:
 - ✓ la valutazione dell'utilizzo del modulo di “integrazione della lettera di dimissione”;
 - ✓ la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini.

Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

La strategia che verrà perseguita nella riorganizzazione dell'offerta prestazionale è quella della concentrazione delle attività per struttura al fine di assicurare casistica adeguata ed esiti attesi secondo standard internazionali. Per assicurare una adeguata qualità assistenziale si dovrà procedere alla concentrazione della casistica, in particolare chirurgica e interventistica invasiva, coerentemente con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, dal DM n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016.

Al fine di fronteggiare e contrastare l'inappropriatezza e la sovra-diagnosi, nel corso del 2017 si dovranno redigere, con l'aiuto degli specialisti medici, alcune liste di interventi da prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di *choosing wisely*. In particolare ci si riferisce ai seguenti:

- diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa
- diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio
- antibiotici per infezioni delle vie aeree superiori
- densitometria ossea
- esami preoperatori in pazienti a basso rischio
- antipsicotici in pazienti anziani
- nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o tumore in fase terminale
- inibitori di pompa protonica nel reflusso esofageo
- posizionamento del catetere urinario
- induzione del parto
- altri individuati dai professionisti

Una particolare attenzione all'appropriatezza verrà, inoltre, prestata alle prescrizioni di prestazioni di medicina di laboratorio, per la quale verrà adottato, in via sperimentale presso la AAS4, un supporto informatico ad uso dei prescrittori, sia ospedalieri che della medicina generale.

ASUITs approfondirà i temi dell'inappropriatezza prescrittiva in tema di sovra diagnosi, tenendo presente le indicazioni provenienti dai professionisti clinici. Un'azione di monitoraggio e benchmarking appare possibile su setting limitati di prestazioni già oggetto di analisi e preventivamente concordati/indicati da DCS.

Linea Reg.le 3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Tetti spesa farmaceutica

Per il 2017 i tetti di spesa per la farmaceutica sono in corso di profonda revisione da parte dei organismi statali. Ad oggi i tetti fissati per la farmaceutica ai sensi del comma 3 dell'art.15 del DL 95/2012 erano pari al 11,35% sul FSR per la farmaceutica territoriale (convenzionata+dpc+diretta classe A) e 3,5% del FSR per l'ospedaliera; la bozza di legge di stabilità 2017 prevede invece ai commi 2 e 3 dell'articolo 59 che i tetti per l'assistenza farmaceutica siano così ridefiniti: un tetto per l'assistenza farmaceutica ospedaliera comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto denominato "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR e un tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata denominato "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSN.

Obiettivi per gli enti dell'SSR

Le Aziende devono assicurare ogni utile misura per rispettare i vincoli fissati a livello nazionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella ospedaliera. Le azioni di contenimento dovranno essere in particolare mirate ad assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni favorendo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle cioè che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità per il paziente siano economicamente più vantaggiose per il SSR) ovvero privilegiando l'impiego dei medicinali a brevetto scaduto, dei bio-similari (questi ultimi rimangono ancora fortemente sotto i valori internazionali, sia per l'Italia che per il Friuli Venezia Giulia), e dei medicinali acquistati centralmente dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS).

ASUITs assicurerà ogni utile misura per rispettare i vincoli fissati a livello nazionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella ospedaliera, impegnandosi a privilegiare in esclusiva l'acquisto di farmaci aggiudicati in gara EGAS, qualora espletata, rispettando l'ordine di aggiudicazione, salvo shortage della specialità vincitrice.

Indicatore: Numero di acquisti extra gara EGAS/ numero acquisti totali

Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intravitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).

Al fine di garantire il rispetto dei vincoli fissati per la farmaceutica verranno messe in atto opportune azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e all'incentivazione dei medicinali dal miglior profilo di costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia e sicurezza i medicinali dal minor impatto economico

Indicatore: Evidenza quali e quantitativa di comunicazioni trasmesse dalla SC Farmacia ai decisori di spesa farmaceutica (dossier, report, segnalazioni, comunicazioni, conteggi, email, solleciti, riunioni di audit-feedback, presentazioni, verifica richieste con modello apposito, dossier per farmaci da inserire nel PTA, relazioni per la DS in caso di richieste di farmaci extra PTA, istruttoria impiego farmaci off label ecc)

Al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici,

l'EGAS, avvalendosi delle competenze interne e di quelle delle aziende sanitarie, nel corso del 2017 (compresa la gara farmaci in fase di predisposizione) dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA.

Collaborazione fattiva dei dirigenti farmacisti di ASUITs alla identificazioni quali e quantitative del fabbisogni dei farmaci, stesura dei capitolati tecnici e partecipazione in qualità dei componenti delle commissioni aggiudicatrici.

Indicatore: *Partecipazioni dirigenti farmacisti ASUITs per allestimento, aggiudicazioni gare/Totale gare EGAS*

Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e le ASUI di residenza del paziente.

Farmacisti di ASUITs si rendono disponibili a fornire tutte le documentazioni riguardanti i processi decisionali che hanno portato a concedere i farmaci a pazienti residenti extra azienda, inclusa la volontà a partecipare ad eventuali iniziative di audit richieste.

Indicatore: *Numero di risposte fornite/istanze di chiarimento avanzate da altre Aziende Sanitarie*

In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1, dovranno tendere ai valori target indicati.

In ambito territoriale si provvederà ad incentivare la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 che dovranno tendere ai valori target indicati. Si provvederà alla diffusione di almeno 3 comunicazioni ai prescrittori delle evidenze al fine di raggiungere il valore target definito nelle linee di gestione 2017.

ASUITs valuterà inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, con l'invio di report ai prescrittori.

Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale .

Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.

Rimanendo in attesa delle indicazioni della Direzione Centrale prospettate sopra in materia di biosimilari, si

riafferma la disponibilità assoluta a collaborare rafforzando le iniziative già messe in opera per la promozione dei farmaci biosimilari.

Indicatori:

In attesa degli indicatori che saranno fornite della Regione, quello individuati da ASUITs sono di tipo descrittivo (A) e numerico (B)

A) descrizione delle iniziative messe in opera dalla SC Farmacia per la promozione e sviluppo dei biosimilari di epoetina, filgrastim, infliximab, etanercept, insulina glargine

B) la prescrizione di farmaci biosimilari per i principi attivi sopra indicati è pari almeno all' 80% del totale nei pz naive

La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto consolida le modalità con cui assicurare, per tutti i farmaci per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost sharing e payment by results), il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente.

I farmacisti evadono le richieste di farmaci su registro web based, soltanto se correttamente compilata dal medico richiedente. Posizioni divergenti andranno sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura.

Indicatore: *Il 100% delle richieste vengono evase dopo la compilazione della richiesta web-based.*

A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.

Indicatore: *Viene mantenuta l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta con attività in isorisorse di strumenti e personale per tutte le strutture Aziendali. Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, si attuerà ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.*

L'EGAS, al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente, rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza di aggiornamento mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. A questo proposito EGAS assicura un monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC, e adotta ogni misura conseguente, al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata.

Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.

L'azienda monitora l'andamento della DPC informando i prescrittori nel caso in cui si evidenzino un elevato ricorso alla non sostituibilità, dando evidenza alla Direzione Centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.

Oltre alla DPC le aziende promuovono l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.

Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.

ASUITs assicurerà la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione Centrale Salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia in termini di farmacovigilanza, oltre ad adottare in proprio iniziative per accrescere la sensibilità alle segnalazioni di reazioni avverse come strumento di protezione per i pazienti e di miglioramento delle evidenze dei farmaci in termini di sicurezza.

Indicatore: Il numero di segnalazioni per ASUITs di ADR è in linea o >al valore regionale.

In generale, ASUITs che da tempo promuove l'attività di informazione indipendente sull'impiego sicuro dei farmaci (es. newsletter periodiche, bollettino "Così è se vi pare", schede "Principi attivi in pillole") è interessata ad implementare tale attività anche tramite convenzione con la Direzione Centrale per avviare progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.

Le aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).

ASUITs assicurerà il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Si consoliderà la distribuzione diretta degli ausili di assistenza protesica e verranno favorite modalità di distribuzione dei prodotti AFIR economicamente vantaggiose per il SSR (es. accordi con le farmacie, distribuzione diretta).

La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due

rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2017 e al 31.12.2017).

Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.

Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.

Indicatore: ASUITs, che non si serve ancora della logistica centralizzata, persegue la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di tali medicinali

Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato. Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali è inoltre inserito a sistema il codice targatura.

Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'EGAS e le singole Aziende danno riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.

Indicatore: Saranno assicurati il monitoraggio e informatizzazione dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.

Rispetto della tempistica di invio entro il 10 di ogni mese alla Amministrazione centrale dei flussi della farmaceutica, previa verifica e controllo della loro congruenza

Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS).

CLASSE	% media FVG (gen-ago 2016)	% target nazionale a cui tendere†
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,2%
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,8%
C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	79,25%	86,1%
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	39,62%	49,5%
J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,3%
M05BA - bifosfonati	82,27%	88,2%
N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,1%
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	90,23%	93,7%

†basato sul report nazionale gennaio-agosto 2016.

Linea Reg.le 3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI

Linea 3.6.1 Non autosufficienza e disabilità

Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani

Gli obiettivi strategici regionali degli ultimi anni sono stati orientati a dare risposta ai bisogni della popolazione anziana attraverso l'attuazione di diverse strategie, tra cui la riqualificazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani che ha riguardato in particolare:

- l'adozione e introduzione dello strumento Val.Graf.-FVG quale sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone anziane e delle loro capacità residue;
- l'introduzione di nuovi sistemi informativi per la valutazione del bisogno delle persone anziane (GENeSys) e per la raccolta di informazioni relative alla gestione dei servizi residenziali (SIRA-FVG);
- l'attivazione di un sistema di monitoraggio e promozione della qualità nelle strutture residenziali per anziani;
- adozione del D.P.Reg. 144/2015 che disciplina, tra l'altro, il processo di riclassificazione delle residenze per anziani già autorizzate al funzionamento.

È obiettivo strategico regionale proseguire con il percorso e le azioni intraprese negli anni precedenti al fine di consolidare e rafforzare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, anche prevedendo che le risorse finalizzate al contributo per l'abbattimento della retta di accoglienza a favore degli ospiti non autosufficienti accolti in servizi semiresidenziali e residenziali (art. 13, L.R. 10/97) vengano individuate alle rispettive aziende su base storica e assegnate nell'ambito del finanziamento alle AAS per l'anno 2017.

Ciò premesso, per l'anno 2017, le Aziende per l'assistenza sanitaria collaborano all'attuazione del percorso avviato negli anni precedenti con le seguenti azioni:

1. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani già funzionanti

Sarà garantita la partecipazione all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani secondo le modalità e i termini previsti al titolo X del D.P.Reg. 144/2015. Inoltre, in continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, sono inoltre previsti i seguenti obiettivi/azioni:

- la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione;
- il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione;
- il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015), in particolare nelle residenze per anziani non convenzionate.

2. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani:

ASUITs proseguirà nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti realizzando almeno tre nuove visite di audit approfondite. Si provvederà, inoltre, a redigere e

trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

3. Sistemi informativi:

ASUITs garantirà il monitoraggio, la verifica e l'eventualmente sollecito 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.

4. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG

ASUITs provvede a valutare, 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. La valutazione sarà effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.

Disabilità

L'amministrazione regionale ha avviato un processo di riforma del sistema dei servizi sociali e sanitari, al fine di allinearli rispetto al mutato panorama dei bisogni della popolazione. L'obiettivo è di riorientare il sistema d'offerta per renderlo in grado di dare risposte calate sui bisogni delle persone. In questa prospettiva l'area della disabilità rappresenta un elemento di sfida cogente, data la specifica evoluzione dei bisogni di questo settore e le rinnovate sensibilità culturali. Le necessità di cambiamento si rendono evidenti soprattutto in rapporto all'attuale assetto istituzionale e dei servizi che, nel tempo, si è caratterizzato per una maggiore istituzionalizzazione e una significativa rigidità.

A fronte di questo scenario, l'amministrazione regionale intende definire una strategia d'insieme che ponga le basi per un processo di riforma nel settore della disabilità, in linea con i più recenti orientamenti scientifici e culturali e con gli indirizzi normativi nazionali.

Al fine di supportare il processo di riforma del settore della disabilità, ASUITs effettuerà un'attività di valutazione delle condizioni di vita degli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali, di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96, nello specifico si evidenzia la necessità di approfondire le tematiche di carattere sanitario. In particolare, per l'anno 2017, si provvederà:

- alla valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione;
- all'individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione-

Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale

ASUITs in base alle disposizioni contenute nel regolamento che disciplina il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP), emanato con decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 7 (artt. 10, 11 e 12 – progetti sperimentali a favore di persone con problemi di salute mentale), cofinanzierà al 50% i progetti (il restante 50% è assicurato dai fondi regionali). Tale quota sarà aggiuntiva e non sostitutiva di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il DSM dell'ASUI di Trieste continuerà, nel corso del 2017, gli incontri trimestrali con i servizi sociali dei comuni di Trieste, Duino Aurisina e Muggia per il monitoraggio dei progetti sostenuti con il FAP - salute mentale e l'attività rendicontativa per l'ambito del comune di Trieste.

Infine il DSM si propone di promuovere, nell'ambito dei programmi finalizzati all'individuazione di forme di abitare supportato e domiciliarietà, con particolare attenzione alle persone over 65 e con disabilità, tutte le attività rivolte a garantire la necessaria integrazione con le Aree di competenza per sostenere percorsi qualitativamente rispondenti ai bisogni nonché contrastare nuove forme di istituzionalizzazione.

Fondo gravissimi

In base al regolamento emanato con DPRReg 247/2009, tutte le AA e ASUI, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, sono tenute alle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.

A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), ASUITs si rende disponibile alla rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.

Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili

A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, a tutte le AAS e ASUI è stata demandata la competenza in materia di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.

Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità

Nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006, ASUITs eserciterà la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità. Per l'anno 2017, ASUITs effettuerà l'attività di vigilanza e controllo dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza. Appare di difficile raggiungimento la percentuale indicata del 30% (nell'anno) per la provincia di Trieste caratterizzata da un numero elevatissimo di residenze polifunzionali. ASUITs si impegnerà, compatibilmente con le risorse a disposizione, ad effettuare il maggior numero possibile di controlli. Per implementare questa attività, affinché risulti esaustiva in tutte le sue caratteristiche, con visione/gestione completa da parte di tutte le strutture interessate dal progetto, è fondamentale venga sviluppato uno specifico software gestionale, omogeneo a livello regionale, software che vada a garantire, al pari del gestionale MeLa-INSIEL per le SCPSAL l'attività delle Strutture SCISPPA e SCIAN dei Dipartimenti di Prevenzione.

Linea 3.6.2 Minori

Affido

Le Linee guida per l'affido familiare, approvate con delibera n 1115 dd 12 giugno 2015, hanno avviato, in tutto il territorio regionale, un processo di uniformazione degli interventi di sostegno alla genitorialità e di tutela dei minori in situazione di temporaneo allontanamento dalla famiglia.

Tutti i servizi socio-sanitari afferenti ai Distretti delle aziende per l'assistenza sanitaria (consultorio familiare in primis), in stretta e sinergica collaborazione con i servizi sociali di tutti i territori della regione, sono stati coinvolti nel dare esecutiva attuazione all'applicazione dei contenuti del documento, attraverso metodologie di intervento improntate sulla diagnostica, prognostica del minore, dei genitori, nonché

attraverso interventi specialistici e integrati, di sostegno psicologico e sociale, dell'intero nucleo familiare, nell'ottica di garantire, la prevenzione dell'allontanamento familiare del minore e il recupero di una adeguata genitorialità .

Il servizio sanitario deve pertanto essere garante di una presa in carico tempestiva del minore, della famiglia, garantendo interventi specialistici continuativi e mirati ai singoli individui, attivando azioni e interventi specialistici, per favorire il recupero delle potenzialità genitoriali, il sostegno psicologico del minore e il suo possibile rientro nella famiglia di origine.

A tal fine, il servizio sanitario, in raccordo con il servizio sociale, e, al caso, in collaborazione con l'associazionismo locale presente sul territorio, attua appositi interventi di sensibilizzazione e formazione del territorio, anche attraverso protocolli operativi e gruppi di lavoro multi-professionali, anche sovra-distrettuali, con l'obiettivo di implementare le risorse familiari disponibili all'affido e garantire la massima copertura possibile delle richieste di presa in carico e di intervento.

E' già vigente tra ASUITs e Ambiti della provincia un protocollo operativo sull'affido familiare che è in linea con i contenuti delle linee guida regionali (DGR 1115 dd 12./06/15). L'attività integrata sulla tematica è consolidata. Da diversi anni l'Azienda mette a disposizione ore settimanali di psicologo dei Consulteri Familiari per le attività del Servizio Affidi gestito dal Comune di Trieste, oltre agli interventi sanitari e socio-sanitari dei Distretti nella presa in carico dei minori e delle famiglie target.

Adozioni

La Regione ha avviato , già nel 2015 e attuato nel 2016, un Tavolo di lavoro sulla revisione del Protocollo per l'adozione nazionale e internazionale e sull'elaborazione di specifiche Linee Guida, garanti di indicazioni operative coerenti e uniformi in tutto il territorio regionale, sull'iter adottivo che, coinvolge il sistema socio-sanitario dei servizi delle aziende per l'assistenza sanitaria, in particolare dei Consulteri familiari, gli Enti autorizzati all'adozione internazionale, la Procura minorile e il Tribunale per i Minorenni.

Nel 2017 il Tavolo di lavoro, con il coinvolgimento dei consulteri familiari, assumerà la valenza di organismo tecnico specialistico di approfondimento delle diverse tematiche riguardanti l'adozione nazionale e internazionale, con particolare riferimento alle singole procedure di idoneità e abbinamento adottivo, sull'iter post adottivo, nonché di prassi condivise sulle prestazioni specialistiche dell'operato servizi sanitari coinvolti, in primis i consulteri familiari e dei diversi Enti autorizzati per l'adozione internazionale.

Per il 2017 si conferma la partecipazione di ASUITs con un proprio rappresentante al tavolo di lavoro regionale. Continuerà parallelamente, all'interno dei Consulteri Familiari di ASUITs, il lavoro di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza relativamente all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi nei 4 distretti.

Linea 3.6.3 Piani di Zona

Nel corso del 2016 la normativa di riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia, di cui alla legge regionale 26/2014, è stata ulteriormente definita e precisata portando all'effettiva costituzione delle Unioni territoriali intercomunali (UTI). A decorrere dal 2017 le funzioni dei Servizi sociali dei Comuni (SSC) sono esercitate dalle UTI e tra queste anche la funzione di programmazione locale del sistema integrato.

Il 2017 si presenta dunque come periodo di transizione nel corso del quale dovrà essere garantita all'utenza la continuità nella fruizione dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie, anche attraverso il proseguimento del percorso di pianificazione locale iniziato nel 2013. A tal fine si ritiene opportuno confermare anche per l'anno 2017 gli obiettivi e le azioni previsti per le aree di integrazione socio sanitaria delle Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona di cui alle deliberazioni della Giunta regionale 22 marzo 2012, n. 458 e 29

gennaio 2016, n. 132.

In particolare si prevede di attuare la pianificazione locale congiunta tra le AAS e ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria attraverso i seguenti obiettivi/azioni:

- Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013.
- Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e ASUI e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione.
- Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.

Linea Reg.le 3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

Linea 3.7.1. Tempi d'attesa

PIANO DI GOVERNO DEI TEMPI D'ATTESA PER L'ANNO 2017

Il Piano di Governo dei tempi di attesa 2017 ha l'obiettivo di proporre le azioni volte a garantire l'erogazione, nei tempi massimi definiti, di tutte le prestazioni previste dalla DGR 2550/2016 "Linee guida del servizio sanitario 2017" entro i tempi massimi previsti in base alla priorità clinica.

Lo strumento di programmazione della Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste è rappresentato dal presente piano volto a garantire, in continuità con le azioni messe in campo nell'anno 2016, la prenotazione e l'accesso alle prestazioni nei tempi massimi definiti.

Le modalità di valutazione regionali e la riunificazione di AOUTs con AAS1, come previsto dalla normativa regionale di riferimento, inducono ad una riorganizzazione dei servizi che partecipano al raggiungimento dell'obiettivo.

Al conseguimento degli obiettivi indicato si precisa che l'*Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste* assicura il mantenimento dei Tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali attraverso i punti di erogazione gestiti direttamente e attraverso le convenzioni stipulate con le Strutture Private Accreditate nell'ambito dei tetti indicati dalla Direzione Centrale e degli accordi stipulati a livello aziendale.

L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste renderanno alla DCS le modalità di utilizzo e finanziamento attribuito nell'indistinto procapite, individuato con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 25 % è da utilizzare, in extra tetto, per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati. Di tale accordo si darà comunicazione alla Direzione Centrale Salute.

A. INDIVIDUAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI CRITICHE E CONDIVISIONE DELLE AZIONI DI GOVERNO ANCHE CON LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

L'ASUITs è tenuta a garantire per le priorità Brevi e Differite il rispetto dei tempi previsti, per i propri residenti, con le proprie strutture o altre pubbliche e private accreditate.

L'ASUITs, nell'erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale di cui al presente Piano, è tenuta al rispetto della classe di priorità definita dal prescrittore assicurando la "garanzia" erogativa per la priorità B al 95 %, per la priorità D al 90 % e per la priorità P al 85 % dei volumi delle prenotazioni di ogni singola prestazione.

Al fine di raggiungere l'obiettivo indicato, si prevede il monitoraggio costante delle criticità e la conseguente rimodulazione dell'offerta con coinvolgimento delle Strutture che erogano le prestazioni e dei medici prescrittori anche al fine di ridurre le richieste inappropriate.

L'offerta sarà rimodulata con l'implementazione delle agende CUP che dovranno contenere i volumi minimi di prestazioni definiti anche in fase di contrattazione con le strutture accreditate esterne.

La rimodulazione dell'offerta CUP riguarda le prestazioni che hanno presentato criticità nel 2016 per le quali, qualora presentino o mantengano criticità, saranno messe in atto le azioni correttive di seguito indicate.

