

Azienda
Assistenza
Sanitaria
1 Triestina



2015

Introduzione

Lo scenario delineato dalle “Linee per la gestione del SSR nel 2015”, introduce una netta soluzione di continuità rispetto ai modelli di governo ed ai modelli gestionali pregressi, adottando non solo un diverso assetto istituzionale, ma anche diverse strategie e logiche di governance. La naturale complessità del SSR, viene nel 2015 acuita dalla compresenza delle fasi di avvio del nuovo sistema nonché - per gli enti della Provincia di Trieste e per quelli del “Medio Friuli” – delle fasi di definizione dei protocolli e di allineamento organizzativo, propedeutiche all’attivazione delle nuove ASUI.

Pienamente consapevoli di tale complessità e di uno scadenziario caratterizzato da una tempistica molto stretta rispetto agli obiettivi posti dalle “Linee per la gestione 2015”, si ritiene che l’integrazione dei documenti di programmazione tra gli enti che insistono sul territorio dell’attuale AAS 1, costituisca una condizione necessaria all’avvio sostanziale oltre che formale di un nuovo assetto nel quale, la pianificazione delle attività si basi su obiettivi di salute comuni e assolutamente trasversali rispetto ai diversi livelli di assistenza. Da questo comune sentire del management degli enti, discende la presente introduzione, presente nei rispettivi PAL e PAO, ma soprattutto discendono contenuti ampiamente condivisi e prioritariamente orientati alla diffusione di questo nuovo modo di concepire i servizi sanitari. Ciò, nel pieno rispetto degli obblighi verso diversi soggetti/partner (Università, Conferenza dei Sindaci, Conferenza permanente per la programmazione, ecc.) previsti da un assetto istituzionale ancora frammentato su enti diversi (AAS 1 e AOUTs), ancorché in evoluzione verso una nuova forma integrata.

Nel rimandare per i dettagli, alla lettura delle specifiche sezioni del presente documento, in questa introduzione si ritiene opportuno riassumere il quadro della priorità inerenti gli obiettivi strategici condivisi dagli enti ricompresi nell’ambito territoriale dell’AAS 1, nonché alcuni elementi a margine delle risorse ad essi assegnate. In tal senso, si evidenzia che la programmazione di livello aziendale ripropone, in larga misura, i medesimi contenuti e la medesima strutturazione di quella regionale, declinando/specializzando tuttavia i contenuti sulla realtà locale e ponendo l’accento sulle tematiche ritenute più sensibili. Ciò, a partire dalle progettualità inerenti il riordino delle funzioni conseguente all’avvio del nuovo assetto del SSR. Queste progettualità, ricomprendendo le azioni di adeguamento degli assetti organizzativi degli enti, dei rapporti con le Università e con il neo costituito EGAS, nonché degli assetti logistici ed operativi di alcuni centri nevralgici dell’intero sistema (Centrale 118, sistema emergenza urgenza, centro unico di produzione emocomponenti, laboratori di analisi e microbiologie), rappresentano infatti i “fattori abilitanti” dell’intera riforma. Quasi tutti i temi previsti dalla progettualità regionale investono gli enti ricompresi nell’ambito territoriale dell’AAS 1, ed in particolare l’AAS 1 e l’AOUTs per quanto attiene il percorso destinato alla fusione degli stessi in un’unica ASUI. In tal senso, si ritiene opportuno sottolineare che i passaggi istituzionali della redazione del nuovo protocollo d’intesa con l’Università (vero e proprio partner e non soggetto terzo, sia nelle fasi propedeutiche alla definizione del protocollo, sia nella futura gestione integrata del nuovo Ente), del nuovo atto aziendale e, quindi, la fusione degli enti nella nuova ASUI, dovranno essere coadiuvati mediante specifiche progettualità volte all’analisi delle attuali politiche/procedure caratterizzanti i due enti e, per quanto possibile, all’allineamento delle stesse anche in anticipo rispetto alla fusione. Un tanto al fine di agevolare ed accelerare la transizione verso il nuovo assetto organizzativo mediante una metodologia affine alla già citata “governance clinica integrata”, ma anche al fine della razionalizzazione e del recupero di efficienza rispetto agli attuali modelli organizzativi. A queste progettualità, che coinvolgeranno

trasversalmente tutte le articolazioni organizzative, si affiancheranno quelle di adeguamento delle regole amministrativo-contabili previste dal Titolo II del Dlgs 118/2011 in conformità a quanto disposto in materia dalla L.R. 27/2014.

Per quanto attiene alla programmazione dell'attività, le due Aziende dichiarano congiuntamente in premessa ai rispettivi Piani che la strategia per l'anno 2015 sarà di operare nella più concreta logica di "sistema", non solo attivando collaborazioni e sinergie su singole questioni, ma approcciando, nello spirito della riforma, la realizzazione di una vera integrazione che metta in rete competenze, esperienze ed organizzazioni.

Si opererà quindi per l'attivazione di percorsi e di progetti comuni che ricerchino appropriatezza, continuità delle cure, qualità delle prestazioni e ottimizzazione della presa in carico delle persone, superando quindi modelli istituzionali basati sul concetto della parcellizzazione clinica e organizzativa.

Anche l'approccio alle criticità dell'organizzazione e alle ipotesi di sviluppo dei vari settori di lavoro andrà affrontata secondo questa logica, ricercando soluzioni che privilegino l'interazione sia operativa che di programmazione strategica del complesso dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali presi nel loro insieme.

In particolare si considerano elementi prioritari per il 2015:

- a) Il perfezionamento del percorso definito dalla riforma del SSR in merito all'attivazione della nuova ASUI estendendo così l'integrazione dell'attività di didattica e ricerca anche nel settore dei servizi sanitari territoriali. Parallelamente si attiveranno percorsi di semplificazione dell'organizzazione, attualmente figlia dello sviluppo separato di due Aziende. E' verosimile che sarà necessario non solo programmare collaborazioni operative, ma anche pianificare accorpamenti e razionalizzazioni, anche attraverso la propedeutica armonizzazione di procedure e percorsi. Nel primo periodo si penserà in ogni caso all'allestimento di servizi condivisi tra le due Aziende per poi passare, con il futuro Atto Aziendale, alle vere e proprie modifiche strutturali. Saranno prioritariamente oggetto di integrazione i processi dell'area dell'acquisizione compresi i beni sanitari e farmaci coinvolgendo gli aspetti attinenti alla logistica dei magazzini, nonché dell'area del personale;
- b) La continuità clinico/assistenziale, intendendo con ciò non solamente la dimissione protetta da ospedale verso il territorio, ma la definizione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) condivisi che usino nella maniera ottimale e più appropriata le risorse di entrambe le Aziende, chiamate a lavorare in una logica di rete. Devono essere coinvolte in questa metodologia di lavoro tutte le realtà operative ospedaliere (Dipartimenti, Reparti, Servizi) e quelle territoriali (Distretti, Dipartimenti, CCV, CSO, 118, inclusi i MMG e i PLS -con le loro nuove forme associative-, le strutture intermedie -RSA, Hospice-);
- c) La gestione della cronicità, passando da una medicina di attesa ad una presa in carico sviluppata a seconda della complessità con l'individuazione di percorsi personalizzati (se del caso secondo il Cronic Care Model con l'individuazione del case manager) nei quali siano coinvolti i MMG, le strutture di assistenza distrettuale e gli specialisti ospedalieri di riferimento. Per questi pazienti sarà anche prevista l'organizzazione di percorsi brevi di diagnostica specialistica e strumentale per evitare accessi impropri e attese al Pronto Soccorso. Molto importante sviluppare la collaborazione con i Servizi Sociali dei Comuni già prevista dai Piani di Zona;
- d) Sarà sviluppato il tema dell'Assistenza Primaria, all'interno della quale, con il coordinamento dei distretti, sarà incentivata la creazione delle forme associative dei MMG e dei PLS come da specifico piano approvato da ASS1 nel 2014 che ha ricevuto parere di

- congruità positivo dalla Regione FVG. Queste forme associative non saranno solamente una somma organizzativa di professionisti, ma gruppi di lavoro cui saranno affidati obiettivi di salute per i loro assistiti da raggiungere in collaborazione con i servizi sanitari territoriali e ospedalieri. Nello specifico si riconferma che nel 2015 risulteranno attivati almeno 2 CAP;
- e) Nel 2015 sarà affrontato il nodo del Pronto Soccorso, attraverso interventi di sistema che dovranno produrre:
 - a. riduzione degli accessi evitabili (percorsi brevi territoriali e di ospedale);
 - b. gestione della cronicità in modalità proattiva (BPCO, scompenso cardiaco in particolare);
 - c. accelerazione dei tempi di gestione all'arrivo (incremento dei trasporti interni, recupero di efficienza dei servizi di supporto al PS);
 - d. ampliamento dell'area dell'osservazione breve intensiva come modalità di migliore gestione delle persone con casistica border-line fra ospedale e territorio-domiciliarità (in corso attivazioni di alcuni posti letto di osservazione breve geriatrica riconvertendo posti letto della stessa UCO);
 - e. Attivazione della guardia ortopedica h24;
 - f) Un altro tema importante è relativo alla occupazione dei posti letto dei reparti di medicina, situazione che spesso porta ad avere pazienti ospitati in altre strutture operative ospedaliere differenti da quella di accoglimento. In questo caso è obiettivo per il 2015 lavorare sulla diminuzione delle degenze medie, sia ottimizzando ulteriormente i tempi di lavoro intraospedaliero, sia favorendo le dimissioni che necessitano di supporto territoriale oltre che, come detto, limitando i ricoveri non appropriati. In quest'ottica si pensa di lavorare in progress per approcciare con gradualità la riduzione di posti letto richiesta dalla Regione;
 - g) Si prevede di verificare, nei tempi tecnici più brevi, la fattibilità operativa di una RSA intraospedaliera a gestione territoriale. Questa soluzione consentirebbe l'accoglimento dai reparti di pazienti che possano giovare della collaborazione tra professionisti territoriali e ospedalieri;
 - h) Sarà messa attenzione nel monitoraggio dei fenomeni secondo le regole del Network delle Regioni dell'Università di Sant'Anna di Pisa, segnatamente per le questioni che vedono la realtà triestina offrire dati critici o in ogni caso, superiori alla media;
 - i) Si darà enfasi all'applicazione dei PDTA elaborati nel corso del 2014 tra i professionisti delle due aziende (e in alcuni casi anche con la collaborazione dell'ASS2 e del Burlo). Su questo argomento sarà programmata attività informativa /formativa e saranno individuati indicatori di monitoraggio dell'attività;
 - j) Con l'IRCCS Burlo Garofolo si affronterà la progettualità relativa al trasferimento to dell'attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e virologia dall'Istituto all'Ospedale di Cattinara, con mantenimento di un laboratorio satellite presso il Burlo Garofolo;
 - k) Si procederà all'unificazione dell'Oncologia ospedaliera e di quella territoriale non appena terminato il trasferimento fisico del Centro Sociale Oncologico presso la nuova sede del Polo tecnologico dell'Ospedale Maggiore.
 - l) Si parteciperà attivamente al gruppo tecnico regionale relativo al potenziamento dell'odontoiatria sociale (per il quale l'AOUTs è stata individuata quale Ente gestore del relativo finanziamento sovra-aziendale) mettendo a disposizione del gruppo l'esperienza maturata negli anni nell'ambito di uno specifico progetto aziendale frutto dell'integrazione dell'attività didattica e assistenziale nella SC (UCO) Clinica odontoiatrica e stomatologica dell'AOUTs.

Si ritiene che queste e le altre azioni indirizzate alla riduzione dei ricoveri evitabili associate ad un incremento dell'efficienza interna (contrazione della degenze protratte), potranno favorire la graduale riduzione dei posti letto previsti dalla pianificazione regionale.

Per quanto attiene, l'elemento di *"graduale riequilibrio, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 17 del 16 ottobre 2014, delle risorse fra i tre livelli organizzativi (LEA)"*, riportato tra gli assi prioritari delle *"Linee per la gestione 2015"*, questo tema si riallaccia con molteplici iniziative che saranno avviate a margine di diverse progettualità e con il tema della graduale, ancorché progressiva, riconversione dei posti letto al fine di un rientro negli standard per l'assistenza primaria ed ospedaliera.

I criteri adottati per la formulazione del Bilancio Preventivo 2015 degli enti afferenti al territorio dell'AAS 1, delineano un quadro economico/patrimoniale che deve essere considerato come *"iniziale"* e derivante da una ripartizione delle risorse complessivamente assegnate effettuata su base proporzionale all'entità dei rispettivi finanziamenti 2104. La scelta di una siffatta ripartizione delle risorse, deriva in larga misura dalla complessità e dalle interdipendenze dei riordini di natura soprattutto strutturale, che dovranno essere attuati ai fini del succitato riequilibrio in modo graduale, come del resto viene ribadito dalle stesse *"Linee per la gestione 2015"*. La complessità e la portata di tali riorganizzazioni richiedono infatti un'attenta valutazione delle azioni, delle possibili ricadute a livello di sistema, nonché dei costi cessanti per un determinato livello assistenziale e dei corrispondenti costi emergenti per l'altro livello. Solo al termine di tali valutazioni sarà quindi possibile valutare la fattibilità e quantificare il bilancio delle iniziative che, nello spirito della Riforma, dovrebbe condurre al riequilibrio delle risorse destinate ai diversi setting assistenziali nonché, auspicabilmente, ad un recupero di efficienza del sistema.

La progettazione e l'attuazione di tali iniziative saranno quindi oggetto di costante monitoraggio in relazione allo stato di avanzamento, agli esiti ed alle ricadute sulla Comunità e sul Sistema, nonché in relazione all'impatto economico sui diversi livelli di erogazione dei servizi.

Questo comporta, tra l'altro la ricerca di soluzioni orientate alla governance clinica integrata che, peraltro, costituisce uno degli obiettivi strategici regionali individuati nelle Linee di gestione del S.S.R. 2015.

In questa prospettiva, le tre aziende si propongono di definire ed attuare nuovi modelli organizzativi sinergici interaziendali dai quali derivi un miglioramento dei livelli di efficienza nelle attività, funzioni e processi clinico assistenziali e tecnico-amministrativi. Per ciascuna funzione o servizio individuato sarà definito il nuovo assetto organizzativo e saranno specificate le precondizioni operative in termini di risorse necessarie nonché l'ipotesi temporale di implementazione e realizzazione. Sarà quindi valutato lo scostamento rispetto alla situazione attuale.

Si ritiene infine opportuno richiamare l'attenzione sull'entità del finanziamento assegnato dalle *"Linee per la gestione 2015"* agli enti ricompresi nell'ambito territoriale dell'AAS 1. La tabella di seguito riportata evidenzia le risorse complessivamente assegnate per il 2015 all'area triestina e la ripartizione tra AAS 1 e AOU Ts della parte attribuita congiuntamente alle due aziende.

Finanziamento 2015 degli Enti afferenti all'area territoriale dell'AAS 1					
Voci	AAS 1	AOUTs	Totale AAS 1 + AOUTs	Burlo	Totali
Finanziamento base	361.540.810	90.435.584	451.976.394	30.178.962	482.155.356
Revisione per trasferimento centro prelievi Ospedale maggiore da AOUTs ad AAS 1	309.493	-309.493	0	0	0
Totale indistinto	361.850.303	90.126.091	451.976.394	30.178.962	482.155.356
Mobilità AAS1 ricoveri	-91.715.165	83.334.532	-8.380.633	8.380.633	0
Mobilità AAS1 ambulatoriale	-29.583.853	26.877.334	-2.706.519	2.706.519	0
Mobilità AAS1 farmaci diretta	-7.116.733	6.833.695	-283.038	283.038	0
Finanziamento complessivo intra AAS1	233.434.552	207.171.652	440.606.204	41.549.152	482.155.356

Si evidenzia che nel finanziamento 2015 sono confluite alcune attività precedentemente finanziate a livello regionale (contributi regionali per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione di valenza sovra-aziendale) cui dovrà essere garantita continuità e per le quali si prevede apposita evidenza in sede di rendicontazione.

A livello di sistema (enti afferenti al territorio dell'AAS 1), il finanziamento complessivo 2015 appare sostanzialmente in linea al finanziamento iniziale 2014 al netto, quindi, delle poste integrative assegnate in sede di revisione del Bilancio regionale.

Il quadro economico viene completato dagli elementi derivanti dalle disposizioni di contenimento della spesa pubblica a suo tempo introdotte dal D.L. 78/2010 (art. 9), che avevano congelato gli effetti economici degli adeguamenti retributivi ("automatismi") nel quadriennio 2011-2014. Tali disposizioni non sono state ulteriormente prorogate dalla Legge di stabilità nazionale per l'esercizio 2015 in quanto per il personale contrattualizzato è stato confermato solo il blocco dei rinnovi contrattuali. Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, ciò ha determinato lo sblocco della corresponsione dell'indennità di esclusività dal 1.1.2015 (quota corrente, arretrati esclusi) a favore di tutti coloro che avevano maturato nel quadriennio 2011-2014 i requisiti contrattualmente previsti (5 o 15 anni di servizio e verifica positiva) per l'accesso alla fascia economica superiore.

Nel rimandare per i dettagli alla lettura della sezione riguardante i costi del personale, in questa sede si evidenzia come l'impatto di tali automatismi ammonti, per la sola AOUTs, ad euro 1.390.000,00 (oneri previdenziali compresi) per l'esercizio 2015, mentre per l'AAS 1 a € 111.439,32.

Nel complesso, al fine del rispetto del vincolo di pareggio di bilancio, a parità di altri ricavi, il sistema deve quindi prevedere un sensibile rientro nei costi afferenti alle cosiddette risorse correnti. Per contro, come risulta dall'analisi dei vincoli operativi assegnati alle Aziende ai fini del generale recupero di efficienza:

- 1) per quanto attiene i farmaci ospedalieri ed i dispositivi medici tra gli enti in argomento, solo l'IRCCS Burlo Garofolo risulta essere soggetto ad azioni di rientro, peraltro in misura relativamente modesta ed a basso impatto sul sistema nel suo complesso;
- 2) per quanto riguarda la farmaceutica territoriale, il tetto corrisponde per AAS 1 a 42.167.871 euro e ciò a fronte di un pre-consuntivo 2014 pari ad euro 42.082.115. Di fatto il vincolo introdotto corrisponde ad un sostanziale mantenimento dei costi 2014;

- 3) in relazione al numero massimo di prestazioni ambulatoriali procapite (tetto pari a 4), in base all'ultimo report trasmesso dalla Direzione Centrale, i residenti dell'AAS 1 presentano un valore dell'indicatore pari a 4,05 ovvero prossimo al target prefissato;
- 4) relativamente al tasso di ospedalizzazione (tetto pari a 140 per mille abitanti), dal medesimo report di cui al punto 4 si desume, sempre per AAS 1, un tasso 2014 al di sotto del tetto previsto;
- 5) in quanto agli altri vincoli relativi a personale dipendente ed a manutenzioni edili-impianistiche ordinarie, questi, ponendo di fatto limiti pari ai costi sostanzialmente già registrati nel 2014, non prefigurano alcuna azione di rientro.

Quanto sopra evidenziato indica, di fatto, livelli di efficienza sostanzialmente in linea con gli standard di riferimento regionale per i fattori produttivi e le attività oggetto di vincoli operativi. Questa considerazione, unitamente all'entità della manovra di rientro che, in costanza di finanziamento, si dovrebbe attuare per assicurare il pareggio di Bilancio, suggeriscono che le eventuali iniziative da avviare in tal senso dovrebbero avere una natura ed una valenza strutturale. Si rileva che gli attuali livelli dei servizi acquistati e dei beni di consumo, già sensibilmente ridimensionati in seguito alla spending review del 2012, in costanza di assetto strutturale/organizzativo, non possono subire ulteriori contrazioni se non a scapito dei livelli qualitativi e di sicurezza per pazienti ed operatori.

Programmazione 2015 AAS1

Il concetto della continuità assistenziale e della cronicità.

AAS1 intende sviluppare, in completa sinergia con AOUTs e le proprie strutture operative territoriali, inclusi i MMG e le loro aggregazioni, una strategia complessiva sulla continuità assistenziale, centrata specialmente sulle persone affette da patologie croniche. Si intende con ciò superare il mero concetto di affidamento ai servizi territoriali di degenti che necessitano di sostegno post ricovero, ma di costruire un sistema complessivo di presa in carico delle persone che faciliti l'appropriatezza delle azioni e la loro razionalizzazione, la comunicazione tra professionisti, l'istituzione dove necessario di case manager che affianchino il MMG, lo sviluppo del ruolo e dell'attività dei Centri per l'Assistenza primaria (CAP) in rapporto con tutti i servizi distrettuali, l'uso corretto dell'Ospedale solamente nei casi nei quali sia necessario il ricovero.

Nel 2014 sono stati elaborati, in collaborazione con AOUTs e l'IRCCS Burlo Garofolo (e ASS2 per la parte di competenza che faceva parte dell'Area Vasta GI) alcuni PDTA che vanno a definire i percorsi integrati territorio/Ospedale/territorio. Nel 2015 si procederà all'applicazione e al monitoraggio di queste linee operative di rete. Ma è evidente come parte della popolazione, soprattutto anziana, presenti più patologie concomitanti (comorbidità) e quindi appare assolutamente necessario un sistema di interazione tra professionisti territoriali e ospedalieri capace di costruire non solo efficaci modalità di comunicazione, ma modelli di presa in carico mirati a fronte di un piano personalizzato costruito sul paziente che, a partire dal suo MMG di riferimento o, meglio dal CAP, riesca a coordinare e rendere efficiente, efficace e appropriata l'attività del "sistema Trieste" verso i bisogni reali della persona.

In altre parole, AAS1 si impegnerà, nel 2015, a gettare le basi di una modalità di lavoro integrata che consenta alla persona di avere la risposta giusta, nei tempi giusti, dal professionista giusto, nella sede

giusta, il tutto all'interno di una rete clinico assistenziale "unitaria" più che integrata dove sia prassi comune e consolidata la comunicazione e il confronto tra tutte le strutture coinvolte nel sistema stesso.

In questa logica vanno letti come primi passi concreti innanzitutto la condivisione dei PDTA, le attivazioni dei CAP, l'elaborazione e messa in atto dei percorsi brevi diagnostici extra-ospedalieri e intra-ospedalieri, la presenza dell'infermiere distrettuale in PS o nella zona di accoglimento condiviso del Dipartimento delle Medicine, la revisione dei protocolli di continuità assistenziale per le dimissioni protette, il rapporto 118- servizi distrettuali, lo sviluppo della sperimentazione delle microaree.

