

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

A Azienda
S Servizi
S Sanitari

N°1 triestina

Piano
Attuativo
Locale

2014

Il Pal di ASS1 per il 2014 si caratterizza per il forte impegno che la Regione ha richiesto alle aziende, ed in particolare a quelle dell'Area Vasta Isontino-Giuliana. Il delta di finanziamento rispetto al 2013, pari a circa 43 milioni di euro (per ASS1 circa 14 milioni di euro) mette a dura prova la capacità di tenuta del sistema.

Le manovre previste per il raggiungimento tendenziale dell'obiettivo si articolano su interventi di area vasta: integrazioni, razionalizzazioni, accorpamenti, riduzioni di strutture, l'applicazione del tasso di ospedalizzazione e il rispetto dei tassi di p/l per acuti e riabilitativi; interventi aziendali che prevedono l'applicazione dei vincoli rispetto al costo del personale, alla spesa per i farmaci, alla riduzione prevista per i convenzionati.

Non può essere nascosto che la manovra, costretta entro un anno finanziario, pare di impervio percorso e saranno necessari attenti e frequenti monitoraggi degli andamenti per verificare gli scostamenti rispetto ai risultati attesi e predisporre le necessarie misure correttive.

ACCORDO DEI DIRETTORI GENERALI DELL'AV GIULIANO-ISONTINA SULLA SUDDIVISIONE DELLE RISORSE PER IL 2014

Preliminarmente si rappresenta che per l'anno 2014 il finanziamento complessivo attribuito all'Area Vasta Giuliano-Isontina, composta da quattro soggetti molto diversi tra loro, per forma e per *mission* (un'Azienda Ospedaliero-Universitaria con bacino di utenza certamente superiore all'AV, un IRCCS di riferimento nazionale e internazionale, un'Azienda mista territoriale/ospedaliera ed un'Azienda esclusivamente territoriale), può contare su risorse notevolmente ridimensionate rispetto all'esercizio precedente, e ciò per effetto dell'importante riduzione del finanziamento complessivo del Servizio Sanitario Regionale.

Il finanziamento attribuito all'AV GI per l'anno 2014, comprensivo della quota specifica destinata - ex art. 39 della L.R 29.12.2012, n. 22 - al finanziamento dell'IRCCS "Burlo Garofolo", ammonta infatti a € 695.652.846,00, a fronte di € 733.106.614,00 assegnati nel precedente esercizio, ed include altresì quota parte (pari a circa 5 milioni di euro) di c.d. "spese sovraziendali" transitate nel finanziamento indistinto.

Sulla base di tali premesse pertanto, i Direttori Generali dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina", dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e dell'IRCCS Burlo Garofolo, hanno proposto la seguente ripartizione del finanziamento 2014:

Finanziamento di Area vasta 2014					
Voci finanziamento	Aziende				TOTALE
	ASS 1	ASS 2	AOU TS	BURLO	
a) Quota capitaria (indistinto Az. Territoriali)	349.307.197	216.134.841			565.442.038
b) Funzioni Indistinto ospedali)			99.957.884	18.072.931	118.030.815
c) Contributo IRCSS (indistinto IRCCS)				9.297.000	9.297.000
d) Trasferimento di funzioni		-1.187.041	1.187.041		0
e) Riequilibrio per IRCCS				2.882.993	2.882.993
Totale indistinto: a + b + c + d + e	349.307.197	214.947.800	101.144.925	30.252.924	695.652.846
Attrazione ricoveri	6.070	2.765.705	83.492.901	10.161.563	96.426.239
Attrazione ambulatoriale	54.109	490.999	25.825.990	3.078.562	29.449.660
Fuga ricoveri	-88.029.968	-8.396.271			-96.426.239
Fuga ambulatoriale	-27.956.968	-1.492.692			-29.449.660
TOTALE GENERALE	233.380.440	208.315.541	210.463.816	43.493.049	695.652.846

In merito a tale riparto i Direttori Generali concordano che lo stesso sarà suscettibile di variazioni, a valere sulla "Quota riproporzionata" di complessivi € 141.720.117,00, di cui alla relativa Tabella di pag. 7 del documento "Linee di gestione" emanate con DGR 2305/2013, al fine di rendere neutra l'eventuale variazione della mobilità per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali all'interno dell'Area vasta.

In conseguenza, durante tutto il 2014 andranno strettamente e puntualmente monitorate attività e proiezioni di bilancio di ogni Azienda di area vasta, al fine di consentire ogni ulteriore manovra che si dovesse rendere necessaria per garantire l'equilibrio del sistema, come condiviso anche con la DCSISPS.

I Direttori generali di Area Vasta confermano altresì, di impegnarsi a rivedere, nel corso del 2014, l'entità di eventuali trasferimenti in funzione delle variazioni che nel frattempo potrebbero intervenire in conseguenza degli accordi di area vasta, relativi alle funzioni coordinate e a ogni altra sinergia posta in essere.

Le indicazioni regionali richiedono di affrontare la questione dei posti letto (Decreto Balduzzi) e del Tasso di Ospedalizzazione, calcolando il dato a tendere in Area Vasta.

Si è quindi elaborato uno studio che ha identificato e quantificato da un lato le necessità di diminuire i posti letto per acuti e adeguare la dotazione di quelli di riabilitazione e dall'altro la necessità di contenere i ricoveri per ridimensionare il TO. Per la provincia di Trieste questi dati sono stati incrociati con le presenze giornaliere di ricoverati presso AO/OUTS per poter definire un'ipotesi credibile nei tempi medio brevi che sia basata su concreta fattibilità anche solo fotografando le prassi oggi in essere.

E' consapevolezza che, per ridurre ulteriormente i ricoveri, sarà necessario, come detto anche in sede di accordi di Area Vasta, verificare le attività ospedaliere che possano ragionevolmente essere svolte in regime ambulatoriale anziché di ricovero e nello stesso tempo sviluppare ulteriori concrete e credibili alternative territoriali alla ospedalizzazione potenziando il ruolo dei Distretti. Inoltre s'immagina di strutturare veloci percorsi diagnostico specialistici non in regime di ricovero per pazienti presi in carico dalle strutture distrettuali con patologie cronico degenerative.

Inoltre va tenuto conto della necessità di razionalizzare i servizi offerti dal complessivo sistema sanitario non solo per offrire risposte qualitative sempre migliori e appropriate, ma anche nell'ottica del contenimento della spesa pubblica.

La riduzione del numero di posti letto per acuti di AO/OUTS, verificata come fattibile nel medio breve periodo applicando il metodo raccomandato da Agenas relativamente alle presenze massime per un tempo significativo, può portare alla riconversione di parte di questi servizi di degenza in RSA territoriali attualmente oggi gestite in appalto, consentendo un significativo risparmio al sistema sanitario pubblico triestino.

L'ipotesi di lavoro assunta è quindi quella di verificare, nei tempi tecnici più brevi, la fattibilità di questa progettualità, verificarne le ricadute in termini economici e di servizio e produrre un progetto che da un lato consenta di mantenere inalterata l'offerta di RSA per la comunità triestina e dall'altro di utilizzare al meglio le risorse economiche e di professionisti.

Per quanto riguarda le azioni per la riduzione della spesa farmaceutica, ASS1 si impegna ad affrontare le seguenti questioni nel corso del 2014:

a) Politerapia nell'anziano: il processo è già stato avviato nel corso del 2013.

La reportistica prodotta con la collaborazione di Infologic srl permette a ciascun MMG di identificare le aree suscettibili di miglioramenti in termini di appropriatezza, anche a seguito della formazione specifica dei MMG.