Branca / prestazione	Azioni correttive
Cardiologia	Visita cardiologica e holter: rimodulazione dell'offerta
Elettromiografia	Rimodulazione dell'offerta
Endoscopie digestive	Gli esami endoscopici B e D sono a quasi completo carico di ASUITs. Le agende dei privati accreditati non sono aperte in modo continuativo. Aumentare l'offerta dei privati accreditati.
Oculistica	Rimodulare l'offerta del fondo oculare con priorità B. Implementare l'offerta di visite P.
Otorinolaringoiatria	<u>Visita ORL</u> : implementare l'offerta di P
Spirometria	Rimodulare l'offerta.
Visita endocrinologica	Presente un'unica struttura erogante.
Visita gastroenterologica	Presente un'unica struttura erogante
Visita ortopedica	Rimodulazione dell'offerta
Visita dermatologica	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale, territorio e privati accreditati per agende chiuse non compensate dalla disponibilità dell'altra azienda.
Visita neurologica	L'offerta attuale non è sufficiente a garantire i tempi massimi: aumentare l'offerta.
Radiologia	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale e accreditati esterni (per esempio agende chiuse e non compensate con aumento dei posti nell'altra Azienda).
- Risonanze Magnetiche	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc
- TAC	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc
- Ecografie	Rimodulazione dell'offerta, al momento settorializzata
- Ecografia ghiandole salivari	Prenotabili solo per ASUITs, estendere anche a accreditati

Per garantire ai cittadini la prestazione nei tempi massimi stabiliti per ogni priorità sono definiti, anche in sede di contrattazione con i privati accreditati, i volumi di prestazioni da offrire a CUP. In considerazione del fatto che non sono previsti protocolli di priorità ma la priorità viene scelta dal medico prescrittore in base alla valutazione clinica, è difficile prevenire la domanda per ogni singola prestazione prioritizzata, quindi la stessa sarà calcolata in base ad una proiezione delle prenotazioni relative al 2016.

Le agende devono rimanere aperte per 12 mesi continuativi.

Secondo le indicazioni dell'EGAS:

- l'ASUITs proseguirà ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione on line del cittadino per tutta l'offerta:
- entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali saranno informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale.

B. INTERVENTI CHIRURGICI

L'Azienda si impegna a garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi indicati, per almeno il 95% dei casi con priorità A e per almeno il 90 % dei casi con priorità B, C e D.

Definizione Intervento	Codice intervento	Codice Diagnosi	DRG
Angioplastica coronarica	00.66, 36.06, 36.07, 36.09		
Artroprotesi d'anca	81.51, 81.52, 81.53, 00.70, 00.71, 00.72, 00.73		

Definizione Intervento	Codice intervento	Codice Diagnosi	DRG
By-pass aortocoronarico	cat. 36.1		
Biopsia Percutanea del fegato	50.11		
Cataratta	13.x ambulatoriale 13.XX		39
Coronarografia	88.55, 88.56, 88.57		
Emorroidectomia	49.46, 49.49		
Endoarteriectomia carotidea	38.12		
Neoplasia del colon retto	cat. 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6	cat. 153,154, 230.3, 230.4, 230.5	
Neoplasia della mammella	cat. 85.4, 85.22	cat. 174, 233.0	257-258-259-260
Neoplasia polmone	32.3, 32.4, 32.5, 32.9	cat. 162, 231.2	
Neoplasia della prostata	cat. 60.2, 60.5, 60.6	185, 233.4	
Neoplasia del rene	55.4, 55.51	189.0, 189.1	
Neoplasia dell'utero	da cat. 68.3 a 68.9	cat. 182, 233.1, 233.2	
Neoplasia della vescica	57.49, 57.6, 57.71, 57.79	cat. 188, 233.7	
Protesi valvolare	cat. 35.2		
Riparazione di ernia inguinale	cat. 53.0 e cat. 53.1		
Tonsillectomia	28.2, 28.3		

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

C.1. DIRITTI IN CASO DI SUPERAMENTO DEI LIMITI DI TEMPO

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

C.2. SORVEGLIANZA SULL'ATTIVITÀ EROGATA IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE

L'azienda, al fine di far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le priorità fissate in "garanzia" per il cittadino, procede con il monitoraggio periodico dei tempi di attesa e dei volumi di attività. 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. Qualora dovessero emergere delle criticità, l'azienda si impegna a mettere in moto gli strumenti e le azioni previste dalla normativa vigente e previste dalle stesse Linee Guida del 2017.

D. MONITORAGGIO

La gestione del governo delle liste di attesa sarà assegnata alla Struttura Unificata della Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste che il compito di:

- Monitorare l'andamento delle prenotazioni e definire gli strumenti che consentono, per ogni struttura erogante, di **rimodulare l'offerta** in relazione all'andamento della domanda e dei tempi di attesa
- definire con gli erogatori di prestazioni della provincia di Trieste, le misure di intervento per situazioni

improvvisi 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)

- produrre mensilmente, ed eventualmente al bisogno, un report sulla percentuale di prestazioni garantite nel limite dei tempi massimi stabiliti
- produrre mensilmente la rilevazione dei tempi di attesa effettuata il primo giorno del mese, da pubblicare sul sito aziendale
- effettuare il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa
- monitoraggio dei tempi di attesa e dei volumi di attività della Libera Professione

Linea 3.7.2. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

ASUITs si impegnerà affinché uno degli obiettivi dell'équipe dei reparti di Terapia intensiva e semi-intensiva sia *“una **razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie** poste a livello temporale, fisico e relazionale”*. Vi sono una serie di situazioni che fanno riferimento alla logistica concreta dei luoghi di cura intensiva, allo stato clinico del malato e dei malati con lui confinanti, alle procedure approntate o da approntare ed alla loro concentrazione oraria, all'impiego di radiazioni ionizzanti in certe fasce orarie, alle priorità assistenziali nei confronti del malato e dei malati, che però vanno tenute nel debito conto dalle realtà assistenziali e da chi le governa.

Linea 3.7.3. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Al momento in ASUITs tutte le Medicine (ma anche altri reparti) hanno tolto l'orario di visita consentendo ai care giver di accedere in qualunque orario (h 24) Ciò avviene da alcuni mesi con soddisfazione dei familiari ed anche del personale che vede diluire in un arco temporale più esteso un'affluenza che prima era concentrata in poche ore: si inizia a pensare al care giver come a una risorsa affettiva e assistenziale. Nel corso del 2017 si ritiene di incoraggiare la presenza del care-giver durante la visita medica.

Linea 3.7.4. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

ASUITs sta già sperimentando, presso l'UCO Chirurgia Generale, nell'ambito di un concetto di riabilitazione precoce postoperatoria, di richiamare sistematicamente i dimessi precocemente e/o delicati da parte del personale infermieristico che li ha gestiti in pre-ricovero. Il contatto avviene con questionari specifici per patologia e con l'intervento del chirurgo operatore in caso di problemi. L'obiettivo atteso consiste nell'intercettare precocemente problematiche, misurabile con la diminuzione dei rientri inaspettati attraverso il PS e con la limitazione delle visite di controllo non necessarie.

Per quanto attiene, invece, alla valutazione della “soddisfazione” dei pazienti ASUITs si impegna a seguire le indicazioni regionali.

Per quanto riguarda la verifica tramite call center (riguarda questa linea di lavoro e le precedenti) si resta in attesa del documento di progetto comprendente l'analisi di impatto privacy prevista al fine di dare corrette informazioni agli operatori.

Linea 3.7.5. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Frequentemente l'incertezza e lo stato di spaesamento che caratterizza diversi pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri deriva dalla mancata conoscenza dei propri riferimenti professionali. L'esigenza è di essere certi che i professionisti che ruotano attorno al proprio caso, e si succedono nei turni e nelle giornate, lo facciano secondo una logica coordinata determinata dalle scelte di un solo medico individuato come responsabile di quel determinato episodio di ricovero.

Le Linee per la Gestione SSR 2017 incoraggiano, pertanto, che ciascun paziente ricoverato in ospedale si debba ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.

Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.

Per procedura aziendale di ASUITs il medico referente delle cure è chiaramente individuato e il suo nominativo è riportato in cartella clinica.

Nel corso del 2017, ASUITs fornirà collaborazione alla DCS per lo svolgimento dell'indagine telefonica.

INDICATORI – Allegato B delle Linee per la gestione del SSR – Anno 2017

N.	Definizione	Standard Obiettivo	VALORE 2015	STIMA 2016	PREVISIONE 2017
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	≥ 95%	89,0%	89,0%	90,0%
1.a	Difterite-tetano	≥95%	89,0%	89,0%	90,0%
1.b	Antipolio	≥ 95%	89,0%	90,0%	91,0%
1.c	Antiepatite B	≥95%	89,0%	89,0%	90,0%
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%	81,5%	84,0%	84,0%
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥70%	44,0%	43,6%	46,0%
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	48,4	48,4	48,4
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%	5,1%	5%	5%
9	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥ 98%	100%	100%	100%
10.a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥ 98% del 20% degli allevamenti	500	100%	100%
10.b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥ 98% del 10% dei capi	221,1	100%	100%
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥ 98% del 3% delle aziende	79,4	100%	100%
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥ 98%	100%	99%	99%
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%	23,5%	20%	20%
14	DISTRETTUALE: Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Somma indicatori 14.a - 14.i ≤ 115	100,9	98,6	98,6
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI secondo aggiornamento griglia lea 2016	≥ 3,8%	2,9	2,64	3,8
16	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1	2,1	2,1	2,1
17	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>=65 anni)	<=24	38,4	22,3	22,3
18	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	<= 30 %	37,4	37,9	30,0
19	SPECIALISTICA AMBULATORIALE Consumo pro -capite di farmaci inibitori di pompa protonica	30 up pro cap	24	24	24
20	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10	21,2	21,1	21,1
21	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥38%	36,6	35,5	38,0
22	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alolegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza un regime ordinario	<= 0,32	0,25	0,23	0,23
23	Percentuale parti cesarei	<20%			
24	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	>70%	69,5%	79,7%	79,7%
25	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 20'	12' 55''	13' 40''	13' 40''

Allegato: progettualità proposte per l'anno 2017 a favore dell'integrazione territorio/ospedale/territorio

A. PROGETTO DRIN: DIAGNOSI RAPIDA E INTEGRATA DI NEOPLASIA

OBIETTIVO - Creare un percorso facilitato per il paziente con elevato sospetto clinico di neoplasia per consentire di ridurre i tempi di inquadramento diagnostico.

PREMESSA - Nella pratica clinica, nel forte sospetto di una diagnosi di neoplasia, la difficoltà maggiore del MMG e dell'utente è quella di un percorso diagnostico rapido ed efficace. Le esperienze maturate dai gruppi multidisciplinari dedicati e quelle raccolte in altre Regioni dimostrano che poter disporre di percorsi diagnostici terapeutici già pre-pianificati aumenta l'efficienza del sistema, riduce i tempi di attesa ed anche lo stress dell'utente. In quest'ottica, visto il numero di pazienti, inviati dal MMG, che afferisce alla SC di Radiologia per un approfondimento diagnostico di secondo livello (es. TAC), si propone di sviluppare un progetto per verificare la fattibilità, l'efficienza ed il gradimento di un ambulatorio che si metta a disposizione del MMG per ottenere una diagnosi precoce di neoplasia o la sua esclusione.

STIMA DELLA CASISTICA - Dai dati regionali l'incidenza di tumori, nell'area triestina, è di circa 1200 nuovi casi/anno. La SC Oncologia soddisfa circa i 2/3 di richieste di assistenza di questi pazienti, che per l'80% viene riferito dalle chirurgie. C'è però una quota residua non trascurabile, stimabile intorno a circa 120 pazienti/anno, che afferisce direttamente presso gli ambulatori dell'Oncologia, su indicazione del MMG, dopo un esame diagnostico che evidenzia localizzazioni secondarie di malattia, in assenza di una diagnosi di primitivo, o sospette primitività (per es polmonari) che necessitano di diagnosi. Questa quota di pazienti rappresenta una sfida per la necessità di offrire un percorso diagnostico e terapeutico in tempi brevi in assenza di vie "pre-pianificate ad hoc" e proprio questa quota di pazienti costituisce il target di questo progetto.

In dettaglio, pensando alla nuova organizzazione della realtà triestina, si propone un progetto che interessi i CAP dei Distretti in maniera incrementale (1 CAP nel trimestre 2017, 2 CAP nel secondo, 3 nel terzo ed infine tutti e 4 nell'ultimo trimestre), facendo formazione ai MMG e pubblicizzando questo servizio.

MODALITA' OPERATIVE - L'attore centrale del percorso è il MMG operante nel CAP che ha la responsabilità di selezionare correttamente i pazienti da riferire all'ambulatorio.

Quando il MMG ha un forte sospetto di patologia oncologica (ad esempio in base ad esami radiologici o endoscopici), l'infermiere del CAP che coordina tale attività, attiva il percorso facilitato.

In particolare, quando vi è il sospetto di lesioni epatiche secondarie all'ecografia, contatta telefonicamente, su numero dedicato, un infermiere operante presso la SC Oncologia in una fascia oraria dedicata dal lunedì al venerdì e si provvederà a fissare una visita, in spazi dedicati, con un Medico oncologo. A seguito della visita, della raccolta dell'anamnesi, ed esaminati gli esami già a disposizione, sarà impostato l'iter diagnostico, fissate le date per lo svolgimento degli esami necessari per arrivare alla diagnosi (eventuale endoscopia digestiva e/o TC toraco-addominale) e l'appuntamento per la visita oncologica successiva consuntiva che indirizzerà verso l'approccio terapeutico ritenuto più opportuno. Nel corso della visita finale sarà prodotto un referto conclusivo che sarà trasmesso al MMG.

Quando invece vi è una lesione polmonare sospetta all'esame radiologico, l'infermiere del CAP contatta lo pneumologo che opera in ambito territoriale. Egli programma la visita e a seguito della visita, della raccolta dell'anamnesi, ed esaminati gli esami già a disposizione, sarà impostato l'iter diagnostico, fissate le date per lo svolgimento degli esami necessari per arrivare alla diagnosi (eventuale broncoscopia e/o TC toraco-addominale) e l'appuntamento per la visita pneumologica successiva consuntiva che indirizzerà verso l'approccio terapeutico ritenuto più opportuno. Nel corso della visita finale sarà prodotto un referto

conclusivo che sarà trasmesso al MMG.

A fronte delle indagini endoscopiche seguite da biopsia, il campione biotico sarà indirizzato all'Anatomia Patologica con un codice identificativo del percorso. Vi sarà quindi la possibilità di prenotare direttamente, su spazi dedicati pre-pianificati, in fasce orarie dedicate, presso la SC di Radiologia/Gastroenterologia/Pneumologia/Anatomia Patologica, gli esami necessari a completare l'iter diagnostico. Il paziente uscirà quindi dalla visita con un "pacchetto" completo.

Perché il percorso funzioni sono indispensabili:

- Collegamento con MMG.
- Identificazione di spazi temporali e personale dedicato per effettuazione di visite specialistiche e indagini diagnostiche (ecografie, TC, endoscopie, biopsie, esame istologico-citologico).
- Richiesta presso la Regione di autorizzare una esenzione temporanea 048 che consenta l'effettuazione dell'iter (esenzione che verrà confermata in caso di diagnosi di neoplasia; nel caso contrario il paziente contribuirà alla spesa per le prestazioni eseguite).

DURATA DEL PROGETTO - Gennaio-dicembre 2017 con valutazione trimestrale dell'andamento ed eventuali azioni correttive.

B. Progetto valutazione del rischio, prevenzione, monitoraggio e trattamento della malnutrizione degli anziani

Nell'ottica di costruire un percorso di continuità fra territorio/ospedale/territorio, la S. C. Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione, congiuntamente al Team Nutrizionale Ospedaliero si propone, per il 2017 la formulazione di un protocollo che coinvolga ospedale e territorio (DIP, Distretti, Cure primarie Team Nutrizionale Territoriale), finalizzato alla valutazione del rischio, alla prevenzione, al monitoraggio ed al trattamento della malnutrizione degli anziani nei diversi setting di residenza e di cura (domicilio, strutture residenziali ed assistenziali). Risultato atteso al 31/12/2017: stesura e condivisione del protocollo. Un altro progetto innovativo riguarderà la diffusione nella popolazione bersaglio della preparazione domiciliare di integratori, che sarà condotta in collaborazione fra i team nutrizionale ospedaliero e territoriale.

C. SISTEMA DI GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE PER IL CITTADINO. Governance della comunicazione: come una buona comunicazione interna può facilitare l'accesso ai Servizi da parte dei cittadini.

La comunicazione/informazione dispone di una forte valenza strategica poiché è in grado di recepire le segnalazioni provenienti dalla cittadinanza, analizzarle con le funzioni aziendali interessate e fornire risposte efficaci e adeguate alla risoluzione delle criticità, intervenendo positivamente sulla riduzione delle segnalazioni e dei reclami. Il Servizio inoltre agisce come leva organizzativa per favorire il corretto accesso ai Servizi. ASUITs si propone quindi implementare la funzione di informazione e guida al cittadino. Attualmente il numero verde rappresenta uno dei principali punti di informazione del cittadino e fa maggior riferimento ai Servizi ex AAS1. ASUITs si impegna pertanto per il suo potenziamento nell'ottica di concretizzare l'integrazione di tutti i Servizi informativi di Asuits coordinati dal numero verde. La riorganizzazione del Servizio permetterà di coinvolgere la parte ospedaliera (CUP, PS, Centro Prime Cure), i CAP, le Farmacie, il call center regionale, gli MMG e i PLS, oltre al numero 116.117.

Linea Reg.le 5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il 2017 continuerà ad essere caratterizzato, come il 2016, dall'unificazione delle due Aziende triestine ed inoltre avrà inizio il percorso di riqualificazione del presidio di Cattinara che avrà un forte impatto sull'attività ITC.

Si affiancheranno, nel 2017, le attività necessarie per dare risposte ai bisogni dei sanitari, coerentemente con quanto previsto dalla normativa vigente o di nuova attuazione e dal mantenimento dei sistemi allo stato dell'arte.

Le azioni e attività che rientrano nelle competenze specifiche della struttura ITC delle Aziende triestine intercettano in modo trasversale numerose linee previste dalla delibera regionale 2550/2016.

Per quanto riguarda le linee di indirizzo riportate nel capitolo 5 "Il sistema informativo", si segnala che ASUITs intende proseguire nel percorso pluriennale di miglioramento e di mantenimento degli standard di qualità, sicurezza e continuità di servizio caratteristici della infrastruttura IT (ex AOUTs).

Questi sono stati finora garantiti mediante: l'implementazione di sicurezza fisica (perimetrale dei vani e locali tecnici e degli aspetti edili-impiantistici); autenticazione di rete 802.1x (su tutte le porte degli apparati di accesso e per tutte le tipologie di host); segmentazione e disciplina del traffico (VLAN e firewalling di periferia e di data center); ridondanza dei percorsi, delle alimentazioni elettriche, degli apparati core e dei servizi che consentono la connettività di rete agli host (radius, proxy radius, DHCP, DNS e Directory Service). Ciò viene peraltro previsto dalle linee, laddove si fa riferimento allo stato dell'arte per le reti LAN ospedaliere. In queste sono integrati sistemi medicali critici (sistema degli acceleratori lineari di radioterapia, le grandi diagnostiche radiologiche comprensive dei sistemi di postelaborazione [TAC, RMN, ecc.] e di gestione della dose radiologica, il SGISO, il PACS, gli apparecchi di fluorangiografia e dermatoscopia, il sistema di gestione dialisi, ecc.). Le LAN ASUITs ricadono nella definizione di rete dati medicale, ossia quelle nelle quali sono connessi dispositivi medici (CE DM), così come definita dalla IEC 80001-1. Questa direttiva pone particolare evidenza sulle responsabilità nella gestione del rischio fisico e informatico verso il paziente, tant'è che, nel caso di guasto o malfunzionamento, le attività di troubleshooting devono essere tempestive. Ad oggi, la necessaria competenza specialistica per le attività di secondo livello è stata garantita attraverso competenze interne, così come la responsabilità di sicurezza verso il paziente e gli operatori.

ASUITs auspica che il potenziamento delle reti geografiche e locali per il potenziamento della Continuità Operativa venga effettuato tenendo conto della puntuale dislocazione sul territorio delle sedi, e nel caso di prossimità a siti dotati di servizi di connettività, queste vengano ricondotte direttamente a alle relative reti locali riducendo complessità, costi e rischi connessi.

Per quanto riguarda il consolidamento dei servizi on line per i cittadini, ASUITs si impegna a collaborare man mano i servizi e le indicazioni di utilizzo verranno messi a disposizione.

In relazione alla pubblicazione dei tempi di attesa per i principali interventi chirurgici, si evidenzia la difficoltà nella gestione delle liste di attesa per tutti gli interventi erogati in regime ambulatoriale, poiché non previsti nel modulo software Insiel dedicato allo scopo. Questo limite, purtroppo, impedisce di gestire in maniera coordinata interventi eseguiti in regime ambulatoriale ed in regime di ricovero (ordinario/DH)

da cui deriva una difficoltà ad avere un'unica pianificazione di sala ma soprattutto rende parziale l'elenco degli interventi in lista e, di conseguenza, costruire l'indicatore.

Si richiede inoltre un adeguamento del modulo liste di attesa tale da consentirne l'utilizzo per gli tutti gli interventi chirurgici, a prescindere dal regime di erogazione degli stessi, prima che i dati in esso inseriti vengano resi pubblici.

Infine, nell'ottica della riduzione del tempo di consegna del referto in periferia – anche per quelli non disponibili on line – risulta indispensabile un potenziamento del sistema di stampa massiva per escludere i referti a maggior tutela privacy indicandone la presenza, se del caso, e verificare l'eventuale pagamento prima di rendere disponibile il referto per la consegna.

Per quanto riguarda la prosecuzione delle attività presenti nella pianificazione in essere si conferma che ASUITs opera da sempre nel perseguimento della sicurezza fisica, logica e funzionale.