Sarà sostenuta e implementata una organizzazione delle attività in *rete*, dove ogni operatore, ogni articolazione organizzativa, ogni passaggio diagnostico terapeutico non sono altro che snodi di un percorso complessivo nel quale ognuno deve esaltare la propria professionalità ma sempre in comunicazione e sinergia con gli altri componenti del sistema.

Nei tempi passati si diceva che in Ospedale si cura e si fa salute mentre sul territorio si fa assistenza. Sappiamo non essere più così. I distretti sono una realtà forte e organizzata anche da un punto di vista della presa in carico complessiva, così come il Dipartimenti di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, Il sistema 118, il Centro Cardiovascolare, il Centro Sociale Oncologico. Fortemente integrati vi sono le aggregazioni dei MMG (CAP), i PLS, gli specialisti ambulatoriali interni, le RSA, l'Hospice, la Sanità convenzionata, le residenze per non autosufficienti.

Si tratta ora, a partire dai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle persone con cronicità, di costruire anche assieme alla strutture ospedaliere, siano esse di degenza, ambulatoriali o di diagnostica, un vero e proprio "sistema" nel quale ogni attore si riconosca e al quale partecipi con la consapevolezza (e la forza) di essere un elemento di una rete complessiva,

Molto spesso la programmazione delle Aziende si è risolta a cercare di risolvere problemi presentati dalla proprie strutture. In un'ottica di sistema e di vera continuità assistenziale, soprattutto per i problemi della cronicità, AAS1 crede opportuno ribaltare la questione partendo dalla più logica domanda: qual è il percorso (di rete complessiva territorio Ospedale territorio) più corretto adeguato, appropriato e di qualità per i bisogni della persona? E' verosimile che, affrontando così il problema e attribuendo quindi ad ogni soggetto della rete le sue competenze e le sue responsabilità in un'ottica di "sistema", anche i problemi delle varie strutture operative saranno affrontati con successo, perché giocoforza si scenderà sul terreno dell'appropriatezza, dei percorsi condivisi, della presa in carico modulata sugli effettivi bisogni della popolazione.

Per quanto riguarda gli indicatori proposti sviluppati secondo il Network delle Regioni, AAS1 si impegnerà verso la direzione indicata facendo presente però che, mentre la rappresentazione in istogrammi percentuali sembra indicare importanti quote di popolazione, in realtà i numeri delle dimissioni ospedaliere riferiti all'anno 2014 (con l'algoritmo Sant'Anna) segnalano 127 ricoveri per BPCO (119 nel 2013), 224 ricoveri per lo scompenso (251 nel 2013) e 78 per il diabete (106 nel 2013) riferiti ai residenti di Trieste (popolazione pesata superiore alle 270mila persone, circa 36mila ricoveri ospedalieri di residenti). Questa l'analisi negli anni delle performance (tasso su popolazione definita) su questi indicatori:

	2012	2013	2014 (stima)
BPCO*	204,50	150,88	156,36
Scompenso	342,46	313,57	300,40
Diabete	54,17	64,86	47,04

* Dato rivisto per errore di calcolo nella prima elaborazione regionale

AAS 1 ha peraltro sempre effettuato monitoraggi sui ricoveri per le patologie croniche analizzando anche i dati per Distretto.

In ogni caso da un lato un'indagine interna ha già portato a verificare come sia necessaria una revisione delle codifiche SDO (a proposito delle quali si ritiene importante un intervento di omogeneizzazione a livello regionale) e dall'altro ci si intende muovere con decisione sulla applicazione dei PDTA per le patologie specifiche segnalate e sul miglioramento delle performance sugli indicatori proposti.

Per quanto attiene gli interventi possibili per la riduzione dei ricoveri per la **BPCO (punto 3.4.1 Linee gestione)** AAS1 ritiene di agire sui seguenti assi:

- A. **Prevenzione.** Astensione da fumo; vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica; Riabilitazione respiratoria ambulatoriale, domiciliare e autogestita; miglioramento della compliance e appropriatezza farmacologica;
- B. **Rete Territoriale:** Stratificazione dei pazienti a rischio fornendo loro percorsi diversificati; integrazione col 118; self management (paziente, caregivers e case di riposo); controlli presso i centri di cure primarie; privilegiare le visite urgenti specialistiche piuttosto che l'invio al PS.
- C. **Pronto Soccorso.** Condivisione dei criteri di accesso al PS, di ricovero, di trattamento (PRUO, PDTA, Linee guida); se dubbi>visita pneumologia; in caso di dimissione e necessità di ulteriori controlli> attivazione dello pneumologo territoriale che valuterà il percorso.
- D. **Ospedale.** Ricordare LG e PDTA della BPCO e O₂ terapia negli incontri di audit; spirometria da eseguire a ogni paziente ricoverato con dispnea, se non già eseguita; richiedere la consulenza pneumologia ospedaliera in caso di pazienti che superano i 5 gg di ricovero; informare/attivare lo pneumologo e il SID in casi di dimissioni precoci concordate almeno 24 ore prima della dimissione o in caso di necessità di successivi controlli territoriali.
- E. **Pineta del Carso.** Estendere la pianificazione dei PDTA e delle azioni coordinate con la riabilitazione pneumologica

Si riportano di seguito alcuni degli Indicatori di Processo e di Esito dell'applicazione del PDTA che si intende, per quota parte, inserire negli specifici accordi con i MMG (segnatamente i CAP).

4.1. Indicatori di Processo:

- n° assistiti x MMG età > 40 aa con BPCO con registrazione Spirometria/ n > 40 aa assistiti x MMG età con BPCO
- n° assistiti con BPCO che riportano in cartella la registrazione dell'abitudine al fumo x MMG
- n° assistiti con BPCO che riportano in cartella la registrazione del BMI x MMG
- n° soggetti con BPCO Vaccinati contro l'influenza/ n° soggetti totali con BPCO per MMG
- n° soggetti con BPCO Vaccinati contro lo pneumococco/ n° soggetti totali con BPCO per MMG
- n° infermieri formati sulla gestione della BPCO riacutizzata del SID, delle RSA e delle Strutture protette > 60%

4.2. Indicatori di Esito:

- n° ricoveri DRG 88 anno in corso < anni precedenti e < 50 x 1 milione di residenti .
- n° riammissioni in ospedale entro 30 gg dalla dimissione < anni precedenti
- n° persone con prescrizione di almeno 8 confezioni ultimo anno farmaci LABA o LAMA o ICS

AAS1 si propone di attuare una serie di azioni di miglioramento in un settore nel quale l'attività distrettuale necessita di essere rinforzata: utilizzazione farmaci per una migliore gestione domiciliare anche presso le strutture ospedaliere nel momento della dimissione così da addestrare il paziente alla loro assunzione. Utilizzazione delle check list presso i CAP e verifica della loro utilità. Accordi con i MMG per una migliore gestione della BPCO per la definizione di obiettivi di lavoro specifici.

Relativamente al tema dei ricoveri per **Scopenso cardiaco (punto 3.4.1 Linee gestione)**, oltre alla verifica come già detto delle SDO, AAS1 intende mettere in atto le seguenti indicazioni strategiche:

- A. Avvio e applicazione nelle sue diramazioni operative del PDTA Scopenso Cardiaco già formalizzato tra AOUTs e AAS1.
- B. Protocollo con segnalazione diretta (attraverso telefono cellulare dedicato/FAX lettera dimissione) del paziente dimesso con scopenso cardiaco e severità clinica allo specialista afferente all'Ambulatorio dello Scopenso Avanzato presso il Centro Cardiovascolare con presa in carico entro 30 giorni dalla dimissione.
- C. Stesura e applicazione di un protocollo tra il Centro Cardiovascolare e la RSA San Giusto (a completa gestione sanitaria AAS1) sul paziente anziano con SCC avanzato.
- D. Presa in carico distrettuale precoce (entro 30 giorni) intensiva e di breve durata (max 60 giorni) in forma sperimentale di un contingente di pazienti (almeno 20 per Distretto) dimessi da AOU-TS con scopenso cardiaco che presenti elevata severità di malattia (decorso ospedaliero complicato, classe NYHA III-IV)/o storia recente di ricoveri multipli e/o fragilità sanitaria (età avanzata, complessità clinica, comorbilità)

Il processo di presa in carico intensiva è finalizzato alla salvaguardia dell'assistito attraverso:

- la prevenzione dei ricoveri a breve termine,
- l'addestramento intensivo al self care,
- l'aiuto a risolvere i problemi sociali eventualmente aggravanti il quadro,
- la creazione di una rete di sostegno.

AAS 1 parteciperà alle attività per ridurre il tasso di ospedalizzazione per scopenso cardiaco al di sotto del 250 x 100.000 residenti di 50 – 74 anni

Nell'ambito del trattamento del **Diabete (punto 3.4.1 Linee gestione)** nel corso del 2014 sono stati definiti e redatti

- a) in ambito di A.A.S. 1 il PDTA per la transizione del giovane con diabete dalla Struttura Diabetologica Pediatrica ai Centri Diabetologici Distrettuali di A.A.S. 1, condiviso con la Struttura Diabetologica Pediatrica del Burlo.
- b) a livello del Tavolo Tecnico Regionale per il Recepimento del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica il "Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale".

Nel 2015 le Strutture di Diabetologia di AAS 1 forniranno il necessario supporto allo sviluppo di temi centrali previsti dal Piano Nazionale quali tra gli altri il diabete nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione del PDTA condiviso in ambito di transizione del giovane con diabete dalla Struttura diabetologica pediatrica del Burlo ai Centri Diabetologici Distrettuali di A.A.S. 1 e la gestione del Diabete gestazionale favorendo l'accesso e la presa in carico delle donne gravide.

Nel corso del 2015 si provvederà a riorganizzazione le attività di Diabetologia attualmente svolte separatamente dalle strutture di AOUTS e di AAS 1 al fine di integrare i processi e la messa in comune delle risorse.

Per quanto riguarda il punto **3.4.6. "erogazione dei livelli di assistenza"** tutti gli indicatori sono di natura ospedaliera, ma AAS1 si attiverà per quanto di competenza, per collaborare al raggiungimento di performance migliori da parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Si fa presente che anche l'indicatore n.5 è riferito ai pazienti dimessi (e non ai residenti) ed è un criterio di valutazione della qualità ospedaliera.

Per quanto relativo all'obiettivo del Tasso di Ospedalizzazione al 140%, (**6.1 Vincoli Operativi**) i dati di fine 2014 pongono AAS1 abbondantemente sotto tale soglia (138,5‰ – vedi tabella) Si tratta quindi di consolidare tale risultato tenendo presente che negli ultimi anni la discesa del TO relativamente i residenti AAS1 è stata molto importante, raggiungendo un risultato notevolissimo per una provincia che presenta uno dei più alti indici di vecchiaia d'Italia. Per fare ciò AAS1 e AOOTS svilupperanno ulteriormente, oltre alle politiche già messe in atto volte a costruire reali alternative distrettuali al ricovero, alcune linee di lavoro già messe in atto:

1. Trasformazione in ambulatoriale di alcune tipologie di ricoveri (DH medico, ricoveri brevi medici= vedi indicatori bersaglio)
2. Maggiore attenzione all'appropriatezza dei ricoveri decisi in PS anche attraverso il potenziamento della collaborazione con i servizi territoriali già dall'accesso in PS
3. Percorsi brevi diagnostici sia intraospedalieri (PS/Specialisti) sia territorio-ospedale (segnatamente per le persone con patologie croniche)
4. Potenziamento dell'associazionismo medico (vedi Piano Assistenza Primaria) per evitare i ricoveri ripetuti delle persone prese in carico

anno	tasso di ospedalizzazione standardizzato ‰ (obiettivo 140 ‰)	ricoveri residenti
2012	150,38	39.032
2013	142,66	37.703
2014	138,57	36.718

Si ritiene interessante inserire a questo punto uno degli indicatori LEA in quanto riporta la valutazione delle performance rispetto ai ricoveri evitabili. Si nota come l'obiettivo per il 2015 debba essere mantenere lo standard già acquisito alla luce del miglioramento già avvenuto negli anni passati.

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 (Obiettivo regionale < 115)				
Periodo	Area	Valore Osservato	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato
2010	AAS 1 TRIESTINA	3.075	148,0	119,0
	[REGIONE FVG]	12.731	120,6	111,2
2011	AAS 1 TRIESTINA	3.161	157,4	124
	[REGIONE FVG]	12.407	119,9	107,8
2012	AAS 1 TRIESTINA	3.077	154,2	121,5
	[REGIONE FVG]	12.163	117,2	104,6
2013	AAS 1 TRIESTINA	2.910	142,7	111,3
	[REGIONE FVG]	12.045	115,4	101,5
2014 III trim.*	AAS 1 TRIESTINA	2.080	102,2	79,3
	[REGIONE FVG]	8.298	79,4	69,8

*ultimo dato disponibile senza la fuga extraregionale

L'obiettivo relativo alle prestazioni ambulatoriali procapite escludendo quelle attinenti al laboratorio, già presente per il 2014, è stato praticamente raggiunto. Nel 2015 AAS1 opererà per scendere sotto lo standard indicato operando, anche attraverso i PDTA e coinvolgendo i MMG e le loro aggregazioni, per la ricerca della massima appropriatezza.

Specialistica Ambulatoriale (obiettivo regionale 4 prestazioni procapite)	
Stima prestazioni intraregionali 2014 (escluso Laboratorio)	1.104.361
Totale prestazioni extraregionali 2013 (escluso Laboratorio)	10.733
Stima totale prestazioni 2014 (escluso Laboratorio)	1.115.094
Popolazione AAS1 2013	235.793
Popolazione pesata LLGG 2015	275.607
Procapite prestazioni escluso mobilità (novembre 2013-ottobre 2014)	4,01
Procapite prestazioni mobilità 2013	0,06
PROCAPITE ASS1 2014	4,07

Fonte RER - elaborazione SAS Guide

Stima con metodo costante –disponibilità base dati al 31 ottobre 2014 (novembre 2013 –ottobre 2014 - mobilità passiva 2013)

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Nuovi atti aziendali

AAS 1 per quanto di competenza parteciperà alle attività previste dalla programmazione regionale per il 2015 successivamente alla sottoscrizione del Protocollo d'intesa con l'Università.

3.1.2 Protocolli d'intesa

AAS 1 per quanto di competenza parteciperà alle attività previste dalla programmazione regionale per il 2015 al fine di arrivare alla sottoscrizione del Protocollo d'intesa con l'Università.

3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

AAS 1 per quanto di competenza parteciperà alle attività del Comitato di indirizzo dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

3.1.4 Centrale operativa 118 unica regionale e sistema dell'emergenza urgenza

AAS 1 per quanto di competenza parteciperà alle attività previste dalla programmazione regionale

3.1.7 Posti Letto

AAS 1 collaborerà con AOUTS alle attività di riconversione dei posti letto ospedalieri e all'adeguamento dell'assistenza primaria secondo quanto previsto dagli standard degli allegati 1 e 2 della DGR 2673/2014. In particolare si prevede di verificare, nei tempi tecnici più brevi, la fattibilità operativa di una RSA intraospedaliera a gestione territoriale. Questa soluzione consentirebbe l'accoglimento dai reparti di pazienti che possano giovare della collaborazione tra professionisti territoriali e ospedalieri.

3.2. 3.2. PREVENZIONE

Relativamente alla prevenzione delle malattie infettive e alle politiche vaccinali, il raggiungimento degli obiettivi fissati a livello regionale/nazionale appare di difficile realizzazione, anche sostenendo le campagne vaccinali attraverso la collaborazione con i Pediatri, i MMG e gli stakeholder. Di fatto, anche a seguito delle criticità emerse nel corso della campagna di vaccinazione antinfluenzale del 2014 (caso "Fluad") l'adesione appare in calo, sia in ambito nazionale che regionale e locale.

Più realistico appare l'obiettivo di mantenere i tassi di copertura raggiunti nel corso del 2014, nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi esavalente: 91,1%; 1 dose MMR: 83%; anti Varicella: 37,6%), perseguendo l'integrazione dell'attività con i Distretti, i PLS e i MMG, sulla base del monitoraggio delle coperture vaccinale per PLS / MMG. L'occasione del richiamo decennale della Vaccinazione antitetano-difterite-pertosse degli adolescenti, rappresenterà l'occasione per proporre la Vaccinazione contro la varicella e contro il meningococco. L'azione di informazione rivolta alla popolazione sarà rafforzata anche attraverso la ricerca della collaborazione dei media. Verranno sempre monitorate le reazioni avverse ai vaccini.

Relativamente alle previsioni del nuovo piano vaccinale, che promuove le vaccinazioni nelle categorie a rischio, proseguirà la collaborazione con il centro Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) al fine di offrire il vaccino anti HPV, attraverso personale MST (per il rapporto fiduciario e riservato instaurato con questa particolare tipologia di utenza), al 100% dei soggetti a rischio che si rivolgono al centro. Quest'attività sarà supportata da un percorso formativo congiunto tra la S.C. Igiene Sanità Pubblica ed il personale MST e dal supporto del Gruppo Dipartimentale di Epidemiologia del DIP.

La prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali sarà indirizzata alle principali situazioni di criticità presenti nel territorio di competenza di AAS1. Verranno sviluppate in particolare azioni mirate

- alla prevenzione dei rischi legati alla movimentazione manuale di carichi, in particolare nell'ambito del porto di Trieste, attraverso la collaborazione con le aziende e le istituzioni ivi operanti,
- al monitoraggio dell'esposizione dei lavoratori dell'industria siderurgica ad agenti chimici e cancerogeni, a fronte dei cambiamenti dell'assetto industriale previsti per lo stabilimento triestino di Servola.

Saranno inoltre applicati gli strumenti sviluppati nel corso del 2014 e si darà applicazione alla normativa più recente nello svolgere attività di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia e nelle attività di montaggio e smontaggio dei palchi per lo spettacolo, con la collaborazione delle Istituzioni e degli Enti presenti nel territorio.

La SCPSAL proseguirà l'attività di informazione ed formazione ed assistenza sui principali aspetti della prevenzione e sicurezza sul lavoro, collaborando con gli altri SPSAL regionali e le Istituzioni.

Saranno perseguiti inoltre la raccolta e lo scambio di informazioni finalizzate alla prevenzione con i centri di riferimento istituzionali.

Sulla base della criticità legata all'elevata incidenza di malattie professionali amianto-correlate, in particolare di natura neoplastica, e della necessità di dare risposta ai cittadini ed alla Magistratura, verrà implementato il progetto "La ricostruzione della storia dell'esposizione lavorativa ad amianto nelle province di Trieste e Gorizia ai fini dell'assistenza ai lavoratori esposti ed ex esposti".

La prevenzione degli incidenti domestici, linea di lavoro che ha visto questa azienda quale referente a livello regionale e nazionale, proseguirà sviluppando attività formative orientate al target anziani e bambini, con il coinvolgimento degli stakeholder, dei care giver e degli operatori istituzionali. Proseguirà l'attività legata ai

progetti OKKIO, PASSI e PASSI d'argento e i risultati emersi verranno condivisi con la cittadinanza (incontri pubblici) e gli stakeholder, in particolare Federsanità-ANCI, AUSER, ANTEAS.

La promozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica e la corretta alimentazione, nell'ambito del Programma Ministeriale Guadagnare salute, sarà perseguita attraverso una rete di collaborazione che coinvolgerà le strutture aziendali, gli Enti locali, la Scuola, l'Associazionismo e gli stakeholder .

Le iniziative di promozione dell'attività fisica sono riportate di seguito, nei vari contesti in cui verranno attuate (DSM, Anziani, Medicina dello sport, Prevenzione del rischio cardiovascolare, ecc.)

Proseguiranno i programmi finalizzati alla riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili e alla prevenzione dell'obesità, con speciale riguardo alle fasce più vulnerabili. L'attività si svilupperà attraverso la verifica e il monitoraggio dell'adozione delle linee guida regionali "3 mesi-3 anni" nei nidi e dell'applicazione delle Linee di Indirizzo regionali sulla ristorazione scolastica, oltre che con azioni indirizzate alle mense aziendali sanitarie.

Saranno perseguiti gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare (PQSA) anche attraverso l'attività di ispezione, audit (almeno 4 nel corso del 2015), campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari. In accordo con la Direzione centrale agricoltura proseguirà il Progetto Piccole Produzioni Locali (PPL).

Verrà avviata la verifica degli standard previsti alla I fase del Capitolo dell'Accordo Stato - Regioni e Province Autonome recante: "linee guida per il funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province Autonome e delle AASSLL in materia di Sicurezza degli Alimenti e Sanità Pubblica Veterinaria, rep. Atti n°.46/CSR dd.07/02/2013".

Saranno sviluppate le attività previste dal Piano regionale della sicurezza alimentare e nutrizionale relative alle strutture assistenziali per anziani.

Nei confronti degli operatori del settore alimentare verrà svolta attività di informazione/formazione in merito all'entrata in vigore del "Reg.CE 1169/2011 relativo alla fornitura di informazioni sugli alimenti ai consumatori".

Sulla base delle indicazioni del PQSA 2015 – 2018 verranno effettuati controlli in materia di benessere animale in azienda, attraverso l'identificazione degli animali, la farmacovigilanza e gli ulteriori controlli previsti per il controllo delle condizionalità.

Saranno effettuati i controlli previsti dal Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini.

Verranno attuati i controlli richiesti nel PQSA 2015 sul benessere animale negli allevamenti e nel trasporto.

Relativamente agli aspetti di salute derivanti da situazioni ambientali, oltre alla partecipazione ai tavoli istituzionali, in particolare relativi agli aspetti di inquinamento legati alla siderurgia, verrà applicata la procedura semplificata di VIS (Valutazione di Impatto Sanitario) nella formulazione dei pareri richiesti ai Dipartimenti di Prevenzione individuati in accordo con ARPA, con il coinvolgimento degli enti locali interessati e/o della conferenza dei servizi.

Nel 2015 si continueranno le attività di prevenzione per mitigare i rischi derivanti dalla differenza di genere, di età e di cattivi stili di vita/comportamenti posturali con particolare riferimento all'insorgenza di malattie o disturbi muscolo-scheletrici. Anche per il personale dipendente si continuerà con la formazione, già

avviata nel 2014, su ergonomia, movimentazione ed esercizi posturali ai quali parteciperà anche il personale amministrativo

Un'attività efficace di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo non può prescindere da una comunicazione efficace e al passo coi tempi. AAS 1, in collaborazione con gli altri portatori di interesse (le associazioni di volontariato, le federazioni e società sportive, il Comune di Trieste e l'Ufficio di Progetto OMS Città Sane) e in raccordo con la Direzione centrale, promuoverà modelli comunicativi efficaci in grado di diffondere e seminare le informazioni anche ricorrendo all'utilizzo di nuove tecnologie.