Operativamente nel corso del 2014 si svilupperanno le seguenti azioni:

- convocazione del gruppo allargato di progetto per programmare ulteriori azioni di miglioramento in tale ambito
- sviluppare un accordo specifico con le rappresentanze sindacali dei MMG

b) Appropriatezza prescrittiva e generici:

- Si continuerà ad operare sull'uso appropriato di vari principi attivi di interesse cardiovascolare e urologico con attività di monitoraggio e discussione dei dati di prescrizione con i MMG
- Si concorderanno linee di indirizzo con gli specialisti Urologi ospedalieri

c) Biosimilari. Si continuerà con le attività di monitoraggio e coinvolgimento degli specialisti oncologi aziendali al fine di migliorare, se possibile il risultato ottenuto nel corso del 2013.

d) Costo farmaci H:

Si attiverà un tavolo di confronto con l'IRCCS Burlo Garofolo al fine di definire le modalità di presa in carico di pazienti in trattamento con alcuni farmaci H (Humira e simili)

e) Monitoraggio delle prescrizioni off label.

Nel corso del 2013 è stato rivisto tutto il percorso di erogazione dei prodotti AFIR, ad esclusione dei presidi di assorbimento e delle strisce per il Diabete ed è stato definito un Prontuario Aziendale al fine di passare alla Distribuzione per Conto attraverso le Farmacie pianificate sul territorio.

Nel corso del primo semestre del 2014 sarà pertanto avviato il percorso per definire gli accordi con Federfarma così da essere pienamente operativi nella seconda parte dell'anno.

Sul piano dell'integrazione sociosanitaria, il percorso avviato nel 2012 con la formulazione dei nuovi PDZ e continuato nel 2013 consentirà di proseguire nel fruttuoso confronto e in una collaborazione sempre più stringente ed operativa con i Comuni dei tre ambiti di riferimento di ASS1. Dopo la prima fase di elaborazione comune di strategie e progettualità che ha comportato anche un difficile ma proficuo lavoro di messa in comune di conoscenze, esperienze, culture e che ha anche evidenziato criticità e priorità, si è passati alla fase operativa volta al raggiungimento degli obiettivi delineati sia nei PdZ 2013/2015 che nel PAA 2013.

Grazie alla collaborazione di tutti, sono sempre stati rispettati i tempi indicati dalla Regione e, anche nella fase operativa, gli obiettivi di lavoro sono raggiunti con le scadenze indicate. ASS1 si impegna a perseguire, anche per il 2014, questi obiettivi.

ASS1 ha aderito alla costituzione di una Cabina di Regia promossa dal coordinamento delle Assemblee dei Sindaci e composta dall'Azienda stessa e dagli Ambiti 1.1, 1.2 e 1.3, impegnandosi nel ruolo di riferimento e coordinamento viste le dimensioni provinciali del territorio di propria competenza. Si considera questa esperienza estremamente positiva e si dichiara di volerla proseguire nel 2014 non solo per il monitoraggio del lavoro impostato con i documenti approvati con gli atti d'intesa firmati nel 2012 e 2013, ma anche per lo sviluppo futuro della

collaborazione e della sinergia tra i servizi sanitari e i Servizi Sociali dei Comuni, immaginando, anche attraverso questo strumento, il consolidamento di un sistema di programmazione comune nelle aree di integrazione.

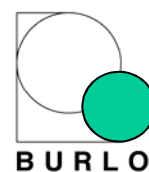
ASS1 intende quindi farsi carico pienamente del proprio ruolo per lo sviluppo di un complessivo sistema integrato sociosanitario che abbia come obiettivo la tutela della salute dei cittadini e delle comunità del territorio provinciale.

Per quanto riguarda la presenza di ASS1 all'interno della comunità scientifica nazionale ed internazionale, si intende proseguire la collaborazione con FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), in cui ASS1 è capofila nel laboratorio del "governo del territorio" e coinvolta nella direzione strategica del laboratorio "comunicazione e promozione della salute".

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

ASS1 continuerà infine ad impegnare i propri Servizi di Salute Mentale per operare pienamente come Centro Collaboratore OMS, segnalando comunque che nel 2013 tale attività ha ricevuto il riconoscimento della Regione pari ad un finanziamento dedicato pari a 20mila euro.

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



PROGETTUALITA' AREA VASTA GIULIANO - ISONTINA 2014

Le Aziende dell'Area Vasta Giuliano-Isontina concordano di affrontare nel corso del 2014 le seguenti questioni relative alla programmazione integrata e sinergica nonché alle eventuali aggregazioni di funzioni e /o servizi:

1. **Gestione delle risorse umane:** elaborazione di studio di fattibilità per verificare possibili unificazioni di servizi ovvero l'individuazione di aziende capofila che affrontino singoli settori di attività in nome e per conto di tutta le altre aziende di AV. In particolare si pensa, già nel corso del 2014, di affidare ad una sola azienda la gestione amministrativa delle procedure concorsuali del comparto.
2. **Formazione:** l'obiettivo è perseguibile sviluppando tre azioni:
 - a) condivisione tra le aziende di AV di quanto già programmato per l'annualità 2014, al fine di ottenere già nel corso dell'anno una offerta integrata che realizzi obiettivi di efficienza
 - b) condivisione di un metodo di analisi dei bisogni formativi da sviluppare nel corso dell'anno al fine di pervenire alla pianificazione unica di AV entro la fine del 2014;
 - c) omogeneizzazione dei regolamenti della formazione dei singoli enti in modo da ottenere entro il 2014 un regolamento unico di AV ai fini della semplificazione, dell'efficienza e della circolazione di progetti .
3. **CUP:** le aziende concordano di attivare a livello di Area Vasta un coordinamento funzionale dell'attività operativa dei Centri Unici di Prenotazione. Su questo le aziende si impegnano a produrre un documento di analisi e di proposta entro i primi sei mesi del 2014.
4. **Acquisti e magazzino:** le aziende di AV s'impegnano ad attivare tutte le sinergie proposte e programmate dal Dipartimento Servizi Condivisi;
5. **Farmacie di AV:** Riprendendo il tema già trattato negli scorsi anni e già oggetto di accordi preliminari di AV, le Aziende s'impegnano a verificare la possibilità di ridurre il numero delle SOC.
6. **Radiologia di AV h24.** Le aziende s'impegnano a verificare la reale possibilità di lavoro in questo settore, tenendo conto delle diverse organizzazioni oggi presenti e dello stato attuale dei collegamenti informatici e delle loro possibilità di sviluppo in rete di AV.
7. **Laboratorio di patologia clinica di AV:** Riprendendo il tema già trattato negli scorsi anni e già oggetto di accordi preliminari di AV, le Aziende s'impegnano a verificare la possibilità di

attuare nuovi modelli organizzativi che consentano di migliorare l'efficienza valorizzando le competenze professionali specifiche.