Per adeguare gli interventi sul sistema ICT del SISR, come previsti dalla L.R.17/2014, si auspica che gli stessi vengano attuati da parte di Insiel con l'utilizzo di automatismi ad hoc tali da non richiedere pesanti attività di data entry agli operatori ASUITs e sempre in linea con quanto previsto dalla normativa sulla privacy.

Con riferimento all'avvio della nuova cartella clinica informatizzata si auspica che i tempi di diffusione siano brevi e, considerato che sono sospese le iniziative di sviluppo, si chiede che le risorse Insiel possano rendersi disponibili per garantire la messa a norma per i moduli non direttamente afferenti alla stessa, relativamente alla marcatura CE DM per il modulo prescrizioni del SEI e relativamente al nuovo DM dd. 01.07.2016 sulla regolamentazione dell'attività trasfusionale per Emonet.

Con riferimento alla revisione del sistema ASCOT e dei software collegati per la gestione delle attività amministrative si comunica la disponibilità di ASUITs di collaborare alle iniziative in tal senso.

Nel 2017 ASUITs si impegna a mantenere l'utilizzo della firma digitale a livelli tali da garantire le percentuali indicate dalla Regione su tutti i sistemi in cui tale strumento è già stato implementato (referti G2 Clinico, referti Cardionet, SEI, DNLAB, APSYS).

A tal proposito si richiede che, per conseguire una completa dematerializzazione, sostenibile dal punto di vista organizzativo, è necessario disporre di uno strumento informatico facilitatore per garantire la dovuta completezza della cartella clinica con il "link" all'originale.

Si fa presente, altresì, che la firma digitale della lettera di dimissione risulterà operativa non appena verrà garantito il sistema di conservazione che verifica, nel suo complesso, la validità del processo di firma.

Per quanto riguarda gli ECG inoltre, l'azienda si impegna ad introdurre la firma digitale dal momento in cui verrà messo a disposizione uno strumento a ciò atto.

Per quanto riguarda le performance aziendali richieste, ASUITs garantirà la firma digitale su:

- G2 Clinico referti ambulatoriali, compresi quelli della Medicina Trasfusionale > 90%
- Laboratorio, Microbiologia e Medicina Trasfusionale su DNLAB > 98%
- Anatomia patologica su APSYS > 98 %
- Radiologia su G2 Clinico > 98%: la percentuale potrà essere ottenuta solamente prevedendo a sistema anche la possibilità di inserire copie digitali conformi all'originale analogico.

Si fa presente, tuttavia, che nel primo quadrimestre 2017 scadranno in maniera massiva le firme digitali e

non si ha ad oggi indicazione delle modalità e dei tempi di distribuzione dei loro rinnovi.

Per quanto riguarda le funzioni rivolte al sistema, nel 2017 si auspica di poter avere al più presto a disposizione una suite di software organica e rinnovata, sia tecnologicamente che dal punto di vista della capacità di risposta ai bisogni organizzativi e clinici, tale da non introdurre rischi per il paziente (attenzione alla privacy, requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei sistemi). Il tutto integrato ed integrabile in modo semplice ed efficace con i software specialistici in uso e che verranno acquisiti e con gli apparecchi medicali di moderna concezione.

Relativamente alla normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione del sistema di SSO, si riporta che ASUITs già da anni integra nel directory service aziendale i sistemi di autorizzazione di applicativi, sistemi e servizi di terze parti utilizzando di conseguenza MS AD come unico sistema di autenticazione per mezzo di protocolli sicuri, standard (kerberos ed SLDAP) e proposti dal mercato, garantendo credenziali unificate e certezza per l'operatore di non impersonificazione da parte di altri. Si auspica quindi l'estensione ad ogni altro sistema possibile.

Relativamente alla condivisione dei tracciati ECG nell'ambito degli accordi tra Regione e Slovenia per il trattamento IMA-Stemi, ASUITs intende fornire la massima collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi previsti in tema di sanità trans-frontaliera.

Con riferimento alle attività rivolte all'assistenza primaria, si comunica la disponibilità di ASUITs di collaborare alle iniziative in tal senso e, analogamente a quanto detto per la cartella clinico assistenziale, si auspica di poter avere a disposizione al più presto una suite di software che risponda ai bisogni anche delle nuove aggregazioni emergenti quali i CAP, e che sia integrata con la cartella ospedaliera sempre senza introdurre rischi per il paziente e con particolare attenzione alla privacy, con requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei sistemi.

ASUITs intende avviare il servizio telefonico 116117 per l'emergenza secondaria.

Si precisa che ad oggi nessun provider telefonico ha dato disponibilità per l'avvio di tale servizio verso una singola azienda, né risulta che tale numerazione sia stata resa disponibile da parte del Ministero per lo Sviluppo Economico. L'intervento regionale si auspica possa risolvere la cosa.

Di particolare importanza, nell'ambito del sistema di laboratorio, l'introduzione del middleware HALIA in sostituzione del DNA e la contestuale messa a norma del sistema nel suo complesso.

Con riferimento al PACS, infine, ASUITs intende mantenere gli standard di qualità, sicurezza e continuità di servizio caratteristici del sistema PACS in essere, anche nell'ottica della distribuzione del servizio all'intera azienda unificata, dell'integrazione con il sistema regionale e, a tendere, dell'integrazione nell'infrastruttura IT dei sistemi dell'IRCCS Burlo Garofolo. Intende inoltre estendere l'utilizzo di strumenti di condivisione delle bioimmagini PACS anche nell'ambito dei progetti transfrontalieri (Interreg) già proposti.

Auspica, inoltre, di poter proseguire nel percorso di: estensione della digitalizzazione di tutte le bioimmagini prodotte in azienda in ogni settore clinico, ampliamento delle possibilità di valutazione quantitativa specialistica sull'imaging diagnostico e di avanzata configurazione del sistema, a garanzia di un maggior valore aggiunto per l'operatore, come già in atto nel settore dell'ecocardiografia.

Per quanto riguarda le indicazioni pianificatorie regionali, ASUITs si rende disponibile a:

- perseguire l'avvio e la messa a regime della migrazione del sistema PACS ASUITs al PACS Regionale, secondo quanto già previsto nel progetto redatto con i fornitori Insiel e Ebit e a valle della messa a disposizione, da parte di quest'ultimi, delle soluzioni e delle risorse in esso previste;
- valutare l'impatto sui propri sistemi e l'implementazione degli ulteriori casi d'uso previsti in ambito regionale (ad esempio per l'emergenza interaziendale, per la visibilità interaziendale e l'espansione nel settore dell'endoscopia).

Per quanto riguarda la conservazione legale delle immagini PACS, ASUITs auspica che la stessa venga fatta rientrare al più presto nel sistema IT di conservazione regionale, anche in considerazione del fatto che lo strumento attualmente in uso dal conservatore (per tramite di Insiel ed Ebit) a partire da marzo non sarà più rispondente alla norma. Fin da marzo quindi, comunque, la conservazione delle immagini PACS dovrà essere espletata con strumenti diversi dall'attuale.

3 le Regole gestionali

8.1. Vincoli operativi

Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, le Aziende potranno in essere manovre coerenti con le attività assistenziali programmate, attivando strumenti gestionali nell'ambito dei seguenti vincoli:

- Per la **Farmaceutica territoriale** (convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati nella DGR 2550/2016, a pag. 65 nella Tabella 1: "Finanziamento Enti SSR"; nei vincoli della farmaceutica territoriale e della farmaceutica diretta territoriale sono inclusi i farmaci per l'epatite C ed esclusi quelli per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara, per i quali l'AAS ha effettuato entro il primo trimestre 2016 una valutazione da parte di una commissione di professionisti esterni (costo/anno/paziente superiore ai 500.000 €)

Convenzionata: Vincolo 2017 € 125, proiezione ASUITs 2016 € 132.

Sembra di difficile realizzazione la diminuzione di € 7procapite.

DPC: Vincolo 2017 € 25,45, proiezione 2016 ASUITs € 23,9

In questo caso l'immissione in DPC di molti farmaci porterà ad un aumento, non alla contrazione della spesa pro-capite (stimato un pro-capite di € 28)

Distribuzione Diretta: vincolo 2017 € 61,47 (con inclusione dei farmaci per l'Epatite C), ASUITs proiezione 2016 € 48,07 (senza Epatite C).

Si ritiene l'obiettivo di difficile raggiungimento. Uno dei fattori da valutare durante l'anno sarà l'estensione delle indicazioni d'uso dei farmaci per l'Epatite C.

ASUITs intende sviluppare un'analisi sull'appropriatezza nei riguardi dei richiedenti quei farmaci per il fine vita, oncologici, ematologici, e/o biologici per IBD e psoriasi, farmaci per la sclerosi multipla, per le affezioni reumatiche, per l'ipertensione polmonare che vengono consegnati a domicilio e pertanto rientrano nella diretta.

- Per la **Farmaceutica ospedaliera**: sulla base dei dati di settembre 2016, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera pari al 2,7%, rispetto al corrispondente periodo gen-sett. 2015 (flussi NSIS).

Per il 2017 le aziende che hanno fatto registrare nel 2016 vs 2015 (gen-sett.2016) un decremento, dovranno ridurre dello 0,5% il valore registrato nell'anno 2016 (ASUITs, AAS2, AAS3, BURLO).

La proiezione dei costi della farmaceutica ospedaliera di ASUITs per il 2016 è pari a - 4%.

Obiettivo raggiungibile ma va detto che con l'avvento della immunoterapie endovenose (e come tali rientranti nella spesa ospedaliera) per il cancro di polmone, rene, vescica, le seconde linee per il mieloma multiplo, il dato può variare anche di molto perché un solo paziente preso ad inizio anno inciderà per > 70.000 €.

Sono esclusi da tale ambito i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione.

- Il numero di **prestazioni ambulatoriali** per abitante sulla popolazione pesata non può superare le 3,5 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.

Come si evince dalla tabella riportata il tasso di prestazioni pro capite è invariato (all'aumentare dello 0,8 delle prestazioni corrisponde un aumento dello 0,8 della popolazione). Per raggiungere il target fissato sarebbe necessario ridurre di 145mila le prestazioni (escluso laboratorio) per il 2017. ASUITs si impegnerà sul fronte dell'appropriatezza e del controllo ma si ritiene che l'obiettivo sia di difficile raggiungimento.

	2013	2014	2015	2016 stima	Diff.15/16	Var.15/16	9mesi 2015	9 mesi 2016	Diff.	Var.
FUGA tot.	47.055	47.055	47.055	47.055	-	0,0%	35.426	35.426	-	0,0%
FUGA senza LAB	19.360	19.360	19.360	19.360	-	0,0%	14.555	14.555	-	0,0%
TOT. con Fuga	3.455.004	3.320.029	3.339.867	2.981.680	- 358.187	-10,7%	2.542.824	2.270.073	- 272.751	-10,7%
TOT. con Fuga senza LAB	1.141.443	1.104.063	1.115.955	1.124.905	8.950	0,8%	833.403	840.086	6.683	0,8%
Popolazione	231.755	235.793	236.186	234.955	- 1.231	-0,5%	236.186	234.955	- 1.231	-0,5%
Popolazione pesata	271.947	275.606	277.596	279.877	2.281	0,8%	277.596	279.877	2.281	0,8%
Tasso pro-capite	4,20	4,01	4,02	4,02						

- Il **tasso di ospedalizzazione** di ogni Azienda non deve superare il 125 per mille.

La stima della Regione (con i dati ad agosto) propone per ASUITs un TO di 134,36 ‰. Il target fissato presupporrebbe una diminuzione di circa 2500 dimissioni (stima) di residenti per il 2017. ASUITs si impegnerà sul fronte dell'appropriatezza e del controllo ma si ritiene che l'obiettivo sia di difficile raggiungimento.

	2013	2014	2015	2016 stima	Diff.15/16	Var.15/16	TARGET
RICOVERI	37.703	36.733	35.510	35.759			33.059
FUGA 2013	1.899	1.899	1.899	1.899	-		1.899
RICOVERI SENZA FUGA	35.804	34.834	33.611	33.860	249	0,74%	31.160
Popolazione	231.755	235.793	236.186	234.955	-1.231	-0,50%	
Popolazione pesata	271.947	275.606	277.596	279.877	2.281	0,80%	
Tasso di ospedalizzazione standardizzato ‰	142,66	137,90	132,88	135,26			125,00

Dati ASUITs a settembre compreso

- Le **manutenzioni ordinarie edili impiantistiche** dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell'anno 2015; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.
ASUITs si impegna a rispettare il vincolo
- Per i **Dispositivi medici**, le aziende dovranno ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2016.
ASUITs si impegna a rispettare il vincolo
- In relazione alla **spending review** le aziende dovranno fare riferimento a quanto già attuato dal 2012 integrato con quanto previsto dalla DGR 1813/2015.

Per quanto attiene il vincolo inerente la spending review di cui alla L 125/2015 "Conversione in legge, con modificazioni, del DL 78/2015 recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali", questa Azienda ha tempestivamente predisposto sin dal 2015 un dettagliato piano di interventi tesi al rispetto delle disposizioni in argomento. Nel 2017 si prevede di consolidare i risultati già ottenuti e di implementare quanto previsto dal piano stesso. Si riporta di seguito una dettagliata relazione circa lo stato di avanzamento delle azioni, secondo uno schema già trasmesso all'Amministrazione regionale in sede di secondo rendiconto quadrimestrale 2016, ma aggiornato alle ultime evidenze.

Ricognizione sullo stato di avanzamento delle azioni previste dalla DGR 1813/2015 e dal Decreto 862/SPS dd 21/10/2015 in applicazione di quanto disposto dall'art. 9-ter D.L. 78/2015 convertito dalla L. 125/2015

Area ospedaliera

Con riferimento agli obiettivi di cui alla DGR 1813/2015, ed al successivo Decreto 862/SPS dd 21/10/2015 del Direttore della Direzione Centrale Salute Integrazione socio sanitaria politiche Sociali e famiglia, nei quale sono stati precisati gli obiettivi economici delle aziende del SSR - pari ad euro 3.528.950 nel 2016 per l'AOUTs e per l'AAS 1 nel loro complesso - e sono state individuate le azioni di razionalizzazione tese al conseguimento dei necessari risparmi, si riportano di seguito lo stato di avanzamento ed i primi risultati ottenuti in relazione alle iniziative/progettualità in cui l'AOUTs risulta essere coinvolta.

RINEGOZIAZIONI DEI CONTRATTI IN ESSERE CON I FORNITORI

A stretto giro rispetto all'emanazione delle disposizioni di cui alla DGR 1813/2015 e nelle more delle indicazioni successivamente intervenute con Decreto 862/SPS/2015, i Centri di Risorsa di questa Azienda hanno avviato i contatti con i fornitori titolari dei contratti in essere al 15/08/2015 con gare esperite dall'AOUTs (dalle forniture oggetto di rinegoziazione aziendale, sono stati quindi esclusi tutti i contratti relativi a procedure esperite dalla centrale di committenza regionale EGAS ex DSC), al fine di attivare le procedure di rinegoziazione degli stessi. Data la molteplicità e complessità delle forniture, la metodologia seguita nella programmazione delle attività si è basata anche su logiche di priorità economica (ovvero costi e durata dei contratti).

Gli esiti delle rinegoziazioni (importi al netto dell'IVA) sono sinteticamente riassunti nella seguente tabella:

Ditta	Contratto	Risparmi previsti per il 2016 su base annuale	Note
ATI per servizi integrati di manutenzione e gestione del patrimonio immobiliare	Global service manutenzione patrimonio	309.430,97	Importo stimato su base annua da riproporzionare in caso di nuovi contratti entro l'anno
ATI Coopservice- Servizi Italia-CNS	Global service economale	109.617,48	Importo stimato su base annua da riproporzionare in caso di nuovi contratti entro l'anno
Serenissima Ristorazione	ristorazione degenti e dipendenti	72.500,00	Importo stimato su base annua da riproporzionare in caso di nuovi contratti entro l'anno
Lab. Analisi chimiche dott. Giusto	Servizi di analisi di laboratorio	299,72	è stata definita una riduzione del 3%
Lab. Analisi chimiche dott. Giusto	controlli chimico-microbici liquidi tratt. dial.	113,60	è stata definita una riduzione del 1%
Unita Fortior	servizi di vigilanza e guardiana	770,00	è stata definita una riduzione del 5% ; il servizio scade al 30/11/2016
TESI S.p.a.	servizio manutenzione triennale Optinet	159,38	è stata definita una riduzione del 5% per il secondo semestre 2015 e il primo 2016; il servizio scade al 6/5/2016

Ditta	Contratto	Risparmi previsti per il 2016 su base annuale	Note
DIATECH	SERVICE PER TEST RAS CON PYRISEQUENCING	2.850,00	è stata definita una riduzione del 5% per i soli consumabili (reagenti); il servizio scade al 23/10/2016, nelle more della prossima gara EGAS
TOTALE GENERALE		495.741,14	

Con le attuali aliquote IVA i risparmi si stimano, nel loro complesso, in euro 596.104,2 per il 2016 ed in euro 591.493,4 per il 2017.

RIDUZIONE DELLE GIORNATE DI DEGENZA

La riduzione delle giornate di degenza prevista tra le iniziative di rilievo aziendale, risulta in linea con la programmazione pregressa delle due Aziende AOUTs ed AAS 1, che prevedeva, tra l'altro ed in estrema sintesi, un diffuso recupero di efficienza mediante l'avvio di una serie di azioni coordinate. I contenuti comuni della programmazione 2015 delle due aziende in questo campo, sono schematizzati nella figura riportata di seguito, presentata anche nel corso della giornata della trasparenza tenutasi il 21/01/2016.

Le azioni coordinate sul fronte esterno (continuità assistenziale, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali integrati, contenimento della pressione sul Pronto Soccorso anche mediante sviluppo dell'assistenza primaria) e sul fronte interno all'Ospedale (potenziamento della funzione di filtro svolta dal PS, razionalizzazione dell'assetto logistico dei reparti ed in particolare dei posti letto di degenza, azioni sull'appropriatezza nella scelta dei corretti setting assistenziali) hanno contribuito al calo dei ricoveri e ad una significativa riduzione delle giornate di degenza ordinaria. I risultati a consuntivo sono riportati nella seguente tabella.

	Ricoveri ordinari	Giornate di degenza Al netto degli entrati/usciti nello stesso giorno)
2014	23.843	234.052
2015	23.146	217.841
Delta	-697	-16.211
Delta %	-2,9	-6,9

Questa riduzione, assieme alle azioni di riorganizzazione logistica, si è riflessa in particolare sui principali appalti correlati alla degenza. Già nel Bilancio Preconsuntivo 2015, rappresentato in sede di formulazione del Bilancio Preventivo 2016, si erano potuti stimare sensibili rientri nei costi. I dati consuntivi permettono di rilevare i seguenti risparmi (importi al lordo dell'IVA):

	Ristorazione	Lavanoio	Pulizia	Totale
2014	4.887.184	4.582.955	5.398.884	14.869.023
2015	4.719.546	4.538.519	5.260.431	14.518.497
Delta	-167.638	-44.436	-138.453	-350.526
Delta %	-3,4	-1,0	-2,6	-2,4

Per il biennio 2016-2017 è previsto almeno il consolidamento dei risultati raggiunti in termini di giornate di degenza e di conseguenti risparmi.

In tal senso, si evidenzia che i dati disponibili per il 2016, confermano il trend di ulteriore diminuzione delle giornate di degenza già rilevato nel precedente esercizio.

Nel periodo Gennaio-Ottobre 2016, pur a fronte di un incremento dei casi trattati (+897 accettati pari al 4,6%), si registra un'ulteriore contrazione delle giornate di degenza (-8,643 giornate pari al -4,7%). Ciò grazie ad una sensibile riduzione della degenza media che si attesta ormai a 8,7 giorni (contro un dato 2015 di 9,4 giorni). Un tanto a conferma del consolidamento delle azioni avviate nel 2015.

NUOVO APPALTO RELATIVO AL GLOBAL SERVICE TECNICO MEDIANTE CONCESSIONE DI SERVIZI IN FINANZA DI PROGETTO

Nel corso del 2014 sono pervenute all'Azienda due proposte di concessione dei servizi con investimenti di contenimento energetico a carico del privato. Entrambe le proposte prevedevano di affidare al gestore tutta la manutenzione e gestione calore (come l'attuale contratto), l'energia elettrica (sia autoprodotta che acquisita da rete), nonché l'approvvigionamento dell'acqua e il relativo smaltimento. Attualmente, si ricorda, che l'ex-AOUTs ha in essere un appalto di global service tecnico in regime di proroga tecnica.

Le due proposte sono rimaste "chiuse" durante tutta la gestione del convenzionamento al MIES-CONSIP (per la gestione del patrimonio). A fine gennaio 2015, attraverso il portale CONSIP, è stata comunicata l'impossibilità di aderire per raggiunto limite di importo della convenzione. E' stato quindi avviato l'iter di comparazione delle due proposte (come previsto all'art. 278 del d.p.r. n. 207/2010) che si è inizialmente concluso con una relazione al 31/03/2015, dalla quale emergeva la necessità di aggiornare alcuni aspetti delle proposte. A giugno i proponenti hanno presentato la nuova versione rivista delle rispettive proposte (con contrazione del tempo di concessione da 15 a 9 anni) ed è proseguita l'attività di comparazione. La conclusione dell'attività (registrata nella relazione conclusiva del 30/10/2015) ha portato alla scelta della proposta più affine alle esigenze di questa Azienda. È stato quindi adottato il provvedimento di individuazione della proposta più confacente alle esigenze aziendali (Decreto CS n. 325 dd 18/11/2015), che è poi stato trasmesso alle proponenti. Il decreto con la proposta è stato inoltrato al Nucleo di Valutazione degli Investimenti regionale per la valutazione di coerenza degli interventi proposti con la pianificazione e all'ufficio di gestione fondi europei POR FESR 2014-2020 per la coerenza con il finanziamento europeo concesso a questa Azienda. Il primo parere (relativo al nucleo per la valutazione degli investimenti) è pervenuto nel mese di giugno 2016, mentre il secondo parere (relativo alla compatibilità dello strumento con i fondi europei POR FESR) è arrivato nel successivo mese di settembre.