In particolare saranno implementati i programmi incentrati sugli obiettivi di promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione, finalizzati alla riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche e alla prevenzione dell'obesità.

Tali programmi saranno condivisi con il gruppo HPH & Health Services aziendale e con i partner aderenti all'obiettivo 7.1 del PDZ in particolare per le attività sullo sviluppo di una cultura dell'invecchiare bene, che promuova l'offerta di attività di socializzazione e sviluppo del benessere. In quest'ambito:

- a) sarà dato sostegno alla 5° edizione del progetto "Esistenze Osservatorio sulle diverse età della vita" che ha come obiettivo mantenere i legami intergenerazionali per favorire sia la partecipazione attiva degli anziani alla vita sociale sia lo sviluppo della socialità in età scolare.
- b) sarà ampliato il programma Amalia con l'organizzazione di almeno un evento socio-culturale nei caffè letterari e la prosecuzione del percorso teatrale intergenerazionale in collaborazione con il teatro La Contrada
- c) continuerà il progetto "muoviamoci insieme" con l'attivazione di numerosi gruppi nei vari distretti che troveranno sede presso i ricreatori del Comune di Trieste, presso le palestre distrettuali e aziendali (padiglione M)
- d) saranno organizzati gruppi di cammino condotti da walking leader e gruppi di nordic walking per cittadini con patologie croniche (diabete, cardiopatie broncopatie) in collaborazione con le associazioni di volontariato.

Prevenzione del diabete e degli stili di vita sani

Nel corso del 2014 è stata avviata l'attività formativa nell'ambito del Piano di Prevenzione sul tema del diabete e degli stili di vita. Nel corso del 2015 prenderà avvio il Progetto "Misura la Tua Vita" che coinvolgerà le Farmacie convenzionate aperte al pubblico. I farmacisti, appositamente formati potranno sensibilizzare e trasferire correttamente ai pazienti i migliori suggerimenti per preservare la salute di ciascuno sul tema del diabete e degli stili di vita sani.

7. Benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani

AAS 1 ha stipulato un accordo di programma pluriennale con l'Area Educazione del Comune di Trieste che comprende più progetti sviluppati dai vari servizi aziendali. I progetti avviati sono i seguenti:

1. Progetto "Orto in Condotta" che riguarda nidi, scuole dell'infanzia e ricreatori del Comune di Trieste, le scuole statali e alcuni servizi educativi privati
2. Progetto "Rice-Energia: prendiamoci cura dell'ambiente e rendiamoci sostenibili, imparando a risparmiare energia" che prevede, all'interno delle attività estive 2015 dei ricreatori comunali di Trieste la realizzazione di laboratori artistico-creativi, di murales a tema all'interno degli spazi dei ricreatori comunali; e la realizzazione di laboratori didattici
3. Progetto "Sport Emozioni e Cervello 2015 – 2017": Progetto di avvio alla pratica sportiva e promozione di uno stile di vita sano
4. "Progetto giovani" che consiste nella realizzazione di interventi riabilitativi per i minori e giovani in carico ai servizi sanitari (S.C. Bambini Adolescenti Donne Famiglie distrettuali e Centri di Salute Mentale) da svolgere presso il polo aggregativo Toti del Comune ,

Nel corso del 2015 si concluderà la seconda edizione del Progetto biennale **Afrodite- Meglio sapere Tutto: la Peer Education nella promozione degli stili di vita sani e dei comportamenti protettivi in adolescenza: prevenzione MST ed uso di sostanze legali e illegali.**

Tale progetto, sviluppato dalla collaborazione tra SCBADOF distrettuali, Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento di prevenzione, il privato sociale e le Scuole secondarie di 2° grado, ha come target la popolazione di adolescenti nella fascia di età 15- 17 che frequenta le scuole della provincia di Trieste.

Il protagonismo degli adolescenti rappresenta lo strumento più efficace nella costruzione di modelli di comportamento orientati alla consapevolezza ed alla scelta di comportamenti protettivi, nell'ottica dello sviluppo delle life skills.

Attraverso la Peer education ed il coinvolgimento degli insegnanti in un intervento coordinato nelle classi vengono trattati gli argomenti inerenti le tematiche dell'affettività, sessualità (con particolare attenzione alla prevenzione di gravidanze indesiderate e la trasmissione di MST), uso di sostanze legali (con particolare attenzione all'uso di alcool) ed illegali.

Fondamentale è inoltre la conoscenza dei servizi sanitari dedicati e la facilitazione dell'accesso alle fasce a maggior rischio.

A partire dal 2013 il progetto ha coinvolto 74 peer educator e complessivamente più di 800 studenti delle classi 2e superiori in 2 annualità. Inoltre circa 20 insegnanti di 6 istituti scolastici sono stati formati sulle tematiche di interesse ed hanno svolto interventi all'interno delle classi target.

In particolare nel 2015 si procederà alla valutazione dell'impatto del progetto sui gruppi target ed a sperimentare interventi mirati a gruppi di studenti/adolescenti più a rischio.

8. Prevenzione delle dipendenze

AAS1 si impegna, nel 2015, a seguire il Piano Regionale delle Dipendenze segnatamente rispetto la collaborazione tra le varie articolazioni aziendali (Dipendenze, Prevenzione e Salute Mentale) sui temi del contrasto al fumo, all'abuso di alcol e alle dipendenze emergenti con particolare riferimento alla ludopatia patologica (vedi anche sopra paragrafo 7 e paragrafo 3.3.3 comma 5)

9. Screening oncologici

Oltre alle attività previste dal programma regionale di screening nel corso del 2015

- 1) sarà attuato un protocollo operativo per l' identificazione dei soggetti a rischio eredo-familiare (donne per il carcinoma mammario ; donne e uomini per il carcinoma colo-rettale), promuovendo la conoscenza del problema da parte dei vari operatori (MMG, ginecologi, ostetriche, consultori) in modo da identificare precocemente le persone "a rischio" da indirizzare a controlli più accurati presso il Centro Sociale Oncologico. In questa sede le persone saranno valutate e prese in carico ed inviate, quando necessario, al Centro di Riferimento di Aviano, per l'effettuazione dei test genetici. Gli screening per carcinoma mammario e carcinoma del colon si rivolgono, infatti, ad una popolazione identificata nella fascia di età 50-70 anni. Per entrambe queste neoplasie esistono, però, forme eredo-familiari caratterizzate dall'insorgenza in età più precoce e che quindi possono sviluppare la neoplasia prima di rientrare nella fascia di screening per intercettare questa fascia di popolazione
- 2) saranno attuati, in collaborazione con il gruppo senologico di AOOTS afferente alla Breast Unit per il carcinoma mammario e nell'ambito delle attività del Gruppo Ginecologico interaziendale (AAS 1, IRCCS Burlo Garofolo e AOOTS) per il carcinoma ovarico , percorsi di sorveglianza/controllo per le donne a rischio eredo-familiare definendo procedure diagnostico terapeutiche e timing dei controlli
- 3) si proseguirà nel controllo dei parametri nazionali di qualità dello screening del carcinoma del collo dell'utero.

10. Prevenzione cardiovascolare

I programmi e le iniziative di prevenzione dovranno prevedere, nei limiti previsti dagli accordi contrattuali, il coinvolgimento dei medici di medicina generale, in particolare per la prevenzione cardiovascolare. In tale ambito si proseguirà con la valutazione e correzione del rischio cardiovascolare

globale, dei fattori di rischio e degli stili di vita nei cittadini dai 35 ai 69 anni che vengano a contatto con i servizi ed i MMG.

Saranno condivisi con i MMG percorsi assistenziali per la gestione integrata del rischio cardiovascolare globale, che comprendano la valutazione e correzione dei fattori di rischio e degli stili di vita inadeguati per i pazienti a rischio cardiovascolare elevato e molto elevato.

Il personale del Centro Cardio Vascolare provvederà allo screening sistematico e alla valutazione del danno d'organo per portare a target i pazienti segnalati con rischio cardiovascolare elevato o molto elevato con rinvio al MMG per follow-up.

A tutti i pazienti afferenti al Centro Cardiovascolare sarà somministrato un questionario riguardante le abitudini alimentari e l'attività fisica. I dati saranno confrontati con quelli emersi dallo studio PASSI e PASSI d'argento raccolti ed elaborati dal Dipartimento di prevenzione.

14. La funzione di **Medicina Legale** fa già parte del Dipartimento di prevenzione, tale funzione è svolta dalla S.C. Accertamenti Clinici di Medicina Legale. AAS 1 collaborerà per quanto di competenza al percorso di trasferimento all'INPS delle funzioni di accertamento delle condizioni di invalidità e disabilità.

15. Medicina dello sport

L'attività di Medicina dello sport è attualmente svolta dal Centro Cardiovascolare che nel corso degli ultimi anni ha progressivamente incrementato l'offerta ritenendo questo tipo di attività, non meramente un'attività certificativa fine a se stessa, ma un momento di prevenzione e promozione della salute rivolta a tutte le classi d'età, in particolar modo ai più giovani. Nel corso del 2015 infatti verranno aperti per gli under 18 posti dedicati per esecuzione elettrocardiogrammi per l'idoneità sportiva non agonistica.

Nel corso del 2014 è stata avviata la formazione BLS che proseguirà nel corso del 2015 del personale comunale e di quello addetto agli impianti sportivi attraverso la stipula di specifiche convenzioni.

Con l'elaborazione del nuovo atto aziendale si provvederà ad attribuire la funzione al Dipartimento di Prevenzione.

3.3. ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria

a) COSTITUZIONE DELLE AFT

Come previsto dal Piano per l'Assistenza Primaria elaborato nel corso del 2014, in seguito al perfezionamento degli accordi integrativi regionali (A.I.R.), l'organizzazione minima di base della medicina generale nel territorio della AAS 1 vedrà la costituzione di 12 AFT con riferimento ad un determinato territorio intra-distrettuale o ambito sub-distrettuale il più possibile coincidente o incorporante zone geografiche già individuate come sedi di progettualità (es. microaree), comunque territori con una identità sociale, culturale, storica "riconosciuta".

Dall'analisi della popolazione servita si potranno costituire 12 AFT paria a 3 AFT per ciascun Distretto. Ogni AFT dovrà essere composta da almeno 15 MMG e servire una popolazione di massimo 30.000 assistiti.

Nella *Fase propedeutica* alla costituzione delle AFT i MMG saranno ridistribuiti nei vari Distretti in ragione dell'afferenza della popolazione assistita .

La ridistribuzione dovrebbe avvenire seguendo i seguenti criteri :

1. il singolo MMG, la rete, l'associazione e il gruppo vengono assegnati al Distretto a cui appartiene un numero di assistiti maggiore o uguale al 40 % rispetto al totale degli assistiti per singolo MMG, rete, associazione e gruppo
2. in subordine il singolo MMG, la rete, l'associazione e il gruppo vengono assegnati al Distretto con maggiore percentuale di assistiti (minore o uguale del 40% con differenza tra distretti di almeno il 3%)
3. in subordine il singolo MMG, la rete, l'associazione e il gruppo vengono assegnati al Distretto con maggiore numero di assistiti.

Possono, però, essere introdotti fattori correttivi al fine di assegnare almeno 15 MMG ad ogni AFT in relazione alle attribuzioni descritte nei punti 2 e 3).

(N.B. - E' importante che nell'Accordo Integrativo Regionale sia prevista la possibilità di scambi di medici tra associazioni, reti e gruppi (isorisorse) per migliorare le percentuali di assistiti residenti del territorio di "appartenenza" delle AFT e che, nel caso un Medico vada in quiescenza o interrompa la convenzione per qualunque motivo, la forma associativa sia mantenuta con l'integrazione di un altro collega.)

Per ogni Distretto vengono definite 3 aree geografiche di competenza così distribuite, una per ogni AFT:

Distretto n° 1 :

1) Altopiano,2) Roiano – Gretta - Barcola, 3) Cologna

Distretto n° 2 :

1) S. Vito - Citta Vecchia 2) San Giacomo 3) Citta Nuova - Barriera Nuova

Distretto n° 3 :

1) Muggia - S. Dorligo 2) Borgo San Sergio - Valmaura - Cattinara 3) Servola - Baiamonti - Via dell'Istria

Distretto n° 4 :

1) San Giovanni 2) Chiadino - Rozzol Melara 3) Barriera Vecchia

Le 12 AFT saranno composte dai gruppi, associazioni e reti già esistenti, ma a questi dovranno aggiungersi i medici singoli che attualmente non fanno parte di alcuna forma associativa seguendo i criteri prima indicati. Alla realizzazione delle attività definite nel Contratto di esercizio di tutte le forme associative dovranno collaborare anche le risorse umane che oggi supportano le varie forme di medicina associativa.

b) SVILUPPO DI ALTRI CENTRI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA

La definizione dei compiti e degli obiettivi dei CAP sono stati esplicitati ampiamente nel PAP elaborato nel corso del 2014.

Alla fine del 2014 è stato dato avvio all'attività del primo CAP regionale presso la sede di Muggia del Distretto n° 3 di cui fanno parte 10 MMG. L'attività del CAP continuerà e si evolverà nel corso del 2015, anche in funzione del perfezionamento dell'A.I.R., con la definizione puntuale del *contratto di esercizio* e dell'inserimento a pieno titolo nel gruppo di un ulteriore MMG che attualmente opera senza alcun ristoro dei costi e dell'attività svolta.

Nel corso dell'anno è previsto l'avvio di ulteriori CAP come di seguito indicato:

Distretto n° 1 :

- a) passaggio dalla Medicina in rete alla Medicina di gruppo dei MMG che attualmente operano presso la sede distrettuale di Aurisina e apertura del CAP per almeno 6 ore al giorno;
- b) perfezionamento degli accordi di programma con il Comune di Trieste per la collocazione presso l'attuale sede della struttura residenziale per autosufficienti "Casa Capon" di attività a forte integrazione socio – sanitaria e specificatamente di una microarea, degli sportelli amministrativi del Distretto, di un CAP e di alcuni ambulatori specialistici ed infermieristici così da meglio servire l'area di Opicina e limitrofa dell'altopiano triestino;
- c) reperimento delle risorse necessarie e avvio dei lavori di ristrutturazione della sede comunale;
- d) individuazione dei MMG in gruppo che aderiscono al CAP .

Distretto n° 2 :

- a) individuazione della sede adeguata presso l'Ospedale Maggiore e delle risorse distrettuali infermieristiche e tecniche
- b) individuazione dei MMG in gruppo che aderiscono al CAP e avvio dell'attività

Distretto n° 4 :

- a) individuazione della sede adeguata nell'area afferente al distretto e delle risorse distrettuali infermieristiche e tecniche
- b) individuazione dei MMG in gruppo che aderiscono al CAP e avvio dell'attività

c) NUOVE MEDICINE DI GRUPPO

Nell'ambito del territorio di ogni AFT potranno costituirsi nuovi raggruppamenti di MMG operanti in una sede unica in stretta integrazione con le Strutture distrettuali.

Tali raggruppamenti oltre ad assicurare livelli essenziali e appropriati di assistenza, potranno realizzare progetti integrati sanitari e socio sanitari, questi ultimi indirizzati anche alle persone affette da dipendenze patologiche, con problemi di salute mentale e alla popolazione fragile e vulnerabile in senso lato.

Il numero minimo di MMG non potrà essere inferiore a 6 unità in funzione al numero di ore di apertura della sede di almeno 8 ore al giorno, per almeno 5 giorni alla settimana. Il numero minimo di medici costituenti il gruppo dovrà garantire un'articolazione oraria dell'attività domiciliare rivolta agli assistiti.

3.3.2. Pianificazione regionale

L'AAS 1 metterà a disposizione se richiesti i propri operatori per la redazione dei Piani regionali.

3.3.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari

Accreditamento

Come negli anni passati AAS 1 parteciperà al programma regionale di accreditamento sia attraverso i percorsi di autovalutazione che mettendo a disposizione i valutatori formati per gli audit nelle strutture sanitarie

Odontoiatria sociale

AAS 1 parteciperà al programma regionale di odontoiatria sociale. Nel 2015 continuerà l'attività odontoiatrica presso la Casa Circondariale di Trieste con la collaborazione della Clinica Odontoiatrica e Stomatologica di AOUTS favore dei detenuti.

Cure palliative

AAS 1 parteciperà al programma regionale di formazione degli operatori e di riorganizzazione e accreditamento delle reti assistenziali per le cure palliative e la terapia del dolore in integrazione con l'attività del Servizio Infermieristico domiciliare dei distretti.

Si perseguirà nelle azioni per cercare di aumentare di almeno il 10% rispetto all'anno precedente i decessi in abitazione/domicilio/Hospice delle persone affette da tumore o di età superiore ai 65 anni.

(sull' argomento vedi anche paragrafo 3.4.3)

Salute mentale

Sono in corso programmi specifici nel DSM volti sia a perfezionare percorsi relativi al benessere fisico (palestra, attività sportive, passeggiate, massaggi, settimane benessere) con associazioni convenzionate, sia a migliorare la sicurezza delle terapie farmacologiche e i controlli riguardanti patologie organiche coi MMG che riguardano anche soggetti in età giovanile.

Il DSM dell'AAS 1 collaborerà a migliorare la completezza dei dati inseriti nel sistema informativo della salute mentale al fine di monitorare l'appropriatezza degli interventi e l'utilizzo delle risorse definendo indicatori di esito e di performance assistenziale e adottando la classificazione ICF modificata Vilma-FABER. A questo proposito va sottolineato che la piattaforma gestionale della salute mentale (pSM), sperimentata con successo nel 2014 nel DSM di AAS 1 per primo in Regione, va agganciata al SIASI per standardizzare i nuovi flussi di dati.

L'introduzione degli indicatori previsti dal PANSM, in via di recepimento da parte della Regione, in relazione ai percorsi di cura delle 4 maggiori patologie, è pienamente realizzabile. E' prevista, inoltre, l'introduzione di alcuni strumenti di base internazionali come la HoNOS. Va notato che l'ICF, in tutte le sue varianti, non sembra rappresentare a tutt'oggi in letteratura uno strumento sufficientemente utilizzato, e con successo, in salute mentale.

In merito al problema della **fuga extraregionale** non si rileva al momento fuga extraregionale se non per progetti mirati sostenuti dai Budget di Salute come in area di **comorbidità con le Dipendenze** (circa 70.000 euro previsti per il DSM, altrettanto per il DdD), dove si ritiene opportuno stimolare il privato sociale a formulare proposte in regione e nell'ambito della provincia di Trieste in particolare, ovviamente in sinergia col DdD. Si rileva che è in crescita la percentuale di minori già in comunità riabilitative che al 18° anno passano automaticamente al DSM.

Il DSM ripropone il SAR – Servizio Abilitazione e Residenzialità, attualmente Struttura Complessa, come scelta strategica ed interfaccia fondamentale con i servizi sviluppati in collaborazione col privato sociale.

In merito all'avvio della **rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva** sarà sviluppato anche nel corso

del 2015 il Progetto di prevenzione ed intervento precoce “Qualcosa è cambiato” che proseguirà anche con la collaborazione dell’ AAS 2.

Nell’ambito delle attività di diagnosi precoce e presa in carico tempestiva dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita obiettivo primario nel corso del 2015 sarà la messa a regime del percorso diagnostico terapeutico e riabilitativo sui disturbi dello spettro autistico per la fascia d’età fino a 48 mesi che prevede le seguenti azioni:

1. completare la procedura per la certificazione degli operatori formati a therapist ESDM rilasciata dal MIND Institute University of California Davis.
2. presa in carico dell’ 80% dei bambini inviati dall’RCCS Burlo Garofolo con diagnosi o rischio di autismo secondo il protocollo, previo consenso dei genitori.
3. ripresa della negoziazione coi PLS al fine di attuare lo screening al 18° mese con la M-CHAT.

Nell’ambito della Diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psichiatrici degli adolescenti la rete territoriale per gli “esordi” psicotici e affettivi e per le altre forme di disagio - sofferenza nell’adolescenza ha continuato la sua attività di confronto e che ha prodotto una revisione del protocollo in essere (revisione dicembre 2014) . E’ continuato il lavoro di valutazione integrata e presa in carico congiunta tra SCBADOF distrettuali e CSM di riferimento. Sono stati raccolti i dati relativi a tali pratiche.

Si è proceduto ad una revisione dei materiali informativi rivolti a insegnanti, MMG e PLS che verranno pubblicizzati e diffusi nel 2015

Nel 2015 l’AAS 1 intende continuare a consolidare la collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, SCBADF, MMG, PLS, per gli “esordi” psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell’adolescenza (ripresa/recovery) attraverso:

- percorsi di valutazione integrata e presa in carico congiunta nei nuovi casi nella fascia d’età 15 – 25
- avviamento di attività di promozione alla salute e di recovery da realizzare congiuntamente, anche in spazi extrasanitari, quali gruppi di partecipazione e di incontro, laboratori creativi, attività sportive da svolgere presso poli aggregativi, sedi di microaree ed altri eventuali spazi comunitari o cittadini; percorsi di protagonismo, inclusione culturale e sociale;
- creazione di opportunità volte alla gestione della crisi per adolescenti e giovani adulti con UHR/Esordi

Per il potenziamento delle attività di promozione alla salute e recovery (**centro diurno diffuso**) dovranno essere previsti educatori professionali/tecnici della riabilitazione adeguatamente formati, attraverso modalità flessibili di attivazione.

Sarà, inoltre, identificato un luogo privilegiato di afferenza per le attività diurne

Nell’ambito del Riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidiario la rete territoriale per gli “esordi” psicotici e affettivi e per le altre forme di disagio - sofferenza nell’adolescenza ha continuato la sua attività nel corso del 2014. E’ stato avviato il tavolo di lavoro per la creazione del sito WEB.

Nel 2015 l’AAS 1 intende costruire la collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, SCBADF, MMG, PLS) per l’identificazione precoce di situazioni di fragilità e rischio suicidiario degli adolescenti/ giovani adulti attraverso:

- avvio di attività di promozione alla salute quali gruppi di partecipazione e di incontro, laboratori creativi, attività sportive da svolgere presso poli aggregativi, sedi di microaree ed altri eventuali spazi comunitari o cittadini; percorsi di protagonismo, inclusione culturale e sociale, da realizzare congiuntamente a livello interdistrettuale anche in spazi extrasanitari quali poli aggregativi giovanili anche in collaborazione con DIP, DDD, DSM (laboratori creativi, attività sportive da svolgere presso poli aggregativi, sedi di microaree ed altri eventuali spazi comunitari o cittadini; percorsi di protagonismo, inclusione culturale e sociale).
- Attivazione del sito web

Nel 2015, inoltre, per evitare di fare ricorso a strutture extraregionali, verranno messe a punto strategie di intervento per la gestione della crisi a domicilio e, laddove non sia possibile un immediato rientro in famiglia o sia opportuno un periodo di distanza dai familiari, verrà attivato un intervento residenziale presso un luogo dedicato, anche in situazioni di post ricovero, con l'istituzione di 2 posti per l'ospitalità h24 presso strutture esistenti del 3° settore per adolescenti "fragili". Sia in ambito domiciliare che residenziale è indispensabile il potenziamento dei Budget Individuali di salute attivabili con modalità flessibile anche in regime di ricovero

Nell'ambito delle attività territoriali per la presa in carico delle persone con i Disturbi del comportamento alimentare, nel corso del 2015 verrà rafforzata l'équipe funzionale e dovrà essere meglio definito il raccordo con l'Ospedale.