8. **Anatomia Patologica di AV:** Riprendendo il tema già trattato negli scorsi anni e già oggetto di accordi preliminari di AV, le Aziende s'impegnano a verificare la possibilità di attuare nuovi modelli organizzativi che consentano di migliorare l'efficienza valorizzando le competenze professionali specifiche.
9. Su alcuni **temi clinico/assistenziali** le aziende concordano di affrontare lo studio di PDTA integrati territorio/ospedale di rete/ospedale di riferimento, anche con la ricerca, se necessario, di sinergie sia di programmazione che operative, con i Servizi Sociali dei Comuni. L'obiettivo è di verificare percorsi condivisi che attribuiscono ruolo e responsabilità ai Distretti (compresi i MMG) e agli Ospedali, ricercando la massima appropriatezza e individuando i nodi delle reti clinico/assistenziali per evitare doppioni e/o carenze. Per quanto riguarda l'area materno infantile è attivo un accordo tra Ass2 e Burlo per il miglior utilizzo delle risorse e PDTA condivisi in particolare tra le strutture ospedaliere coinvolte, da estendere alle strutture territoriali dell'intera area vasta.
10. Per tendere ad un **Tasso di Ospedalizzazione di AV del 140 %**, (attualmente 155 % residenti ASS1 e 148% residenti ASS2) le aziende concordano di verificare le attività ospedaliere che possano ragionevolmente essere svolte in regime ambulatoriale anziché di ricovero e nello stesso tempo di sviluppare concrete e credibili alternative territoriali alla ospedalizzazione. Inoltre s'immagina di strutturare veloci percorsi diagnostico specialistici non in regime di ricovero per pazienti presi in carico dalle strutture distrettuali con patologie cronico degenerative.
11. Relativamente ai **parametri del 3/‰** (posti letto acuti) e **0,7‰** (riabilitazione) le aziende di AV, riconoscendo la necessità di tendere ad una riduzione dei primi e ad un adeguamento dei secondi, si impegnano a produrre, entro febbraio 2014, una proposta operativa progressiva che preveda possibilità oggettive di ridimensionamento nei tempi tecnici più brevi tenendo conto (come da indicazioni AGENAS e Ministero) della massima occupazione di pl nelle varie strutture ospedaliere per un significativo periodo di tempo continuato, oltre che della degenza media e dei tassi di occupazione.
12. Un'attenzione specifica sarà dedicata in area vasta al tema del **consumo di farmaci**, sia in ambito territoriale che ospedaliero, verificando i livelli di appropriatezza prescrittiva per alcune classi di farmaci rilevanti sia dal punto di vista degli esiti (es. antibiotici e relative resistenze) che del recupero di risorse (es. farmaci fuori brevetto). Si prevede di produrre un report di analisi dei fenomeni e i relativi piani di miglioramento entro i primi due mesi del 2014 per consentire un intervento che possa avere efficacia già nella prima parte dell'anno. Si prevede di avviare la preparazione centralizzata degli antiblastici che porta a notevoli riduzione dei costi e all'adeguamento alle norme di protezione degli operatori.

A) SITUAZIONE ATTUALE

Le Linee di gestione del SSR per l'anno 2014 introducono due regole fondamentali:

- il tetto di spesa del costo del personale, relativo al costo delle competenze fisse, va mantenuto entro il costo dell'esercizio 2012, detratto l'1%;
- le assunzioni a tempo indeterminato e determinato vanno effettuate entro il limite del costo del turn over delle cessazioni conosciute, secondo l'andamento dei monitoraggi e rendiconti trimestrale.

Permane il principio del dato di forza dell'A.S.S. 1 "Triestina" al 31.12.2010 - costruito secondo le regole della programmazione regionale e rappresentato nel paragrafo 1.3.2 del capitolo "La gestione delle risorse umane" di cui all'Allegato n. 3 della DGR n. 1754 del 11.10.2012 - pari a 1.269 unità, che va letto nella logica dei nuovi criteri introdotti per il 2014.

Ciò posto, in considerazione dei riverberi sul 2014, si è provveduto ad un'attenta valutazione dei rapporti a tempo determinato in scadenza, procedendo esclusivamente alla proroga per quelle figure professionali assolutamente indispensabili per il funzionamento dell'attività sanitaria volte a garantire il mantenimento dei livelli di assistenza.

Dei rapporti a tempo determinato in scadenza al 30.12.13, sottoelencati, si è dovuto prioritariamente valutare l'impatto organizzativo sulle attività della Assistenza Domiciliare svolta dai Distretti; per questo motivo 8 figure sono state prorogate per 6 mesi, come risulta evidenziato nello schema sotto riportato. La proroga di questi rapporti, eccedente il limite delle 1269 unità, non comporta maggiori costi sulla base della valutazione che già nei primi giorni del mese di gennaio si sarebbe comunque proceduto all'acquisizione di altrettante unità mediante scorrimento di graduatoria generando così un maggior onere derivante dalle procedure amministrative correlate e la perdita di professionalità ormai maturata nell'ambito dell'Azienda.

La scelta di prorogare di n. 1 dirigente medico in disciplina "Medicina legale", è derivata dalla considerazione sia che l'attività copre il servizio di medicina fiscale ma anche di medicina necroscopica sia che il costo del personale convenzionato, come sperimentato in precedenza, comporta un significativo risparmio e una maggior efficacia in termini organizzativi.

n.	Qualifica	
4	Dirigente "Medicina legale"	proroga n. 1 unità
1	Dirigente medico Epidemiologia comando c/o USMAF	Prorogato (costi rimborsati)
1	Dirigente chimico	
1	Dirigente psicologo	
22	Infermiere	prorogate n. 8 unità
3	Assistente sociale	
1	Dietista	
2	Ostetrica	
2	Fisioterapisti	
10	OSS	
1	Ass. amm.vo	

Il relativo costo che al momento risulta eccedente rispetto al vincolo dell'1% verrà compensato progressivamente a fronte delle cessazioni che potranno aver luogo in corso d'anno.

Il dato presunto di forza di personale al 31.12.2013, realizzato secondo le medesime vigenti regole della programmazione regionale, è pari a **1280 unità**.

Con riferimento ai tempi determinati prorogati, l'Azienda intende procedere con la stabilizzazione tramite procedure concorsuali da avviare nel corso del 2014.

Infine, si precisa che, nel computo algebrico del personale in forza, non si considerano le posizioni in aspettativa per incarico in altro profilo professionale presso la stessa ASS 1, né il personale avente rapporto di impiego con l'Università.

B) MANOVRA 2014

Alla luce di quanto sopra i margini ulteriori di manovra sono riconducibili esclusivamente alle cessazioni note.

Le cessazioni attualmente note per l'anno 2014 sono:

- 7 collocamenti a riposo
- 7 cessazioni di tempi determinati (di cui n. 4 in supplenza del titolare e in scadenza al 31.12.14).

di cui, i seguenti collocamenti a riposo:

Profilo	Ruolo	Cat.	Sede lavorativa
Dirigente medico	Sanitario	-	Centro Sociale Oncologico
Assistente Sociale Esperto	Tecnico	DS	Consultorio Familiare D 2
Assistente Sociale	Tecnico	D	Consultorio Familiare D 3
Coll. Prof. San. - Assistente Sanitario	Sanitario	D	Dipartimento di Prevenzione
Coll. Prof. San. - Infermiere	Sanitario	D	SISTEMA 118
Coll. Prof. San. - Infermiere	Sanitario	D	S.C. DIP. S.I.
Dirigente medico	Sanitario	-	Centro Sociale Oncologico

di cui i seguenti tempi determinati in scadenza:

Qualifica	Ruolo	Cat.	Titolo acquisizione	Sede lavorativa
Dirigente psicologo	Sanitario	-	Motivi organizzativi	Distretti
Podologo	Sanitario	D	Motivi organizzativi	Distretti
Fisioterapista	Sanitario	D	Supplenza	Distretto 2
Fisioterapista	Sanitario	D	Supplenza	Distretto 2
Collaboratore amministrativo prof.	Ammin.	D	Supplenza	SCPCA
Collaboratore amministrativo prof.	Ammin.	D	Supplenza	SCPCA
Dirigente professioni sanitarie area infermieristica	Sanitario	-	Motivi organizzativi	Distretto 2

Di seguito, si rappresenta l'elenco della assunzioni cui si intende dar corso, specificando ruolo e profilo professionale, destinazione, tipologia di assunzione.