Entrambi i pareri sono positivi ma contengono alcune prescrizioni. A stretto giro l'Azienda ha avviato con il proponente e con gli uffici della Direzione Centrale la procedura di allineamento della proposta alle prescrizioni del Nucleo e alla nuova normativa nel frattempo cogente (attuazione delle direttive europee sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici, ecc.). E' prevista la consegna della proposta ri-allineata entro la fine del 2016. Acquisita la nuova versione della proposta, seguirà il provvedimento per la dichiarazione di pubblico interesse.

RIORGANIZZAZIONE LOGISTICA DI MAGAZZINO

Per quanto attiene la riorganizzazione della logistica di magazzino, anche tale attività rientrava nella programmazione delle due Aziende nel 2015. A tale proposito, in particolare, il Piano 2015 nella sua sezione comune tra AOUTs e AAS1, indicava come prioritari l'avvio di studi di fattibilità e di progettualità funzionali alla gestione condivisa di alcune funzioni, tra le quali i magazzini. Nel 2015 si sono quindi avviati i lavori per l'adattamento di parte del comprensorio di via Travnik all'accoglimento del magazzino "scorte varie" sito in via Pietraferrata. Ciò ha consentito la dismissione di questo ultimo nel mese di febbraio con un sensibile risparmio, sulle locazioni passive.

RIORGANIZZAZIONE DEI LABORATORI DELL'AREA GIULIANO-ISONTINA

L'Azienda ha assicurato il supporto alla progettualità regionale, peraltro prevista anche dalla programmazione 2015. In tale esercizio, in conformità con quanto previsto dalle Linee regionali per la gestione del SSR, sono stati prodotti e sottoposti all'attenzione dell'Amministrazione regionale i richiesti progetti per l'accentramento presso l'ex-AOUTs delle funzioni svolte nell'area Giuliano-Isontina.

In data 30/12/2015 è stato redatto con l'IRCCS Burlo un documento condiviso per la riorganizzazione delle attività di medicina di laboratorio.

Nel corso del 2016, in linea con quanto già indicato dalle Linee guida regionali e dai piani aziendali, è previsto il completamento del lavoro del gruppo tecnico interaziendale ASUITs, IRCCS Burlo Garofolo e AAS2 con la redazione del documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e Virologia. Per quanto attiene l'assorbimento della funzione dell'IRCCS Burlo, si evidenzia che questa è stata avviata con il trasferimento delle prestazioni di Microbiologia in capo all'ASUITs. Rispetto allo scadenziario inizialmente previsto, le procedure per l'acquisizione della titolarità della funzione da parte di ASUITs, sono state sostanzialmente ultimate e il nuovo assetto entrerà a regime, come previsto, entro il 31/12/2016.

Area territoriale

Con riferimento agli obiettivi di cui alla DGR 1813/2015, ed al successivo Decreto 862/SPS dd 21/10/2015 del Direttore della Direzione Centrale Salute Integrazione socio sanitaria politiche Sociali e famiglia, nei quale sono stati precisati gli obiettivi economici delle aziende del SSR, e sono state individuate le azioni di razionalizzazione tese al conseguimento dei necessari risparmi, si riporta di seguito lo stato di avanzamento ed i primi risultati ottenuti in relazione alle iniziative/progettualità in cui l'AAS1 risulta essere coinvolta.

Rinegoziazioni dei contratti in essere con i fornitori

Al momento dell'entrata in vigore delle nuove norme e nelle more della definizione delle indicazioni regionali, l'Azienda ha avviato i contatti con i fornitori titolari dei contratti in essere con gare esperite da AAS1 intrecciandole con quelle effettuate dalla centrale unica di committenza regionale (Egas), al fine di attivare le procedure di rinegoziazione. Data la molteplicità e complessità delle forniture, la metodologia seguita si è basata anche su logiche di priorità economica (costi e durata dei contratti), previa verifica di percorribilità con i Direttori delle Strutture operative con riferimento ai contratti di servizi rivolti alla persona e tenuto conto del criterio di salvaguardare il mantenimento dei livelli qualitativi delle prestazioni rese dai fornitori nel loro complesso, come peraltro successivamente indicato dalla DGR 1813/2015.

Interventi ad esito "immediato" (oltre mancati adeguamenti ISTAT anche risalenti):

Noleggio Postazioni di Lavoro Farmacie Servizio CUP	Canone nuovo affidamento: da 49 € a postazione a 29 € a postazione
Servizio di trasporto e smaltimento carcasse animali tramite cremazione (Polo Zooantropologico)	Risparmio 2015 € 3.567,86 (pari al 20,33%)
Servizio di gestione procedure economiche ex Invalidi Civili	Riduzione fornitura da 415,5h/sett a 390,5h/sett.
Servizi complementari attività gestione flussi informativi e archiviazione dati, orientamento utenza in fase di accoglienza e comunicazione aziendale	Riduzione fornitura da 209h/sett a 201h/sett.
Servizi di prenotazione e incasso delle prestazioni (CUP) e attività di front office/back office presso alcune strutture dell'ASS1	Riduzione fornitura: da 186h/sett a 163h/sett.

Gli esiti delle azioni perseguite sono in sintesi i seguenti:

Ditta	Contratto	Risparmi previsti 2016 su base annuale (con IVA)	Note	Riferimenti
CNS - CLU	Servizio pulizie (compreso dismissione sporzionamento pasti CSM Duino Aurisina)	€ 31.790	2,65% riduzione	Prot. n. 55558 dd. 20.11.15
Agricola Monte San Pantaleone	Servizio manutenzione aree verdi (Parco S. Giovanni e altre sedi)	€ 6.700	5%	Contratto Egas in proroga fino al 30/04 + ulteriore proroga fino 31.10
RTI Allegretto – Ulisse expert	Servizio logistica traslochi	€ 1.000	5% sulla fattura a consuntivo mensile servizi extra canone, traslochi e trasporti	Prot. n. 2388 dd. 19.1.16
CNS – Descò	Servizio ristorazione	€ 10.750	Riduzione 1 pasto/die per CSM	a) In corso di definizione – decorre da marzo
		€ 6.309,40		b) Centro Diurno Aurisina (dismesso affidamento pasti, aumentato x n. 2 pasti per turnisti, si diminuisce sub a) n. 1 pasto/die per tutti CSM)
SIEMENS	Manutenzioni centrali telefoniche	€ 34.987		DET.746/2014 DET.670/2015

Ditta	Contratto	Risparmi previsti 2016 su base annuale (con IVA)	Note	Riferimenti
AVAYA				DET.746/2014 DET.674/2015
TOTALE		€ 91.537		

Tetto privati accreditati

In applicazione dell'art. 9 quater, comma 7, della L. 125/15 - per il quale vanno ridotti i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per il 2015 di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014 – sono stati stipulati i nuovi Accordi 2015 assunti con decreto n. 621 dd. 30.12.15. Detta riduzione è stata confermata per un importo di **€ 161.610,00** (Accordo prot. n. 15791 dd. 1.4.16).

Riorganizzazione Logistica Magazzino

Anche tale attività rientrava nella programmazione delle due Aziende nel 2015, nel corso del quale sono stati avviati dall'ex-AOUTs i lavori di adattamento del comprensorio di Via Travnik per l'accoglimento del "magazzino unico scorte varie".

Per l'ex-AAS1 ciò ha comportato un graduale rientro degli spazi (per prima la dismissione dell'affitto del magazzino di Via Resse). Il contratto non è stato prorogato e si è concluso il 29.2.16.

Il relativo risparmio è pari a **€ 9.057** (con IVA)

Altre azioni.

Contributi Associazioni Volontariato: l'Azienda ha ridotto l'importo stanziato in bilancio di previsione (importo sempre costante negli anni) di **€ 3.000** (decreto n. 86 dd. 18.2.16).

Noleggio postazioni alle Farmacie

Postazioni che effettuano il servizio CUP per tutte le farmacie (Accordo con Federfarma).

Anno	Noleggio mese	con IVA
2015	€ 49,00	38.373,44
2016	€ 29,00	22.501,68
Risparmio annuo		16.235,76

4 Relazione al Bilancio di previsione 2017

Relazione al Bilancio di previsione 2017

Il quadro delle risorse finanziarie

Il fondo sanitario regionale per l'anno 2017 è stato determinato in 2.237.000.000,00 euro con le seguenti destinazioni (cfr DGR 2550 dd. 23/12/2016 di approvazione delle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2017):

- una quota di 2.159.983.547,00 euro quale finanziamento destinato agli Enti del SSR e ripartito tra gli stessi secondo le modalità di seguito illustrate;
- una quota di 77.016.453,00 euro destinata al finanziamento delle c.d. "spese sovrazziendali.

Anche per l'esercizio 2017 l'Amministrazione regionale prosegue quindi il percorso intrapreso negli anni precedenti, fondando la ripartizione delle risorse economiche sulla base di parametri e processi di standardizzazione. Sulla base di tali criteri, l'importo assegnato all'ASUITs risulta essere pari ad euro 462.919.103, in decremento rispetto alla precedente assegnazione del 2016. Si riporta infatti nella tabella sottostante il confronto del finanziamento tra i due anni. I dati ivi riportati sono tratti, per l'anno 2017, dalle *Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017* mentre, per l'anno 2016, dalle indicazioni per la redazione del 2° rendiconto economico infra annuale 2016 ai quali si è sommata l'integrazione operata con DGR 2023 dd. 28/10/2016.

Voci	Confronto finanziamento 2016 - 2017		
	2016	2017	Differenza 2017 - 2016
Finanziamento indistinto	457.612.515	462.919.103	-3.539.832
Integrazione DGR 2023/2016	8.846.420		
Saldo attrazione	22.321.189	22.083.367	-237.822
Saldo fuga	-29.074.559	-27.567.898	1.506.661
Totale finanziamento	459.705.565	457.434.572	-2.270.993

Quanto stabilito dalle *Linee per la gestione 2017* sopra citate, unitamente alle *Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017*, configura, quindi, il bilancio di previsione dell'Azienda quale espressione numerica delle ricadute dell'applicazione diretta di standard, vincoli ed obiettivi: nel seguito del documento verranno descritte le dinamiche indotte da quanto sopra riportato e da altri fenomeni aventi un impatto economico sin d'ora quantificabile sulla base delle informazioni disponibili, in termini di variazioni rispetto al preconsuntivo 2016. In tal senso, va opportunamente rilevato che il preconsuntivo 2016 stima una chiusura con risultato negativo di circa 6 milioni di euro, nonostante l'integrazione di finanziamento sopra riportata (DGR 2023/2016) e la presenza di un saldo attivo nelle partite straordinarie pari ad 1.000.000 di euro circa. Tale risultato si ripercuote quindi anche sul 2017: il quadro economico dell'ASUI di Trieste risulta essere caratterizzato da minori risorse finanziarie rispetto al 2016. Il gap è stimato in euro 8.949.343 e deriva da:

Stima risultato da preconsuntivo 2016	-5.664.797
Saldo positivo partite straordinarie 2016	-1.013.553
Minor finanziamento 2017	-2.270.993
Totale	-8.949.343

Il conto economico

Il sistema di finanziamento adottato dall'Amministrazione regionale per il 2017, determina quindi il quadro delle risorse economiche a disposizione delle Aziende del SSR (in contrazione rispetto all'assetto 2016, se si ricomprende in tale esercizio anche l'integrazione di finanziamento di cui alla DGR 2023/2016) e, ad un tempo, definisce il modello per la costruzione dei rispettivi bilanci di previsione prescrivendo specifici vincoli operativi di carattere prevalentemente trasversale. Si ritiene in tal senso opportuno soffermarsi sulla disamina di tali vincoli e sulle conseguenze degli stessi in termini di impatto economico sul Bilancio di Previsione dell'ASUITs:

Farmaceutica territoriale ed ospedaliera

A margine di questo articolato vincolo, le Linee 2017 riportano testualmente:

<<Per la Farmaceutica territoriale (convenzionata + DPC): i vincoli di spesa sono quelli riportati a pag. 65 nella Tabella 1: "Finanziamento Enti SSR"; nei vincoli della farmaceutica territoriale e della farmaceutica diretta territoriale sono inclusi i farmaci per l'epatite C ed esclusi quelli per le terapie antiemofiliche per soggetti affetti da malattia rara, per i quali l'AAS ha effettuato entro il primo trimestre 2016 una valutazione da parte di una commissione di professionisti esterni (costo/anno/paziente superiore ai 500.000 €)

Per la Farmaceutica ospedaliera: sulla base dei dati di settembre 2016, si è registrato a livello regionale un incremento della spesa ospedaliera pari al 2,7%, rispetto al corrispondente periodo gen-sett. 2015 (flussi NSIS). Per il 2017 le aziende che hanno fatto registrare nel 2016 vs 2015 (gen-sett.2016):

- un incremento superiore al 2,7% dovranno ridurre del 2% il valore registrato nell'anno 2016 (ASUIUD e CRO);*
- un incremento inferiore al 2,7%, dovranno ridurre dell'1% il valore registrato nell'anno 2016 (AAS5);*
- un decremento, dovranno ridurre dello 0,5% il valore registrato nell'anno 2016 (ASUITs, AAS2, AAS3, BURLO)*

Sono esclusi da tale ambito i vaccini che rientrano nella quota di finanziamento della prevenzione.>>

Il vincolo relativo alla farmaceutica convenzionata si riferisce al costo standard fissato dal modello di finanziamento, pari a 125 euro pro capite. L'applicazione di tale vincolo alla realtà dell'ASUITs comporta un rientro della spesa 2017 rispetto alle stime di preconsuntivo 2016 pari a 2.015.000 euro.

In relazione alla farmaceutica ospedaliera, si sottolinea quanto già peraltro evidenziato dalle Linee 2017, ovvero che questa Azienda, anche nel 2016, ha confermato un trend virtuoso di contenimento della spesa: a fronte di una crescita, negli anni precedenti, di norma inferiore a quella registrata a livello regionale, nel 2016 si è infatti registrato un decremento della stessa.

Da ciò deriva l'inserimento dell'ASUITs nel gruppo di aziende per le quali è previsto il rientro di minor entità, pari allo 0,5% dei costi 2016. L'applicazione di tale percentuale, porterebbe quindi ad una riduzione dei costi a preventivo (rispetto al 2016) pari a circa 130.000 euro. Tuttavia, l'ulteriore vincolo relativo alla sensibile riduzione del tasso di ospedalizzazione e delle prestazioni ambulatoriali (si veda più avanti), ha comportato la previsione di un rientro della spesa in tale fattore produttivo (farmaceutica ospedaliera) ben superiore e pari a stimati 1.910.000 euro.

Dispositivi medici

Le linee 2017 prevedono un obiettivo di rientro trasversale pari al 3% dei costi stimati per il 2016. L'applicazione di tale vincolo operativo alla scrivente Azienda, comporta una stima di riduzione dei costi rispetto al 2016 pari ad euro 916.000. Su tale categoria di beni, si osserva che in particolare nell'ambito ospedaliero, nel 2016 pur a fronte di un incremento dei ricoveri e dell'attività chirurgica, le stime di costo risultano essere sostanzialmente in linea con il dato 2015. Anche in questo caso, il vincolo relativo alla sensibile riduzione del tasso di ospedalizzazione e delle prestazioni ambulatoriali (si veda più avanti), ha comportato la previsione di un rientro della spesa in tale fattore produttivo (farmaceutica ospedaliera) ben superiore e pari a stimati 2.258.000 euro.

Tasso di ospedalizzazione e prestazioni ambulatoriali.

A margine di questi vincoli operativi, le Linee 2017 riportano testualmente:

<<

- *Il tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda non deve superare il 125 per mille.*
- *Il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non può superare le 3,5 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.*

>>

I suddetti vincoli risultano essere assolutamente trasversali e si ripercuotono non solo sulle prestazioni direttamente erogate dai servizi dell'ASUITs, ma anche sulle prestazioni effettuate da altre aziende su pazienti residenti nella Provincia di Trieste, nell'ambito della mobilità regionale ed extra-regionale.

In particolare, rispetto ai volumi erogati da servizi dell'ASUITs, l'applicazione dei vincoli sull'attività di ricovero ha comportato la previsione di una riduzione della casistica dell'ordine del 7,4%. Al netto dei fattori produttivi relativi ai beni sanitari (già sopra descritti), i risparmi conseguibili sui servizi economici direttamente collegati alle attività sanitarie (lavanderia e ristorazione) in conseguenza dell'applicazione di tali vincoli, corrispondono a stimati euro 667.000.

Parallelamente alla riduzione del tasso di ospedalizzazione, si ritiene indispensabile procedere ad una razionalizzazione degli spazi utilizzati nell'ospedale di Cattinara, anche in relazione all'avvio dei lavori di ristrutturazione del comprensorio. Si stimano in tal senso rientri nella spesa (manutenzioni, riscaldamento, pulizie, costi generali) per 824.000€ complessivi.

Manutenzioni ordinarie

Il vincolo fissato dall'amministrazione regionale prevede testualmente: <<*le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell'anno 2015; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti*>>.

Relativamente a questo vincolo, si deve evidenziare che la stima dei costi 2016, effettuata in base ai dati al momento disponibili, risulta essere sensibilmente inferiore al dato 2015. Ciò anche in conseguenza delle azioni di ottimizzazione e di recupero di efficienza già poste in essere. Di fatto, l'applicazione di tale vincolo all'ASUI di Trieste non comporterebbe alcun rientro nella spesa proiettata nel 2017. Si conta sull'avvio del global service tecnico (vedi ampia descrizione nella sezione relativa alla Spending review) mediante finanza di progetto per assicurare il contenimento della spesa nei limiti del 2016.

Personale

Oltre ai vincoli operativi di carattere generale, permangono nel 2017 i tetti fissati per i costi del personale nei precedenti esercizi, ovvero il limite dei costi per voci fisse sostenuto nel 2012 ridotto dell'1%, al netto delle deroghe e giustificativi elencati nelle Linee 2017.

La manovra del personale dipendente 2017, dettagliatamente descritta nella specifica sezione di questo documento, è stata predisposta nel rigoroso rispetto del predetto vincolo. Ciononostante, anche in ragione degli sviluppi introdotti nel 2016 - soggetti a deroga rispetto al vincolo in quanto previsti dalla programmazione regionale - nelle voci fisse del personale il preventivo 2017 rileva un incremento pari a 799.202 euro cui, al fine della quantificazione del reale impatto sul bilancio, devono essere aggiunti gli oneri sociali e l'IRAP.

Si evidenzia altresì, che come da specifiche prescrizioni presenti nelle indicazioni metodologiche trasmesse dalla Direzione centrale, tra i costi 2017 non è stata iscritta la quota di incremento del fondo produttività di norma quantificata nell'1% degli emolumenti. Dal momento che nel preconsuntivo 2016 esposto in questo bilancio di previsione, sulla base delle indicazioni regionali per la redazione del II rendiconto quadrimestrale, tale quota è stata iscritta nel limite dello 0,5% per approssimativi 650.000 euro. Pertanto, tale importo rappresenta un ulteriore, ancorché nominale, rientro dei costi rappresentati nel preventivo 2017, tale da assorbire gran parte dei 799.202 di euro di incremento delle voci fisse.

Sempre a margine del settore inerente il personale e servizi correlati, si registrano, in proiezione, minori costi sul personale universitario (-358.679 euro) e sull'acquisto di servizi interinali (-43.943 euro).

Nel loro complesso, le partite relative al personale e servizi correlati, rilevano un rientro di spesa pari ad euro -142.000.

Per quanto attiene ad altre voci di costo, il bilancio preventivo 2017 non presenta in generale significative variazioni in incremento dei costi, fatta eccezione per il conto dei noleggi sanitari dove si registra un incremento di 335.000€ correlato da un lato all'incomprimibilità nel periodo della spesa per i servizi già in essere e, dall'altro, alla programmata acquisizione in service di un robot chirurgico per l'esecuzione di circa 50 interventi nell'arco di approssimativi sei mesi. Tale iniziativa, di rilevanza strategica, non solo per la Provincia di Trieste, è già stata oggetto di specifiche di comunicazioni con la Direzione Centrale Salute.

E' quindi evidente che ogni iniziativa di sviluppo inserita nel presente piano, ancorché prevista dalla Linee della programmazione regionale 2017, debba trovare ristoro economico nel recupero di efficienza e di economicità dell'organizzazione. Del resto, appare chiaro come il differenziale introdotto nelle risorse economiche a disposizione dell'ASUITs dal meccanismo di finanziamento 2017 assuma dimensioni di carattere strutturale, ovvero, tali da non poter essere compensate se non con rilevanti interventi di natura straordinaria nel breve-medio periodo, da aggiungere a quelli già posti in essere o già previsti nell'ambito della spending review. L'ASUITs si impegna, in tal senso, a definire e presentare entro il mese di gennaio all'Amministrazione regionale un dettagliato piano di riorganizzazione strutturale e logistica triennale contenente sia gli interventi sia la quantificazione economica dei risparmi che si conta di ottenere, da avviare entro i primi mesi del 2017 in un quadro di sostenibilità e di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Gli assi prioritari di tale piano sono individuabili

- nel consolidamento dei risultati ottenuti con le azioni avviate nell'ambito delle spending review e l'avvio degli interventi già previsti dalla stessa;
- nella razionalizzazione delle strutture di erogazione dei servizi, sia sanitari, sia amministrativi. Con riferimento a questi ultimi si ritiene fondamentale concentrare in alcune sedi attività

amministrative per il pubblico e per l'interno, in modo da garantire ad un tempo migliori livelli di servizio e una maggiore economicità. Le manovre e le riorganizzazioni relative al personale amministrativo saranno prioritariamente finalizzate a garantire la sostenibilità di un sostanziale blocco del turn over nel triennio. Per l'attività di natura sanitaria, oltre alle necessarie razionalizzazioni dell'uso degli spazi dedicati all'attività ospedaliera (anche propedeutici all'avvio della ristrutturazione del comprensorio di Cattinara), si vaglieranno le soluzioni atte ad avviare i nuovi servizi territoriali previsti dalla programmazione regionale (es. CAP) in sedi e spazi già disponibili. Ciò con particolare riferimento al comprensorio del Maggiore (es. struttura di via Pietà) e ad alcune sedi territoriali. Parallelamente, si provvederà alla rivalutazione delle attrezzature e degli impianti, anche al fine dell'eventuale dismissione di prodotti obsoleti;

- nella rivalutazione di alcuni standard di fornitura e di alcuni servizi di supporto nell'ottica di una migliore adesione degli stessi alle esigenze delle strutture sanitarie. Ciò, alla luce dei risultati di alcune sperimentazioni condotte nell'ultimo biennio in particolare nel settore della "logistica del paziente";
- nella valutazione e nell'attuazione delle riorganizzazioni conseguenti all'inserimento dell'ASUITs nella rosa di aziende che già usufruiscono dei servizi del magazzino centralizzato regionale;

In conclusione, si ritiene opportuno evidenziare che in questo bilancio preventivo, non sono state inserite le poste relative all'acquisizione della titolarità della funzione di laboratorio prima svolta dall'IRCCS Burlo Garofolo. Ci si riferisce in particolare agli interventi previsti dalle Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2016, che hanno confermato quale asse strategico prioritario la riorganizzazione delle attività dei laboratori analisi nonché delle microbiologie e virologie, disponendo esplicitamente che il nuovo modello organizzativo si articolasse su tre centri hub presso i presidi ospedalieri Santa Maria degli Angeli di Pordenone, Cattinara-Maggiore di Trieste e Santa Maria della Misericordia di Udine, con mantenimento di laboratori satellite a risposta rapida presso le sedi dei presidi ospedalieri spoke. Le stesse linee di gestione prevedevano altresì che, nel 2016, il Laboratorio hub del Presidio ospedaliero Cattinara-Maggiore di Trieste desse seguito *"al documento di riorganizzazione complessiva delle attività ...omissis... che coinvolge anche le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia – Monfalcone"*, realizzando in particolare:

- 1) lo spostamento dell'attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia dall'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Burlo Garofolo a Cattinara con mantenimento di un Laboratorio satellite a risposta rapida presso il Burlo Garofolo (limitatamente all'attività di base);
- 2) il permanere presso l'IRCCS Burlo Garofolo delle "attività di diagnostica avanzata legate all'attività di ricerca;
- 3) la messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri hub e spoke con l'obbligo di adottare le procedure informatiche già individuate dall'Amm.ne regionale, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato.