Per ciò che concerne lo sviluppo di progetti per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze, per le persone anziane il punto di accesso è il CDDD del Distretto. Nel corso del 2015 sarà consolidata la rete e le modalità di presa in carico applicando il PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo già approvato nel 2013 in accordo con AOUTs.

L'utilizzo del budget di salute e lo sviluppo di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati ha consentito la realizzazione di alternative alle misure di sicurezza (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) per n. 4 persone nel 2014, grazie alla collaborazione offerta dalla Magistratura, attività che prosegue nel corrente anno anche per limitare l'uso dei posti letto della REMS provvisoria in fase di realizzazione.

Sul tema riguardante i "budget di salute" si sottolinea che è in corso una prima valutazione dei Bds sulla base della piattaforma pSM e del programma di monitoraggio predisposto con Televita.

Per quanto riguarda l'integrazione della SM nelle cure primarie (CAP e altre forme associative della medicina generale) si sottolinea che il DSM come CCOMS ha realizzato la traduzione e la stampa del mhGAP-IG che ha previsto di implementare coi MMG tramite adeguate attività formative.

Proseguirà il contributo del DSM nel consolidamento dei livelli organizzativi e operativi di integrazione sociosanitaria nelle aree ad alta integrazione con particolare riguardo alla costruzione di un tavolo sulla salute mentale presso gli enti locali, con gli stakeholders, che evolva verso una Consulta stabile della Salute Mentale.

Dipendenze

Il Dipartimento delle dipendenze di AAS1 si muoverà all'interno della cornice strategica individuata dal **Piano Regionale delle Dipendenze 2013-2015** (PARD, delib. n.44 del 16/1/2013), con il doppio obiettivo di:

- contribuire a sviluppare a livello regionale un'offerta appropriata ed omogenea sia di tipo preventivo che terapeutico –riabilitativo, secondo le priorità indicate dalle Linee strategiche regionali (problematiche correlate al gioco d'azzardo patologico, al tabagismo e all'abuso alcolico, alla sicurezza e prevenzione degli infortuni, ai percorsi di reinserimento formativo e socio-lavorativo delle persone con dipendenza patologica); il Dipartimento collaborerà inoltre al processo di accreditamento/revisione dell'offerta in tema di comunità terapeutiche e residenzialità alcolologica regionale;
- rispondere ai bisogni specifici del territorio locale, rilevati tramite i dati epidemiologici e di attività del 2014. Al fine di migliorare l'efficienza organizzativa e la performance assistenziale, verranno affrontate alcune aree di criticità già individuate (percorsi di continuità assistenziale, carcere, inserimento lavorativo), potenziate le sinergie con i partners della rete sanitaria e sociale, assicurati i progetti finalizzati alla prevenzione e riduzione dei rischi diretti ed indiretti alcol e droga correlati. Inoltre, proseguirà l'attività di prevenzione e gestione clinica delle infezioni virali correlate all'uso di sostanze stupefacenti, come da protocollo operativo regionale.

Preso atto dell'aumento della domanda di aiuto da parte di giovanissimi, anche minorenni, per problematiche di salute correlate all'assunzione "a rischio" di sostanze stupefacenti, si sperimenteranno e valuteranno interventi di prevenzione, aggancio precoce e trattamento dedicati alla fascia di utenza "under 25" ed organizzati secondo criteri propri dell'età adolescenziale. Il Dipartimento delle dipendenze concorrerà, inoltre, a realizzare le attività e gli obiettivi condivisi nel gruppo di lavoro trasversale aziendale (Direzione Sanitaria, Distretti, DDD, DIP, DSM), dedicato specificamente a promuovere risposte coordinate ed integrate in tema di tutela della salute in età evolutiva e all'attuazione del *progetto Afrodite* esposto nei paragrafi precedenti .

Verrà assicurata l'attività di implementazione dell'Osservatorio Regionale per le dipendenze, al fine di monitorare l'evoluzione del fenomeno nel contesto regionale, in accordo con le indicazioni e gli standard europei (EMCDDA), con la produzione di report, di studi epidemiologici e statistici e di strumenti di supporto.

Verrà mantenuta per la parte di competenza il programma "guadagnare salute", con l'obiettivo di continuare ad estendere le attività relative al contrasto al tabagismo sia nell'ambito ospedaliero, in particolare presso le strutture cardiologiche e pneumologiche con un'attività di presa in carico dei pazienti a rischio segnalati da quelle strutture sia nell'ambito della prevenzione della salute degli operatori sanitari della provincia di Trieste inviati dai medici competenti.

Nell'ottica di migliorare la gestione informatizzata delle attività sanitarie si intende aggiornare/adeguare gli strumenti di lavoro e i protocolli operativi per la gestione dei dati, nel rispetto delle normative di riferimento (D.Lgs 196/2003, DPR 309/90 e s.m. e i).

Ospedali psichiatrici giudiziari

Il percorso di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) che si concluderà il 31 marzo 2015 termine ultimo per la chiusura degli OPG, prevede in Friuli Venezia Giulia la costituzione di 3 strutture c.d. Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza Sanitaria (REMS), in attuazione della legge 17 febbraio 2012 n. 9.

Il contributo di AAS n.1 al percorso di superamento degli OPG consiste nell'attivazione, già dal 4/5/2015, di n. 2 posti letto per tale funzione presso la struttura di Aurisina attualmente utilizzata come Centro Diurno. Tale Struttura sarà, a regime, a disposizione di AAS n.1 e di AAS n. 2, con conseguente condivisione degli oneri di gestione tramite relativo protocollo.

L'attivazione della REMS di Aurisina comporta una serie di interventi strutturali urgenti e l'attivazione di personale dedicato secondo uno specifico schema presentato alla Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia , e che sarà coperto da fondi regionali ad hoc.

Al fine di garantire la quota aggiuntiva di lavoro multidisciplinare previsto per implementare la funzione REMS, l'AAS n.1 prevede l'assegnazione di ulteriore personale, medico e del comparto, al DSM.

Alla data del 31 marzo non vi sono residenti a Trieste da dimettere dagli OPG.

Sanità penitenziaria

Le funzioni transiate all'Azienda in materia di sanita penitenziaria hanno trovato un assetto organizzativo costruito sulle indicazioni della delibera giunta n. 2059 del 7 novembre 2014.

Nel corso del 2015 si intende mantenere le attività e i servizi già avviati nel precedente esercizio garantendo il coordinamento e l'integrazione tra le due amministrazioni coinvolte, anche attraverso la attivazione di una funzione di coordinamento affidata a una figura professionale del comparto, mediante attribuzione di un posizione organizzativa.

Il finanziamento - ora nel coacervo del finanziamento indistinto - costituisce il riferimento delle risorse necessarie per la gestione già pianificata in sede aziendale, che verrà rappresentata a livello di costi in apposito documento.

Riabilitazione

L'AAS1 effettuerà, congiuntamente a AOOTS, l'analisi e l'individuazione dei posti letto di riabilitazione ospedaliera e territoriale (pl di riabilitazione intensiva ed estensiva, Suap) e la revisione qualitativa della propria dotazione di personale finalizzato ad identificare le figure necessarie ad ottemperare agli standard previsti per tale tipologia di attività. In quest'ambito ha avuto avvio la revisione del protocollo di continuità assistenziale riabilitativa attivo già da tempo con i reparti di Ortopedia e Neurologia al fine di migliorare ed ottimizzare il percorso sulla base dell'analisi delle criticità rilevate.

Anche i percorsi semplificati, previsti dai PDTA in uso sulla frattura di femore e l'artroprotesi di anca, di continuità riabilitativa in essere con le strutture private accreditate convenzionate Pineta del Carso, Sanatorio Triestino e Salus saranno rivisti in un'ottica di ottimizzazione.

AAS 1 partecipa alla Rete per le gravi cerebrolesioni regionale a garanzia della continuità del percorso di cura e riabilitazione dei pazienti con GCA. In quest'ambito proseguirà l'utilizzo della struttura Pineta del Carso con 12 posti letto dedicati per il ricovero nella fase degli esiti di persone con GCA. Tutte le persone con GCA che entrano nella rete nella fase degli esiti saranno valutati con le apposite schede .

L'AAS 1 parteciperà al processo di valutazione delle attività intraprese e dei risultati assistenziali dei cittadini in carico, secondo le modalità elaborate dal CC OMS per le Classificazioni Internazionali attraverso l'adozione del fascicolo biopsicosociale ispirato alla classificazione ICF (modificata Vilma-FABEr). In particolare si intende valutare 10 persone con disabilità grave per distretto come previsto nei PDZ 4 e 6. Gli operatori interessati aderiranno alla formazione specifica e procederanno alla valutazione secondo il cronoprogramma definito dal CC OMS.

Proseguiranno le attività previste dai PDTA già in uso "Senologia" per le donne mastectomizzate e ICTUS in continuità con la Clinica Neurologica di AOOTS.

Percorso nascita

AAS 1 continuerà a partecipare con propri operatori al Comitato Tecnico Regionale del Percorso Nascita con particolare attenzione agli aspetti inerenti lo sviluppo di azioni territoriali

Con l'IRCCS Burlo Garofolo sarà attuato e condiviso quanto previsto dal PDTA sulla gravidanza fisiologica elaborato nel corso del 2014 da parte della aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina (vedi anche paragrafo 3.4.4).

Procreazione Medicalmente Assistita

Continuerà nel corso del 2015 l'attività del progetto "Ottimizzazione delle procedure di Procreazione Medicalmente Assistita e mantenimento degli standard nazionali e internazionali" attraverso il quale l'AAS 1 garantisce, in raccordo e continuità assistenziale con l'IRCCS Burlo Garofolo un servizio psicologico di consulenza e orientamento alle coppie con problemi di infertilità e sterilità.

In considerazione della nuova normativa nazionale e regionale sulla fecondazione eterologa l'AAS darà continuità al servizio già in essere al fine di individuare precocemente specifici bisogni psicologici e sociali dell'utenza, sia nella fase di diagnosi e orientamento verso i diversi percorsi della genitorialità, che al momento della dimissione dal percorso dai centri.

Violenza di genere contro le donne

Il 1 agosto 2014 è entrata in vigore la Convenzione di Istanbul (Convenzione del Consiglio d'Europa per la prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica").

Dallo stesso anno sono disponibili le Nuove Linee Guida sulla violenza contro le donne dell'OMS. In questi giorni si sta istituendo un gruppo specialistico di esperti presso il Consiglio d'Europa (art 66 della Convenzione) volto a monitorare l'applicazione della legge sui territori nazionali. Il fenomeno della violenza contro le donne è evidente anche a Trieste, sono infatti in aumento gli accessi presso il Centro antiviolenza

GOAP (265 nel 2013 e più di 300 nel 2014) e presso i Consulenti Familiari . Anche AOOTS ha dato avvio al programma “Codice Rosa” svolto dal Pronto Soccorso di Cattinara per intervenire su questo tema efficacemente. L’A.A.S. 1, da anni attiva su questo tema con l’Ufficio Progetti Area Sanitaria, si impegna per l’anno 2015 a:

1. Promuovere un tavolo di coordinamento fra tutti i servizi coinvolti sull’argomento (AOOTS, IRCCS BURLO, GOAP, Università degli Studi ed eventuale associazionismo esperto).
2. Ristrutturare il percorso di scambio e comunicazione, in parte già esistente, fra i vari Pronto Soccorso, Consulenti familiari, GOAP, Commissariati di polizia.
3. Continuare nella formazione e nella sensibilizzazione di tutto il personale sanitario al fine di ottemperare a quanto previsto dalla convenzione di Istanbul.
4. Collaborare a specifici progetti sul fenomeno.

Pedofilia e Maltrattamento grave

Continuerà nel corso del 2015 l’attività del progetto “Buone pratiche contro la pedofilia” - L.R. 20/2004” in collaborazione con il Comune di Trieste (ente capofila), gli altri Comuni della Provincia, il Ministero di Grazia e Giustizia, il MIUR, l’IRCCS Burlo Garofolo ed il Centro Antiviolenza GOAP per le attività di sensibilizzazione, formazione e informazione sulla tematica.

L’attività progettuale verrà svolta come di consueto in stretto raccordo con il gruppo tecnico Interistituzionale Mal.Ab che continua a svolgere la propria attività di presa in carico degli utenti, su invio dei servizi o della magistratura e di consulenze agli istituti scolastici, privato sociale, ecc.

Per l’anno in corso l’Azienda si impegna

1. a richiedere nuovamente il finanziamento alla Regione per poter proseguire nel 2016 il progetto Buone Pratiche
2. a rivedere insieme ai servizi territoriali il PDTA sull’abuso e maltrattamento grave, al fine di renderlo più consono ai bisogni attuali di presa in carico e all’assetto organizzativo aziendale.

Mediazione linguistico culturale

L’AAS 1 offre mediazione linguistico culturale agli stranieri presenti sul territorio provinciale che si rivolgono ai servizi distrettuali e dipartimentali e che non conoscono la lingua italiana, né l’organizzazione dei servizi.

Gli stessi mediatori seguono la persona straniera nel percorso di salute anche presso l’Azienda Ospedaliera, l’IRCCS Burlo Garofolo e la Casa Circondariale . Grazie al lavoro congiunto delle tre aziende sanitarie nel 2014, si è giunti alla stipula di una convenzione unica con l’Associazione di Mediatori Culturali Interethnos.

Nel corso del 2015 sarà verificata l’applicazione della nuova convenzione, maggiormente articolata rispetto a tempi, disponibilità oraria, appropriatezza delle attivazioni e degli interventi stessi.

Sarà anche avviata una convenzione interaziendale per l’attività di mediazione con le persone sordomute.

Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale

AAS 1 collaborerà nell’ambito delle indicazioni regionali allo sviluppo dei progetti di cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale e alla stesura ed attuazione del piano di integrazione socio sanitaria tra servizi Italiani e Sloveni.

Il Dipartimento di Salute Mentale, Centro Collaboratore dell’OMS, continuerà nella sua opera di supporto e collaborazione con i servizi psichiatri di altri Paesi Europei e dell’America Latina

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

Come indicato anche nei precedenti paragrafi AAS 1 parteciperà, per quanto di competenza, alle varie filiere d'organo della Rete Regionale per le gravi Insufficienze d'organo e trapianti.

Nell'ambito della Filiera Rene si procederà alla formazione del personale del Servizio Infermieristico Domiciliare per aumentare nel corso dell'anno il numero di pazienti in dialisi peritoneale seguiti al proprio domicilio.

Nell'ambito della Filiera Pancreas si continuerà nelle attività territoriali di prevenzione e presa in carico del piede diabetico al fine di ridurre il tasso di amputazioni.

3.4.2. Patologie tempo dipendenti

ICTUS

Gli operatori di AAS 1 parteciperanno ai tavoli regionali per l'elaborazione del percorso assistenziale del trattamento dell'ictus nella fase pre ospedaliera (Sistema 118) di gestione dell'urgenza/emergenza.

Emergenze cardiologiche

In protocolli in essere tra AAS1 e AOUsT prevedono già una collaborazione operativa tra il sistema 118 e la Cardiologia Ospedaliera. I dati per il momento a disposizione dimostrano che di norma l'angioplastica viene eseguita mediamente entro 55 minuti dall'ingresso in Ospedale.

Nel corso del 2015 sarà monitorato anche il percorso complessivo di questi pazienti a partire dall'esecuzione extramoenia dell'ECG. (Esecuzione dell'angioplastica primaria entro 120 minuti dall'ECG in almeno l'85% dei casi di STEMI)

Trauma

Gli operatori di AAS 1 parteciperanno all'avvio dell'attività della rete *Trauma*.

3.4.3. Reti di patologia

Malattie rare

AAS 1 parteciperà, per quanto di competenza alle attività previste dalle indicazioni regionali. Nel corso del 2015 continuerà nella presa in carico, anche domiciliare delle persone affette da Malattie Rare, ed a interfacciarsi con le Associazioni di volontariato che si occupano dei diritti e della gestione delle persone affette da Malattie rare .

Malattie reumatiche

AAS 1 parteciperà, per quanto di competenza alle attività previste dalle indicazioni regionali. E' stato concordato con AOUsT che l'attivazione degli ambulatori di reumatologia previsti dalla rete sarà di competenza Ospedaliera grazie alla presenza di operatori esperti.

Malattia oncologica

AAS 1 parteciperà, per quanto di competenza alle attività previste dalle indicazioni regionali riguardanti la formalizzazione ed avvio della rete oncologica.

AAS 1 negli ultimi anni ha specializzato l'attività del Centro Sociale Oncologico indirizzandola prevalentemente ad attività di prevenzione , di riabilitazione e presa in carico della terminalità. Le attività di cura hanno riguardato solo ed esclusivamente la cura dei tumori femminili (mammella, utero e ovaio) in stretta correlazione operativa con i servizi ospedalieri di AOUsT e IRCCS Burlo Garofolo di chirurgia, radioterapia e di diagnostica per immagini oltre che con gli altri servizi territoriali di nutrizione clinica, riabilitazione fisica, dermatologia per la diagnosi e la terapia delle complicanze da chemio e radioterapia,

medicina legale. Ciò ha permesso un più razionale uso delle risorse (farmaci, percorsi, prestazioni ambulatoriali e domiciliari) oltre che il trattamento di un consistente numero di casi trattati.

Nel corso del 2015 si provvederà a riorganizzazione le attività oncologiche attualmente svolte separatamente dalle strutture di AO/US e da AAS 1 e che abbracciano tutta la storia naturale della malattia, dalla prevenzione, alla cura e riabilitazione, alla gestione della terminalità per l'integrazione dei processi e la messa in comune delle risorse, anche per quel che riguarda la preparazione dei chemioterapici presso un'unica UFA a gestione ospedaliera.

Cure palliative e terapia del dolore

AAS1 nel 2015 affronterà il completamento dell'organizzazione della rete territoriale per le Cure Palliative e Terapia del dolore, includendo ovviamente in questo percorso l'Hospice con sede a Pineta del Carso (20 pl) oltre che le Strutture Ospedaliere per la definizione puntuale dei percorsi finalizzati alla riduzione dei ricoveri impropri dei pazienti non soltanto oncologici, in condizioni di terminalità.

AAS1 ormai da anni usa strumenti formali di rilevazione del dolore sia nelle strutture residenziali che nell'attività domiciliare (vedi dopo Piano rischio clinico paragrafo 3.4.8.). Nel corso del 2015 sono stati già programmati corsi di formazione sul campo per il personale impegnato prevalentemente nell'attività domiciliare che partendo dalla valutazione fisiopatologica del dolore e dalla valutazione di intensità, fornisca tutte le informazioni per l'uso corretto secondo le linee guida sia dei farmaci oppioidi nella varie formulazioni che dei farmaci adiuvanti

3.4.4. Materno-infantile

Nel corso degli anni il numero di donne in gravidanza che si rivolgono ai Consultori Familiari distrettuali è aumentato arrivando a superare il 40% in gravidanza e l'80% nel post parto, ciò ha consolidato il ruolo centrale dell'ostetrica nel Percorso Nascita. In linea con gli obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa, all'interno di un gruppo di lavoro di Area Vasta è stato elaborato il PDTA della Gravidanza Fisiologica, basato sulle indicazioni delle Linee guida nazionali (ISS 2011). Il PDTA prevede una responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso della gravidanza fisiologica. Nel corso del 2015 si attuerà in collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo quanto indicato dal PDTA che pone la necessità di sviluppare un piano di azione pluriennale che porti all'ulteriore valorizzazione del ruolo dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica nell'adeguato setting assistenziale, in raccordo con IRCCS Burlo Garofolo e coerentemente con il Tavolo Regionale del Percorso Nascita a partire dall'attuale modello assistenziale e dalle risorse ostetriche in servizio.

Nel corso del 2014 è stato completato il percorso di accreditamento UNICEF ed AAS 1 è stata riconosciuta, prima Azienda in Regione e quarta in Italia, "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento al Seno - Baby Friendly Community", perché rispetta gli standard assistenziali a favore di donne bambini e famiglie previsti dai 7 Passi.

Le azioni sviluppate hanno previsto: stesura di una Politica aziendale e definizione di un modello assistenziale coerente e trasparente, formazione degli operatori secondo le responsabilità assegnate, informazione alle donne in gravidanza, informazione e sostegno dell'immediato post parto e nel corso dei primi mesi di vita del bambino, costruzione di una rete comunitaria di protezione promozione e sostegno con enti e istituzioni e con gruppi di cittadine, valorizzando l'autoaiuto.

Nel 2014 il tasso di allattamento esclusivo alla 2a vaccinazione osservato è stato di 37.5% (tasso regionale 28.1%).

Nel 2015 si opererà

- a) per mantenere e verificare l'applicazione degli standard richiesti da UNICEF (audit dell'offerta assistenziale; sviluppo di azioni comunitarie a promozione della sana alimentazione nella prima infanzia)
- b) per valorizzazione del ruolo dei gruppi di autoaiuto (formazione e strumenti informativi)

- c) per rafforzare in raccordo con l'IRCCS Burlo Garofolo, le modalità di continuità assistenziale territorio- ospedale- territorio con particolare attenzione al post dimissione dalla maternità.

3.4.5. Sangue ed emocomponenti

AAS 1 parteciperà, per quanto di competenza, alle attività previste di informazione dei cittadini per aumentare la raccolta di sangue ed emocomponenti.

Si conferma nel 2015 il numero di trasfusioni di sangue eseguite in RSA o presso il domicilio della persona

Nel corso del 204, sono state trasfuse 135 unità di emocomponenti così ripartite:

Centro Sociale Oncologico	23
RSA	118
Domicilio	4
Struttura protetta	8

Sarà attivato un *percorso breve* ambulatoriale per l'accesso facilitato all'esecuzione di trasfusioni e alla somministrazione di ferro ed emoderivati.