Quant	Profilo professionale	Ruolo	Destinazione	Tipologia rapporto
2	Dirigente medico "Anestesia e rianimazione"	Sanitario	SS Sistema 118	Tempo indeterminato
1	Dirigente medico "Anestesia e rianimazione"	Sanitario	SS Sistema 118	Tempo indeterminato
1	Operatore tecn. Spec. - Autista di ambulanza	Sanitario	SS Sistema 118	Tempo indeterminato

Va detto che, peraltro, le acquisizioni di cui sopra comporteranno altrettante contestuali cessazioni di rapporti a tempo determinato, attivati per motivi organizzativi nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali. Nel corso del 2013 infatti il Sistema 118 è stata avviata una revisione organizzativa derivante dal riconoscimento del tempo per la vestizione e svestizione degli indumenti di lavoro; detta riorganizzazione è stata programmata a partire dal 1 gennaio 2014 considerando la dotazione presente nel 2013. Per questo motivo risulta imprescindibile mantenere il numero di personale in forza mediante proroga dei contratti sopra indicati.

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.

In particolare, si intende dar corso all'acquisizione di una figura di dirigente delle professioni sanitarie – infermiere per il governo delle relative attività distrettuali.

INCARICHI DI SC E SS

Nel corso del 2014 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 nuove soluzioni organizzative che saranno intraprese.

	Struttura	Denominazione	Scadenza
1	S.C.	Affari generali	09/06/2014
2	S.C.	Sistema Informativo	29/07/2014
3	S.C.	Immobili e Impianti	28/02/2014
4	S.C.	Programmazione e controllo acquisti	05/07/2014
5	S.C.	Servizio Infermieristico Aziendale	31/07/2014
6	SSD	Servizio Infermieristico distrettuale (D1)	21/05/2014
7	S.C.	Tutela salute bambini, adolescenti, donne e famiglie - Distretto 3	31/08/2014
8	S.C.	Igiene alimenti e nutrizione - Dipartimento Prevenzione	31/10/2014
9	S.C.	Accertamenti clinici di medicina legale - Dipartimento Prevenzione	30/09/2014
10	S.C.	Dipendenza da sostanze illegali - Dipartimento delle dipendenze	30/06/2014
11	SC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	09/06/2014

Permangono da tempo, inoltre, svariate Strutture Complesse vacanti;

	Struttura
1	SC Tutela Salute Adulti e Anziani D1
2	SC Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne Famiglie D1
3	SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne Famiglie Distretto 4
4	SC CSM 3 (DSM)
5	SC Servizio Abilitazione e Residenze (DSM)
6	SC Dipendenza da sostanze legali (DDD)
7	SC Igiene sanità pubblica prevenzione ambientale
8	SSD Laboratorio di tossicologia forense
9	SC Centro Sociale Oncologico
10	SC Farmacia

di cui si prevede la copertura nel 2014, che verrà realizzata con le idonee procedure di legge e previa autorizzazione regionale.

	Struttura	Afferenza	Situazione incarico
1	SC Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne Famiglie	Distretto 1	Vacante
2	SC Centro di Salute Mentale 3	Dipartimento di Salute Mentale	Vacante dal 1.6.2012
3	SC Igiene Sanità Pubblica Prevenzione Ambientale	Dipartimento di Prevenzione	Vacante dal 1.5.2013
4	SC Assistenza Farmaceutica	Direzione Sanitaria	Vacante dal 1.10.2010

Si precisa che la copertura delle suddette Strutture verrà realizzata, anche con riferimento alla tempistica, nel rispetto dei vincoli di spesa di cui alle Linee per la gestione 2014, sopra illustrati.

ART. 1 COMMA 5 D.L. 31 AGOSTO 2013, N. 101 CONV. L. 30 OTTOBRE 2013, N. 125

La spesa annua per studi e incarichi di consulenza, inclusa quella relativa a studi e incarichi di consulenza conferiti a pubblici dipendenti non può essere superiore, per l'anno 2014, all'80% del limite di spesa per l'anno 2013.

Pertanto il limite di spesa per gli incarichi ex art. 7, comma 6, DLVO 165/2001 ammonta a € 62.000.

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. Pertanto il tetto massimo consentito per il 2014, salvo ulteriori specifiche autorizzazioni, si attesta su un valore complessivo pari a **€ 101.570,00**

Per l'esercizio 2014 risulta indispensabile utilizzare lo strumento in parola per i seguenti progetti:

- attività di prelievo domiciliare
- Distretto 3 – RSA Ubaldini
- RSA San Giusto
- attività distrettuale di front office (Distretto 2)
- attività specialistica rivolta a detenuti tossicodipendenti presso la Casa Circondariale di Trieste
- Attività accertativa SC Dipendenze Sostanze Illegali
- Attività prevenzione progetto Overnight

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

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

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

Pertanto, i fondi contrattuali vengono già ridotti del valore approssimato, calcolato in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio descritto nella manovra, tenuto conto che la stessa è stata predisposta con l'obiettivo del mantenimento, per il 2014, della spesa complessiva del personale dipendente (competenze fisse non ricadenti nei fondi contrattuali) dell'anno 2012, ridotta dell'1%, nonché del contenimento della spesa entro la soglia del costo delle cessazioni dell'anno 2014.

Per la determinazione del valore delle riduzioni sono state prese in considerazione le indicazioni di cui al documento regionale (Nota Prot. N° 22870 dd. 29.12.2010), adeguate alle direttive di cui al documento della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome dd. 13.10.2011, già utilizzate in sede di consuntivo 2012 e preventivo 2013.

Con particolare riferimento al fondo per la classificazione del personale – area del Comparto, va evidenziato che il medesimo fondo dell'esercizio 2014 è più elevato dello stesso fondo dell'esercizio 2010, per un importo pari a € 83.871,4, per le motivazioni analiticamente descritte di seguito:

- come già rappresentato nel PAL 2012 e 2013, per effetto del trasferimento di risorse effettuato, per il solo esercizio 2010, dal fondo per la classificazione del personale al fondo per la produttività per un importo pari a € 80.000,00. Un tanto, per il principio stabilito dai CCNL per cui le risorse trasferite tra i fondi nel singolo esercizio rientrano nel fondo di appartenenza nell'esercizio successivo;
- per effetto della ridefinizione dell'impianto complessivo delle posizioni organizzative dell'A.S.S. n. 1, ed in applicazione dell'art. 39, comma 5 del CCNL dd. 07.04.1999, il fondo per la classificazione del personale dall'esercizio 2011 è incrementato della quota derivante dal riassorbimento, nell'indennità di funzione spettante ai titolari dei nuovi incarichi, del compenso per lavoro straordinario, nella misura corrispondente a n. 65 ore pro – capite per ciascuno dei dipendenti incaricati per un importo pari a € 3.871,40 (Accordo dd. 15.11.2011). Con la medesima decorrenza e per il medesimo importo, è stato ridotto il fondo per le competenze accessorie. Un tanto, per il principio per cui lo spostamento di risorse tra fondi è consentito in sede negoziale purché al trasferimento di risorse a favore di un fondo contrattuale corrisponda la riduzione, per il medesimo importo, del fondo di provenienza.

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

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

Art. 16 Legge di Stabilità n. 183 del 12/11/2011

Sostituendo il contenuto dell'art. 33 del D.Lgs. n. 165/2001, rende obbligatoria ed annuale la rilevazione da parte delle Amministrazioni Pubbliche del personale per verificare eventuali soprannumeri ed eccedenze.

A tal fine, la valutazione della consistenza del personale in servizio, condotta per categoria e profilo e considerata la manovra per l'anno 2014, ha certificato che non si rilevano eccedenze di personale (né dell'area della dirigenza né di quella del personale delle categorie come indicate nelle sintesi sopra riportate) 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'ASS1 mediante le Linee di indirizzo per l'esercizio in corso.