Sono in fase di definizione i testi convenzionali atti a formalizzare il nuovo assetto finalizzati a regolare nel dettaglio i reciproci rapporti sia sotto il profilo funzionale, sia sotto il profilo economico, garantendo una maggiore economicità a livello di sistema e, ad un tempo, il mantenimento degli equilibri economici degli Enti coinvolti. Si rimanda quindi la valutazione economica delle poste in argomento e la loro iscrizione contabile ad una fase immediatamente successiva la stipula della succitata convenzione.

5 Le politiche del personale

RELAZIONE DESCRITTIVA MANOVRA DEL PERSONALE

SITUAZIONE ATTUALE

La manovra per l'anno 2016, delineata dal P.A.L. e dal P.A.O. approvati con Decreti dell'allora Commissario Straordinario n. 613 dd. 30.12.2015 e n. 378 dd. 29.12.2015, rispettivamente per l'ex A.A.S. 1 "Triestina" e per l'ex A.O.U. "Ospedali Riuniti", è stata improntata alle disposizioni di cui alla DGR n. 2559 dd. 22.12.2015 (Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale - anno 2016). In particolare, la gestione del personale si è conformata al regime autorizzatorio per determinati profili professionali ed ha garantito il contenimento del costo del personale dell'anno in corso, relativamente alle competenze fisse, entro la soglia dell'esercizio 2012, ridotto dell'1%, tenendo conto delle deroghe e dei giustificativi formalmente individuati dalla programmazione regionale (oltre alle citate Linee 2016, D.G.R. 349/2016 e D.G.R. 1671/2016).

Come già rappresentato nell'ambito dei monitoraggi infra annuali e da ultimo nella nota prot. 5922 dd. 17.11.2016, pur nel rispetto del citato vincolo economico, si è registrata un'espansione della forza di personale rispetto alla chiusura dell'esercizio 2015, dovuta principalmente ai fattori di seguito descritti:

- completamento della Manovra 2015, quale turn over già programmato di cessazioni dell'anno stesso;
- applicazione del Piano dell'Emergenza e Urgenza come da pianificazione trasmessa con nota prot. 69774 dd. 17/10/2016;
- acquisizione obbligatoria di autisti di ambulanza ai sensi dell'art. 6 comma 7 del D.Lgs. 178/12;
- personale psicologo assunto a tempo determinato in sostituzione di rapporti convenzionali, come opportunamente autorizzato dalla Direzione regionale;
- realizzazione di specifiche progettualità, quali ad esempio il primo avvio dell'odontoiatria sociale ed il progetto migranti;
- esigenza di rispetto della disciplina sull'orario di lavoro, ai sensi della L. 161/14, come da D.G.R. n. 952 dd. 27/05/2016 di autorizzazione alle assunzioni;
- abbattimento delle liste d'attesa, come da pianificazione formalmente trasmessa con nota prot. 33819 dd. 15/07/2016;
- l'assunzione del personale necessario all'avvio dei C.A.P. e delle A.F.T. distrettuali;
- assunzioni dovute all'emergenza epidemiologica occorsa nella provincia di Trieste, finanziate con i fondi di cui all'art. 13 del D.Lgs. 81/08.

Oltre a quanto sopra illustrato, un approfondimento specifico è necessario per i **profili infermieristici e di supporto**, sui quali si è resa indispensabile un'azione di incremento, per intraprendere alcune sperimentazioni e mettere in sicurezza delle attività, come meglio specificato di seguito.

- Sperimentazione di un modello assistenziale pro attivo ad alta integrazione, multidisciplinare e abilitante nelle **strutture di Medicina** che ha consentito di ridurre la media delle giornate di degenza ed azzerare a novembre l'incidenza delle lesioni da pressione: incremento di 8 OSS;
- **Sperimentazione dell'Accoglimento condiviso (ACCO)** nel dipartimento di medicina che - assieme all'implementazione del sistema informatizzato di rilevazione dei letti disponibili (ADT) - dovrebbe ridurre nel tempo il fenomeno dei fuori reparto: incremento di 1 infermiere, 4 OSS e 2 barellieri.

- **Sale operatorie**, con la finalità di separare il processo degli interventi di elezione da quello delle urgenze/emergenze e ridurre le liste d'attesa: incremento di 9 infermieri e 2 OSS (mantenimento degli interventi nella frattura di femore nelle persone oltre i 65 anni entro le 48 ore e riduzione dei tempi in altre patologie traumatologiche, riduzione dei tempi d'attesa per gli interventi in patologia oncologica).
- **Pronto Soccorso** incremento di 5 infermieri e 2 OSS per compensare la dotazione organica gravata da numero assenze per malattia e gravidanza, al fine di migliorare la qualità del servizio per i cittadini, ridurre in attesa i tempi d'attesa e decongestionare l'occupazione dei posti letto con ricoveri inappropriati.
- **Clinica Neurologica Stroke Unit**: l'incremento di 1 infermiere e 1 OSS per fronteggiare l'aumento di attività nell'urgenza-emergenza connesso al ruolo di Hub per l'Area Vasta Giuliano Isontina, con un sensibile aumento dei malati trattati con trombolisi e trombectomia (rispettivamente 120 e 15 casi).
- **Clinica Otorinolaringoiatria**: incremento di 2 infermieri per consentire l'aumento dell'attività ambulatoriale e ridurre i tempi d'attesa per le visite medie (entro 10 gg) e differite (entro 60 gg).
- **Clinica Ortopedica**: incremento di 1 OSS per sostenere l'aumento di attività.
- **Oncologia**: 1 infermiere per incremento attività.
- **CAP – AFT distrettuali**: al momento assegnati 8 infermieri per la progettazione e l'attivazione dei servizi AFT e 2 infermieri per il CAP di Muggia, in coerenza con la riforma del SSR.
- **Dipartimento delle Dipendenze**: assegnati 2 infermieri a supporto dell'incremento di attività;
- **Distretti – UO Bambini e Adolescenti**: 1 infermiere a supporto dell'incremento di attività;
- **Dipartimento Salute Mentale**: sono stati assegnati 8 infermieri e 1 OSS a sostegno della dotazione in difficoltà e dell'innovazione del dipartimento;
- **RSA Distrettuale**: assegnati 5 infermieri e 2 OSS.

L'incremento del personale, come evidenziato dai dati riportati, ha quindi riguardato in massima parte personale del ruolo sanitario addetto all'assistenza.

Per quanto riguarda Infermieri ed Operatori Socio Sanitari, a seguito della disponibilità di graduatorie concorsuali, è stato possibile "stabilizzare" svariati rapporti di lavoro a tempo determinato, precedentemente attivati per sopperire a numerose cessazioni degli ultimi anni.

Di seguito, si riporta il dettaglio delle assunzioni dovute alle esigenze sopra richiamate, realizzate nell'anno in corso, o comunque da completarsi entro il 31.12.2016:

N.	Profilo professionale	Tipologia assunzione	Destinazione / motivazioni	Eventuale giustificativo/deroga
3	Dirigenti Medici "Anestesia e Rianimazione"	Tempo det	1 118 (applicazione P.E.U.), 2 S.C. Anestesia e Rianimazione (liste d'attesa)	Deroga ex DGR 1671(P.E.U. e tempi d'attesa)
1	Dirigente Medico "Anatomia ed Istologia Patologica"	Tempo indet	SC Anatomia patologica, turn over	
1	Dirigenti Medici "Malattie Infettive"	Tempo indet	SC Malattie infettive, turn over	
1	Dirigente Medico "Malattie Infettive"	Tempo det	SC Malattie infettive, supplenza	
2	Dirigenti Medici "Neurochirurgia"	Tempo det	SC Neurochirurgia, 1 supplenza, 1 rispetto normativa orario (L. 161/14)	1 Giustificativo per rispetto L. 161/14

N.	Profilo professionale	Tipologia assunzione	Destinazione / motivazioni	Eventuale giustificativo/deroga
1	Dirigente Medico "Oncologia"	Tempo indet	SC Oncologia, turn over	
2	Dirigenti Medici "Cardiologia"	Tempo det	Sc Cardiologia, supplenza	
2	Dirigente Medico "Otorinolaringoiatria"	Tempo det	Clinica Otorinolaringoiatrica, supplenze	
1	Dirigenti Medici "Medicina Interna"	Tempo indet	S.C. Medicina D'Urgenza. Turn over	
9	Dirigente Medico "Medicina Interna"	Tempo det	8 DAI Medicina interna, per supplenze, turn over e e liste d'attesa (Endocrinologo). 1 Pronto Soccorso, supplenza	1 Deroga ex DGR 1671 tempi d'attesa
2	Dirigente Medico "Malattie Apparato Respiratorio"	Tempo det	SC Pneumologia, 1 supplenza, 1 per rispetto normativa orario (L. 161/14)	
1	Dirigente medico "Chirurgia vascolare"	Tempo det	SC Chirurgia vascolare per rispetto normativa orario (L. 161/14)	Giustificativo per rispetto L. 161/14
1	Dirigente medico "Medicina legale"	Tempo det	SC Medicina Legale su cessazione personale convenzionato	
4	Dirigente medico "Psichiatria"	Tempo det	2 DSM turn over, 1 DSM su personale assente, 1 Dip. Dipendenze turn over	
1	Dirigente odontoiatra "Odontoiatria"	Tempo det	Clinica Odontoiatrica e Stomatologica	Deroga progetto Odontoiatria sociale (LEA)
1	Dirigente Medico Cardiochirurgia	Tempo det	SC Cardiochirurgia. Turn over	
1	Dirigente Medico Ematologia	Tempo indet	SC Ematologia clinica. Turn over	
3	Dirigente Medico Neurologia	Tempo indet	SC Clinica neurologica per normativa orario e Turn over su posti coperti a t.d.	1 Giustificativo per rispetto L. 161/14
1	Dirigente Medico Dermatologia	Tempo indet	SC Clinica Dermatologica. Turn over posto ricoperto con incarico nelle more concorso	
1	Dirigente Medico Urologia	Tempo det	SC Clinica Urologica. Turn over	Deroga ex DGR 1671 tempi d'attesa
1	Dirigente Medico Chirurgia Generale	Tempo det	SC Chirurgia Generale. Supplenza	
1	Dirigente Medico per SC Pneumologia	Tempo indet	SC Pneumologia. Turn over su posti attualmente coperti a t.d.	Deroga ex DGR 1671 tempi d'attesa
1	Dirigente psicologo	Tempo indet	Dipartimento Salute Mentale. Turn over	
5	Dirigenti psicologi "Psicoterapia"	Tempo det	3 ai Distretti, 2 al Dipartimento dipendenze. Su cessazione personale convenzionato e personale assente	
2	Dirigenti professioni sanitarie - area infermieristica e ostetrica	Tempo det	Servizio infermieristico e Distretto su personale assente	
1	Dirigente Ingegnere	Tempo indet	S.C. Gestione Stabilimenti, turn over	

N.	Profilo professionale	Tipologia assunzione	Destinazione / motivazioni	Eventuale giustificativo/deroga
2	Dirigenti Ingegneri	Tempo det	1 per S.C. Informatica turn over. 1 SC Immobili e Impianti turn over	
54	Infermiere cat. D	Tempo indet	2 al 118 per applicazione P.E.U., 3 Distretti, 1 Centro Cardiovasc., 10 per C.A.P. e A.F.T., 1 D.S.M., 1 Dipendenze, 1 118, 2 per ARTA; 2 Cardiocirurgia; 2 Clinica Ortopedica; 6 Complesso Operatorio; 1 Direzione Infermieristica; 2 Medicina D'Urgenza, 1 Oncologia, 5 Pronto Soccorso; 1 Chirurgia Generale, 1 A.C.C.O., 1 Ematologia, 11 in fase di assunzione	12 in Deroga ex DGR 1671 (2 P.E.U., 10 C.A.P. e A.F.T.)
74	Infermieri cat. D	Tempo det	6 P.S.; 4 A.R.T.A; 4 Cardiochir; 4 Cardiologia, 10 Chirurgia Generale; 11 DAI Medicina Interna; 4 Clinica Ortopedica; 1 Otorino, 2 Urologia, 2 C.O.; 2 Direzione Infermieristica, 4 Medicina D'Urgenza, 2 Neurochirurgia, 2 Pneumologia, 1 Clinica Neurologica, 5 D.S.M., 4 118, 3 Distretti, 2 Dipendenze, 1 Centro Cardiovascolare. Turn over, sostituzioni, potenziamento Pronto Soccorso e complesso operatorio, rispetto P.E.U.	10 in deroga per rispetto P.E.U.
1	Dietista cat. D	Tempo indet	Direzione Sanitaria. turn over	
3	Fisioterapista cat. D	Tempo indet	S.C. Medicina Riabilitativa, turn over	
7	Assistenti sanitari cat. D	Tempo det	Dipartimento Prevenzione: 5 emergenza tubercolosi, 2 progetto migranti	5 giustificativo per finanziamento da fondi ex art. 13 D.Lgs. 81/08, 2 giustificativo da Linee gestione 2016
1	Podologo cat. D	Tempo det	Distretti, turn over	
1	Tecnico della prevenzione cat. D	Tempo indet	Dipartimento prevenzione, turn over	
2	Ostetrica cat. D	Tempo indet	Distretti, turn over	
1	Tecnico audiometrista cat. D	Tempo indet	Turn over/ S.C. Clinica Otorinolaringoiatrica.	

N.	Profilo professionale	Tipologia assunzione	Destinazione / motivazioni	Eventuale giustificativo/deroga
13	Tecnico laboratorio cat. D	Tempo indet	Turn over/ 7 per S.C. Immunotrasfusionale, 3 per S.C. Anatomia ed Istologia Patologica; 3 Medicina di laboratorio	
3	Tecnico di radiologia cat. D	Tempo indet	turn over/ S.C. Medicina Nucleare, S.C. Radioterapia, S.C. Radiologia	
7	Tecnico di radiologia cat. D	Tempo det	Dipartimento Diagnostica per Immagini, per supplenze varie/ t.o.	
1	Ostetrica cat. D	Tempo det	Distretto, turn over	
2	Assistente sociale cat. D	Tempo indet	Distretti, turn over	
2	Ingegnere cat. D	Tempo det	Direzione Centrale Salute su convenzione	
6	Autista di ambulanza cat. C	Tempo indet	SS Sistema 118, assunzioni obbligatorie ex D.Lgs. 178/12	5 Deroga ex DGR 1671 (P.E.U.), 1 giustificativo ex D.Lgs. 178/12
3	Autista di ambulanza cat. BS	Tempo indet	SS Sistema 118. Applicazione P.E.U.	3 Deroga ex DGR 1671 (P.E.U.)
33	Operatore Socio Sanitario cat. BS	Tempo indet	2 in P.S.; 1 Chir.Gen; 4 Cardiologia; 1 Cardiocirurgia, 5 Clinica Ortopedica; 1 clinica neuro; 2 Clinica Medica; 3 Complesso Operatorio, 4 Direz. Infermieristica; 1 Medicina D'Urgenza, 2 Prima medica, 1 in Terza Medica, 1 DAI Medicina interna., 3 118 (P.E.U.), 2 RSA distrettuale. Turn over e rispetto P.E.U.	3 in deroga ex DGR 1671 (P.E.U.)
15	Operatore Socio Sanitario cat. BS	Tempo det	9 per DAI Medicina Interna; 1 Clinica Neurologica; 1 Ematologia; 1 Clinica Oculistica; 1 Complesso Operatorio; 2 DSM. Sostituzioni personale assente e progetto medicine	
1	Autista ambulanza cat. B	Tempo indet	SS Sistema 118, assunzioni obbligatorie ex D.Lgs. 178/12	1 giustificativo ex D.Lgs. 178/12
4	Operatori Sociosanitari cat. BS	Tempo det	ACCO	
4	Operatore tecnico cat. B - L. 68/99	Tempo indet	3 in Assistenza farmaceutica, 1 Affari Generali. Convenzione ufficio del lavoro 2016	
4	Operatore tecnico cat. B	Tempo det	Turn over/ S.C. Logistica Servizi Economici	
11	Coadiutori amministrativi cat. B - L. 68	Tempo indet	Uffici amministrativi centrali. Turn over. Convenzione ufficio del lavoro 2015/16	

N.	Profilo professionale	Tipologia assunzione	Destinazione / motivazioni	Eventuale giustificativo/deroga
8	ausiliari specializzati cat. A	Tempo det	5 Pronto Soccorso. 2 A.C.C.O., 1 medicina nucleare	5 in deroga ex DGR 1671 (P.E.U.)

Tenendo conto dei dati riportati e delle cessazioni, la stima di chiusura dell'esercizio 2016, relativamente alla forza di personale dipendente, si attesta a **4.351** unità, come da tabella analitica riportata nel capitolo inerente la manovra 2017.

MANOVRA 2017

Le Linee di gestione del SSR per l'anno 2017, approvate con D.G.R. n. 2550 dd. 23.12.2016, prevedono che la gestione delle risorse umane prosegue nell'ambito del consolidamento del percorso di riforma del Servizio Sanitario Regionale avviato con L.R. 17/2014.

Permane, pertanto, il limite di costo per l'assunzione di personale dipendente, che non potrà superare il valore a consuntivo dell'esercizio 2012 abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

Detto vincolo sarà derogabile per la realizzazione delle seguenti attività:

- a) sviluppo dell'assistenza primaria: a seguito dell'attivazione delle AFT e della realizzazione della nuova medicina di gruppo integrata nonché dell'attivazione dei C.A.P. (con i requisiti previsti dalla normativa di riferimento), le aziende sono autorizzate ad acquisire personale: detto personale è reperibile per il 50% mediante processi di reingegnerizzazione delle risorse interne da parte delle aziende, il rimanente con nuove assunzioni che costituiscono giustificativo all'eventuale superamento del vincolo dell'1% del costo del personale 2012;
- b) piano dell'odontoiatria sociale: le aziende sono autorizzate ad assumere il personale necessario al fine di dare attuazione al programma di potenziamento dell'odontoiatria sociale relativamente all'attuazione dei LEA, secondo il programma definito dal responsabile del progetto regionale dell'ASUITS;
- c) liste di attesa: nei limiti delle risorse delle risorse accantonate ai sensi del DL n. 158/2012 convertito nella L. 6 novembre 2012 n. 189 (trattenuta del 5% sul compenso del libero professionista) le aziende ed enti del SSR sono autorizzate ad assumere il personale necessario per la gestione dei tempi di attesa rispetto alle prestazioni individuate come "critiche" secondo gli standard di erogazione per fascia di priorità;
- d) disturbi comportamentali, autismo (nelle loro varie forme): al fine di definire un sistema integrato di interventi coordinati che garantiscano la globalità della presa in carico della persona affetta da disturbi comportamentali, nelle loro varie forme, le aziende ed enti del SSR sono autorizzati ad assumere personale del comparto e della dirigenza nei limiti del finanziamento assegnato per tale finalità e parametrato fino ad un massimo di 3 unità di personale per azienda tra comparto e dirigenza.

Dette acquisizioni di personale potranno aver luogo senza la necessità di richiedere la preventiva autorizzazione regionale, esclusivamente nel rispetto dei seguenti vincoli:

- sostenibilità economica della singola assunzione con l'equilibrio economico dell'esercizio 2017 e garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2018 (cosiddetto effetto trascinamento);
- realizzazione della singola assunzione in coerenza con le progettualità regionali descritte nelle lettere dalla a) alla d) di cui sopra.

Come precisato nelle "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017", oltre alle suddette deroghe, sono da considerarsi quali "giustificativi" le seguenti voci di spesa, che costituivano giustificativo nel 2016, nel limite del valore indicato a preventivo 2016, da certificarsi a consuntivo:

- indennità di esclusività, a seguito delle modifiche apportate alla L. 122/2010 dalla L. 190/2012;
- costo personale comandato out;
- assunzioni volte al superamento degli O.P.G. (progetto R.E.M.S.);
- assunzioni atte a garantire la normativa sull'orario di lavoro (L. 161/2014, come da D.G.R. 952/2016);
- realizzazione del Piano dell'Emergenza ed Urgenza di cui alla D.G.R. 2039/15;
- assunzioni finalizzate all'assistenza sanitaria ai migranti.