3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza

Per quanto riguarda il punto 3.4.6. "erogazione dei livelli di assistenza" tutti gli indicatori sono di natura ospedaliera, ma AAS1 si attiverà per quanto di competenza, per collaborare al raggiungimento di performance migliori da parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Si fa presente che anche l'indicatore n.5 è riferito ai pazienti dimessi (e non ai residenti) ed è un criterio di valutazione della qualità ospedaliera.

3.4.7. Tempi d'attesa

(vedi piano allegato)

3.4.8. Rischio clinico

(vedi piano allegato)

3.4.9. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

AAS 1 nel corso del 2015 potrà partecipare alle attività riguardanti la Senologia. Tale attività ambulatoriale di prevenzione , cura e riabilitazione è svolta, infatti, in provincia di Trieste presso il Centro Sociale Oncologico (vedi prima paragrafo3.4.3.)

Contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi

(vedi piano allegato sul Rischio Clinico paragrafo 3.4.8.)

3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

RACCORDO CON IL 2014

Nel corso del 2014 l'Azienda ha proseguito l'attività di contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale monitorando le prescrizioni farmaceutiche e realizzando iniziative volte a promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il buon uso del farmaco.

In particolare:

- a) è stata data piena e proficua attuazione della DPC in area vasta giuliano-isontina, monitorandone l'andamento, garantendo la disponibilità dei medicinali oggetto di aggiudicazione di gara regionale e la gestione di tutti gli aspetti tecnico-professionali. Contemporaneamente è stata garantita l'assistenza farmaceutica diretta in tutte le condizioni in cui essa è prevista incentivandola in particolare nei confronti dei pazienti in ADI e in assistenza residenziale, monitorandone l'attività con il coinvolgimento dei medici distrettuali e dei MMG
- b) si sono confermati gli accordi con le Aziende del SSR inerenti la distribuzione diretta post dimissione e post visita specialistica ambulatoriale a favore degli assistiti di ASS1 dando attuazione alle indicazioni regionali; è stata incentivata quella attuabile da parte delle Strutture dipendenti e accreditate di ASS1 limitatamente alle concrete possibilità di effettuarla
- c) la distribuzione diretta post dimissione e post visita specialistica ambulatoriale - nel 2014 è stato condiviso tra le aziende ed i prescrittori il *Protocollo di area vasta Giuliano-Isontina finalizzato a favorire la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto - biosimilari, sia in ambito territoriale che ospedaliero*, revisione di quello già adottato nel 2012; le prescrizioni originate all'interno di ASS1 sono state monitorate ed i relativi report condivisi con la Struttura interessata (CSO)
- d) oltre al monitoraggio mensile della spesa farmaceutica aziendale, come da indicazioni regionali si è fatta un'analisi anche della spesa farmaceutica complessiva dell'AVGI evidenziando le categorie ATC di maggior rilievo economico complessivo
- e) ampia azione di monitoraggio ed incontri di audit-feedback sono stati realizzati con la medicina generale volti a limitare la politerapia nel paziente anziano, favorire l'utilizzo dei medicinali a brevetto scaduto (in particolare nelle categorie individuate nelle linee di gestione 2014), favorire l'aderenza terapeutica e ridurre l'uso occasionale dei medicinali. Sono stati utilizzati strumenti quali la scheda medico regionale, report sulla politerapia, sull'andamento degli indicatori ex DL 78/10, sull'uso degli antibiotici e comunicazioni specifiche volte a favorire l'appropriatezza prescrittiva per esempio dei PPI
- f) È stata condotta specifica analisi di appropriatezza sulla prescrizione della terapia per la disassuefazione da oppiacei .
- g) L'attività di formazione/informazione si è concretizzata attraverso la redazione e divulgazione di un aggiornamento in ambito cardiovascolare del documento informativo *Così è se vi pare* e la partecipazione quali docenti ad eventi ECM nell'ambito dell'antibiotico-terapia e a corsi di formazione sul campo nell'ambito del rischio clinico
- h) E' proseguita la collaborazione con AIFA per la stesura del rapporto Osmed e l'individuazione di indicatori di appropriatezza prescrittiva condivisi poi con i prescrittori
- i) E' stata avviata un'attività, più approfondita, di verifica dell'appropriatezza prescrittiva a livello distrettuale dei prodotti per l'AFIR con la collaborazione dei Diabetologi distrettuali e degli urologi ospedalieri, incentivando la distribuzione diretta di tali articoli e riducendo sensibilmente la spesa dell'AFIR erogata tramite le farmacie aperte al pubblico
- j) La registrazione dei medicinali sottoposti a monitoraggio AIFA è stata costantemente monitorata così da poter procedere alle richieste di rimborso previste.

ATTIVITÀ 2015

AAS1 nel corso del 2015 proseguirà tutte le attività di cui sopra dando continuità e approfondimento ai percorsi, in collaborazione con i medici convenzionati (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali interni) e i medici dei Distretti e dei Dipartimenti, concertando con AOUTS il coinvolgimento anche dei prescrittori

ospedalieri le cui ricadute sull'assistenza farmaceutica territoriale sono notoriamente rilevanti, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva sia sul piano clinico che economico.

Le azioni rilevanti nel corso del 2015 saranno:

1. Proseguimento dell'attività di monitoraggio e degli incontri di audit-feedback con i prescrittori territoriali ed ospedalieri divulgando sia la reportistica regionale sia quella prodotta dalla SC Assistenza Farmaceutica .

Sono previsti almeno 4 incontri di audit-feedback con i prescrittori territoriali, 1 incontro con quelli ospedalieri e l'invio dei almeno due report personalizzati "scheda medico" ai MMG. Al fine di garantire il rispetto dei vincoli fissati per la farmaceutica sono individuati gli indicatori riportati nelle linee di gestione 2015 (incremento della percentuale di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto) per i prescrittori sia di AAS1 che di AOUTS (vedi tabella seguente).

2. Redazione di documenti di aggiornamento sulle terapie e l'appropriato uso dei medicinali. (es. documento informativo aziendale "Così è se vi pare").

AAS1 provvederà al monitoraggio mensile degli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria, alla diffusione di almeno tre comunicazioni ai prescrittori delle evidenze al fine di raggiungere il valore target definito nelle linee di gestione 2015.

In particolare l'impegno sarà rivolto ad incrementare l'uso dei biosimilari (epoietine e fattori di crescita granulocitari) a valori prossimi all'80% delle prescrizioni nei nuovi pazienti.

3. Incentivazione dell'appropriatezza d'uso delle categorie a maggior impatto di spesa con particolare attenzione ai PPI tramite l'invio di due report dedicati .
4. AAS1 assicurerà la Distribuzione diretta a favore dei pazienti in ADI e accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali garantendone l'appropriatezza d'uso. Saranno monitorate attentamente le richieste relative a medicinali soggetti a piano terapeutico. Nel 2015 sarà garantita l'erogazione diretta nel 100% delle strutture
5. Incentivazione della DPC proseguendo con la puntuale informazione dei prescrittori e richiamando la loro attenzione sull'utilizzo preferenziale dei prodotti disponibili sulla piattaforma. Il monitoraggio della DPC e la partecipazione attiva al gruppo tecnico regionale sarà impegno dei farmacisti aziendali.
6. Attuazione delle indicazioni regionali rispetto alla mobilità intra- ed interregionale. L'Azienda continuerà a garantire la massima attenzione al problema, sia implementando il SIASA-file F sia garantendo l'erogazione nominativa dei medicinali indicati erogati in distribuzione diretta .
7. Controllo preciso e puntuale dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali. Non sarà invece possibile inserire a sistema il codice targatura né l'informatizzazione del primo ciclo per il noto limite degli applicativi in uso nell'area giuliana.
8. Appropriato utilizzo dei registri AIFA anche al fine di consentire il recupero economico dei medicinali interessati. I farmaci sottoposti a registro AIFA sono erogati solo su prescrizione che attesti l'avvenuta registrazione. IL 100% delle erogazioni sono registrate nell'apposito portale AIFA e costantemente monitorata così da poter procedere alle richieste di rimborso previste.
9. Controllo della spesa per AFIR ed in particolare verrà assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa dei pazienti diabetici al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.

AAS1 valuterà la fattibilità di attivare modalità di distribuzione dei prodotti AFIR che garantiscano un'ottimizzazione della spesa, in linea con quanto definito dalla programmazione degli anni precedenti (es. distribuzione diretta, accordi con fornitori e farmacie). AAS1 si impegna a ridurre la spesa AFIR nel 2015 rispetto al 2014 attraverso azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

10. L'AAS1 assicurerà i livelli di completezza della cartella oncologica informatizzata con un grado di completezza superiore al 95% dei pazienti.

11. L'AAS 1 garantisce la disponibilità del proprio personale per i percorsi/gruppi di lavoro che la Regione vorrà istituire (prontuario terapeutico regionale, omogeneizzazione anagrafiche dei beni sanitari) e conferma l'interesse e la disponibilità alla partecipazione a progetti di farmacovigilanza finanziati e ad iniziative di promozione dell'uso sicuro dei medicinali che la Regione vorrà intraprendere.
12. Come nei due anni precedenti AAS 1 continuerà a svolgere l'attività di monitoraggio, valutazione e reportistica sulla Politerapia dell'anziano.
L'AAS1 promuoverà azioni di informazione e sensibilizzazione sull'uso sicuro dei medicinali anche garantendo la predisposizione e l'invio di newsletter periodiche (vedi piano allegato sul Rischio Clinico paragrafo 3.4.8.)

Il Dipartimento di Salute Mentale collaborerà con gli altri Dipartimenti regionali ad un percorso di formazione per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva delle terapie antidepressive (progetto con AIFA per l'uso del mhGAP-IG) nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo interesserà oltre ai MMG anche gli specialisti e l'Università.

Si riporta di seguito la tabella con gli indicatori di programmazione e controllo ex dl. 78/2010 oggetto di monitoraggio nel corso del 2015 e il valore rilevato a fine 2014 per AAS 1.

INDICATORI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO ex DL. 78/2010 - 2015		
INDICATORE	% brevetto scaduto OBIETTIVO DA LINEE 2015	% brevetto scaduto VALORE AAS1 2014
C09CA Sartani non associati	92,3%	88,1%
C09DA Sartani associati a diuretici	82,7%	76,6%
C10AA Statine	84,8%	73,2%
G04CB Inibitori della testosterone 5 alfa reduccasi	44,6%	29,0%
M05BA Bifosfonati	97,7%	92,6%
N03AX Altri antiepilettici	69,2%	62,6%
N06AB Antidepressivi SSRI	87,3%	84,0%
N06AX Altri antidepressivi	56,8%	36,8%

3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1. Disabilità adulti e minori

L'AAS 1 procederà alla nomina del coordinatore della rete per persone adulte con disabilità in attuazione dell'art. 19 comma 14 lettera K della LR 16/10/2014 n. 17 di riforma del SSR.

Congiuntamente verranno definite e implementate, in condivisione con i servizi sociali dei Comuni e con le associazioni rappresentative delle persone con disabilità, le modalità organizzative e operative utili a realizzare il coordinamento della rete per le persone adulte con disabilità congenita e acquisita per gli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi nei diversi setting assistenziali, domiciliare, ambulatoriale e residenziale e a garantire la continuità dell'assistenza sanitaria nel passaggio tra l'età evolutiva e l'età adulta.

Per la valutazione degli interventi programmati verrà adottata la classificazione ICF modificata Vilma-FABER

Per questa progettualità si fa riferimento agli obiettivi e azioni PAA PDZ ob. 5.1, 5.2, e 10.1.

3.6.2. Anziani

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

AAS1 procederà anche nel 2015 utilizzando la lista regionale degli indicatori individuati con la valutazione in tutte le strutture per anziani convenzionate. Sarà effettuata un'analisi dei dati raccolti al fine di elaborare una proposta di miglioramento.

2. Sistema di Valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG con:

Considerato l'elevato numero di residenze per anziani (in particolare polifunzionali) autorizzate esistenti nella provincia di Trieste, si garantisce la valutazione con scheda Val.Graf.-FVG in tutte le strutture convenzionate e nel 50% delle strutture non convenzionate previa segnalazione da parte delle strutture entro i 10 giorni precedenti l'ingresso dell'ospite

Con specifico atto sono nominati due referenti per ciascun distretto di cui un infermiere ed un fisioterapista responsabili del monitoraggio.

3. Convenzione con adozione da parte delle Aziende sanitarie dello schema tipo, per i rapporti tra Aziende e strutture residenziali per anziani, adottato dalla Regione.

Entro 3 mesi della ricezione dello schema tipo regionale saranno aggiornate tutte le convenzioni tra AAS1 e strutture residenziali per anziani

4. Sistemi informativi con monitoraggio, verifica ed eventualmente sollecito, da parte delle Aziende sanitarie, sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani del proprio territorio.

Sarà data evidenza delle verifiche effettuate e delle eventuali sollecitazioni sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati della provincia di Trieste.

3.6.3. Minori

In ottemperanza a quanto previsto dalla Legge nazionale 28 marzo 2001 n. 149 "Modifiche alla legge 4 maggio 1983 n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al Titolo 8 del Libro I del Codice civile" e dalla Legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 "Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità" si prevede di attuare quanto indicato dalle linee guida regionali per l'affido familiare.

Sarà promosso e sviluppato l'istituto dell'affido attraverso la stipula di protocolli operativi con i Servizi Sociali dei Comuni riorganizzando le risorse così da garantire la presa in carico del minore e della sua famiglia secondo le modalità definite dalle linee guida stesse

3.6.4. Piani di Zona

L'Azienda partecipa, con funzioni di coordinamento, alla Cabina di Regia sul tema dell'integrazione sociosanitaria istituita dall'Assemblea dei Sindaci e dalla Direzione Generale di ASS1. In particolare sono stati congiuntamente elaborati il PdZ e i successivi PAA che hanno sempre ricevuto parere positivo di congruità dalla Direzione Centrale Regionale. I PAA 2015 dei tre ambiti (1.1, 1.2 e 1.3) sono stati redatti e inviati, a cura dei Comuni, alla Regione per il parere di congruità relativo all'anno in corso. Successivamente alla comunicazione regionale sarà formalizzato l'atto di intesa.

Per quanto riguarda la programmazione integrata vi è il massimo impegno nel perseguimento degli obiettivi individuati attraverso gli strumenti di programmazione e operativi che sono stati elaborati dalla Cabina di Regia e dai singoli gruppi di lavoro che ad essa si riferiscono e che sono stati monitorati nel loro sviluppo con cadenza periodica.

Si fa presente però che il 2015 è l'ultimo anno di applicazione del PdZ 2012/2015 e non risulta giunta alcuna indicazione regionale sul futuro utilizzo di detto strumento di lavoro per la parte sociosanitaria integrata tra AAS1 e Ambiti. Si evince anche dalla Linee di Gestione 2015 che per quest'anno il documento di integrazione non faccia parte integrante del PAL.

3.7 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E TECNICHE

3.7.1. Rischio amministrativo

Già all'indomani dell'entrata in vigore della L. 190/2012, l'Azienda ha intrapreso le opportune azioni finalizzate a porre in essere le misure necessarie a garantire la concreta attuazione della normativa c.d. "anticorruzione". Il vigente Piano Triennale di Prevenzione della corruzione 2015-2017 accoglie infatti gli esiti di un processo avviato con l'adozione del primo Piano aziendale- triennio 2013-2015 e successivamente implementato con il Piano 2014-2016, in recepimento delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione, nonché degli interventi realizzati nel corso del 2013 e del 2014, così come indicati nelle Relazioni annuali prodotte dal Responsabile della prevenzione della corruzione, pubblicate sul sito *web* aziendale.

L'Azienda ha quindi programmato le azioni e gli interventi da porre in essere nel corso dell'anno al fine della prevenzione e della repressione della corruzione e dell'illegalità nell'ambito della propria organizzazione, come riportati nel *Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2015-2017*, adottato con decreto del Commissario straordinario n. 28/2015.

3.7.2. Sistema informativo

Le linee guida regionali per il 2015 contengono elementi programmatici che riguardano argomenti già sviluppati in AAS1, o immaginati e proposti in sede regionale da suoi rappresentanti.

Le azioni dell'Azienda per quanto di competenza contribuiranno a implementare a livello locale le attività previste dalla programmazione regionale.

3.7.3. Sistema PACS regionale

Le azioni dell'Azienda per quanto di competenza contribuiranno a implementare a livello locale le attività previste dalla programmazione regionale.

4. LE RISORSE FINANZIARIE

Tabella 1: Finanziamento Enti SSR

Tabella 2: Contributi regionali per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (sovra-aziendali)

5. GLI INVESTIMENTI (vedi anche scheda allegata)

RELAZIONE PIANO INVESTIMENTI – ATTREZZATURE BIOMEDICHE, INFORMATICHE E TECNICO ECONOMALI BILANCIO 2014

Nel 2013 sono stati effettuati acquisti per beni afferenti al piano investimenti pari ad euro 509.240,52 ripartiti come di seguito indicato:

PIANO INVESTIMENTI 2012	euro	73.425,46
PIANO INVESTIMENTI 2013	euro	103.480,55
PIANO INVESTIMENTI 2014	euro	328.607,41

In particolare nel corso del 2014, sono stati acquistati i seguenti beni:

140 personal computer	per complessivi	€ 64.716,12
140 monitor	per complessivi	€ 15.167,04
1 analizzatore di rete	per complessivi	€ 44.051,76
435 telefoni voip avaya ip 1608	per complessivi	€ 114.666,58
1 ecotomografo	per complessivi	€ 67.014,6
2 defibrillatori	per complessivi	€ 42.419,4
1 fonometro	per complessivi	€ 15.009,66

In particolare è stato completato il piano 2012 con l'acquisto di 2 ambulanze ed un'automedica per il servizio 118, anche se la consegna avverrà all'inizio del 2015. Il valore di detti beni ammonta a complessivi euro 249.714,48

RELAZIONE SUGLI INVESTIMENTI EDILI IMPIANTISTICI STATO DI ATTUAZIONE AL 31/12/2014

Completati tutti gli interventi compresi nei piani investimento 2009 e precedenti.

Della somma di 7.425.000,00 disponibili per il 2010, al momento risultano impegnati:

- € 2.100.000,00 utilizzati nell'esecuzione di lavori già conclusi e certificati,
- € 1.152.000,00 destinati a interventi di cui è in corso l'iter di affidamento,
- € 1.000.000,00 destinato all'acquisizione degli spazi necessari all'ampliamento del Centro di Salute Mentale di Via Gambini.

La somma residua si prevede di utilizzarla a copertura di parte delle spese per realizzazione della sede del 118 e del Distretto n. 3, quando sarà conclusa la procedura per l'acquisizione dell'area ex IRFOP di proprietà regionale.

La somma concessa per l'anno 2011 risulta interamente impegnata in quanto:

- € 162.000,00 sono stati utilizzati per l'esecuzione di lavori ad oggi conclusi e certificati,
- € 116.000,00 sono destinati a interventi per i quali è in corso l'iter di affidamento,
- € 261.000,00 sono destinati, quale quota parte, agli interventi di adeguamento alle norme antincendio in varie sedi aziendali .

A seguito della ricognizione sullo stato di avanzamento degli interventi di investimento programmati nel Piano Investimenti 2012, come approvato dalla Delibera di Giunta Regionale n. 240/2015, sussiste la situazione di seguito evidenziata:

- € 954.000,00 destinata a interventi per i quali è in corso l'iter di affidamento,
- € 140.000,00 sono stati impegnati in un intervento concluso, per il quale si sta predisponendo il CRE,
- € 797.000,00 sono destinati ai progetti di adeguamento alle norme antincendio in varie sedi aziendali,
- € 420.000,00 somma da riprogrammare che inseriremo nel P.I. 2015.

Al momento l'intera somma concessa per l'attuazione del P.I. 2013, 2.200.000,00 € circa, si intende utilizzarla per la copertura di quota parte delle spese per realizzazione della sede del 118 e del Distretto n. 3, quando sarà conclusa la procedura per l'acquisizione dell'area ex IRFOP di proprietà regionale.

La somma assegnata nel 2014 pari a circa 224.000,00 è stata destinata alla manutenzione straordinaria e/o messa a norma di diverse sedi aziendali e in subordine alla copertura di quota parte delle spese per realizzazione della sede del 118 e del Distretto n. 3, quando sarà conclusa la procedura per l'acquisizione dell'area ex IRFOP di proprietà regionale.

Relativamente al P.I. 2015, accertato che al momento la disponibilità è di € 970.000,00, la stessa è stata così imputata:

- € 550.000,00 sono finalizzati al superamento degli ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari (95% contributo dello Stato e 5%di contributo della Regione) con la realizzazione di una Residenza per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza,
- la residua somma di € 420.000,00, viste anche le linee guida predisposte dalla Regione e approvate con Delibera di Giunta Regionale n. 394/2015, è destinata ai primi e urgenti adeguamenti degli spazi destinati ai CAP (centri di assistenza primaria).

**PROGRAMMA DI INVESTIMENTI IMMOBILIARI PLURIENNALE DI AAS1
PRIORITA' INDIVIDUATE**

		IMPORTO LAVORI STIMATO IVATO	
SEDE DISTRETTI	ADEGUAMENTO AMBIENTI CAP	€	2.000.000,00
VIA VALMAURA 8	RISTRUTTURAZIONE EX IRFOP - 118	€	7.000.000,00
VIA VALMAURA 8	RISTRUTTURAZIONE EX IRFOP - D3 + CAP	€	7.000.000,00
VIA GAMBINI n. 8	RISTRUTTURAZIONE EDIFICI ACQUISITI DA UNIVERSITA'	€	4.000.000,00
SAI 5	RISTRUTTURAZIONE EX ALCOLISTI	€	2.200.000,00
VIALE MIRAMARE 111	RISTRUTTURAZIONE CSM + TETTO	€	800.000,00
VIA FARNETO 1 - 3	SOSTITUZIONE SERRAMENTI FINESTRA	€	1.000.000,00

VIA FARNETO 1 - 3	MANUTENZIONE STRAORDINARIA BAGNI	€	600.000,00
SAI 1 - 3	IMPERMEABILIZZAZIONE TERRAZZE E TETTO	€	500.000,00
VIA ORSERA 8	RISTRUTTURAZIONE CANILE SANITARIO	€	350.000,00
VIA BOTTACIN 8	RISTRUTTURAZIONE PAD. H	€	1.400.000,00
VIA WEISS 14	RISTRUTTURAZIONE PADIGLIONE "V"+ AREE ESTERNE	€	450.000,00
VIA WEISS 14	RISTRUTTURAZIONE PADIGLIONE "Z"+ AREE ESTERNE	€	450.000,00
VIA FARNETO 1 - 3	ADEGUAMENTO IMPIANTI ELETTRICI, IMPIANTI DI ILLUMINAZIONE A LED PER LE PARTI COMUNI, NUOVA ILLUMINAZIONE ESTERNA	€	800.000,00
PIAZZALE CANESTRINI 4 - 5	RISTRUTTURAZIONE SPAZI EX RESIDENZA "ROSA-LUXEMBURG"	€	500.000,00

N.B. LE STIME SOPRA RIPORTATE NON INCLUDONO GLI ARREDI E LE ATTREZZATURE INFORMATICHE

6. LE REGOLE GESTIONALI

6.1 Vincoli operativi

- Il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non può superare le 4 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.
- Il tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda non deve superare il 140 per mille.
- Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell'anno 2014; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.
- La completa attuazione di quanto disposto dal DL 6-7-2012, n. 95 e s.m.i., art. 15, comma 13 relativamente ai beni e servizi.