FORMAZIONE

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.

Conseguentemente a queste premesse il piano annuale formativo dell'ASS, 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 (accordo Stato regioni dd 05/11/2009, DGR 652 dd 11/04/2013).

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. 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 di area vasta, e per questo motivo si intende preventivare lo stesso budget dell'esercizio 2013 (pari a € 200.000 che verrà eventualmente suddiviso tra quota destinata alla formazione strategica e quota destinata alle strutture).

La scelta organizzativa adottata in azienda è stata quella di istituire e potenziare la rete della formazione aziendale che vede il ruolo baricentrico dell'ufficio Formazione e Qualificazione del Personale (FQP) supportato da *terminali operativi* nel perimetro aziendale rappresentati dai referenti della formazione.

In quest'ottica l'azienda intende proseguire l'esperienza positiva investendo sempre di più su tale figura ricercando in tale modo una convergenza fra bisogni di competenze individuali e bisogni di competenze a livello organizzativo, in stretto contatto con il responsabile di struttura.

Il piano formativo si pone come strumento a supporto dello sviluppo delle professionalità presenti nell'ASS1, proponendo una serie di linee di intervento che hanno come obiettivo il sostegno ai processi di trasformazione e cambiamento in atto in linea con le indicazioni regionali.

Sulla base dell'analisi dei bisogni formativi condotta, verranno sviluppati percorsi anche in continuità con il 2013, e in rispetto alla normativa vigente, su:

- formazione dei lavoratori ai sensi del D.L.vo 81/2008 (corso base, corso per personale a medio e ad alto rischio, corso per videoterminalisti, corso per dirigenti)
- promozione della sicurezza del paziente (sistema incident reporting, sicurezza ed appropriatezza nell'uso dei farmaci, rischio clinico, cadute accidentali, Idd)
- normativa prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A (L 06/11/2012 n° 190)
- urgenza, emergenza (BLSD, PBLSD)
- formazione in Wound Care

- presa in carico delle persone con bisogni complessi
- continuità ospedale – territorio
- 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

L' ASS1 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 qualità 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 ha la durata di 24 mesi e vede la partecipazione di 24 partner da 7 paesi nel corso del 2014 il modello verrà applicato a due percorsi formativi aziendali ed i risultati verranno poi presentati a livello europeo per la certificazione di qualità dello strumento.

PROGETTUALITÀ AREA VASTA area tecnico - amministrativa

Infine si precisa che è necessario affrontare la tematica della progettualità per AV mediante processi in sinergia per alcuni segmenti di attività idonei per tipologia a essere trattati in modo congiunto tra le Aziende di AV; nel concreto la percorribilità sarà prioritariamente oggetto di studi congiunti di fattibilità per le aree di seguito evidenziate:

1. Gestione delle risorse umane: il focus si concentra prioritariamente sui processi di assunzione delle risorse umane per l'area del comparto; lo studio di fattibilità da realizzare congiuntamente con le Aziende di AV dovrà evidenziare la tipologia e la metodologia percorribile;
2. Formazione: l'obiettivo è perseguibile sviluppando tre azioni:
 - condivisione tra le aziende di AV di quanto già programmato per l'annualità 2014, al fine di ottenere già nel corso dell'anno una offerta integrata che realizzi obiettivi di efficienza;
 - condivisione di un metodo di analisi dei bisogni formativi da sviluppare nel corso dell'anno al fine di pervenire alla pianificazione unica di AV entro la fine del 2014;
 - omogeneizzazione dei regolamenti della formazione dei singoli enti in modo da ottenere entro il 2014 un regolamento unico di AV ai fini della semplificazione, dell'efficienza e della circolazione di progetti.
3. Gestione tecnica e manutenzione del patrimonio edilizio ed impiantistico, investimenti edilizi ed impiantistici: nel corso del primo semestre del 2014, si procederà all'analisi delle attività per verificare la messa in comune di alcuni segmenti, percorso peraltro già avviato *in nuce* nel corso del 2013 con l'IRCCS Burlo;
4. Attività connesse all'acquisizione di beni e servizi: nel corso del primo semestre del 2014, si procederà all'analisi delle attività per verificare la messa in comune di alcuni segmenti di attività con le aziende di AV.



AZIENDA per i SERVIZI SANITARI n. 1 "Triestina"



AZIENDA per i SERVIZI SANITARI n. 2 "Isontina"



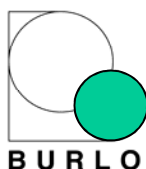
OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

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



FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE"



IRCCS BURLO GAROFOLO

**Piano di produzione dell'Area Vasta Giuliano Isontina per il
contenimento dei tempi di attesa
Anno 2014**

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

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

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

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

In conformità a quanto previsto:

- dalla normativa nazionale,
- dalla L.R. n. 7 del 6.4.2009 “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale”,
- dalla DGR n. 2384 del 25.11.2010 avente per oggetto “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. 2305 del 06.12.2013 avente per oggetto “L.R. 49/1996, art. 12: linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2014 Approvazione”

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

- 1. Rispetto dei tempi d'attesa**
- 2. Piano di produzione e indicazione delle Prestazioni critiche**
- 3. Rispetto di Norme ed Indicazioni sui tempi d'attesa**
- 4. Criteri di priorità**
- 5. Monitoraggio**
- 6. Ripartizione Risorse Aggiuntive L. R. 7/2009**

1. RISPETTO DEI TEMPI D'ATTESA

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

Nella Tabella 1 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 1 - 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 endocrinologica	SI	10	30	120
4 Visita neurologica	SI	10	30	180
5 Visita oculistica (*)	SI	10	30	180
6 Visita ortopedica	SI	10	30	120
7 Visita ginecologica	SI	10	30	180
8 Visita otorinolaringoiatrica (*)	SI	10	30	120
9 Visita urologica	SI	10	30	180
10 Visita dermatologica	SI	10	30	180
11 Visita fisiatrica	SI	10	30	120
12 Visita gastroenterologia	SI	10	30	120
13 Visita oncologica	NO	10	-	-
14 Visita pneumologica	SI	10	30	180
15 Mammografia	SI	10	30	180
16 TC Torace s/c contrasto (*)	SI	10	60	180
17 TC Addome superiore s/c contrasto (*)	SI	10	60	180
18 TC Addome inferiore s/c contrasto (*)	SI	10	60	180
19 TC Addome completo s/c contrasto (*)	SI	10	60	180
20 TC Capo s/c contrasto	SI	10	60	180
21 TC Rachide e speco vertebrale s/c contrasto	SI	10	60	180
22 TC Bacino s/c contrasto	SI	10	60	180
23 RMN Cervello e tronco encefalico	SI	10	60	120
24 RMN Pelvi, prostata e vescica	SI	10	60	180
25 RMN Muscoloscheletrica (*)	SI	10	60	180
26 RMN Colonna vertebrale	SI	10	60	120
27 Ecografia Capo e collo	SI	10	60	180
28 Ecocolordoppler cardiaca	SI	10	60	180
29 Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	SI	10	60	120
30 Ecocolordoppler dei vasi periferici	SI	10	60	120
31 Ecografia Addome inf, sup, completo	Reg	10	60	120
32 Ecografia mammella	SI	10	60	180
33 Colonscopia	SI	10	60	120
34 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	SI	10	60	180
35 Esofagogastroduodenoscopia	SI	10	60	120
36 Elettrocardiogramma	NO	Accesso diretto	-	-
37 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	SI	10	60	180
38 Elettrocardiogramma da sforzo	SI	10	60	180

(*)=non prioritarizzati in ASS 2

2. PIANO DI PRODUZIONE E INDICAZIONE 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 dell'area vasta, che garantiranno i tempi massimi d'attesa o i volumi previsti per ogni prestazione oggetto di monitoraggio.