Le Linee di Gestione consentono alle Direzioni Generali, all'interno dell'autonomia e discrezionalità riconosciute, di procedere alle assunzioni di personale senza la necessità di richiedere la preventiva autorizzazione regionale, esclusivamente nel rispetto dei seguenti vincoli:

- accertamento che la singola assunzione sia effettuata nel rispetto dell'abbattimento dell'1% dei costi fissi del 2012. Per il personale del comparto dedicato all'assistenza (personale appartenente al ruolo sanitario e l'operatore socio sanitario del ruolo tecnico), le aziende possono derogare dal tetto dell'1% per motivate esigenze assistenziali da autorizzare da parte della Regione;
- sostenibilità economica della singola assunzione con l'equilibrio economico dell'esercizio 2017 e garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2018 (cosiddetto effetto trascinamento);
- realizzazione della singola acquisizione in coerenza con l'attuazione delle progettualità portate avanti dalla pianificazione regionale, quali in particolare:
 - o attuazione sviluppo dei progetti di riorganizzazione delle funzioni dei contenuti delle delibere di Giunta Regionale nn. 2673/2014, 929/2015, 1437/2015, 2151/2015, e 613/2016;
 - o graduale attuazione degli atti aziendali approvati;
 - o attuazione per gli aspetti riguardanti il personale delle funzioni affidate all'Ente per la Gestione Accentrate dei Servizi Condivisi.
- relativamente alle funzioni amministrative e tecniche oggetto di accorpamenti le aziende prima di procedere a qualsiasi assunzione dovranno porre in essere processi di riorganizzazione al fine assicurare le attività tramite l'utilizzo di risorse interne;
- attuazione delle progettualità regionali per il 2017.

Eventuali ulteriori deroghe al predetto limite dell'1% dovranno essere motivate e specificamente autorizzate dalla competente Direzione regionale.

A tal proposito, vanno contemplate come giustificativo le assunzioni di Autisti di ambulanza acquisiti per mobilità dalla Croce Rossa Italiana ai sensi del D.Lgs. 178/2012, nonché l'assunzione di un Medico del lavoro per la funzione di medico competente, in forza della convenzione con l'Amministrazione regionale in via di aggiornamento, finanziato dalla Regione stessa.

Premesso un tanto, si provvede ad illustrare la manovra per l'anno 2017, comprendente le azioni strettamente necessarie a garantire lo svolgimento delle citate progettualità regionali, nonché il mantenimento dei livelli assistenziali e la puntuale erogazione dei servizi di competenza.

In prima battuta, si andrà ad evidenziare il completamento della Manovra 2016, riconducibile in massima parte alla sostituzione di cessazioni avvenute ed alle progettualità di cui sopra.

Completamento Manovra 2016

n.	Profilo	Tipologia assunzione	Destinazione / motivazioni	Eventuale giustificativo/deroga
2	Dirigenti medici Anestesia e rianimazione	Tempo indet	118 applicazione P.E.U.	
1	Dirigente Medico Chirurgia Toracica	Tempo det	SC Chirurgia toracica per rispetto L. 161/14	
1	Dirigente Medico Anestesista per Cardioanestesia	Tempo indet	SC Anestesia Rianimazione T.A. per rispetto L. 161/14	
1	Dirigente Medico Radiodiagnostica	Tempo indet	SC Radiologia Ospedale Maggiore. Turn over	
1	Dirigente medico Medicina interna	Tempo indet	Distretti Turn over	
2	Dirigenti medici Medicina del lavoro	Tempo det	Dipartimento Prevenzione: 1 convenzione con regione (Medico competente), 1 progetto amianto ex art. 13 D.Lgs. 81/08	Giustificativo (1 finanziato da Regione, 1 da fondi ex art. 13 D.Lgs. 81/16)
1	Dirigente medico Radiologia	Tempo indet	SC Radiologia	
2	Dirigente medico Patologia clinica	Tempo indet		
1	Dirigente medico Medicina trasfusionale	Tempo indet	S.C. Immunotrasfusionale	
1	Dirigente ingegnere	Tempo indet	SC Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro	
1	Dirigente amministrativo	Tempo indet	Uffici amministrativi centrali	
18	Infermiere cat. D	Tempo indet	Completamento assunzioni da concorso EGAS. Turn over servizi vari	
2	Tecnico laboratorio cat. D	Tempo indet	1 Dip. Medicina trasfusionale. 1 SC Patologia clinica (Laboratorio). Turn over	
2	Tecnico di radiologia cat. D	Tempo det	DAI Radiodiagnostica per immagini. Turn over	
1	Tecnico della prevenzione cat. D	Tempo indet	Dipartimento Prevenzione: attività di controllo molluschi acquisita dall'ARPA	
2	Assistenti sanitari cat. D	Tempo indet	Dipartimento Prevenzione. Turn over	
1	Fisioterapista cat. D	Tempo indet	SC Medicina riabilitativa. Turn over	
1	Operatore sociosanitario cat. BS	Tempo indet		
1	Operatori tecnici cat. B	Tempo indet	Sanità animale. Turn over	

Si riporta invece di seguito la vera e propria **manovra 2017**

n.	Profilo	Tipologia assunzione	Destinazione / motivazioni	Eventuale giustificativo/deroga
1	Dirigente medico Neurochirurgia	Tempo indet	SC Neurochirurgia	
2	Dirigente medico Oncologia	Tempo indet	SC Oncologia	Turn over
1	Dirigente medico Nefrologia	Tempo indet	Nefrologia	Turn over
1	Dirigente medico Malattie infettive	Tempo indet	SC Malattie infettive	
1	Dirigente medico Chirurgia toracica	Tempo indet	SC Chirurgia toracica	
1	Dirigente medico Anestesia e rianimazione	Tempo indet	SC Anestesia Rianimazione	Turn over
2	Dirigente medico Anestesia e rianimazione	Tempo indet	Pronto soccorso	Turn over
1	Psicologo	Tempo det	Distretti - adozioni	
4	Ostetriche cat. D	Tempo indet	Distretti. (Fabbisogno espresso per concorso regionale)	
2	Assistenti sociali cat. D	Tempo indet	Distretti e Dip. Dipendenze	
1	Igienisti dentali cat. D	Tempo indet	Progetto Odontoiatria sociale	Deroga ex Linee gestione 2017
1	Assistenti tecnici cat. C	Tempo indet	Ingegneria clinica	Turn over
14	Operatori Sociosanitari cat. BS	Tempo indet	Completamento assunzioni da concorso EGAS. 118 e turn over su vari servizi	Turn over

Per quanto attiene alle cessazioni, sia con riferimento a quelle ad oggi note che rispetto a quelle che emergeranno successivamente, l'Amministrazione esaminerà ogni singola situazione, valutando specificamente le azioni da intraprendere rispetto alla necessità della sostituzione, alla relativa tempistica ed all'eventualità di poter sopperire mediante riorganizzazioni di attività, o con acquisizione di qualifiche e profili diversi. Tale attenta valutazione tenderà a salvaguardare in primis il corretto funzionamento dei servizi ed il rispetto dei LEA, con particolare riferimento al personale sanitario.

La medesima valutazione verrà espletata per l'eventuale proroga di contratti a tempo determinato in scadenza. In generale, la manovra sarà in ogni caso orientata alla graduale diminuzione dei rapporti di lavoro a tempo determinato, ferme restando le necessità di sostituzione di personale assente.

Procedure di stabilizzazione

Come specificato nelle Linee per la Gestione 2016, la manovra deve tener conto delle procedure di stabilizzazione avviata dal D.L. 101/2013. A seguito di rilevazione sul personale a tempo determinato attualmente in servizio ed in possesso dei requisiti dettati dal D.L. 101/13 e dal conseguente D.P.C.M. dd. 6.3.2015, nonché tenendo conto del personale collocato in vigenti graduatorie concorsuali ordinarie, verranno attivate le procedure riservate almeno per i seguenti posti:

- 7 C.P.S. – Infermieri (cat. D)
- 6 Operatori Socio Sanitari (cat. BS)

Le selezioni riservate verranno avviate con tempistica da definire, in relazione al fabbisogno ed all'andamento dei costi del personale, compatibilmente con i relativi vincoli.

Personale tecnico ed amministrativo

Nella programmazione delle figure tecniche ed amministrative, al fine di realizzare l'opportuno contenimento della spesa e perseguire l'ottimale utilizzo delle risorse, in linea generale si è valutato di non procedere alla sostituzione delle cessazioni del 2017, salvo le situazioni di assoluta necessità per il funzionamento dei servizi.

Tra le varie manovre di riorganizzazione interna, verrà predisposto un piano pluriennale di ricollocazione che si stima in 18 figure amministrative a supporto dei C.A.P. distrettuali, nell'ambito del riordino dell'Assistenza primaria varata dalla L.R. 17/2014. Tale innovazione organizzativa, infatti, comporta l'inevitabile coinvolgimento di processi amministrativi, al fine di garantire una serie di prestazioni complementari a supporto dell'utenza, con riferimento ad esempio alle procedure di prenotazione, esecuzione, ritiro referto e sua successiva esibizione al curante, oltre che di supporto alle attività collegate all'ambulatorio infermieristico attivo in ogni C.A.P. e, in prospettiva, anche parte delle necessità delle A.F.T.

A tal fine, si intende avviare la progettualità con la ricollocazione delle prime 4/6 nell'esercizio 2017.

Considerando che tale manovra costituisce un recupero di risorse da utilizzarsi per la progettualità regionale del riordino dell'Assistenza primaria e tenendo conto del mancato turn over del personale amministrativo, si reputa che le figure amministrative assegnate alle AFT/C.A.P. per la suddetta esigenza, rappresentino una voce di deroga ai fini della soglia dell'1%, ai sensi delle predette Linee di gestione.

Categorie protette

Sempre sul versante amministrativo e tecnico, si segnala infine l'esigenza di eseguire alcune assunzioni di personale rientrante nelle categorie protette, programmate nell'ambito di una convenzione stipulata con il Centro per l'Impiego di Trieste e finalizzate al graduale rientro entro la quota d'obbligo di cui all'art. 3 della L. 68/99. Tali acquisizioni verranno attentamente valutate, anche rispetto alla tempistica, al fine di rispettare i vincoli economici sopra citati.

Trasferimento laboratorio dell'I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo"

Ai sensi delle Linee 2016, è stato avviato il trasferimento dell'attività di Laboratorio Analisi e Microbiologia e Virologia dall'I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" verso l'ASUITS. In particolare, secondo le modalità stabilite con gli accordi tra l'Assessorato regionale e le organizzazioni sindacali, è in via di conclusione la procedura di mobilità per 10 unità di Tecnico sanitario di laboratorio biomedico (cat. D).

E' invece ancora in fase di definizione il trasferimento di personale dirigente.

Copertura incarichi di Struttura Complessa

Nel corso dell'esercizio 2017, verranno gradualmente avviate le procedure di copertura delle Strutture Complesse in via di conferma nel nuovo Atto Aziendale, ai sensi delle indicazioni regionali formalmente diramate. Un tanto avverrà garantendo la compatibilità con i vincoli di spesa, a partire dalle situazioni più urgenti per la funzionalità dei relativi servizi.

Pare utile precisare che, come già rappresentato in precedenza, l'incidenza della spesa del personale è influenzata in maniera significativa dalle diverse unità di personale che da tempo non prestano servizio in ASUITs, ma continuano ad essere retribuite dall'Azienda e quindi a figurare nei costi, in particolare il personale distaccato presso i Corsi di Laurea dell'Università di Trieste.

Inoltre, ci si riserva di valutare ulteriori eventuali spazi di manovra, se ritenuti indispensabili in relazione al processo di riordino in atto o per la funzionalità dei servizi, comunque compatibilmente con il rispetto dei vincoli sul personale dipendente.

Come comunicato dall'Area Risorse Umane della Direzione Centrale in corso di negoziazione, in applicazione della DGR 2039/15 di adozione del Piano dell'emergenza urgenza della regione Friuli Venezia Giulia, dal tetto dell'1% del costo del personale del 2012 - in virtù della istituzione della Centrale Unica Operativa 118 - va detratto l'importo su base annua di € 285.641,00.

Ne deriva che il tetto dell'1% del costo del personale per l'Asuits viene ridotto di € 190.427,00, comportando un nuovo valore del tetto medesimo pari € 110.271.847,25.

In conclusione, la proiezione dei costi della suddetta manovra, tenendo conto delle voci di spesa che costituiscono deroga o giustificativo, evidenziano il rispetto del tetto di spesa previsto (valore a consuntivo dell'anno 2012, abbattuto dell'1%).

A tal fine, si rappresenta che l'importo totale dei giustificativi già previsti per il 2016, fissato nel limite del valore indicato a preventivo 2016, da certificarsi a consuntivo, ammonta a € **2.978.931**. dato che comprende gli Autisti di ambulanza acquisiti ai sensi del D.Lgs. 178/12.

Il valore delle deroghe valevoli per il 2017 (stimato in € 217.180), comprende le assunzioni dovute all'abbattimento dei tempi d'attesa utilizzando il fondo accantonato di cui all'art. L. 189/12 (decreto Balduzzi), nonché la manovra annuale di ricollocazione di figure amministrative trasferite ai C.A.P., nell'ambito della descritta manovra di riorganizzazione dell'Assistenza primaria.

Per quanto attiene il dato di forza del personale dipendente, tenendo conto delle acquisizioni esplicitate, delle cessazioni ad oggi note e delle considerazioni sopra rappresentate, la previsione di chiusura dell'esercizio 2017 si attesta a **4.336** unità di personale ricondotte nell'ambito dei ruoli tecnico e amministrativo.

In particolare, si riporta di seguito la situazione analitica del personale dipendente, quale chiusura degli esercizi 2016 e 2017. Il dato complessivo dimostra la riduzione della forza di personale programmata con la presente manovra.

	ctg.	DO al 31/12/16	assunzioni 2017	cessazioni 2017	DO al 31/12/17
RUOLO SANITARIO					
Dirigenti medici		567	22	22	567
Dirigenti medici universitari		53			53

	ctg.	DO al 31/12/16	assunzioni 2017	cessazioni 2017	DO al 31/12/17
Veterinari		10		1	9
Dirigenti sanitari:					
Chimici		1			1
Farmacisti		13			13
Biologi		12		1	11
Psicologi		47	1		48
Fisici		8			8
Dirigenti professioni sanitarie		10			10
Totale dirigenti ruolo sanitario		721	23	24	720
Collab. prof.li sanit. esperti					
Infermieri	DS	61		3	58
Assistenti sanitari	DS	7			7
Fisioterapisti	DS	7			7
Tecnici prevenzione nei luoghi di lavoro	DS	7			7
Tecnici radiologia	DS	4		1	3
Tecnici sanitari di lab. biomedico	DS	1			1
Collab. prof.li sanitari:					
Infermieri	D	1561	18	16	1567
Ostetrica	D	17	4		21
Assistenti sanitari	D	41			41
Dietisti	D	9			9
Odontotecnici	D	2			2
Tecn. Perfusion. Cardio.	D	7			7
Fisioterapisti	D	108		1	107
Terapisti psicomotricità	D	2			2
Logopedisti	D	21			21
Igienista dentale	D		1		1
Ortottisti	D	4			4
Tecnici riabilit. psichiatr.	D	9			9
Terapisti occupazionali	D	3			3
Educatore Professionali	D	1			1
Tecnici prev. amb. e luoghi di lavoro	D	22			22
Tecnici sanitari labor. biomedico	D	117		1	116
Tecnico radiologia	D	95		1	94
Tecnico audiometrista	D	2			2
Tecnico neurofisiopatologia	D	26			26
Massaggiatore non vedente	D	1			1
Altri tecnici	D	1			1
TOTALE generale collaboratori prof.li		2136	23	23	2140
					0
Inf. Generici Esperti	C	102		12	90
Inf. Gen. Psichiatrico Esp.	C	9			9

	ctg.	DO al 31/12/16	assunzioni 2017	cessazioni 2017	DO al 31/12/17
TOTALE ruolo sanitario Comparto		2247	23	31	2239
TOTALE RUOLO SANITARIO		2968	46	55	2959
RUOLO PROFESSIONALE					
Ingegneri		12			12
RUOLO TECNICO					
Dirigenti tec. - sociologi					0
Dirigenti tec. - analisti		1		1	0
Dirigenti tec.- statistico		1		1	0
Dirigenti tec. assistenti sociali		1			1
Collaboratori prof.li - assistenti sociali esperti	DS	1			1
Collaboratori tecnici prof.li esperti	DS	3			3
Collaboratori prof.li - assistenti sociali	D	26	2		28
Collaboratori tecnici professionali	D	50			50
Assistenti tecnici	C	31	1		32
Operatori tecnici spec esperti	C	41	1	3	39
Operatori socio-sanitari (OSS)	BS	554	14	8	563
Operatori tecnici specializzati	BS	58		1	57
Operatori tecnici	B	72	1		73
Operatore Tecnico - Addetto Ass. (OTA)	B	14		2	12
Ausiliari spec. (tecn-econ e socioassist)	A	127		3	124
Altre figure					0
TOTALE RUOLO TECNICO		980	19	19	983
RUOLO AMMINISTRATIVO					
Dirigenti amm.vi		18			18
Coll. amm.vi prof.li esperti	DS	31		1	30
Coll. amm.vi prof.li	D	88		2	86
Ass. amministrativi	C	132		5	127
Coadiutori amm.vi esperti	BS	59		1	58
Coadiutori amm.vi	B	62			62
Commessi	A	1			1
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO		391	0	9	382
TOTALE GENERALE		4351	65	87	4336

FONDI CONTRATTUALI

Art. 1, c. 236 L.208/2015

Nella definizione dell'ammontare complessivo dei fondi per il trattamento accessorio del personale dipendente è stato applicato quanto disposto dall'art. 1, c. 236 della Legge di Stabilità 2016 (L.208/2015) tutt'ora in vigore.

Incremento 1% come tetto massimo del fondo di produttività/risultato

In applicazione delle Indicazioni metodologiche, nei fondi di risultato/produttività del personale dell'esercizio 2017 non è stato accantonato l'incremento fino all'1% (come tetto massimo).

Art. 9 *quinquies* D.L.78/2015, convertito nella L.125/2015

In applicazione di quanto previsto dall'art. 9 *quinquies* D.L.78/2015, convertito nella L.125/2015, a seguito dell'accorpamento della S.C. Clinica ortopedica e Ortopedia e della S.C. Chirurgia Generale e I chirurgica, è stato quantificato l'importo pari ai risparmi di trattamento accessorio derivante dalla diminuzione delle strutture, secondo i valori corrispondenti agli incarichi.

Detto importo viene evidenziato nella tabella di quantificazione del fondo per la retribuzione di posizione, ma potrà essere oggetto di revisione a seguito della nuova organizzazione delineata nell'Atto Aziendale e della sua implementazione, tenuto altresì conto delle voci stipendiali che il fondo specifico alimenta.

DGR. 2036/2016 – Nota DCS 18417/2016

In esecuzione della DGR 2036/2016 "L.R.17/2014, art. 7, c.7 "Ricognizione funzioni affidate all'EGAS" e della successiva nota DCS 18417/2016, si è provveduto a quantificare le quote dei fondi contrattuali del personale del Comparto e della Dirigenza Medica che dovranno essere trasferite all'EGAS, a seguito del trasferimento del personale presso la Centrale Operativa Unica Regionale 118. I valori saranno riportati nelle tabelle di quantificazione dei singoli fondi per ciascuna area contrattuale. Si attendono indicazioni operative per definire la decorrenza effettiva del trasferimento.

I valori dei fondi contrattuali dell'ASUI TS, derivanti dalle somme delle voci costituenti i singoli fondi contrattuali dell'ex Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" e dell'ex Azienda Ospedaliero Universitaria, vengono rappresentati in specifiche tabelle di quantificazione, allegate al documento, e distinte per singola area contrattuale e per singolo fondo.

Criticità dei fondi contrattuali del trattamento accessorio legato alle condizioni di disagio dell'area della Dirigenza Medica e del Comparto

Si richiama la nota prot. N° 1060 dd. 27/08/2015, con la quale si è provveduto a rendere noti e circostanziare alla DCS i fabbisogni incrementali necessari per poter corrispondere integralmente, in ciascuna area contrattuale interessata, i compensi per le indennità contrattuali e il lavoro straordinario al personale avente titolo.

La criticità permane ed è relativa all'incapienza dei fondi contrattuali del trattamento accessorio dell'area della Dirigenza medica (art. 10 CCNL/2010) e del personale non dirigenziale del Comparto (art. 7 CCNL/2009), rispetto ai compensi contrattualmente dovuti (e quindi esigibili da parte dei dipendenti) a titolo di indennità e lavoro straordinario.

Si evidenzia che – nella circostanziata e motivata definizione del fabbisogno – si è tenuto conto, per l'area medica, solo di quanto dovuto per ore di guardia e di pronta disponibilità eccedenti le 38 ore settimanali; per il personale non dirigenziale del Comparto, dello straordinario da corrispondere anche ai sensi dell'art. 9, comma 1, CCNL/2001 (festività infrasettimanali). Si segnala, inoltre, che in ex Aouts dal 2015 è stata

attivata la reperibilità angiografica, in relazione alla quale è stato richiesto – ma non autorizzato - un incremento dei relativi fondi per l'area medica e per il comparto. Trattasi di fattispecie (attivazione di un nuovo servizio) per cui CCNL e Linee di indirizzo regionali prevedono espressamente l'incremento dei fondi contrattuali deputati a corrispondere le relative indennità.

Il fabbisogno incrementale, rilevato nell'esercizio 2015, ammontava a € 451.250 (+ oneri) per l'area medica, e a € 270.796 (+ oneri) per il personale del Comparto.

6 La formazione

Il Piano formativo ASUITs 2017

La Formazione

L'Azienda promuove la Formazione in quanto leva strategica nella gestione del personale e strumento fondamentale per la valorizzazione del proprio capitale intellettuale, in linea con quanto previsto sia dalle norme ordinarie nazionali (D.Lgs 165/2001, D.Lgs 502/92, Contratti Nazionali di lavoro delle diverse aree contrattuali che sono presenti in Azienda), regionali (L.R. 17/2014) e direttive aziendali.