6.2 Azioni operative

6.3.3 Mobilità internazionale

Raccordo con la programmazione precedente: si prosegue nell'utilizzo del gestionale ASPE che comprende la mobilità sanitaria internazionale attiva (crediti) e passiva (debiti) per l'assistenza sanitaria all'estero, relativamente ai sistemi:

- ASPE UE: Regolamenti Comunitari per i paesi dell'Unione Europea;
- ASPE C: per Paesi in Convezione (San Marino, Tunisia, Bosnia-Erzegovina e Macedonia).

Obiettivo aziendale è l'utilizzo ed eventuale implementazione (a fronte di indicazioni regionali) del sistema "Assistenza sanitaria per i paesi esteri". Per entrambi i sistemi appartenenti alla piattaforma ASPE, AAS1 si propone il rispetto dei termini stabiliti dal Ministero della Salute (90 giorni per il controllo della fatture ricevute – debiti – e 20 maggio e 20 novembre rispettivamente per il I semestre e II semestre dell'anno precedente, per l'acquisizione delle fatture – crediti -).

6.3.5. Gestione delle risorse umane

SITUAZIONE ATTUALE

La manovra dell'esercizio 2014 è stata improntata al rispetto delle disposizioni diramate con D.G.R. 2305 dd. 06.12.2013 (Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2014) con particolare riferimento al tetto di spesa (per il personale dipendente) rappresentato dal costo del personale, relativamente alle competenze fisse, dell'esercizio 2012, ridotto dell'1%.

Inoltre, le assunzioni a tempo indeterminato e determinato andavano effettuate entro il limite del costo del turn over delle cessazioni conosciute, secondo l'andamento dei monitoraggi e rendiconti trimestrali.

Le proiezioni rilevate evidenziano per l'esercizio 2014, come comunicato nell'ambito del III Monitoraggio trimestrale 2014, uno sfioramento del suddetto limite relativo alla spesa per il personale dipendente. Pare opportuno precisare che, peraltro, tale superamento è influenzato in maniera decisiva dalle diverse unità di personale che da tempo non prestano servizio in A.S.S. 1, ma continuano ad essere retribuite dall'Azienda e quindi a figurare nei costi, quali ad esempio il personale distaccato presso i Corsi di Laurea dell'Università di Trieste.

Nel perseguire il rispetto dei suddetti vincoli, si è proceduto alle manovre strettamente indispensabili al corretto funzionamento dei servizi ed al rispetto dei LEA, con particolare riferimento al personale dedicato all'assistenza. In particolare, è stato necessario mantenere in vigore una serie di rapporti di lavoro a tempo determinato di profilo infermieristico, a seguito di numerose cessazioni degli ultimi anni, nell'assenza di

alternative organizzative ed in mancanza di una vigente graduatoria concorsuale per assunzioni a tempo indeterminato.

L'attuale situazione del personale in forza, ad ogni modo, evidenzia una sensibile riduzione, avvenuta per effetto delle disposizioni regionali diramate negli ultimi esercizi. Infatti, il dato di forza di personale dipendente al 31.12.2014, realizzato secondo le regole dettate dalla programmazione regionale, è pari a **1253 unità**, rispetto alle 1279 unità rilevate al 31.12.2013.

Va precisato che, nel suddetto computo algebrico del personale in forza, non sono considerate le posizioni in aspettativa per incarico in altro profilo professionale presso la stessa A.A.S. 1, il personale "comandato in" né il personale avente rapporto di impiego con l'Università.

Al 31.12.2014, infine, erano in servizio n. 10 lavoratori somministrati.

MANOVRA 2015

Le Linee di gestione del SSR per l'anno 2015, approvate preliminarmente con D.G.R. 153 dd. 30.01.2015, confermano il limite di cui al precedente esercizio: il costo del personale dipendente non potrà quindi superare il valore a consuntivo dell'anno 2012, abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali di ciascun ruolo.

In generale, la gestione delle risorse umane è comunque caratterizzata ed influenzata dal riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale conseguente all'applicazione della L.R. 17/2014.

Inoltre, va tenuto conto che l'applicazione del trattamento economico spettante alla Dirigenza, in virtù della decadenza delle misure di contenimento della spesa di cui al D.L. 78/2010 convertito dalla L. 122/2010 (ai sensi della L. 190/2014), con particolare riferimento all'indennità di esclusività, comportano dei costi ricadenti sulle voci fisse.

Come specificato nell'ambito delle "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2015", gli effetti degli automatismi derivanti dal venir meno delle disposizioni ex L. 122/2010 restano neutri rispetto alla manovra del personale per l'esercizio in corso. Il costo relativo a tali automatismi, per il 2015, è stato quantificato in € 111.439,32.

Infine, va evidenziato che, il costo relativo ai rapporti di lavoro transitati in A.A.S. n. 1 per effetto del trasferimento della funzione del servizio punto prelievo presso l'Ospedale Maggiore di Trieste, in attuazione del processo di riforma del SSR, come definito nell'Atto di Intesa tra l'A.O.U. "Ospedali Riuniti" e l'A.A.S. n. 1 "Triestina (DLB 532 dd. 15.12.2014) è pari a € 141.236,16.

In applicazione delle medesime Indicazioni, detto trasferimento di risorse ha impatto economico neutrale.

Peraltro, va altresì specificato che il nuovo piano dei conti prevede una diversa imputazione dei costi del personale comandato (out e in) che comporta un ulteriore onere ora a carico delle voci fisse pari a € 336.429,00.

Le linee di gestione dispongono, inoltre, un regime di autorizzazione preventiva, attraverso la programmazione trimestrale, per l'assunzione di profili dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo del comparto (esclusi gli Operatori Sociosanitari), per tutte le figure dirigenziali, nonché per la copertura di Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali.

Per quanto sopra, la manovra del personale prevede uno sfioramento del limite previsto (valore a consuntivo dell'anno 2012, abbattuto dell'1%, limitatamente alle competenze fisse), determinato dagli elementi sopra descritti.

In particolare, i margini di manovra sono riconducibili esclusivamente alle cessazioni note ed alle procedure di acquisizione già avviate nel 2014, comunque rientranti in fattispecie di indispensabile sostituzione di personale cessato. In particolare, nella programmazione del turn over, si è stabilito il principio di privilegiare assunzioni di personale rientrante nelle categorie protette, ai sensi della L. 68/99, laddove compatibile con il profilo professionale e l'attività di competenza nei singoli casi.

Le cessazioni attualmente note per l'anno 2015 sono complessivamente 42, di cui i seguenti per collocamento a riposo o dimissioni volontarie:

Quantità	Qualifica	Cat.	Ruolo
2	Dirigente medico	-	SAN.
1	Dirigente amministrativo	-	AMM
1	Assistente sanitario esperto	DS	SAN.
4	Infermiere	D	SAN.
2	Assistente Sociale	D	Tecn.
2	Collaboratore amministrativo	D	AMM
5	Assistente amministrativo	C	AMM
3	Infermiere generico esperto	C	SAN.
1	Coadiutore amministrativo esperto	BS	AMM
1	Operatore Sociosanitario	BS	Tecn.
1	Coadiutore amministrativo	B	AMM
1	Operatore Tecnico	B	Tecn.

e di cui i seguenti tempi determinati in scadenza:

Quantità	Qualifica	Cat.	Ruolo
1	Dirigente amministrativo	-	AMM
14	Infermiere	D	SAN
1	Tecnico sanitario laboratorio biomedico	D	SAN
1	Fisioterapista	D	SAN
1	Autista di ambulanza	BS	TEC

Di seguito, si rappresenta l'elenco della acquisizioni cui si intende dar corso o che sono state effettuate dal 1.1.2015, specificando ruolo e profilo professionale, destinazione, tipologia di assunzione.

Quant	Profilo professionale	Cat.	Ruolo	Destinazione	Tipologia rapporto
1	Dirigente medico "Neuropsichiatria infantile"	-	SANITARIO	Distretto 1	Tempo det.
2	Dirigente medico "Psichiatria"	-	SANITARIO	Dipartimento di Salute Mentale	Tempo ind.
2	Infermiere	D	SANITARIO	D3 e DSM	Tempo det.
7	Infermiere	D	SANITARIO	SS Sistema 118, Distretti e SC SIA	Tempo ind.
1	Ostetrica	D	SANITARIO	Distretto 1	Tempo ind.
1	Assistente sanitario	D	SANITARIO	Dipartimento di Prevenzione	Tempo ind.
1	Tecnico sanitario laboratorio biomedico *	D	SANITARIO	Laboratorio Tossicologia Forense	Tempo ind.
3	Assistente sociale	D	TECNICO	Distretti	Tempo ind.
2	Collaboratore amministrativo *	D	AMMINISTRATIVO	Uffici centrali	Tempo ind.
1	Collaboratore amministrativo ex L. 68	D	AMMINISTRATIVO	Uffici centrali	Tempo ind.
2	Assistente amministrativo ex L. 68	C	AMMINISTRATIVO	Uffici centrali	Tempo ind.
2	Assistente tecnico *	C	TECNICO	Dipartimento di Salute Mentale	Tempo ind.
3	Operatore Sociosanitario	BS	TECNICO	D2 - RSA S. Giusto	Tempo ind.
1	Autista di ambulanza *	BS	TECNICO	SS Sistema 118	Tempo ind.
2	Coadiutore amministrativo ex L. 68	B	AMMINISTRATIVO	Uffici centrali	Tempo ind.
1	Operatore tecnico ex L. 68	B	TECNICO	SC Assistenza Farmaceutica	Tempo ind.
1	Operatore tecnico	B	TECNICO	Uffici centrali	Tempo ind.

Va detto che, peraltro, le acquisizioni di cui sopra accompagnate da un asterisco comporteranno altrettante contestuali cessazioni di rapporti a tempo determinato, attivati per motivi organizzativi e prorogati nelle more dell'espletamento delle procedure di acquisizione in ruolo.

Va precisato che l'acquisizione di 2 Dirigenti medici, di 1 Collaboratore amministrativo e di 2 Assistenti tecnici, sopra indicata, è già stata autorizzata dalla Direzione Centrale con note prot.16996 dd. 29.09.14, prot. 22279 dd. 23.12.14 e prot. 21900 dd. 18.12.2014, con effetto per l'anno 2015.

Come già comunicato con nota prot. 58251 dd. 03.12.2014, le due acquisizioni di Assistente tecnico, sopra segnalate, sono conseguenza dell'imminente scadenza di una convenzione con il Comune di Trieste più volte reiterata, che non sarà possibile rinnovare ulteriormente e quindi anch'esse sono prive di ricadute economiche.

Sono state previste complessive 6 assunzioni di personale disabile, nell'ambito di una convenzione stipulata con la Provincia di Trieste, finalizzata al graduale rientro entro la quota d'obbligo di cui all'art. 3 della L. 68/99.

Con riferimento al personale infermieristico con vigente contratto a tempo determinato, prorogato fino al 31.12.2015, l'Azienda intende programmare la stabilizzazione dei relativi posti, tramite procedure di mobilità e concorsuali da avviare in corso d'anno.

La proiezione dei costi delle suddette assunzioni, tenendo conto delle cessazioni ad oggi note e dei criteri sopra illustrati in merito alle voci di spesa ad impatto economico neutrale, evidenziano la compatibilità della manovra con il limite di spesa di cui alla D.G.R. 153/15 (costo del personale dipendente del 2012 – competenze fisse - abbattuto dell'1%).

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

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

Infine, anche considerata la fase di integrazione tra l'A.A.S. 1 e l'A.O.U.TS, verranno agevolati, laddove possibile, percorsi di mobilità "a compensazione", a prescindere dalla copertura di posti vacanti.

INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA E SEMPLICE DIPARTIMENTALE

Nel corso del 2015, vengono a scadere i seguenti incarichi di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale per i quali, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, verrà valutato il rinnovo, in relazione alle esigenze aziendali ed alle eventuali riorganizzazioni in via di programmazione, nell'ambito e per effetto del riordino della sanità regionale.

Struttura	Afferenza	Situazione incarico
SS dip. Riabilitazione	Distretti	Scadenza 30/09/2015
SS dip. Servizio Infermieristico distrettuale	Distretti	Scadenza 31/07/2015

SC Sanità Pubblica Veterinaria	Dipartimento di Prevenzione	Scadenza 23/02/2015
SS dip. Sicurezza Impiantistica	Dipartimento di Prevenzione	Scadenza 30/10/2015
SS dip. Medicina del Lavoro	Dipartimento di Prevenzione	Scadenza 30/10/2015

Permangono inoltre vacanti, o lo diverranno in corso d'anno, le seguenti Strutture:

Struttura	Afferenza
SC Ufficio del Coordinatore Sociosanitario	Direzione strategica
SO Distretto 2	Distretto 2
SC Tutela Salute Adulti Anziani	Distretto 2
SC Centro di Salute Mentale 3	Dipartimento di Salute Mentale
SC Igiene Sanità Pubblica Prevenzione Ambientale	Dipartimento di Prevenzione
SC Assistenza Farmaceutica	Direzione Sanitaria
SC Adulti Anziani	Distretto 1
SC Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne Famiglie	Distretto 4
SC Servizio Abilitazione Residenze	Dipartimento di Salute Mentale
SC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura	Dipartimento di Salute Mentale
SC Dipendenza da sostanze legali	Dipartimento delle dipendenze
SS dip. Laboratorio tossicologia forense	Dipartimento di Prevenzione
SC Centro Sociale Oncologico	Direzione Sanitaria

rispetto alle quali, si prevede la copertura delle seguenti, mediante le procedure di legge e nel rispetto delle disposizioni regionali:

Struttura	Afferenza	Note
------------------	------------------	-------------

SO Distretto 2	Distretto 2	
SC Tutela Salute Adulti Anziani	Distretto 2	
SC Centro di Salute Mentale 3	Dipartimento di Salute Mentale	Copertura già autorizzata
SC Igiene Sanità Pubblica Prevenzione Ambientale	Dipartimento di Prevenzione	Copertura già autorizzata

Ci si riserva, oltre alla copertura prioritaria delle strutture sopra indicate, di valutare la copertura di ulteriori strutture vacanti per esigenze indefettibili, se compatibile con il nuovo assetto organizzativo e comunque nel rispetto dei vincoli sul personale dipendente.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (L. 1/2002 E ART. 55 CCNL'00)

Le Linee di gestione impongono una riduzione del 50% del costo sostenuto nel corso del 2012.

In applicazione delle Linee e delle Indicazioni Metodologiche, le prestazioni aggiuntive, da utilizzarsi prioritariamente per la riduzione delle liste di attesa, saranno soggette alla prescritta preventiva autorizzazione da parte della DCSISP da richiedere di volta in volta. Sono altresì soggette ad autorizzazione regionale le richieste di acquisto di prestazioni aggiuntive di superamento del limite del 50% del costo 2012.

In ogni caso, nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge, si procederà all'utilizzo delle prestazioni aggiuntive solo dopo aver fatto ricorso a tutti gli ordinari strumenti contrattuali disponibili.

ART. 33 D.LGS. N. 165/2001

La norma in questione, come modificata dall'art. 16 della L. n. 183/2011 (Legge di Stabilità 2012), rende obbligatoria la rilevazione annuale da parte delle Amministrazioni Pubbliche, per verificare eventuali soprannumeri ed eccedenze di personale, .

A tal fine, la valutazione della consistenza del personale in servizio, condotta per categoria e profilo e considerata la manovra per l'anno 2015, ha accertato che non si rilevano eccedenze di personale (né dell'area della dirigenza né di quella del personale del comparto) in quanto la consistenza numerica dei dipendenti è conforme alle esigenze organizzative e funzionali delle strutture rispetto al finanziamento ed agli obiettivi affidati dalla Regione all'A.A.S. 1, mediante le Linee di indirizzo per l'esercizio in corso.

FONDI CONTRATTUALI

- 1. Applicazione dell'art. 9, c. 2 bis D.L.78/2010, convertito nella L.122/2010, come modificato dalla L. 190/2014.**

Per effetto dell'entrata in vigore della L. 190/2014, il valore dei fondi non ha più un tetto e può tornare ad essere alimentato dalle risorse previste dai CCNL. I fondi del 2015 non devono più essere decurtati per effetto della riduzione della forza.

Pertanto, i fondi dell'esercizio 2015 delle tre aree negoziali vengono incrementati con i seguenti elementi:

Personale del Comparto – Fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica.

- quota intera delle R.I.A. del personale cessato nell'esercizio 2014 e quota pro rata delle cessazioni 2015 attualmente note;

Dirigenza Medico Veterinaria - Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa

- quota intera delle R.I.A. e degli assegni ad personam del personale cessato nell'esercizio 2014 e quota pro rata delle cessazioni 2015 attualmente note;

Dirigenza S.P.T.A. - Fondo per la retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa

- quota intera delle R.I.A. e degli assegni ad personam del personale cessato nell'esercizio 2014 e quota pro rata delle cessazioni 2015 attualmente note;

Si evidenziano altresì, di seguito, i valori delle quote intere delle R.I.A. e degli assegni ad personam del personale cessato delle tre aree che, in applicazione del blocco del trattamento accessorio introdotto dalla precedente versione della L. 122/2010, non sono stati inseriti nei fondi contrattuali degli esercizi 2011 – 2014:

Personale del Comparto:

2010: € 26.723,72;

2011: € 16.806,20;

2012: € 21.416,10;

2013: € 11.182,03.

Dirigenza Medico Veterinaria:

2010: € -2.024,36;

2011: € 11.395,93;

2012: € 68.113,44;

2013: € 24.872,41.

Dirigenza Sanitaria e Professioni Sanitarie:

2010: € 12.992,46;

2011: € 0,00;

2012: € 13.620,43;

2013: € 790,80.

Dirigenza P.T.A.:

2010: € 2.898,09;

2011: € 0,00;

2012: € 5.180,62;

2013: € 0.00.

Nel contempo, sempre per effetto della L. 190/2014, le risorse destinate annualmente al trattamento economico accessorio sono state decurtate di un importo pari alle riduzioni operate nell'esercizio 2014, proporzionalmente alle riduzioni del personale in servizio rispetto all'esercizio 2010.

Gli importi di cui sopra sono stati quindi quantificati sulla base degli elementi attualmente noti.

2. Adeguamento dei fondi della posizione della dirigenza sanitaria e della dirigenza delle professioni sanitarie (DLB 224/2011)

Con delibera n. 224/2011 si è provveduto, tra l'altro, ad adeguare i fondi contrattuali per la retribuzione di posizione della dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie, a decorrere dall'esercizio 2010, in applicazione dell'art. 53 del CCNL 08.06.2000 ed altresì delle Linee di indirizzo regionali (DGR 702/2007).

Gli incrementi sono stati deliberati con l'intento di garantire la funzionalità dei fondi contrattuali, secondo le regole di utilizzo stabilite dai CCNL, ed i valori tabellari delle voci stipendiali relative.

Pertanto, i valori di incremento, conteggiati rispetto a 9 dirigenti sanitari e 3 dirigenti delle professioni sanitarie risultanti in incremento stabile nella forza numerica presente in Azienda rispetto all'ultimo adeguamento dei fondi con precedenti provvedimenti, sono stati quantificati in prima istanza secondo l'effettivo fabbisogno per poi essere adeguati e quindi deliberati secondo valori compatibili con la situazione di bilancio dell'esercizio 2010.

Peraltro, va altresì evidenziato che la manovra è stata definita in un contesto in cui il blocco del trattamento economico accessorio introdotto dalla L. 122/2010 e quindi del meccanismo di incremento dei fondi con le voci previste dai CCNL (RIA ed assegni ad personam) era contemplato fino al 31/12/2013.

Ciò posto, considerato che risulta corretto ed indispensabile un congruo adeguamento dei fondi contrattuali in argomento con le risorse effettivamente necessarie per sostenere, per gli esercizi futuri, gli oneri complessivi derivanti dalla corresponsione del trattamento economico contrattualmente spettante al personale all'epoca acquisito, e tenuto conto che le misure di contenimento della spesa pubblica, di cui all'art. 9 della L.122/2010 hanno cessato di produrre i propri effetti al 31.12.2014, si ritiene di incrementare, a decorrere dall'esercizio 2015, i fondi contrattuali per gli importi di seguito definiti, calcolati per differenza rispetto al fabbisogno effettivo, già quantificato per l'adeguamento di cui alla delibera 224/2011, ed i valori di incremento deliberati:

fondo contrattuale della retribuzione di posizione della dirigenza sanitaria:

fabbisogno effettivo per 9 dirigenti sanitari: € 41.790,35

incremento deliberato: €:18.704,37;

incremento da 01.01.2015: **€ 23.085,98**;

fondo contrattuale della retribuzione di posizione della dirigenza professioni sanitarie:

fabbisogno effettivo per 3 dirigenti prof. sanitari: € 18.023,99

incremento deliberato: € 8.067,11;

incremento da 01.01.2015: **€ 9.956,88**;

3. Incremento del fondo della posizione della dirigenza delle professioni sanitarie.

Va altresì evidenziato che, dall'ultimo adeguamento dei fondi contrattuali di cui alla citata delibera 224/2011, la forza numerica del personale della dirigenza delle professioni sanitarie ha subito l'incremento di 1 unità al quale, per effetto delle disposizioni di cui all'art. 9, comma 2 bis della L.122/2010, non ha potuto corrispondere una congrua modifica del fondo contrattuale della posizione della medesima area.

Considerato quindi che risulta ora indispensabile procedere con l'adeguamento del fondo, nel rispetto dell'art. 53 del CCNL 08.06.2000, ed altresì delle indicazioni regionali di cui alla DGR 702/2007 tutt'ora vigenti, il fondo contrattuale delle retribuzione di posizione della dirigenza delle professioni sanitarie viene incrementato per un importo pari a **€ 4.151,18**, a decorrere dal 01.01.2015 (valore retribuzione di posizione da CCNL).

4. Adeguamento dei fondi contrattuali del personale del comparto per effetto del trasferimento della funzione del servizio punto prelievo presso l'Ospedale Maggiore di Trieste, in attuazione di quanto previsto dall'art. 5, commi 2 e 3 della Legge Regionale n. 17/2014.