I valori quantitativi che le Aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina erogheranno, anche con il contributo delle strutture private accreditate, nel corso del 2014 dovranno essere messe in relazione alle variazioni degli accessi attesi, e pertanto sarà necessario prevedere una tolleranza dei risultati, al termine dell'esercizio del 2014, in aumento o in diminuzione, compreso tra il 2 e il 5 per cento.

Tutte e 4 le Aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina sono responsabili 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 che comprende sia ospedali di rete che attività territoriali, un'azienda territoriale pura), per ogni attività specialistica, le 4 Aziende si sono suddivise la responsabilità per tutta l'Area vasta del mantenimento dei tempi d'attesa, come riportato dettagliatamente nella tabella seguente.

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

E' necessario rimarcare che nell'Area Vasta Giuliano Isontina, al contrario di altre realtà regionali, tutte le sedi di erogazione delle attività specialistiche sono facilmente raggiungibili dall'utenza e che nella provincia di Trieste vi è il più elevato numero di strutture private accreditate.

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

In particolare:

1. ASS n° 1 assicurerà il mantenimento dei Tempi d'attesa attraverso i punti di erogazione gestiti direttamente e attraverso convenzioni con i Privati Accreditati. Per il raggiungimento dell'obiettivo è sufficiente che il tempo di attesa sia rispettato in uno di questi punti.
2. ASS n° 2 assicurerà il rispetto dei tempi massimi presso le sedi di erogazione ospedaliere dei Presidi di Gorizia e Monfalcone, dei Distretti sanitari e attraverso le convenzioni con i Privati Accreditati stipulate dal ASS 1 per tutta l'Area vasta. Per il raggiungimento dell'obiettivo è sufficiente che il tempo di attesa sia rispettato in uno di questi punti.
3. 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

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max 2014*	NOTE
Ecografia dell'addome - 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1, 88.7411, 88.7511	ASS n° 1 e AOOTS	120 gg	(Ex art. 12 LR 7/09)
Diagnostica ecografia di capo e collo 88.71.4	ASS n° 1 e AOOTS	180 gg	
Rm del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto - 88.91.1 e 88.91.2	ASS 2, AOOTS	180 gg	
Rm della colonna - 88.93, 88.93.1	ASS 2, AOOTS	180 gg	
Rm dell'addome - 88.95.4 88.95.5	ASS 2, AOOTS	180 gg	
Rm osteoarticolari - 88.94.1, 88.94.2	ASS 2, AOOTS	180 gg	
TC del capo, senza e con contrasto - 87.03. e 87.03.1	tutte le Aziende dell' Area Vasta	180 gg	
TC dell'addome, senza e con contrasto - da 88.01.1 a 88.01.6	tutte le Aziende dell' Area Vasta	60 gg	
Tc del rachide - 88.38.1 e 88.38.2	tutte le Aziende dell' Area Vasta	180 gg	
TC del torace alta definizione - 87.41 e 87.41.1	tutte le Aziende dell' Area Vasta	60 gg	
TC del bacino - 88.38.5	tutte le Aziende dell' Area Vasta	60 gg	
Mammografia - 87.37.1 - 87.37.2	ASS n° 2	180 gg	
Ecografia della mammella - 88.73.1, 88.73.2	AOOTS	180 gg	
Elettrocardiogramma Holter - 89.50	ASS 1, AOOTS	180 gg	
Elettrocardiogramma - 89.52	tutte le Aziende dell' Area Vasta	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	ASS n° 1, AOOTS	180 gg	
Chemioterapia - 99.25.1	tutte le Aziende dell' Area Vasta	30 gg	
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"
Brachioterapia 92.27.1 - 92.27.2 - 92.27.3 - 92.27.4 -	AOOTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"
Betaterapia 92.27.5	AOOTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"
Terapia degli ipertiroidismi 92.28.1 - 92.28.2 -	AOOTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"
Terapia con anticorpi monoclonali 92.28.4 - 92.28.5	AOOTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Aziende responsabili dell'Obiettivo	Tempi max 2014*	NOTE
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, ASS n° 1 ^(§)	180 gg	
Esofagogastroduodenoscopia EGDS - 45.13 - 45.16	AOUTS, ASS n° 1 ^(§)	180 gg	
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - 45.24 - 45.19.1	AOUTS	180 gg	
Spirometria- 89.37.1 - 89.37.2	ASS n° 1, ASS n° 2, AOUTS	60 gg	
Audiometria - 95.41.1	ASS n° 1 , AOUTS	60 gg	
Ecocolordoppler dei tronchi - 88.73.5	ASS n° 1 , AOUTS	180 gg	
Ecocolordoppler dei vasi periferici - 88.7721 - 88.7722 - 88.7711 -88.7712	ASS n° 1 , AOUTS	180 gg	
Elettromiografia 93.08.1	ASS n° 2	180 gg	
Esame del fondo oculare 95.09.1	ASS 1	60 gg	Viene prescritta dallo specialista
Visita di Chirurgia vascolare - 89.7	AOUTS	180 gg	
Visita Oncologica - 89.7	tutte le Aziende dell' Area Vasta,	10 gg	
Visita radioterapica 89.7	AOUTS	30 gg	
Visita Ginecologica - 89.26	ASS n.1 , Burlo Garofolo, ASS n° 2	180 gg	
Visita ORL - 89.7	ASS n° 1, AOUTS	180 gg	
Visita Dermatologica - 89.7	ASS n° 1 e ASS n° 2	180 gg	
Visita Oculistica completa - 95.02	ASS n° 1	180 gg	
Visita Cardiologica - 89.7	ASS n° 1, ASS n° 2	120 gg	(Ex art. 12 LR nr 7/09)
Visita Ortopedica - 89.7	ASS n° 1, ASS n°2	180 gg	
Visita Urologica - 89.7	AOUTS, ASS n°2	180 gg	
Visita neurologica - 89.13	ASS n° 1 , AOUTS	180 gg	
Visita endocrinologia 89.7	AOUTS	180 gg	
Visita fisiatrice 89.7	ASS n° 1 ; ASS n° 2	180 gg	
Visita gastroenterologica 89.7	AOUTS	180 gg	
Visita pneumologica 89.7	ASS n° 2 , AOUTS	180 gg	

* DGR 1439/2011

^(§) ASS1 e AOUTS si impegnano a rivedere tutto il Percorso diagnostico anche in relazione allo screening regionale.

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 e ASS n° 2	Classe C=180 gg
Riparazione ernia inguinale (cod. ICD9CM 53.0 e 53.1)	AOUTS e ASS n° 2	Classe C=180 gg
Asportazione di neoplasia del colon retto	AOUTS e ASS n° 2	Classe A= 30 gg
Asportazione di neoplasia della mammella	AOUTS e ASS n° 2	Classe A= 30 gg
Asportazione di neoplasia della prostata	AOUTS e ASS n° 2	Classe A= 30 gg
Asportazione di neoplasia della rene	AOUTS e ASS n° 2	Classe A= 30 gg
Asportazione di neoplasia della vescica	AOUTS e ASS n° 2	Classe A= 30 gg
Asportazione di neoplasia dell'utero	Burlo Garofolo e ASS 2	Classe A= 30 gg
By pass 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 e ASS 2	Classe C=180 gg

* DGR 1439/2011

Nelle tabelle successive sono evidenziate le prestazioni individuate come critiche nell'Area vasta Giuliano Isontina sulla base delle risultanze dei monitoraggi 2013. Sono da considerarsi prestazioni critiche anche quelle dove il volume erogato risulta eccessivo.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI CRITICHE