Tra i valori di riferimento dell'Azienda quello della formazione assume particolare rilevanza, orientando l'organizzazione anche a promuovere ed investire nel sistema di formazione continua del personale inteso quale strumento per garantire il mantenimento, l'adeguamento e lo sviluppo delle conoscenze professionali e culturali in grado di incidere, in termini di miglioramento continuo, sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi in sintonia con il progresso tecnico-scientifico.

Nel richiamare e dare continuità a quanto previsto gli atti di programmazione 2016 in ordine a criteri e agli indirizzi ai quali ASUITs intende orientare la propria offerta formativa, la programmazione formativa sarà elaborata tenendo conto del percorso delineato dalla L.R. 17/2014, dalla DGR 2201/2014 (Linee guida per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina FVG) e dalle Linee per la Gestione del SSR 2017.

La recente normativa regionale prevede l'attuazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione (interdisciplinare, interprofessionale, intersettoriale) per la realizzazione di obiettivi reciprocamente condivisi. In quest'ottica la programmazione formativa ASUITs rappresenta uno strumento che supporta il management aziendale per:

1. Sostenere le linee di sviluppo strategico con eventi formativi progettati ad hoc
2. Sviluppare quelle competenze tecnico professionali e manageriali necessarie ad un pieno ed efficace esercizio del ruolo nell'ottica dell'integrazione e multidisciplinarietà
3. Interconnettere tutti i nodi delle reti professionali e di individuare, portare a valore, diffondere e consolidare il know-how disponibile.

La programmazione formativa 2017

Le direttive impartite dalla Direzione centrale regionale prevedono che il Piano formativo aziendale, strumento essenziale per realizzare la programmazione formativa, sia presentato entro il 30 marzo 2017 al fine di consentire l'eventuale allineamento con il Piano Regionale Formativo.

La programmazione formativa 2017 intende collocarsi su una linea di continuità con il lavoro già intrapreso negli anni passati e si configura come il luogo di raccordo, sintesi e armonizzazione di obiettivi e bisogni molteplici: obiettivi strategici aziendali; obiettivi formativi indicati dal sistema ECM regionale e nazionale; Piani sanitari nazionale e regionale; Linee di Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario; bisogni formativi delle singole strutture/articolazioni aziendali; esigenze scaturite da percorsi formativi iniziati nel 2016 che necessitano di una continuità didattica che si concretizzerà nel corso del 2017.

La Legge regionale n. 17 del 16.10.2014, riordinando il sistema sanitario regionale, all'art 45 Formazione del personale, "riconosce e promuove la formazione del personale quale strumento fondamentale per mantenere elevati e crescenti livelli di qualità nell'erogazione di prestazioni dei servizi sanitari e socio

sanitari a tutela della salute pubblica” e impegna la Regione a promuovere e sostenere in particolare, iniziative formative finalizzate a:

- a. realizzare programmi di umanizzazione delle cure;
- b. valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale;
- c. favorire lo sviluppo dei quadri intermedi;
- d. sostenere, altresì, le attività di formazione dei medici di medicina generale per il corso triennale di formazione specifica e quelle dedicate ai farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio ed inerenti alle attività di farmacia dei servizi.

Queste tematiche saranno sviluppate attraverso l’implementazione di percorsi formativi realizzati:

- dalla Regione, per il tramite di EGAS o altro provider espressamente indicato. L’offerta formativa sarà indicata nel Piano regionale della formazione 2017 (PRF) che potrà essere aggiornato in corso d’anno, previa comunicazione agli enti interessati;
- dagli enti SSR, secondo le indicazioni vincolanti in termini di priorità, obiettivi, tempi, contenuti e destinatari forniti direttamente dalla Regione;
- dagli enti SSR, senza vincoli da parte della Regione, in relazione ai fabbisogni formativi specifici di ciascun ente.

A tal fine sono indicate le seguenti priorità:

- Emergenza - urgenza, in particolare in tema di: triage, dispatch, traumi, emergenze cardiologiche e ictus e di attivazione di un Centro regionale di simulazione per l’addestramento in contesti di emergenza-urgenza;
- Reti di patologia (insufficienza d’organo e trapianti);
- Screening oncologici: iniziative di formazione a sostegno della qualità dei piani di prevenzione;
- Formazione manageriale finalizzata a valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, amministrativa e professionale;
- Lean management;
- Sviluppo delle competenze dei quadri intermedi;
- Trasparenza ed anticorruzione;
- Formazione dei formatori e approfondimenti relativi al tema della qualità e delle valutazioni d’impatto della formazione in sanità, sviluppo del sistema delle competenze dei progettisti di formazione, dei docenti, dei responsabili scientifici, dei tutor e in generale di tutti gli attori della formazione;
- Bioetica nei servizi sanitari e sociosanitari.

Il Piano formativo ASUITs 2017

Il Piano della Formazione è lo strumento per realizzare la programmazione formativa aziendale ed è fondamentale per il miglioramento dell’organizzazione aziendale, dei processi produttivi e dell’innovazione tecnico-professionale nell’ottica dello sviluppo e della valorizzazione delle dimensioni professionali nell’integrazione tra assistenza/didattica/ricerca.

Il Piano Formativo Aziendale sarà elaborato tenendo conto dei seguenti elementi:

- rendere prioritarie le esigenze segnalate a livello di Direzione Strategica
- sostenere le azioni che implicano innovazione e cambiamento organizzativo

- valorizzare strategie e metodologie formative di dimostrata efficacia
- sostenere la crescita del sistema formazione aziendale favorendo le occasioni di scambio di esperienze e confronto tra i professionisti, al fine di rendere omogenei comportamenti, procedure e percorsi assistenziali allineandoli verso le eccellenze.

In ambito formativo dovranno essere implementati modelli di gestione e di organizzazione dei processi che diano maggiori garanzie ed evidenza nella produzione di risultati di cambiamento. Questo significa rendere ancora più evidenti gli obiettivi formativi e le ricadute attese, come driver non solo della progettazione e della programmazione formativa, ma anche della verifica e soprattutto della valutazione, nonché del riorientamento, ove necessario.

In coerenza con il quadro normativo di riferimento e con le Linee di Gestione del SSR 2017, il Piano formativo aziendale si svilupperà sulle seguenti tematiche:

- Emergenza – Urgenza secondo le Linee Guida adottate in ASUITs;
- Reti di patologia (insufficienza d’organo e trapianti). Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione-trapianto;
- Umanizzazione delle cure focalizzando l’attenzione sugli aspetti strutturali, organizzativi, comunicativi e relazionali dei percorsi clinico-assistenziali;
- Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente). La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato;
- Sicurezza degli operatori nell’ambiente di lavoro e/o patologie correlate (T.U. n. 81/2008; Accordo Stato Regioni 2011);
- Sicurezza del paziente (Risk management); Linee Guida - Protocolli - Procedure Documentazione Clinica;
- Cure palliative e terapia del dolore (L. 38/2010); Trattamento del dolore acuto e cronico;
- Integrazione ospedale/territorio, la continuità assistenziale, percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) strutturati in sinergia con le realtà distrettuali;
- Gestione integrata del paziente anziano, fragile, pluri-patologico. Percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi. Profili di assistenza - profili di cura;
- Promozione corretti stili di vita nelle diverse fasi della vita;
- Gli screening oncologici; la prevenzione delle malattie cronico-degenerative
- Adozione di linee guida EBM ed EBN sull’evidenza dei sistemi e dei processi clinico assistenziali; applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell’Evidence Based Practice (EBM-EBN);
- Cura del lavoro in team multi - professionale e adozioni di modelli di lavoro in rete. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
- Valorizzazione e motivazione delle risorse umane attraverso la formazione manageriale finalizzata a valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, amministrativa e professionale. Implementare percorsi formativi per sviluppare le competenze dei quadri intermedi; il clima organizzativo;
- Trasparenza ed anticorruzione
- Formazione in tema della qualità della formazione, strategie per implementare le Linee regionali

definite dall'Osservatorio regionale per la qualità della formazione

Risorse economiche e loro finalizzazione

Nel limite delle risorse disponibili si prevede di assegnare alla formazione 450.000 € che rappresenta il budget complessivo del 2016 attribuito all'ex-AOUTs e all'ex-AAS1. La loro finalizzazione sarà esplicitata nel Piano formativo 2017 tenendo conto del nuovo assetto organizzativo dell'Azienda. Le attività formative programmate e realizzate nel primo trimestre del 2017 saranno finanziate con un budget pari a 3/12 del totale, assicurando la compensazione per la realizzazione di eventi non programmati o di particolare rilevanza.

7 Investimenti

PROGRAMMA PRELIMINARE DEGLI INVESTIMENTI PER IL TRIENNIO 2017 - 2019

Apparecchiature Biomedicali

Per quel che riguarda il programma 2017 si confermano i principi esposti nella relazione accompagnatoria al piano triennale, in particolare rispetto le necessità di ammodernamento del parco macchine esistente in funzione di una sempre maggior sicurezza nei confronti degli operatori e dei pazienti e di un incremento dei livelli qualitativi dell'assistenza.

Si ribadisce la necessità di procedere con estrema urgenza alla **sostituzione del litotritore endoscopico** in uso dal 2004, con segni preoccupanti di obsolescenza e fermi macchina continui, disservizi e costi di manutenzione elevati.

Presso le sale operatorie della Cardiochirurgia sarà indispensabile procedere al **rinnovo del parco pompe circolazione extracorporea e sistemi di termoregolazione** (gruppi caldo-freddo) per garantire la necessaria sicurezza operativa.

A queste voci andranno aggiunte ulteriori criticità relative ad apparecchiature che hanno recentemente presentato significativi segni di obsolescenza.

In Clinica Oculistica si dovrà procedere alla **sostituzione di un ecobiometro** e di un **fotocoagulatore laser**, in uso dal 2004 e non più riparabili.

Presso la Clinica Dermatologica andrà **sostituito un laser terapeutico** in uso dal 2000, per il quale non è più possibile garantire una manutenzione adeguata.

Analogamente si prevede di acquisire un **aspiratore ad ultrasuoni** in sostituzione di un apparecchio in uso dal 2004 in Neurochirurgia, per il quale da dicembre 2016 non verranno più garantiti i ricambi.

Per quanto riguarda la Cardiologia è, inoltre, necessario prevedere l'acquisizione di un sistema di **mappaggio elettro-anatomico endocavitario** per ampliare le possibilità di procedure di elettrofisiologia interventistica per via epicardica.

Si conferma, inoltre, la necessità di provvedere alla **sostituzione di un secondo elettromiografo** (presso l'Ospedale Maggiore) e di completare il **rinnovo del parco elettrobisturi** (+ argon) della Gastroenterologia acquisendo ulteriori due apparecchi.

Si rinnova la richiesta di acquisizione del **sistema TC/PET**, così come concordato con la Direzione Centrale della Salute. Tale tecnologia ha rilevanza fondamentale per la pratica clinica, in particolare per l'oncologia (diagnosi precoce, diagnosi differenziale, stadiazione e ristadiazione, follow up, valutazione della risposta terapeutica, definizione del volume bersaglio prima di un trattamento radioterapico, ottimizzazione dei piani di trattamento), per la neurologia (demenze su base degenerativa, diagnosi precoce della malattia di Alzheimer, epilessia focale farmaco-resistente, malattia di Parkinson, malattie cerebrovascolari), per la cardiologia (coronaropatia, cardiopatia ischemica, vitalità miocardica). La PET-TC permette inoltre ampie applicazioni nell'ambito della ricerca biomedica, sia per quanto riguarda la valutazione degli effetti di nuovi farmaci sia per lo sviluppo di nuove terapie.

In Emodialisi è necessario continuare con il **rinnovo del parco reni** in quanto i più datati sono in attività da più di 11 anni e presentano criticità di funzionamento e disservizi continui per guasti.

Si conferma, inoltre, la necessità di proseguire con il rinnovo del **parco ecografico** della radiologia di

Cattinara, acquisendo un apparecchio ad alte prestazioni, tenendo anche conto del fatto che è aumentata la richiesta di prestazioni ecografiche complesse (ecocontrastografie, elastografie, procedure interventistiche) che richiedono l'utilizzo di apparecchiature di fascia alta dotata delle tecnologie più avanzate ora disponibili.

Per quel che riguarda le innovazioni nel settore chirurgico va prevista l'introduzione della metodica di **chirurgia robotica** per la quale sarà necessario l'acquisizione di opportuno sistema robotizzato per chirurgia endoscopica (relazione di fattibilità inviata all'Assessore ed alla Direzione Centrale della Salute in data 12.09.2016). Il sistema dovrebbe essere utilizzato presso il complesso operatorio di Cattinara per l'urologia, la chirurgia generale, la chirurgia toracica e per l'otorino, anche proponendo l'utilizzo, se richiesto e necessario, da parte dei chirurghi delle strutture Spoke dell'area isontina. Combinando l'efficacia della chirurgia open con un nuovo approccio minimamente invasivo, la chirurgia robotica offre a molti pazienti la migliore soluzione di trattamento chirurgico. Le procedure chirurgiche approcciate con il sistema robotico sono state ampiamente dimostrate essere efficaci nel trattamento di numerosi tipi di tumore maschili e femminili. Essa associa ai benefici intra e post-operatori di una procedura minimamente invasiva, l'esecuzione di interventi complessi e migliori risultati in termini di recupero funzionale e post-operatorio più rapidi rispetto alle procedure open.

Oltre alla sostituzione di apparecchiature obsolete va previsto l'acquisizione di apparecchiature di base per fornire l'indispensabile **dotazione ai nuovi CAP distrettuali**.

Inoltre nell'ambito delle acquisizioni di apparecchiature biomedicali varie destinate ai Distretti si dovranno prevedere anche gli acquisti per **ausili di cui DM 332/99** destinati ai pazienti aventi diritto, con particolare riferimento a montascale, Cpap, aspiratori chirurgici, ventilatori polmonari ed aerosol.

Queste sono soltanto alcune delle necessità e delle situazioni di criticità ad oggi più evidenti, ma bisogna tener presente che l'elevato numero di apparecchiature estremamente datate da una parte e la continua evoluzione tecnologica dall'altra richiedono di avere a disposizione una quota di finanziamento per far fronte a situazioni di criticità che via via possono insorgere ed una maggior flessibilità sulle programmazioni future.

Attrezzature Tecnico economali

Sulla scorta delle Linee per la gestione del SSR per il 2017 e delle necessità più rilevanti segnalate dalle varie strutture di ASUITs e dalla S.C. Prevenzione e Protezione Aziendale relativamente all'acquisto di attrezzature tecnico economali, si confermano le indicazioni già espresse in sede di piano preliminare degli investimenti 2017 (decreto ASUITs n. 562 dd. 15.9.2016)

Con riferimento in particolare all'annualità 2017, e tenuto conto delle priorità indicate dalle Linee regionali, si indicano di seguito le acquisizioni più rilevanti previste nel triennio 2017-2019. Le stesse sono state programmate e vengono distinte in relazione alla priorità.

Acquisti con **priorità alta**, determinati dalla necessità improrogabile di adeguare le attuali dotazioni alle disposizioni in materia di sicurezza, nonché di rinnovare attrezzature/arredi divenuti ormai obsoleti:

- urgente progressivo parziale rinnovo del parco veicoli aziendale e delle autovetture utilizzate nella continuità assistenziale a domicilio e nelle altre attività istituzionali (**ospedaliere e territoriali**), notevolmente datato e/o con altissimo chilometraggio che comporta frequenti fermi macchina e notevoli e crescenti oneri in termini di manutenzione periodica; non si ritiene più procrastinabile un adeguato e consistente riavvio delle acquisizioni al riguardo;
- parziale progressivo rinnovo del parco macchine (ambulanze e automediche) in dotazione al 118;
- completamento delle acquisizioni per l'Anatomia Patologica necessarie all'adeguamento alle norme in materia di sicurezza per il trattamento della formalina (cappe e banchi aspirati), già finanziato nel piano 2016 per Euro 50.000 per il cui completamento risultano necessari ulteriori 50.000 Euro previsti nel piano 2017;
- rinnovo arredi Polo Cardiologico per la necessità improrogabile di adeguamento alla normativa antincendio da completare entro il 2018, termine di scadenza della deroga concessa dai Vigili del Fuoco;
- attrezzaggio/arredo degli ulteriori quattro CAP;
- acquisto di attrezzature sanitarie varie per adeguamento a normativa di sicurezza e/o obsolescenza (poltrone, frigoriferi di vario tipo, carrelli ad altezza variabile, lettini, ecc.)
- arredi non sanitari per UU.OO. varie per sostituzioni, obsolescenze, adeguamento normativa sicurezza e trasferimenti vari (connessi in parte agli adeguamenti edili-impiantistici nei vari comprensori);

Acquisti con **priorità media**:

- acquisto di attrezzature sanitarie varie per adeguamento a normativa di sicurezza e/o obsolescenza (poltrone, frigoriferi di vario tipo, carrelli ad altezza variabile, lettini, ecc.) con particolare riferimento agli allestimenti delle sedi del 118, ad alcune sedi distrettuali e dipartimentali;
- arredi non sanitari per UU.OO. varie per sostituzioni, obsolescenze, adeguamento normativa sicurezza e trasferimenti (connessi in parte agli adeguamenti edili-impiantistici nei vari comprensori), con particolare riferimento agli allestimenti delle sedi del 118, ad alcune sedi distrettuali e dipartimentali.

Si richiamano, altresì, le ulteriori voci di investimento già indicate nel piano preliminare 2017 – 2019, ed aventi priorità minore in quanto riferite ad annualità successive, riservandosi peraltro di adeguare in corso di esercizio le priorità e necessità individuate:

- sostituzione di sedici letti di terapia intensiva;
- un sistema movimentazione letti elettrico per il Complesso Operatorio dotato di un meccanismo di aggancio/sgancio dal letto che consente la movimentazione da parte di un unico operatore anziché due;
- attrezzature tecnico-economali complementari alle opere edili impiantistiche di riordino della rete ospedaliera triestina, con riferimento sia, in parte, a opere già finanziate e di cui si prevede la prossima cantierizzazione, sia, in parte, a opere per le quali non risulta allo stato definito il finanziamento, ma che vengono previste nell’ambito del presente programma preliminare. Si tratta dell’allestimento del nuovo padiglione Laboratori nel comprensorio di Cattinara, degli arredi e attrezzature connessi alla riqualificazione del comprensorio di Cattinara (per cui occorrerà tempestivamente poter avviare le procedure di acquisizione) e infine di arredi e attrezzature per le aree del comprensorio del Maggiore di cui si prevede, con tempistiche diverse, di attivare la ristrutturazione (lato via Pietà Ospedale Maggiore, palazzina ex centro tumori, nuovo padiglione economale, anatomia patologica OM); il tutto in ottemperanza al parere del NVISSS n. PP 2016-AOUTs del 21/01/2016.

Nel complesso, per le attrezzature tecnico-economali si prevede pertanto, allo stato, la conferma di quanto previsto nel PPI 2017 (decreto ASUITs 562/2016), per gli importi complessivi come di seguito riportati:

IMPEGNO PER ANNO	ALTRO
IMPEGNO PER ANNO - 2017	1.558.000,00
IMPEGNO PER ANNO - 2018	1.120.000,00
IMPEGNO PER ANNO - 2019	26.630.000,00

Nel contesto del Piano Attuativo Locale per il 2017, si ritiene opportuno evidenziare che, come da comunicazioni intercorse con l’Assessorato e la Direzione Centrale Salute (rif. nota ASUITs prot. 0042580-P dd. 12.9.2016), è stata recentemente richiesta l’attivazione urgente di una procedura per l’acquisizione in service di un sistema per chirurgia robotica (rif. nota ASUITs prot. 0058510-P dd. 5.12.2016 trasmessa ad EGAS e a DCSPS); il costo previsto per un periodo indicativamente semestrale è di circa euro 336.000.

Si evidenzia inoltre che con nota prot. 59204-7268/16 dd. 7.12.2016, a cui si rinvia, questa ASUITs ha fornito alla Direzione Centrale Salute l’evidenza dei service in essere afferenti l’area diagnostica di ASUITs (*Dipartimento di Medicina di Laboratorio, Dipartimento di Medicina Trasfusionale e S.C. Anatomia Patologica*) di importo pari o superiore ai 100.000 euro per i quali è prevista la scadenza nel prossimo biennio e per i quali risulta prevista o in attivazione la procedura di affidamento da parte di EGAS. Un tanto va inquadrato alla luce di quanto previsto nelle linee guida dell’anno 2016 in merito alla riorganizzazione dei laboratori analisi e Microbiologia e virologia dell’area vasta giuliano-isontina e stante quanto previsto anche nelle linee guida per l’anno 2017. Nella citata nota si è ritenuto opportuno precisare che tali contratti in essere di importo pari o superiore ai 100.000 euro sono tutti già conseguenti all’espletamento di

precedenti procedure centralizzate da parte dell'ex CSC, poi DSC e ora EGAS, con scadenza nel prossimo biennio, e che in nessun caso trattasi di gare avviate per la sostituzione di apparecchiature di proprietà. In relazione allo svolgimento delle procedure di gara da parte di EGAS, si richiedono, per quanto necessario, gli eventuali adempimenti autorizzativi da parte della DCS (NVISS).

Attrezzature informatiche

Per quanto riguarda i sistemi afferenti alla sfera IT, si confermano i principi indicati nel recente programma preliminare per le attrezzature informatiche 2017–2019. In particolare risulta evidente la rapida obsolescenza e la necessità di maggior frequenza di rinnovo tecnologico.

Inoltre, a differenza di altri settori tecnologici, l'IT è caratterizzato da una pressione sempre crescente di risposte a bisogni e deve fronteggiare due principali fronti di spinta che sono: da un lato, l'offerta da parte del mercato di nuovi software in supporto alla diagnosi e cura (es. ricostruzione 3D ed elaborazione di bioimmagini, misure quantitative in ambiti specialistici etc.) e ai processi tecnico-amministrativi nonché servizi appaltati; dall'altro lato, sistemi hardware e software derivanti dal mondo dei dispositivi medici e dalla evoluzione verso l'IT di tecnologie ed impianti.

In generale si stima la necessità di un finanziamento annuale di base, ai soli fini del rinnovo tecnologico base, di circa un milione di euro all'anno.