In applicazione dell'Atto di Intesa tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste e l'allora Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", approvato con delibera 532/2014, i fondi contrattuali del personale del Comparto sono stati incrementati, a decorrere dal 01.01.2015, dei seguenti importi:

Fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro: **€ 0,00**.

Fondo finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica: **€ 27.825,66**.

Fondo per la produttività collettiva: **€ 4.857,54**.

I valori dei fondi contrattuali 2015 vengono rappresentati in specifiche tabelle di quantificazione, allegato al documento, e distinte per singola area contrattuale e per singolo fondo. La quantificazione di cui sopra è da intendersi provvisoria in quanto effettuata sulla base degli elementi attualmente noti.

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

FORMAZIONE 2015

AAS1/AOUTS

Le leggi regionali approvate in questi ultimi mesi hanno l'obiettivo specifico di facilitare la programmazione integrata attraverso l'introduzione sistematica di modifiche organizzative e di nuovi meccanismi operativi.

In questa logica la programmazione delle attività di formazione aziendale, non può prescindere dalla normativa regionale approvata in quest'ultimo periodo

- LR 16/10/2014 n° 17 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario Regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria".
- Delibera di GR 20/11/2014 n° 2201. "Linee guida per il sistema regionale di formazione continua e di educazione continua in medicina nel FVG"
- Decreto 12/12/2014 n° 1284 "accreditamento con riserva nella qualifica di provider del sistema di formazione continua ed ECM della Regione FVG"

In questo quadro di graduale e profonda trasformazione del settore della Sanità diventano sempre più fattori strategici di successo le persone, le loro competenze, il livello di motivazione ed impegno che vogliono e possono esprimere all'interno del lavoro e delle responsabilità loro assegnate.

Nello scenario prima descritto assume sempre maggiore enfasi il ruolo della formazione come strumento che supporta il management aziendale per:

1. sostenere le linee di sviluppo strategico con progetti formativi ad hoc progettati
2. sviluppare quelle competenze tecnico professionali e manageriali necessarie ad un pieno ed efficace esercizio del ruolo
3. interconnettere tutti i nodi delle reti professionali e di individuare, portare a valore, diffondere e consolidare il know-how disponibile.

L' AAS 1 e l'AOUTS concordano di sviluppare attraverso progettualità condivisa e partecipata percorsi formativi integrati di maggior rilevanza organizzativa e gestionale, come da indicazioni delle "Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale 2015" e le Direzioni strategiche delle due Aziende. Si mettono inoltre a disposizione dei dipendenti di entrambe le Aziende i percorsi formativi previsti dai rispettivi Piani formativi aziendali

Progettualità AAS1/AOUTS

Area tematica	Progetto	Tipologia formativa	provider
Continuità assistenziale	Percorso continuità riabilitativa	FSC	AOUTS
	Percorso continuità infermieristica	FSC	AAS 1

Cronicità	Applicazione e monitoraggio PDTA Scompensazione cardiaca	FSC	AAS 1
	Applicazione e monitoraggio PDTA Diabete	FSC	AAS 1
	Applicazione e monitoraggio PDTA BPCO	FSC	AAS 1
	Applicazione e monitoraggio PDTA ICTUS	FSC	AOUTS
	Applicazione e monitoraggio PDTA Senologia	FSC	AOUTS
	Applicazione e monitoraggio PDTA Terminalità e trattamento del dolore	FSC	AAS 1
Rischio clinico	Prevenzione e gestione delle cadute	FR	AOUTS
	Corretto approccio alla persona con manifestazioni di aggressività	FSC/FR	AAS 1
	Prevenzione, gestione e trattamento LdD	FSC/FR	AOUTS
	“Gestione delle polmoniti” e “Infezioni vie urinarie” (Linee guida regionali)	FR	AOUTS/AAS 1
	Appropriatezza uso dei farmaci	FR/FSC	ASS 1
Qualità	La qualità percepita	FR/FSC	AAS 1
Normativa	L. 190	FR	AOUTS
	D.L.vo 81 (prevenzione incendi)	FR	AOUTS
	Privacy e consenso informato	FR/FAD	AAS1/AOUTS

AAS 1

La formazione è un fattore determinante per mantenere, sviluppare ed incrementare le conoscenze, le competenze necessarie a gestire i processi di lavoro e a sviluppare l'innovazione avendo sempre presente come obiettivo finale il miglioramento dei servizi resi al cittadino.

Gli scenari che si prospettano tendono a far risaltare l'importanza della formazione come uno dei principali canali attraverso i quali sostenere i processi di cambiamento e sviluppo organizzativo oltre che supporto allo sviluppo delle professionalità presenti in AAS 1.

Tale sfida va ripresa e rilanciata attraverso il riconoscimento di vincoli legati alla riduzione delle risorse e di alcune situazioni di opportunità rappresentate dalla fornitura di progetti formativi integrati con l'AOUTS, e per questo motivo viene destinato alla formazione 2015 lo stesso budget di risorse dell'esercizio 2014, pari a **€ 200.000,000**.

Conseguentemente a queste premesse, il piano annuale formativo dell'AAS, che viene redatto in base all'analisi dei bisogni individuati dalle strutture operative e dalla direzione, esplicita le aree tematiche e pianifica attività formative differenziate tenendo conto anche dell'evoluzione del sistema ECM.

Il piano formativo propone una serie di linee di intervento in linea con le indicazioni regionali e in un'ottica di integrazione con il piano formativo dell'AOUTS.

Sulla base dell'analisi dei bisogni formativi condotta e in base alle indicazioni regionali, vengono sviluppati percorsi anche in continuità con il 2014, su:

- formazione dei lavoratori ai sensi del D.L.vo 81/2008
- sicurezza del paziente -rischio clinico-
- normativa prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A (L 06/11/2012 n° 190);
- urgenza, emergenza (BLS, PBLSD);
- formazione in Wound Care;
- percorso di accreditamento UNICEF "Insieme per l'allattamento Ospedali e Comunità amici dei bambini";
- appropriatezza prescrittiva con il coinvolgimento dei MMG e PLS;
- cure palliative e terapia del dolore
- Umanizzazione delle cure
- Sviluppo competenze del ruolo delle ostetriche
- Adozione linee guida EBP per il trattamento dell'edema linfovenoso (II parte)
- Promozione corretti stili di vita
- Presa in carico della persona con bisogni complessi
- Gestione del paziente anziano fragile, pluripatologico

L' AAS1 in collaborazione con il Dipartimento Studi Umanistici dell'Università di Trieste ha voluto investire sperimentando un modello di valutazione della formazione.

Il modello ha come obiettivo l'analisi delle ricadute formative. Il progetto denominato "*Expero model to assess the quality of the learning outcome in Health trainings (Expero4care)*" è stato selezionato dalla Comunità Europea all'interno del programma di Apprendimento permanente - programma settoriale Leonardo da Vinci - azione Progetti multilaterali di trasferimento dell'innovazione.

Il progetto della durata di 24 mesi che vede la partecipazione di 24 partner da 7 paesi si concluderà a settembre 2015

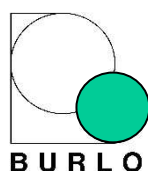
AZIENDA per l' ASSISTENZA SANITARIA n. 1 "Triestina"



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



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE"



IRCCS BURLO GAROFOLO

Piano per il governo dei tempi di attesa

Provincia di Trieste

Anno 2015

Le Aziende della provincia di Trieste a partire dal 2000 hanno attivamente collaborato al governo della domanda e dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali cercando :

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

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

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

In conformità a quanto previsto:

- dalla normativa nazionale, ed in particolare dal Piano Nazionale di governo delle Liste d'attesa (attualmente vigenti quelle relative agli anni 2010-2012)
- dalla L.R. n. 7 del 6.4.2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale",
- dalla DGR n. 2384 del 25.11.2010 (Lr 49/1996 , art 12 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale anno 2011: approvazione) ai fini dell'applicazione dei commi 1 e 2 dell'art. 12 della L.R. n. 7/2009
- dalla DGR n. 1439 del 28.07.2011 avente per oggetto "Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012"
- dalla D.G.R. n. 2358 del 30.11.2011 (Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2012) che ha fornito indicazioni in merito alle prestazioni integrative oggetto di monitoraggio regionale.

È stato predisposto il Piano per il governo dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero che prevede le seguenti azioni :

- 1. Condivisione delle azioni di governo anche con le Strutture private accreditate e Individuazione delle Prestazioni critiche**
- 2. Rispetto di Norme ed Indicazioni sui tempi d'attesa**
- 3. Utilizzazione ed implementazione dei criteri di priorità**
- 4. Monitoraggio e Partecipazione dei Rappresentanti dei Cittadini al governo dei tempi d'attesa**

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

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

Tutte e tre le Aziende sanitarie triestine sono responsabili in solido del raggiungimento degli Obiettivi del presente Piano, vista la diversità di mission ed offerta (un'Azienda Ospedaliero Universitaria di Alta specializzazione , un IRCCS, un'azienda territoriale pura), per ogni attività specialistica, le tre Aziende si sono suddivise la responsabilità per tutta la provincia di Trieste del mantenimento dei tempi d'attesa, come riportato dettagliatamente nella tabella seguente.

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

Sarà rispettato il dettato nazionale e regionale sull'apertura e chiusura delle agende, con rispetto del 90% per le priorità *B* e del 100% per le priorità *P*.

E' necessario rimarcare che nella Provincia di Trieste, al contrario di altre realtà regionali, tutte le sedi di erogazione delle attività specialistiche sono facilmente raggiungibili dall'utenza e che in questo territorio è presente il più elevato numero di strutture private accreditate.

Come anche indicato nel successivo capitolo 5. *Monitoraggio*, nel caso di superamento dei tempi d'attesa, individuati attraverso i monitoraggi trimestrali, o nel caso di difficoltà organizzative che possono avere ricadute sui tempi di attesa, le aziende si impegnano ad individuare di comune accordo misure di intervento.

In particolare:

1. AAS n° 1 assicurerà 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 regionale. Per il raggiungimento dell'obiettivo è sufficiente che il tempo di attesa sia rispettato in uno di questi punti.
2. L'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo assicurerà il mantenimento dei tempi d'attesa definiti dalla normativa vigente in base al sistema BDP delle prestazioni sotto indicate per pazienti di età <18 e per le prestazioni ostetrico-ginecologiche.
3. L'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" assicurerà il mantenimento dei Tempi d'attesa degli interventi chirurgici e delle prestazioni specialistiche di secondo e terzo livello (es.: visita endocrinologica, prestazioni di Radioterapia).

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max 2015*	NOTE
Ecografia dell'addome - 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1, 88.7411, 88.7511	AAS n° 1 e AOOTS	120 gg	(ex art. 12 LR 7/09)
Diagnostica ecografia di capo e collo 88.71.4	AAS n° 1 e AOOTS	180 gg	
Rm del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto - 88.91.1 e 88.91.2	AOOTS	120 gg	
Rm della colonna - 88.93, 88.93.1	AOOTS	120 gg	
Rm dell'addome - 88.95.4 88.95.5	AOOTS	180 gg	
Rm osteoarticolari - 88.94.1, 88.94.2	AOOTS	180 gg	
TC del capo, senza e con contrasto - 87.03. e 87.03.1	AAS n° 1 e AOOTS	180 gg	
TC dell'addome, senza e con contrasto - da 88.01.1 a 88.01.6	AAS n° 1 e AOOTS	180 gg	
Tc del rachide - 88.38.1 e 88.38.2	AAS n° 1 e AOOTS	180 gg	
TC del torace alta definizione - 87.41 e 87.41.1	AAS n° 1 e AOOTS	180 gg	
TC del bacino - 88.38.5	AAS n° 1 e AOOTS	180 gg	
Mammografia - 87.37.1 - 87.37.2	AOOTS	180 gg	
Ecografia della mammella - 88.73.1, 88.73.2	AOOTS	180 gg	
Elettrocardiogramma Holter - 89.50	AAS 1, AOOTS	180 gg	
Elettrocardiogramma - 89.52	AAS n° 1 e AOOTS	60 gg	
Elettrocardiogramma da sforzo 89.41 -89.42 -89.44 -89.44.1 -88.44.2	Prestazione di 2° Livello		Viene prescritta dallo specialista
Ecocardiografia a riposo - 88.7211 -88.7212 - 88.7213	AAS n° 1	180 gg	
Chemioterapia - 99.25.1	tutte le Aziende della Provincia di Trieste	30 gg	IRCCS Burlo Garofolo esclusivamente per 0-18 aa.
Radioterapia da 85.99.1 a 85.99.5	AOOTS	30 gg	
Teleterapia con acceleratore lineare 92.24.1 - 92.24.2 - 92.24.3 - 92.24.5 - 92.24.7 -	AOOTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"
Teleterapia con elettroni 92.25.1	AOOTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max 2015*	NOTE
Brachioterapia 92.27.1 - 92.27.2 - 92.27.3 - 92.27.4 -	AOUTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"
Betaterapia 92.27.5	AOUTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"
Terapia degli ipertiroidismi 92.28.1 - 92.28.2 -	AOUTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"
Terapia con anticorpi monoclonali 92.28.4 - 92.28.5	AOUTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"
Terapia radiometabolica 92.28.6	AOUTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"
Colonscopia con endoscopio flessibile - 45.23 - 45.23.1 -45.26.1	AOUTS, AAS n° 1	180 gg	
Esofagogastroduodenoscopia EGDS - 45.13 - 45.16	AOUTS, AAS n° 1	180 gg	
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - 45.24 - 45.19.1	AOUTS	180 gg	
Spirometria- 89.37.1 - 89.37.2	AAS n° 1, AOUTS	60 gg	
Audiometria - 95.41.1	AAS n° 1 , AOUTS	60 gg	
Ecocolordoppler dei tronchi - 88.73.5	AAS n° 1 , AOUTS	180 gg	
Ecocolordoppler dei vasi periferici - 88.7721 - 88.7722 - 88.7711 -88.7712	AAS n° 1 , AOUTS	180 gg	
Elettromiografia 93.08.1	AAS n° 1 , AOUTS	180 gg	
Esame del fondo oculare 95.09.1	AAS n° 1	60 gg	Viene prescritta dallo specialista
Visita di Chirurgia vascolare - 89.7	AOUTS	180 gg	
Visita Oncologica - 89.7	AAS n° 1 , AOUTS	10 gg	IRCCS Burlo Garofolo esclusivamente per 0-18 aa.
Visita Radioterapica 89.7	AOUTS	30 gg	
Visita Ginecologica - 89.26	AAS n° 1 , Burlo Garofolo,	180 gg	
Visita ORL - 89.7	AAS n° 1, AOUTS	180 gg	
Visita Dermatologica - 89.7	AAS n° 1	180 gg	
Visita Oculistica completa - 95.02	AAS n° 1	180 gg	

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max 2015*	NOTE
Visita Cardiologica - 89.7	AAS n° 1	120 gg	(ex art. 12 LR 7/09)
Visita Ortopedica - 89.7	AAS n° 1	180 gg	
Visita Urologica - 89.7	AOUTS	180 gg	
Visita neurologica - 89.13	AAS n° 1 , AOUTS	180 gg	
Visita endocrinologia 89.7	AOUTS	120 gg	
Visita fisiatrica 89.7	AAS n° 1	180 gg	
Visita gastroenterologica 89.7	AOUTS	180 gg	
Visita pneumologica 89.7	AOUTS, AAS n° 1	180 gg	

(*) DGR 1439/2011

Interventi chirurgici

Gli interventi chirurgici monitorati sono i seguenti:

Interventi Chirurgici erogati in regime di DH, DS o ambulatoriale	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max *
Cataratta	AOUTS,	Classe C=180 gg
Coronarografia (cod. ICD9CM 88.55, 88.56, 88.57)	AOUTS	Classe A= 30 gg
Biopsia percutanea del fegato (cod. ICD9CM 50.11)	AOUTS	Classe C=180 gg
Emorroidectomia (cod. ICD9CM 49.46)	AOUTS	Classe C=180 gg
Riparazione ernia inguinale (cod. ICD9CM 53.0 e 53.1)	AOUTS	Classe C=180 gg
Asportazione di neoplasia del colon retto	AOUTS	Classe A= 30 gg
Asportazione di neoplasia della mammella	AOUTS	Classe A= 30 gg
Asportazione di neoplasia della prostata	AOUTS	Classe A= 30 gg

Interventi Chirurgici erogati in regime di DH, DS o ambulatoriale	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max *
Asportazione di neoplasia del rene	AOUTS	Classe A= 30 gg
Asportazione di neoplasia della vescica	AOUTS	Classe A= 30 gg
Asportazione di neoplasia dell'Utero	Burlo Garofolo	Classe A= 30 gg
By pAAS aortocoronarico	AOUTS	Classe C=180 gg
Angioplastica coronarica (PTCA)	AOUTS	Classe A= 30 gg
Protesi valvolare	AOUTS	Classe C=180 gg
Coronarografia	AOUTS	Classe A= 30 gg
Endoarteriectomia carotidea	AOUTS	Classe B=60 gg
Intervento di protesi d'anca	AOUTS	Classe C=180 gg
Interventi chirurgici tumore del Polmone	AOUTS	Classe A= 30 gg
Tonsillectomia	Burlo Garofolo	Classe C=180 gg

(*) DGR 1439/2011

Nelle tabelle successive sono evidenziate le prestazioni individuate come critiche sulla base delle risultanze dei monitoraggi 2014.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI CRITICHE

PRESTAZIONE CRITICA	CODICI	Azienda responsabile TA
TAC dell'addome	da 88.01.1 a 88.01.06	AAS 1 AOUTS
RM del cervello e tronco encefalico	88.91.1; 88.91.2	AOUTS
RM della colonna	88.93; 88.93.1	AOUTS
Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	45.13; 45.14; 45.16	AAS 1 AOUTS
Elettromiografia	93.08.01	AAS 1 AOUTS
Eco(color)doppler dei tronchi sovraortici	88.73.5	AAS 1 AOUTS
Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.7721; 88.7722; 88.7711; 88.7712	AAS 1 AOUTS
Visita Cardiologica	89.7	AAS 1
Visita ORL	89.7	AAS 1 AOUTS
Visita Ortopedica	89.7	AAS 1
Visita Endocrinologica	89.7	AOUTS
Visita Gastroenterologica	89.7	AOUTS
Colonscopie	45.23	AAS 1 AOUTS
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile -	45.24 -45.19.1	AOUTS
Visita fisiatica	89.7	AAS 1

INTERVENTI CHIRURGICI CRITICI

I tempi d'attesa dei seguenti interventi chirurgici vengono assicurati dall'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste"

Interventi Chirurgici	Codice prestazione tariffario
Cataratta	Ambulatoriale: codice 13.41 Ricovero: cod ICD9CM da 13.0 a 13.91
Emorroidectomia	49.46, 49.49
Intervento di protesi d'anca	81.51, 81.52, 81.53, 00.70, 00.71, 00.72, 00.73
Asportazione di neoplasia della prostata	60.2, 60.5, 60.6 associato a codice diagnosi: 185, 233.4
Asportazione di neoplasia della vescica	57.49, 57.6, 57.71, 57.79 associato a codice diagnosi 188, 233.7

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

2.1. DIRITTI IN CASO DI SUPERAMENTO DEI LIMITI DI TEMPO

Le Aziende della provincia di Trieste concordano, in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009 e dalla DGR n. 1439/2011 Parte VIII n. 22 , idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini prevalentemente attraverso l'uso dei siti aziendali, dei social network (twitter e facebook), delle 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.

Il materiale informativo e le procedure esistenti saranno aggiornate entro il 1 aprile 2015.

2.2 SORVEGLIANZA SULL'ATTIVITÀ EROGATA IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE

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

Sarà esplicitato il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero. Tale rapporto dovrà essere in linea con le indicazioni regionali per il 2015.

3. UTILIZZAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEI CRITERI DI PRIORITÀ

Le Aziende sanitarie della provincia di Trieste fin dall'anno 2000 hanno creato autonomamente delle liste di attesa differenziate per priorità cliniche di accesso, maturando un'importante esperienza specifica sui criteri di priorità. Questa esperienza è stata sempre condivisa con le strutture private accreditate che con i loro professionisti hanno partecipato alla elaborazione dei criteri di priorità da adottare.

Nella Tabella successiva_ sono riportate le prestazioni per cui sono stati concordati criteri di accesso prioritizzato sulla base delle condizioni cliniche del soggetto e che vengono utilizzati nella costruzione delle agende di prenotazione .

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

B (Breve) entro 10 giorni

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

P (Programmata) da eseguire entro 180 giorni.