PRESTAZIONE CRITICA	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2013	IMPEGNO 2014	Azienda responsabile TA
Ecografia dell'addome	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1; 88.7411; 88.7511	ASS 1				ASS 1 AOUTS
		ASS 2	4.223	4.500	4.500	
		AOUTS	5.847	8.165	8.000	
		BURLO	1.348	1.208	1.200	
		Totale Pubblico	11.418	13.873	13.700	
		Accreditati TS	9.866	10.425	10.400	
		Accreditati GO	1.557	2.000	1.950	
		Totale Privato Accreditato	11.423	12.425	12.350	
		TOTALE AVGI	22.841	26.298	26.050	
RM del cervello e tronco encefalico	88.91.1; 88.91.2	ASS 1				ASS 2 AOUTS
		ASS 2	959	1.100	1.100	
		AOUTS	1.147	1.163	1.150	
		BURLO	224	120	300	
		Totale Pubblico	2.330	2.383	2.550	
		Accreditati TS	327	333	300	
		Accreditati GO				
		Totale Privato Accreditato	327	333	300	
		TOTALE AVGI	2.657	2.716	2.850	

PRESTAZIONE CRITICA	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2013	IMPEGNO 2014	Azienda responsabile TA
RM della colonna	88.93; 88.93.1					ASS 2 AOUTS
		ASS 2	2.354	2.100	2.000	
		AOUTS	1.621	1.591	1.600	
		BURLO	216	128	250	
		Totale Pubblico	4.191	3.819	3.850	
		Accreditati TS	3.876	3.512	3.500	
		Accreditati GO	779	818	750	
		Totale Privato Accreditato	4655	4330	4250	
		TOTALE AVGI	8.846	8.149	8.100	
Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)	45.13; 45.14; 45.16	ASS 1				AOUTS ASS 1
		ASS 2	1.921	1.680	1.680	
		AOUTS	1.790	1.738	1.700	
		BURLO				
		Totale Pubblico	3.711	3.418	3.380	
		Accreditati TS	250	144	100	
		Accreditati GO				
		Totale Privato Accreditato	250	144	100	
		TOTALE AVGI	3.961	3.562	3.480	

PRESTAZIONE CRITICA	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2013	IMPEGNO 2014	Azienda responsabile TA
Elettromiografia	93.08.01	ASS 1				ASS 2
		ASS 2	1.378	760	760	
		AOUTS	2.028	1.221	1.200	
		BURLO	246	232	250	
		Totale Pubblico	3.652	2.213	2.210	
		Accreditati TS	12.772	14.305	12.000	
		Accreditati GO			0	
		Totale Privato Accreditato	12.772	14.305	12.000	
		TOTALE AVGI	16.424	16.518	14.210	
Eco(color)doppler dei tronchi sovraortici	88.73.5	ASS 1	978	1.042		ASS1 AOUTS
		ASS 2	348	380	380	
		AOUTS	2.113	2.225	2.000	
		BURLO				
		Totale Pubblico	3.439	3.647	2.380	
		Accreditati TS	4.144	4.416	4.400	
		Accreditati GO	2.354	2.750	2.700	
		Totale Privato Accreditato	6.498	7.166	7.100	
		TOTALE AVGI	9.937	10.813	9.480	

PRESTAZIONE CRITICA	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2013	IMPEGNO 2014	Azienda responsabile TA
Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.7721; 88.7722; 88.7711; 88.7712	ASS 1	503	526		ASS1 AOUTS
		ASS 2	1.280	1.300	1.300	
		AOUTS	1.672	1.664	1.600	
		BURLO				
		Totale Pubblico	3.455	3.490	2.900	
		Accreditati TS	1.673	1.557	1.500	
		Accreditati GO	1.004	1.270	1.200	
		Totale Privato Accreditato	2.677	2.827	2.700	
		TOTALE AVGI	6.132	6.317	5.600	
Visita Cardiologica	89.7	ASS 1	4.350	5.428	5.500	ASS 1 ASS2
		ASS 2	8.408	7.900	7.900	
		AOUTS	1.611	1.327	1.300	
		BURLO	882	775	900	
		Totale Pubblico	15.251	15.430	15.600	
		Accreditati TS	1.922	2.405	2.000	
		Accreditati GO				
		Totale Privato Accreditato	1.922	2.405	2.000	
		TOTALE AVGI	17.173	17.835	17.600	

PRESTAZIONE CRITICA	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2013	IMPEGNO 2014	Azienda responsabile TA
Visita ORL	89.7	ASS 1	5.336	5.509	5.500	ASS1 AOUTS
		ASS 2	7.543	6.400	6.500	
		AOUTS	2.222	2.540	2.500	
		BURLO	2.017	2.284	2.300	
		Totale Pubblico	17.118	16.733	16.800	
		Accreditati TS	2.269	2.215	2.000	
		Accreditati GO				
		Totale Privato Accreditato	2.269	2.215	2.000	
		TOTALE AVGI	19.387	18.948	18.800	
Visita Ortopedica	89.7	ASS 1	689	698	600	ASS 1 ASS2
		ASS 2	7.766	7.600	7.600	
		AOUTS	1.702	1.909	1.900	
		BURLO	2.061	1.965	2.000	
		Totale Pubblico	12.218	12.172	12.100	
		Accreditati TS	3.601	2.910	3.000	
		Accreditati GO				
		Totale Privato Accreditato	3.601	2.910	3.000	
		TOTALE AVGI	15.819	15.082	15.100	

PRESTAZIONE CRITICA	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2013	IMPEGNO 2014	Azienda responsabile TA
Visita Endocrinologica	89.7	ASS 1				AOUTS
		ASS 2				
		AOUTS	1.155	1.207	1.200	
		BURLO	503	499	500	
		Totale Pubblico	1.658	1.706	1.700	
		Accreditati TS				
		Accreditati GO				
		Totale Privato Accreditato				
		TOTALE AVGI	1.658	1.706	1.700	
Visita Gastroenterologica	89.7	ASS 1				AOUTS
		ASS 2	487	500	500	
		AOUTS	926	903	900	
		BURLO	666	551	600	
		Totale Pubblico	2.079	1.954	2.000	
		Accreditati TS				
		Accreditati GO				
		Totale Privato Accreditato				
		TOTALE AVGI	2.079	1.962	2.000	

PRESTAZIONE CRITICA	CODICI	STRUTTURA	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2013	IMPEGNO 2014	Azienda responsabile TA
Colonscopie	45.23 45.23.1 45.26.1	ASS 1				AOUTS ASS1
		ASS 2	1.648	1.490	1.600	
		AOUTS	1.869	1.884	1.800	
		BURLO				
		Totale Pubblico	3.517	3.374	3.400	
		Accreditati TS	417	398	400	
		Accreditati GO				
		Totale Privato Accreditato	417	398	400	
		TOTALE AVGI	3.934	3.772	3.800	
Visita fisiatrica	89.7	ASS 1	3.407	3.425	3.450	ASS 1 ASS 2
		ASS 2	7.062	6.200	6.200	
		AOUTS	757	897	850	
		BURLO				
		Totale Pubblico	11.226	10.522	10.500	
		Accreditati TS	6.102	5.138	5.000	
		Accreditati GO	3.568	3.750	3.680	
		Totale Privato Accreditato	9.670	8.888	8.680	
		TOTALE AVGI	20.896	19.410	19.180	