Relativamente all'HARDWARE DI PERIFERIA, considerato il finanziamento complessivo 2016 che permette la migrazione di tutto il parco macchine a MS W7 e la necessaria quota di ampliamento delle postazioni di lavoro (PdL), non si richiedono finanziamenti per il 2017.

Negli anni successivi (a partire dal 2019) andrà prevista la quota strutturale di rinnovo/ampliamento annuale (periodo di vita utile massimo di 8 anni: circa 300mila euro/anno per PdL, altro hardware di periferia e relative licenze).

Relativamente al sistema PACS, considerato il finanziamento complessivo 2016 che consente il rinnovo delle PdL PACS, del sistema di masterizzazione e il rinnovo e la estensione dei sistemi di dicomizzazione, non si richiedono finanziamenti per il 2017 relativamente appunto a tali voci.

Negli anni successivi (a partire dal 2019) andrà prevista la quota strutturale di rinnovo/ampliamento annuale (periodo di vita utile massimo di 8 anni: circa 65mila euro l'anno per le PdL e circa 30mila euro l'anno per la dicomizzazione).

Rimane necessario poter far fronte alle richieste degli specialisti per moduli di valutazione quantitativa sull'imaging diagnostico (radiologia, cardiologia, medicina nucleare, tutta la pianificazione preoperatoria)¹.

Relativamente alla INFRASTRUTTURA IT:

- a. Si evidenzia il crescente numero di server di prossimità introdotti tra l'altro dai dispositivi medici esistenti, che impone un sistema di virtualizzazione aziendale efficiente, di adeguata capacità e sicurezza. Tali server vanno virtualizzati, poiché all'aumentata efficacia associano garanzia di continuità operativa e la possibilità di mantenere la sicurezza². Il livello di prestazioni e di risorse disponibili del sistema di virtualizzazione in uso va mantenuto con l'acquisto delle componenti necessarie per dare risposta al carico richiesto (come premesso, per l'esigenza di consolidare i sistemi ex AAS1 unificandoli su una unica piattaforma tecnologica e rispondere alle necessità derivanti, già nel 2018, dalla

¹ Esempi sono la diagnosi 3D avanzata per la radiologia, l'aggiornamento della pianificazione protesica ortopedica, l'aggiornamento dei moduli quantificativi 3D per l'ecocardiologia. ASUITs può sostenere l'implementazione annuale di 3 moduli specialistici (che richiedono assistenza e formazione non solo da parte del fornitore ma anche dell'azienda per avere successo) il cui costo stimato è di circa 15mila euro l'uno (ossia circa 50mila euro l'anno).

² compartimentazione dei domini di competenza ed amministrazione con sistemi di isolamento e disciplina del traffico *-firewalling* virtuale

riqualificazione del presidio di Cattinara).

- b. Va mantenuto aggiornato il sistema di licenzistica (fabbisogno: 250mila euro nei tre anni).
- c. L'attuale sistema di archiviazione e gestione dei log (così come previsto dalle norme specifiche sugli amministratori di sistema) è uscito di supporto del produttore ed è tecnologicamente obsoleto risulta necessario upgradarlo con una spesa prevista di 25mila euro.
- d. Indispensabile aggiornare nei prossimi anni il sistema di back up indispensabile per la business continuità (recovery immediato e granulare degli oggetti critici quali, per esempio, i server virtualizzati di afferenza a dispositivi medici, tra i quali anche grandi apparecchi come TAC e acceleratore lineare). Visto il progresso della tecnologia, risulta economico aggiornare l'intero sistema con un costo previsto nel 2017 di 90mila euro.
- e. Necessario provvedere all'espansione dei SAN e del nuovo NAS aziendale al fine di garantire i servizi di essere e rispondere alle necessità di archiviazione del prossimo futuro (la nuova sala emodinamica già in servizio e nel 2017 la nuova RMN 3 Tesla), anche considerando che le prestazioni crollano al di sopra dell'80% di occupazione di spazio di targa. Il costo previsto è di circa 60mila euro da prevedere nel 2017.
- f. La virtualizzazione del desktop standard è una opportunità che, a fronte di un costo iniziale, porta rapidamente a risparmi diretti di gestione e manutenzione e soprattutto garantisce livelli di continuità operativa allo stato dell'arte e alta resilienza ai guasti dell'hardware di periferia. L'esperienza fatta all'ospedale di Udine ha portato grandi vantaggi. E' ipotizzabile l'avvio del sistema per prima cosa nei reparti critici (pronto soccorso, laboratorio, immunotrasfusionale, rianimazione) con un costo di circa 50mila euro nel 2017, ed a seguire negli altri con una percorso triennale e costi attualmente stimabili in 20mila euro anno (2018 e successivi due).

Relativamente alla RETE, considerato il finanziamento complessivo 2016 che consente il rinnovo degli apparati attivi di distribuzione di piano (switch), non si richiedono finanziamenti per il 2017.

Negli anni successivi (a partire dal 2019) andrà prevista la quota strutturale di rinnovo/ampliamento annuale (periodo di vita utile massimo di 8 anni: circa 200mila euro/anno)³.

Adeguamento:

- a. Locali medici di gruppo 1 e 2: previsto il collegamento in rete di apparecchi e sistemi elettromedicali solo attraverso i dispositivi di separazione conformi alla norma IEC 60601.1. È quindi indispensabile un acquisto di circa 50mila euro/anno per coprire le esigenze a partire dalle situazioni di maggiore criticità.
- b. Il presidio ospedaliero Maggiore è storicamente dotato di singola via per le fibre ottiche dal centro stella ai distributori di piano, tranne che nelle zone di recente costruzione/ristrutturazione. Considerato che il datacenter è già predisposto per accogliere la doppia via dalle zone mancanti si ritiene opportuno concludere la copertura nel 2017 con un costo previsto di circa 50mila euro.
- c. Cablaggio Palazzina Infettivi presidio Maggiore e delle sedi di Via Farneto e San Giovanni: va rilevato che, a fronte dell'obiettivo di mettere a regime il sistema informatico/informativo fra i centri HUB e SPOKE per tutte le funzioni di laboratorio, la palazzina infettivi, che ospita il Laboratorio, è quella che ha il cablaggio di categoria più bassa (cat. 5) in tutta l'ex AOUTs ed inoltre

³ Considerato inoltre che vi è stata l'opportunità di acquisto a prezzo di molto inferiore allo standard di mercato nella recente convenzione Consip cosiddetta LAN5, auspicando che nelle prossime vi sia analoga opportunità, si stima per il 2019 una spesa di soli 100mila euro.

non è servita da doppia dorsale ottica di ridondanza. Conseguentemente si ritiene urgente il rifacimento del cablaggio strutturato della palazzina. Analogamente risulta necessario intervenire nel rifacimento del cablaggio strutturato delle sedi di Via Farneto e San Giovanni edificio Via Sai 1-3 obsolete e su cui insiste un numero significativo di utenze pregiate. In totale è stimato siano necessari 460mila euro.

- d. Interventi di riqualificazione edile impiantistica delle varie sedi ASUITs: risulta indispensabile provvedere contestualmente alla realizzazione del cablaggio strutturato per le sedi Via Stock, Aurisina, San Giovanni (edificio Via Sai 5), Via Orsera, Via Valmaura, Maggiore (Donatori Sangue) per un totale di 420mila euro.
- e. Spesa strutturale annuale per la riqualificazione del cablaggio strutturato: considerata l'attività che ASUITs è in grado di sostenere annualmente in termini di progettazione e direzione lavori per il rifacimento delle reti LAN, si ritiene di dover inserire nella spesa strutturale annua (presumibilmente a partire dal 2020) circa 150mila euro, considerando una vita media del cablaggio di 20 anni e la ristrutturazione di Cattinara che comprende già questa voce di spesa.
- f. Connettività Wireless: sempre più applicazioni (sistemi medicali e non, telefonia mobile, ecc.) sono pensate per essere utilizzate per mezzo di connettività wireless; sempre più vi è richiesta da parte di utenti interni ed esterni, oltre che dall'università, perlopiù in termini di connettività internet soprattutto ove non c'è copertura cellulare. Peraltro sistemi analoghi sono stati già avviati presso l'ospedale di Udine con analoghe esigenze. La riqualificazione di Cattinara prevede inoltre la predisposizione per il wireless ed è quindi necessario mettere in uso previamente l'infrastruttura centrale progettata per essere intrinsecamente sicura - anche per scopo clinico - e performante. La rete passiva per la wireless potrà poi essere realizzata via via. Spesa presunto di 150mila euro nel 2017 e poi di 50mila/anno.
- g. Software di monitoraggio dei sistemi attivi: necessario il controllo del traffico, il monitoraggio e la distribuzione delle configurazioni, il controllo degli host collegati alle singole porte degli apparati attivi conseguente all'espandersi della complessità della rete dati considerando anche l'integrazione delle due Aziende⁴. Costo previsto per i moduli di espansione, da implementarsi nel 2017, 20mila euro.
- h. Ampliamento delle reti dati locali per l'attivazione nel 2017 dei quattro nuovi CAP: complessivi 80mila euro.
- i. Connettività tramite la nuova rete Ermes di tutte le utenze ASUITs nel comprensorio di Via Pascoli presso l'ITIS: è necessario unificare le due reti locali ex AAS1 ed ex AOUTs esistenti con gli opportuni collegamenti in fibra per un totale di 10mila euro.
- j. Completamento del rifacimento della rete dati (per la sola parte passiva orizzontale) delle aree non coinvolte nelle precedenti ristrutturazioni: considerato che le aree non ristrutturate dell'ospedale Maggiore verranno via via utilizzate, vista la scarsità di spazi disponibili e nell'ottica della riqualificazione dell'ospedale di Cattinara, si prevede un costo totale di 60mila euro.
- k. Acquisizione di UPS da rack (ovvero sistemi stand alone): gli switch di nuova acquisizione saranno tutti dotati di doppio modulo di alimentazione al fine di aumentare la continuità di servizio; molte sedi periferiche ASUITs non sono dotate di doppio sistema di alimentazione (preferenziale e

⁴ Un software del 2010 è oggi già in produzione (ex AOUTs) ma presenta alcune limitazioni. Nell'ottica di espansione del parco macchine e degli apparati attivi è necessario un applicativo che possa gestirlo interamente prevenendo, ove possibile, eventuali malfunzionamenti ed aumentando di conseguenza l'uptime della rete dati.

continuità assoluta) per un importo di 150mila euro complessivi⁵.

Relativamente al sistema SGISO, risulta indispensabile ampliare lo stesso in due aree non ancora collegate: 1 sala di ortopedia a Cattinara e 1 sala al Maggiore. Costo previsto 150mila a sala.

Relativamente ai SOFTWARE,

- a. Gestione delle attività del MMG e PLS nell'ambito dei CAP (e delle altre forme di aggregazione previste): opportuna l'acquisizione di un applicativo che permetta la fruizione integrata sia dei dati di cartella che ciascun MMG/PLS ha nell'ambito del suo ambulatorio che dei dati e servizi SAC/SAR (es. ricetta, certificati di malattia ecc.) e FSE regionale. L'acquisizione si stima costi circa 100mila euro per ciascun CAP (a copertura di fatto di tutti i MMG del territorio).
- b. Situazioni di obsolescenza e aggiornamento di strumenti informatici in uso ambito territoriale (es. Libro bianco amianto, centro salute mentale, dipartimento di prevenzione, ecc.): si stima un costo di rinnovo di circa 160mila euro nei tre anni, con un picco nel primo.
- c. Gestione del materiale in conto deposito nell'ambito del complesso operatorio: acquisizione di un software in grado di gestire tutte le fattispecie in modo univoco per la certezza e semplicità di verifica del consumato. Il costo previsto è di circa 50mila euro.
- d. Gestione del parco macchine biomedicale: il software attualmente in uso in Ingegneria Clinica (GSBO - Insiel) è inadeguato. Si ritiene ormai indispensabile, peraltro senza aumento dei costi, di acquisire urgentemente un nuovo prodotto di mercato completo ed adatto alla gestione della manutenzione interna. Il costo di acquisto presunto è di 40mila euro.
- e. Sistema ECG Mortara: il sistema in uso sull'area triestina da anni necessita di aggiornamento del client ESCRIBE ed inoltre, al fine di rispondere agli obiettivi regionali di firma sugli ECG, necessita di essere ampliato con i moduli integrativi per la firma digitale dei referti, che andranno poi conservati in sistema di conservazione regionale. Costo previsto 50mila euro.
- f. Sieroteca: all'interno degli interventi di riqualificazione edile impiantistica, per la Sieroteca risulta indispensabile dotarsi di un idoneo software finalizzato alla gestione in sicurezza di tutto il processo operativo di stoccaggio dei campioni nei frigoriferi e nei congelatori. Il costo di acquisto presunto è di 30mila euro, da prevedere per il 2017.
- g. Gestione delle procedure dei reparti tecnici (2018): opportuno implementare un software che supporti la gestione documentale interna, e il raggiungimento di obiettivi in fatto di qualità. L'aumento delle risorse gestite, infatti, rende fisiologicamente più difficile mantenere gli alti livelli di qualità e condivisione delle informazioni oggi in essere. La spesa presunta è di circa 150mila euro per tutti i reparti amministrativi e tecnici.
- h. Medici competenti: si rileva la necessità unificare e di rinnovare i software in uso dei medici competenti e in generale di acquisire un moderno software di gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ad uso delle strutture coinvolte in tali processi (presunti 40mila euro).

Relativamente alla TELEFONIA,

- a. Aggiornamento della Centrale telefonica ospedaliera: situazione critica già dal 2015 (versione del software di centrale dichiarata dal fabbricante fuori supporto tecnico - *end-of-life*). Si associa che il

⁵ L'aggiornamento degli strumenti di certificazione e misura a soli 15mila euro garantisce la possibilità di continuare a svolgere le attività di manutenzione e controllo in-house.

sistema va rinnovato per poter essere unificato con quello ex AAS1 a seguito dell'integrazione aziendale. Vanno considerati inoltre i costi per l'indispensabile spostamento dei centralinisti a seguito dell'avvio della riqualificazione di Cattinara, oltre al normale rinnovo dell'hardware di periferia. Il costo complessivo è stimato in 550mila euro.

- b. Sistema di registrazione delle chiamate audio: per necessità medico legali si rileva l'urgenza di tale acquisizione (chiamate da e verso i servizi di continuità assistenziale) con un costo stimato di 50mila euro.

Infine, nell'ambito di quanto non ricompreso sopra (VARIE IT) si conferma:

- a. la necessità di sostituzione ed ampliamento per sedi sprovviste degli orologi timbratori collegati al sistema di rilevazione presenze/assenze (circa 30mila euro all'anno);
- b. la sostituzione per obsolescenza in varie sedi sul territorio di sistemi eliminacode aziendali (necessità emergente e non previamente mappata nella sua completezza) e l'ampliamento con ulteriori moduli hardware di gestione delle sale di attesa anche al fine di espandere la possibilità di richiesta ticket virtuali per mezzo di APP (circa 25mila euro/anno);
- c. l'aggiornamento software e consolidamento del sistema di armadi informatizzati farmaci presso via Travník, su cui si basa la distribuzione dei farmaci ASUITs, spesso soggetto a fermi del software ed ormai fuori supporto tecnico del fabbricante (costo stimato di circa 15mila euro una tantum).

Interventi edili - impiantistici

Preliminarmente, si ritiene utile ricordare che sono già stati finanziati ed affidati i lavori relativi alla realizzazione della scala esterna di emergenza al Servizio del Poliambulatorio sito in Via Stock 2. Sono in fase di redazione avanzata i progetti relativi alla realizzazione della REMS (Residenza di Esecuzione delle Misure di Sicurezza), nel Comune di Aurisina, e alla realizzazione, presso il Padiglione "A", della nuova sede dell'Ufficio per la formazione e qualificazione del personale. Relativamente alla sede del CAP afferente al Distretto n. 3 si stanno verificando le necessità da porre a base del relativo progetto.

Relativamente all'appalto per i lavori di riqualificazione del Comprensorio Ospedaliero di Cattinara –dato atto che è stato adottato il decreto di presa d'atto del Consiglio di Stato e dei conseguenti adempimenti, ripristinando la validità dell'aggiudicazione già disposta ad ottobre 2015– si prevede la seguente scansione temporale: a) firma del contratto entro il primo trimestre 2017, b) a seguire la progettazione esecutiva, c) durata presunta di inizio dei lavori a sei mesi ed entro fine anno 2017.

Per quanto concerne la programmazione degli interventi nel 2017, questa Azienda ha individuato come prioritari e non procrastinabili gli interventi relativi all'adeguamento alle norme antincendio, come previsto dal D.M. dd. 19 marzo 2015, e in generale agli interventi di messa in sicurezza delle strutture non ancora finanziati.

Per i presidi ospedalieri ogni intervento non strettamente correlato alla sicurezza è riferito allo studio di fattibilità sul riordino della rete ospedaliera triestina.

Onde consentire continuità tra i 2 programmi preliminari degli investimenti della ex AAS1 triestina e della ex AOUTs, la numerazione degli interventi è stata così definita:

- ex AAS1: mantenimento della numerazione precedente;
- ex AOUTs: mantenimento della numerazione precedente + 100.

Seguono le analisi degli interventi che si chiede di finanziare nel 2017, ritenendoli prioritari.

Al p.to 1 si riportano gli interventi di adeguamento alle norme antincendio relativi a una serie di edifici, ove visto il tipo di attività svolta (sede di Distretto o CSM), si ritiene di dover intervenire quanto prima. Più precisamente si fa riferimento ai seguenti immobili:

- sede del CSM di via Gambini n. 8,
- padiglione "M",
- edificio in Via Stock n. 2 sede del Distretto n. 1,
- edificio di Via S. Marco 11 – Via Vespucci n. 7 sede del Distretto n. 2,
- edificio di Via Valmaura 57 – 59 sede degli ambulatori afferenti il distretto n. 3,

per tali edifici sono stati redatti i progetti esecutivi e quantificata la spesa totale conseguente.

- p.to 2 redazione documento preliminare per la progettazione e indagini per cui è stato chiesto un finanziamento a valere sul fondo di rotazione per il 2016, l'intervento è stato stralciato dal piano in attesa dell'esito delle progettazioni specialistiche così finanziate,
- p.to 9 come previsto dalla legge di riordino del servizio sanitario regionale entro il 2017 dovranno realizzarsi le sedi dei secondi CAP distrettuali,

Nello specifico il CAP afferente il Distretto 1, sede a Opicina, verrà realizzato in Via S. Isidoro 11 in immobile di proprietà ATER, con finanziamento specifico, richiesto, previo accordo con il Presidente della III^a Commissione, congiuntamente dal Direttore Generale di questa Azienda e dal Direttore Generale dell'ATER. I CAP afferenti ai Distretti nn. 2 – 3 – 4 saranno invece realizzati in sedi di proprietà aziendale e potrebbero necessitare di riorganizzazione di spazi,

- p.to 16 allo scopo di migliorare il servizio all'utenza si ritiene doveroso provvedere alla ristrutturazione e all'accreditamento istituzionale della sede del Distretto n. 1 ad Aurisina,
- p.to 22 dato l'aumento continuo di furti si ritiene doveroso intervenire migliorando la resistenza allo scasso di porte e armadi negli ambienti in cui sono conservati materiali sensibili, nonché, l'aumento di sistemi di videocontrollo e anti intrusione a completamento di quelli esistenti,
- p.to 26 allo scopo di contenere i consumi energetici si pensa di sostituire gradualmente i corpi illuminanti attuali con tecnologia led,
- p.to 27 a seguito della centralizzazione del magazzino scorte varie si sono liberati alcuni spazi nella sede di Strada della Rosandra. Tenuto conto che al momento i mezzi del 118 sono provvisoriamente ospitati nella Caserma dei vigili del Fuoco in Via d'Alviano, considerata l'intenzione di questa azienda di trovare una sede adeguata in cui spostare il personale e detti mezzi, verificata l'adeguatezza degli spazi resisi disponibili, si ritiene che tali spazi aziendali possano costituire la sede definitiva del deposito automezzi del 118,
- p.to 102 redazione documento preliminare per la progettazione e indagini per cui è stato chiesto un finanziamento a valere sul fondo di rotazione per il 2016, l'intervento si ripropone nel 2017 se non fosse accolta la richiesta,
- p.to 107 ampliamento edificio aule didattiche di Cattinara, funzionale – oltre che all'organizzazione universitaria – alla liberazione degli spazi occupati all'ex IRFOP, si tale progetto è già stato presentato il progetto preliminare generale in occasione della realizzazione del primo lotto funzionale completata nel 2012,
- p.to 109 adeguamento alla normativa antincendio delle torri di degenza di Cattinara,
- p.to 119 unificazione degli impianti a controllo centralizzato presenti nelle 2 aziende, come già declinati nella pianificazione 2016 (oggi vengono presentati in forma aggregata),
- p.ti 121-122 messa in sicurezza dell'area di ingresso dell'ospedale Maggiore, il primo volto alla sistemazione della pavimentazione e il secondo allo spostamento dell'isola ecologica in altro luogo in quanto il passaggio dei camion non è compatibile con l'afflusso dell'utenza,
- p.to 123 sistemazione dell'ingresso secondario della radiologia con sostituzione della porta di ingresso, adeguamento a norma della rampa presente, realizzazione di barriera antivento e copertura per la riorganizzazione del servizio "dimissione protette" onde decongestionare il pronto soccorso già in sofferenza,
- p.to 124 interventi di adeguamento degli ambienti interni per l'unificazione degli uffici ASUIT,
- p.to 125 interventi per l'ampliamento del laboratorio di formalina per consentirne l'utilizzo in area vasta (area isontina).

Rimangono necessariamente riproposti gli interventi di messa a norma antisismica degli edifici dei comprensori ospedalieri che non hanno a breve previsioni di interventi radicali.

L'Azienda sta comunque valutando interventi di razionalizzazione delle sedi che non sono ancora indicati nel programma preliminare degli investimenti in quanto successivi alla riorganizzazione dei servizi.

In quanto all'investimento del nido aziendale, nel corso del mese di dicembre è stato assegnato da parte di EGAS l'appalto per la gestione. Pertanto nel 2017 verrà attivato il servizio a supporto dei dipendenti