Tabella - elenco dei CRITERI di PRIORITA' CLINICA per le Prestazioni di specialistica ambulatoriale ai fini del rispetto dei Tempi d'Attesa

	PRESTAZIONE DI PRIORITA'	CRITERI DI PRIORITA'	Tempo d'attesa massimo		
			Classe B (breve)	Classe D (differita)	Classe P (programmata) o NON Prioritarizzata
1	Visita cardiologica	Reg	10	30	120
2	Visita chirurgia vascolare	SI	10	30	180
3	Visita dermatologica	Reg	10	30	180
4	Visita endocrinologica	SI	10	30	180
5	Visita fisiatrice	SI	10	30	120
6	Visita gastroenterologia	Reg	10	30	180
7	Visita ginecologica	SI	10	30	180
8	Visita neurologica	SI	10	30	180
9	Visita oculistica	Reg	10	30	180
10	Fondo oculare	SI	10	30	180
11	Visita oncologica	NO	10	-	-
12	Visita ortopedica	Reg	10	30	180
13	Visita otorinolaringoiatrica	Reg	10	30	180
14	Visita pneumologica	SI	10	30	180
15	Visita urologica	Reg	10	30	180
16	Mammografia	SI	10	30	180
17	Ecografia mammella	SI	10	60	180
18	Ecografia Capo e collo	SI	10	60	180
19	Ecografia Addome inf, sup, completo	Reg	10	60	120
20	TC Torace s/c contrasto	SI	10	60	180
21	TC Addome superiore s/c contrasto	SI	10	60	180
22	TC Addome inferiore s/c contrasto	SI	10	60	180
23	TC Addome completo s/c contrasto	SI	10	60	180
24	TC Capo s/c contrasto	SI	10	60	180
25	TC Rachide e speco vertebrale s/c contrasto	SI	10	60	180
26	TC Bacino s/c contrasto	SI	10	60	180
27	RMN Cervello e tronco encefalico	SI	10	60	120
28	RMN Pelvi, prostata e vescica	SI	10	60	180
29	RMN Muscoloscheletrica	SI	10	60	180
30	RMN Colonna vertebrale	SI	10	60	120
31	Ecocolordoppler cardiaca	SI	10	60	180
32	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	SI	10	60	120
33	Ecocolordoppler dei vasi periferici	SI	10	60	120
34	Colonscopia	Reg	10	60	180
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	SI	10	60	180

PRESTAZIONE DI PRIORITA'	CRITERI DI PRIORITA'	Tempo d'attesa massimo			
		Classe B (breve)	Classe D (differita)	Classe P (programmata) o NON Prioritarizzata	
36	Esofagogastroduodenoscopia	Reg	10	60	180
37	Elettrocardiogramma	NO	Accesso diretto		
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	SI	10	60	180
39	Elettrocardiogramma da sforzo	SI	10	60	180
40	Audiometria	SI	10	60	180
41	Spirometria	SI	10	60	180
42	Elettromiografia	SI	10	60	180

NOTE:

- a) Le agende relative alla prenotazione delle visite pneumologiche e neurologiche saranno prioritarizzate a partire dal 1° maggio 2015
- b) Le Mammografie e le Ecomammografie fanno parte di uno specifico percorso clinico diagnostico-terapeutico possono essere prenotate dallo specialista senologo o oncologo
- c) Le RMN e le TAC dell'Addome e del bacino sono prenotabili previo accordo con il Radiologo che definirà la classe di priorità
- d) ECG Holter, Spirometria, Audiometria e EMG possono essere prenotate dallo specialista
- e) Fondo oculare : se indicato dallo specialista Diabetologo viene eseguita Retinografia fa parte di uno specifico percorso clinico diagnostico-terapeutico

Le Aziende della Provincia di Trieste parteciperanno allo sviluppo dei criteri di priorità regionali secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute e adegueranno le Agende di prenotazione ai criteri di priorità, facendo riferimento ai tavoli tecnici già costituiti o che saranno attivati in ambito regionale durante l'esercizio 2015. In particolare si impegnano a:

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

4. MONITORAGGIO

La gestione del governo delle liste di attesa è assegnata all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 1, che ha il compito di:

- monitorare il piano per il controllo dei tempi d'attesa attraverso una reportistica mensile e attivare, concordemente con le altre Aziende, i vari strumenti che consentono a ciascuna azienda di rimodulare l'offerta in relazione all'andamento della domanda e dei tempi di attesa

- definire, con le altre Aziende sanitarie della provincia di Trieste, le misure di intervento per situazioni improvvise di forza maggiore (scioperi, guasti, ecc.), concordando le soluzioni da intraprendere e le modalità di informazione all'utenza (mediante incontri specifici, sentiti anche gli specialisti coinvolti compresi i privati accreditati)

Presso ogni Azienda è già stato individuato quale *Responsabile unico aziendale per la gestione delle agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale* il Responsabile del Centro Unico di prenotazione (CUP) .

Il Monitoraggio dei tempi d'attesa e tutte le decisioni riguardanti il buon andamento di questi è sempre stato effettuato da uno specifico gruppo di lavoro interaziendale costituito da:

per AAS 1:

Direttore sanitario o suo delegato
 Responsabile S.S. Medicina convenzionata generale e specialistica
 Responsabile, Titolare di P.O. Statistica ed Informatizzazione Amministrativa

per AOUTS:

Direttore sanitario o suo delegato
 Responsabile, Titolare di P.O. Centro Unico di Prenotazione
 Direttore S.C. Programmazione e Controllo

per IRCCS Burlo Garofolo :

Direttore sanitario o suo delegato
 Responsabile, Titolare di P.O. Centro Unico di Prenotazione

Entro il 30 aprile 2015 le Aziende si impegnano a costituire un Comitato per il monitoraggio e la valutazione dell'andamento dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate composto oltre che dai professionisti anche da rappresentanti dei cittadini .

PIANO ANNUALE DI PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE 2015

L'AAS n° 1 mira a sviluppare politiche ed attività di promozione della salute e di prevenzione sviluppando, anche attraverso il tavolo HPH&HS, un modello di forte integrazione tra le diverse attività di gestione del rischio clinico, di accreditamento istituzionale e sicurezza nei luoghi di lavoro. Per la specificità che caratterizza un' Azienda Sanitaria esclusivamente territoriale si è cercato di adattare alcuni indicatori previsti dal programma di miglioramento regionale della qualità e sicurezza del paziente nelle linee di gestione del SSR 2015 ad una realtà assistenziale di tipo prevalentemente ambulatoriale e domiciliare, che deve agire su pazienti inseriti nel proprio ambiente di vita e che motiva gli operatori alle azioni di prevenzione e di presa in carico del paziente non solo per lo svolgimento di attività di tipo strettamente sanitario. Per ogni obiettivo indicato nel dal programma di miglioramento regionale è stato definito un piano di azione, la tempistica e il metodo di verifica attraverso gli indicatori individuati a livello regionale.

I punti cardine del piano sono i seguenti:

1. Sicurezza della documentazione sanitaria dei servizi territoriali
2. Implementazione del sistema di incident reporting
3. Corretta identificazione del paziente
4. Prevenzione dei danni da caduta accidentale
5. Prevenzione delle lesioni da decubito
6. Sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci
7. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza
8. Controllo del dolore
9. Violenza sugli operatori
10. Contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi

1. SICUREZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA- 2015

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>1.1. <i>Revisione e standardizzazione della cartella clinica di tutte le RSA sia a gestione diretta che in appalto</i></p>	<p>1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti</p> <p>a. valutazione del rischio da lesioni da decubito b. valutazione del rischio cadute c. valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso d. rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e. rivalutazione del dolore dopo somministrazione di terapia condizionata f. foglio unico di terapia nei primi 7 gg</p> <p>2. Adeguamento della cartella clinica alla check list del progetto Valdoc01</p>	<p>Entro il 31/12/15</p>	<p>1.1 Numero di cartelle chiuse in RSA con almeno 5 giornate di degenza contenenti i documenti previsti/numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per ogni RSA) = o > 65%</p> <p>1.2 Verifica della presenza nelle cartelle di cui al punto 1.1, dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte :</p> <p>a) scheda di valutazione del rischio da lesioni da decubito b) scheda di valutazione del rischio cadute c) scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo terapia d) foglio unico di terapia (FUT)</p> <p>1.3. Report semestrale a cura del SIA</p> <p>1.4. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare eventuali attività di miglioramento</p> <p>2.1. Verifica della presenza in almeno il 60% delle cartelle RSA degli elementi della check list del progetto Valdoc01</p>

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
1.2 Miglioramento flusso di informazioni relativo ai fattori di rischio	Sperimentazione dell'integrazione della lettera di dimissioni in RSA S. Giusto (a gestione diretta)	Entro 31/12/15	1. Predisposizione di un modulo da allegare alla lettera di dimissioni con alcune informazioni sintetiche utili al cittadino ed alla continuità delle cure e dell'assistenza 2. N. di lettere di dimissione integrate/N. totale delle lettere di dimissione da aprile a settembre 2015 => >al 70%

2. IMPLEMENTAZIONE del SISTEMA DI INCIDENT REPORTING- 2015 -

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
2. Implementazione del sistema di incident reporting	1. Completare la formazione di tutto il personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting 2. Eseguire la RCA in caso di eventi che superino lo score di 6 3. Analizzare e Valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento	Entro il 31/12/15	1. N° operatori di almeno 2 strutture operative aziendali che partecipano alla formazione sul campo nelle sedi di lavoro dei dipendenti, / N° totale operatori per sede = o > 70% 2. Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > a 6) 3.1 Report annuale sul numero delle segnalazioni 3.2 Report annuale sul monitoraggio delle segnalazioni analizzate 3.3 Report annuale sulla valutazione delle azioni intraprese

3. CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE IN RSA- 2015 -

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>3. Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA SAN GIUSTO (a gestione diretta)</p>	<p>1. Utilizzazione di procedure standardizzate per la corretta identificazione dei pazienti tramite nome, cognome e data di nascita</p>	<p>Entro il 31/12/15</p>	<p>1.1. Almeno 2 verifiche/anno per la durata di 1 turno di lavoro dell'utilizzazione di procedure standardizzate per la corretta identificazione dei pazienti tramite nome, cognome e data di nascita: <i>Numero di corrette identificazioni del paziente/N. totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice = o > 75%</i></p> <p>1.2. Report semestrale a cura del SIA</p> <p>2.1. Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle RSA con braccialetto identificativo /numero totale dei pazienti presenti al momento dell'osservazione = o > 80%</p> <p>2.2. Report semestrale a cura del SIA</p> <p>3. Almeno 1 incontro di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>

4. - PREVENZIONE DEI DANNI DA CADUTE – 2015

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>4. Prevenzione dei danni da caduta accidentale in RSA S.Giusto (a gestione diretta)</p> <p>(Obiettivo interaziendale AAS 1 – AOUTS)</p>	<p>1.</p> <p>Sorveglianza delle cadute e prevenzione dei danni da caduta in RSA S.GIUSTO anche attraverso la formazione dei pazienti e dei care giver</p> <p>2.</p> <p>Costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOUTS) per la definizione condivisa di protocolli e istruzioni operative per la prevenzione delle cadute</p>	<p>Entro il 31/12/15</p>	<p>1. 1</p> <p>N° di cartelle chiuse in RSA contenenti la scheda di valutazione del rischio cadute compilata in modo completo/numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o > 80%</p> <p>N. segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno(da minimo a severo - livello 4 a 8) /N. totale giorni di degenza</p> <p>N. segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno(da minimo a severo - livello 4 a 8) /N. totale di segnalazioni</p> <p>1.2</p> <p>Consegna ai pazienti e ai care giver della modulistica informativa sulla “Prevenzione cadute” predisposta dal gruppo di lavoro regionale</p> <p>N° di pazienti, care giver informati/N di pazienti a rischio caduta nella RSA S. Giusto = > 70%</p> <p>2.</p> <p>Almeno 4 incontri di FSC /anno del gruppo interaziendale e revisione condivisa di almeno 2 documenti</p>

5. PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO – 2015

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>5. Prevenzione delle lesioni da decubito</p>	<p>1. Adottate nel 2014 le linee guida regionali “Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento” nel 2015 si provvederà a diffonderle maggiormente e formare il personale all’utilizzo anche nelle RSA in appalto.</p> <p>2 Utilizzo della scala di Norton (modificata secondo Nancy Stotts) al momento della presa in carico e ad ogni variazione delle condizioni clinico assistenziali</p> <p>3. Studio di prevalenza sulla presenza di lesioni da pressione nei pazienti assistiti nei vari setting assistenziali</p>	<p>Entro il 31/12/15</p>	<p>1.1 Formazione degli operatori all’utilizzo delle LLGG: N° infermieri e OSS distrettuali che operano a domicilio formati/ infermieri e OSS distrettuali che operano a domicilio almeno 40 operatori formati</p> <p>2.1 N° di cartelle chiuse in tutte le RSA contenenti scheda di valutazione compilata del rischio di lesioni da decubito /numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o > 80%</p> <p>2.2 N° di cartelle del SID con episodi di cura conclusi presenti in Distretto contenenti valutazione del rischio di lesioni da decubito / numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate/anno per Distretto) = o > 80%</p> <p>3. Effettuazione di 1 indagine di prevalenza/anno</p>

6. SICUREZZA E APPROPRIATEZZA NELL'USO DEI FARMACI – 2015 -

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
6. Sicurezza e Appropriately nell'uso dei farmaci	1. Formazione del personale aziendale e delle strutture protette sulla corretta conservazione, prescrizione e somministrazione dei farmaci)	Entro il 31/12/15	1. Personale dipendente formato attraverso un format regionale condiviso /personale differenziato per struttura = > 70%
	2. Promozione dell'uso sicuro dei farmaci nel territorio (strutture aziendali, RSA in appalto, Strutture protette per anziani e disabili		2.1 almeno 2 corsi per il personale delle RSA appaltate e per quello delle strutture protette 2.2 Monitoraggio semestrale/ annuale consumo farmaci all'interno delle Residenze protette e RSA 2.3 Monitoraggio della modalità di conservazione dei farmaci nelle Residenze protette e RSA 2.4 Predisposizione e diffusione delle procedure di controllo del rischio
	3. Implementazione delle attività relative all'appropriatezza d'uso di farmaci per la terapia delle patologie cardiovascolari e di quelli off label		3.1. Organizzazione di almeno 4 incontri di audit/feedback con il personale dei distretti /UDMG 3.2. Aggiornamento dei documenti sull'appropriatezza prescrittiva nella terapia delle patologie cardiovascolari e sull'uso off-label

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
6. Sicurezza e Appropriatezza nell'uso dei farmaci	4. Partecipazione al progetto regionale Polifarmacoterapia nell'anziano	Entro il 31/12/15	4. Partecipazione al monitoraggio regionale e alla raccolta dati in RSA e Strutture Protette
	5. Ridurre significativamente la polifarmacoterapia negli over 65enni in trattamento con 10 o più principi attivi (dal 13.7 al 6,85%)		5.1 Partecipazione alla campagna di informazione regionale rivolta a cittadini, associazioni, istituzioni per sensibilizzare sul tema 5.2 Formazione degli operatori attraverso un format regionale condiviso Personale dipendente formato sui rischi della polifarmacoterapia /personale differenziato per struttura = > 70% 5.3 Report semestrale/annuale sul numero di pazienti in trattamento con più di 10 principi attivi (n. cittadini/n.pazienti in trattamento con (numero) principi attivi) 5.4 Report periodici per il personale dell'azienda compresi MMG e PLS su <ul style="list-style-type: none"> • Molecole più frequentemente prescritte • Interazioni riscontrate con maggior frequenza

	<p>6.</p> <p>Sensibilizzare i Medici Prescrittori sulla necessità di valutare la clearance renale nei pazienti in trattamento con farmaci ad eliminazione renale</p> <p>(NB . Obiettivo Interaziendale AAS 1 – AOTS - MMG)</p>	<p>6.1 Partecipazione al monitoraggio regionale e alla raccolta dati in RSA</p> <p>6.2 Almeno il 90% delle persone presenti in RSA che al momento della rilevazione assumo un farmaco ad eliminazione renale hanno eseguito nell'anno un controllo della funzionalità renale</p> <p>6.3 Costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale a cui parteciperanno Farmacisti aziendali, MMG e Nefrologi</p> <p>6.4 Elaborazione di liste di farmaci a maggior consumo eliminati attraverso l'apparato renale</p> <p>6.5. Indicazioni cliniche sull'uso dei farmaci ad eliminazione renale (esecuzione della Clearance della creatinina) e possibili sostituzioni</p> <p>6.6. Pubblicazione di un numero dedicato all'argomento del "Così è se vi pare"</p>
--	---	--

7. CONTROLLO delle INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA - 2015

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
7.1. Partecipazione al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE"	<p>7.1.1 Utilizzazione del gel idroalcolico</p> <p>7.1.2 Controllo visivo dell'igiene delle mani in RSA S. Giusto</p>	Entro il 31.12.15	<p>7.1.1. Valutazione del consumo della soluzione idroalcolica x 1000 gg di degenza nelle RSA e per mese nelle altre situazioni (réport semestrale sul consumo di gel idroalcolico predisposto dalla SCAF) = o > a quanto osservato nel 2014</p> <p>7.1.2. Almeno 2 sedute osservazionali presso la RSA S. Giusto</p>
7.2. Adozione LLGG Regionali	<p>7.2 Costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOUTS) per la definizione di protocolli e istruzioni operative per l'applicazione delle LLGG Regionali "Gestione delle Polmoniti" e "Infezioni vie urinarie"</p>	Entro il 31.12.15	<p>7.2.1 Almeno 4 incontri di FSC /anno del gruppo interaziendale</p> <p>7.2.2. Redazione delle I.O. condivise su "Gestione delle Polmoniti" e "Infezioni vie urinarie"</p>
7.3. Prevenzione e Controllo di cluster ed epidemie	<p>7.3. Verifica dell'adozione delle LLGG Regionali e monitoraggio Bundle</p> <p>a) Acinetobacter b) Batteri MDR c) MRSA d) Clostridium difficile</p>	Entro 31/12/15	<p>7.3.1 Monitoraggio a campione su ciascuna delle LLGG presso le RSA</p> <p>7.3.2. Rilevazione dei dati Microbiologici delle persone accolte presso le RSA</p>
7.4. Prevenzione delle resistenze batteriche	<p>7.4.1. Report sul consumo degli antibiotici erogati in convenzione attraverso le farmacie pianificate sul territorio</p>	Entro il 31/12/15	<p>7.4.1.1. 2 report a cura della SCAF con cadenza semestrale</p> <p>7.4.1.2.</p>

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
			2 incontri di audit sul consumo di antibiotici
	7.4.2. Indagine di prevalenza presso le RSA e le Strutture protette sull'uso di antibiotici		7.2.2.1. Effettuazione di un'indagine di prevalenza in 2 giorni indice 7.2.2.2. 1 incontro di audit sui dati emersi dall'indagine di prevalenza
	7.4.3. Formazione del personale sulla appropriatezza d'uso degli antibiotici e sulle resistenze batteriche		7.4.3.1. Almeno 1 corso di formazione sulle resistenze batteriche in collaborazione con AOUST 7.4.3.2. Diffusione di depliant informativo su Antimicrobial stewardship

8. Controllo del dolore 2015

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>8.</p> <p>Revisione e standardizzazione della cartella nelle RSA relativamente al controllo del dolore in tutte le RSA (a gestione diretta e in appalto)</p>	<p>1.</p> <p>Verifica della corretta valutazione del dolore in tutte le RSA sia a gestione diretta che in appalto</p>	<p>31.12.2015</p>	<p>1.1</p> <p>N° di cartelle chiuse in RSA contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo nelle cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o > 90%</p> <p>1.2.</p> <p>Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA): in ogni cartella il monitoraggio quotidiano del dolore/giornate di ricovero = o > 80%</p> <p>1.3</p> <p>N° di cartelle chiuse in RSA con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore NRS uguale o superiore a 4 (su tutta la degenza) nelle cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o > 90%</p> <p>1.4.</p> <p>Almeno 2 incontri di audit nelle RSA per coordinare la raccolta dei dati, valutare i risultati delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>

9. VIOLENZA SUGLI OPERATORI -2015

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>9.</p> <p>Recepimento raccomandazioni ministeriali sulle aggressioni ai dipendenti</p>	<p>9.1.</p> <p>Costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOUTS) per la definizione di protocolli e istruzioni operative per tutelare i dipendenti dalle aggressioni e per il corretto approccio alla persona con manifestazioni di aggressività'</p>	<p>Entro 31/12/15</p>	<p>9.1.1.</p> <p>Almeno 4 incontri di FSC /anno del gruppo interaziendale</p> <p>9.1.2.</p> <p>Produzione del documento condiviso</p> <p>9.1.3.</p> <p>Almeno 1 evento formativo con gli operatori a maggior rischio</p>

10. Contrasto all'inappropriatezza ed alla sovra-diagnosi - 2015

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>10.</p> <p>Adesione al programma internazionale di choosing wisely con particolare riguardo alla diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio:</p> <p>(N.B. – obiettivo interaziendale AAS 1 – AOUSTS)</p>	<p>10.1.</p> <p>Definizione dei criteri di appropriatezza con particolare riguardo alle indicazioni ed alla tempistica di esecuzione/ripetizione degli esami ecocardiografici in pazienti a basso rischio di eventi cardiovascolari.</p> <p>10.2.</p> <p>Monitoraggio sistematico delle indicazioni per la valutazione della rilevanza del problema e del suo andamento nel tempo.</p>	<p>Entro 31/12/15</p>	<p>10.1.1.</p> <p>Produzione da parte dei Laboratori di Ecocardiografia AOUSTS e AAS1 di un protocollo condiviso sui criteri di appropriatezza all'esecuzione ed alla ripetizione degli esami ecocardiografici a riposo in soggetti a basso rischio cardiovascolare di eventi (valvulopatia lieve, assenza di disfunzione ventricolare sinistra) e su stress ecocardiografia per la ricerca di cardiopatia ischemica in pazienti a basso rischio cardiovascolare e in grado di pedalare e con ECG normale.</p> <p>10.1.2.</p> <p>Analisi delle dimensioni del problema e monitoraggio dell'andamento dopo l'applicazione del protocollo condiviso.</p> <p>10.2.1.</p> <p>Produzione da parte dei Laboratori di Ecocardiografia AOUSTS e AAS1 di un protocollo condiviso sui criteri di appropriatezza all'esecuzione ed alla ripetizione degli esami ecocardiografici a riposo in soggetti a basso rischio cardiovascolare di eventi (valvulopatia lieve, assenza di disfunzione ventricolare sinistra) e su stress ecocardiografia per la ricerca di cardiopatia ischemica in pazienti a basso rischio cardiovascolare e in grado di pedalare e con ECG normale.</p> <p>10.2.2.</p> <p>Analisi delle dimensioni del problema e monitoraggio dell'andamento dopo l'applicazione del protocollo condiviso.</p>

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: NICOLA DELLI QUADRI

CODICE FISCALE: DLLNCL47S01A080L

DATA FIRMA: 31/03/2015 12:02:00

IMPRONTA: 72EE811B1BB2B594B6891AABB5121EA6F5829EC83CFB2ADADFD2127500BF081B
F5829EC83CFB2ADADFD2127500BF081B9FC5FCAFB8BE3C30481C10DEB0A1C95D
9FC5FCAFB8BE3C30481C10DEB0A1C95D2708CF71BDBCAAF7E9F59894E567773B
2708CF71BDBCAAF7E9F59894E567773BC66707ABE7A21C70BD8FE69D9769950C

NOME: CRISTINA TURCO

CODICE FISCALE: TRCCST64M68L424G

DATA FIRMA: 31/03/2015 12:13:52

IMPRONTA: 56E9135E8853142BFC7B4F304D8C3BED46666B97B85A5481CFED146DFD17A7B8
46666B97B85A5481CFED146DFD17A7B81FA8836AF7E0731CCC474F7BACF66893
1FA8836AF7E0731CCC474F7BACF66893E415F14B9BEEBC1E02FA2CA19C8B01C2
E415F14B9BEEBC1E02FA2CA19C8B01C2E91F6F0FD273A2D94882E1D5D45B5729

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 31/03/2015 12:33:14

IMPRONTA: 19D91E1EF2DA89834C08D57D0A2DD25B4C6193CB8262D5634E490248132E580F
4C6193CB8262D5634E490248132E580F795F170F1FD42D7E6421AFB74C30B8F9
795F170F1FD42D7E6421AFB74C30B8F9A319CD9816C6D37DB3FB1C171FCB4844
A319CD9816C6D37DB3FB1C171FCB4844E86FCFBC6682C80177020C712E62A5E4