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

INTERVENTI CHIRURGICI CRITICI

Interventi Chirurgici	Codice prestazione tariffario	Aziende	REGIME DI EROGAZIONE	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2013	IMPEGNO 2014	Azienda responsabile TA
Cataratta	Ambulatoriale: codice 13.41 Ricovero: cod ICD9CM da 13.0 a 13.91	ASS 2	Ricovero				AOUTS
			Ambulatoriale				
			TOTALE	2.109	2.200	2.250	
		AOUTS	Ricovero				
			Ambulatoriale				
			TOTALE	1.200	1.300	1.250	
		Burlo	Ricovero				
			Ambulatoriale				
			TOTALE				
		TOTALE STRUTTURE PUBBLICHE	Ricovero				
			Ambulatoriale				
			TOTALE	3.309	2.500	3.500	
		TOTALE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	Ricovero	170	37	20	
			Ambulatoriale	2.044	1.670	1.680	
			TOTALE	2.214	1.707	1.700	
TOTALE AVGI	Ricovero						
	Ambulatoriale						
	TOTALE	5.523	5.207	5.200			

Interventi Chirurgici	Codice prestazione tariffario	Aziende	EROGATO 2012	PROIEZIONE 2013	IMPEGNO 2014	Azienda responsabile TA
Emorroidectomia	49.46, 49.49	ASS2	104	120	120	AOUTS ASS2
		AOUTS	67	63	65	
		TOTALE strutture Pubbliche	171	189	195	
		STR. PRIVATE ACCR.	62	56	50	
		TOTALE AV GI	233	245	245	
Intervento di protesi d'anca	81.51, 81.52, 81.53, 00.70, 00.71, 00.72, 00.73	ASS2	467	500	500	AOUTS
		AOUTS	342	300	300	
		TOTALE strutture Pubbliche	809	800	800	
		STR. PRIVATE ACCR.	139	200	210	
		TOTALE AV GI	948	1.000	1.010	
Asportazione di neoplasia della prostata	60.2, 60.5, 60.6 associato a codice diagnosi: 185, 233.4	ASS2	61	80	80	AOUTS ASS2
		AOUTS	66	55	55	
		TOTALE strutture Pubbliche	127	135	135	
		STR. PRIVATE ACCR.	24	21	20	
		TOTALE AV GI	151	156	155	
Asportazione di neoplasia della vescica	57.49, 57.6, 57.71, 57.79 associato a codice diagnosi 188, 233.7	ASS2	240	270	270	ASS2 AOUTS
		AOUTS	210	195	200	
		TOTALE strutture Pubbliche	450	465	470	
		STR. PRIVATE ACCR.	35	32	30	
		TOTALE AV GI	485	497	500	

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

3.1. DIRITTI IN CASO DI SUPERAMENTO DEI LIMITI DI TEMPO

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

Il materiale informativo e le procedure di Area Vasta esistenti saranno aggiornate entro il 1 marzo 2014

3.2. SORVEGLIANZA SULL'ATTIVITÀ EROGATA IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE

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

Sarà esplicitato il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero. Tale rapporto dovrà essere in linea con le indicazioni regionali per il 2014.

4. CRITERI DI PRIORITÀ

Le Aziende dell'Area Vasta Giuliano - Isontina fin dall'anno 2000 hanno creato autonomamente delle liste di attesa differenziate per priorità cliniche di accesso, maturando un'importante esperienza specifica sui criteri di priorità. Stanno, inoltre, operando congiuntamente già da tempo per adeguare tali criteri di priorità locali, al sistema nazionale di prenotazione UBDP .

Le Aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina 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 2014. 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 del piano di produzione di Area vasta che maggiormente richiedono una valutazione di appropriatezza, al fine di aggiornare i criteri in uso alle conoscenze attuali o a nuove modalità organizzative.

5. MONITORAGGIO

La gestione del governo delle liste di attesa è assegnata all'Azienda per i Servizi Sanitari 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 di area vasta, i vari strumenti che consentono a ciascuna azienda di rimodulare l'offerta in relazione all'andamento della domanda e dei tempi di attesa
- definire, con tutte le Aziende di area vasta, le misure di intervento per situazioni improvvise di forza maggiore (scioperi, guasti, ecc.), concordando le soluzioni da intraprendere e le modalità di informazione all'utenza (mediante incontri specifici, sentiti anche gli specialisti coinvolti compresi i privati accreditati)

6. Risorse aggiuntive L.R. 7/2009

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

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

PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ E DELLE PROGETTUALITÀ

1.1 Attuazione delle scelte strategiche regionale

PROGETTUALITÀ DI AREA VASTA

1.1.1 Riorganizzazione dell'offerta ospedaliera (DL 95/2012 e sicurezza dei pazienti) e aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta

Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta	
Obiettivo aziendale Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche	Risultato atteso a) Entro 30/06/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per: - Laboratorio di patologia clinica di area vasta - Anatomia patologica di area vasta - Servizio di radiologia su h 24 su area vasta b) Entro il 30/09/2014 redazione di studi di fattibilità condivisi: - Farmacie ospedaliere e territoriali - PDTA integrati - Consumo farmaci b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto
Azioni e Interventi	
<p>5. Farmacie di AV: Riprendendo il tema già trattato negli scorsi anni e già oggetto di accordi preliminari di AV, le Aziende s'impegnano a verificare la possibilità di ridurre il numero delle SOC</p> <p>6. Radiologia di AV h24: Le aziende s'impegnano a verificare la reale possibilità di lavoro in questo settore, tenendo conto delle diverse organizzazioni oggi presenti e dello stato attuale dei collegamenti informatici e delle loro possibilità di sviluppo in rete di AV.</p> <p>7. Laboratorio di patologia clinica di AV: Riprendendo il tema già trattato negli scorsi anni e già oggetto di accordi preliminari di AV, le Aziende s'impegnano a verificare la possibilità di attuare nuovi modelli organizzativi che consentano di migliorare l'efficienza valorizzando le competenze professionali specifiche</p> <p>8. Anatomia Patologica di AV: Riprendendo il tema già trattato negli scorsi anni e già oggetto di accordi preliminari di AV, le Aziende s'impegnano a verificare la possibilità di attuare nuovi modelli organizzativi che consentano di migliorare l'efficienza valorizzando le competenze professionali specifiche</p> <p>9. Su alcuni temi clinico/assistenziali le aziende concordano di affrontare lo studio di PDTA integrati territorio/ospedale di rete/ospedale di riferimento, anche con la ricerca, se necessario, di sinergie sia di programmazione che operative, con i SSC. L'obiettivo è di verificare percorsi condivisi che attribuiscano ruolo e responsabilità ai Distretti (compresi i MMG) e agli Ospedali, ricercando la massima appropriatezza e individuando i nodi delle reti clinico/assistenziali per evitare doppioni e/o carenze. Per quanto riguarda l'area materno infantile è attivo un accordo tra Ass2 e Burlo per il miglior utilizzo delle risorse e PDTA condivisi in particolare tra le strutture ospedaliere coinvolte, da estendere alle strutture territoriali dell'intera area vasta.</p> <p>10. Un'attenzione specifica sarà dedicata in area vasta al tema del consumo di farmaci, sia in ambito territoriale che ospedaliero, verificando i livelli di appropriatezza prescrittiva per alcune classi di farmaci rilevanti sia dal punto di vista degli esiti (es. antibiotici e relative resistenze) che del recupero di risorse (es. farmaci fuori brevetto). Si prevede di produrre un report di analisi dei fenomeni e i relativi piani di miglioramento entro i primi due mesi del 2014 per consentire un intervento che possa avere efficacia già nella prima parte dell'anno. Si prevede di avviare la preparazione centralizzata degli antiblastici che porta a notevoli riduzione dei costi e all'adeguamento alle norme di protezione degli operatori</p>	

Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012	
Obiettivo aziendale Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi	Risultato atteso Entro 28/02/2014 proposto alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.
Azioni e Interventi: Relativamente ai parametri del 3‰ (posti letto acuti) e 0,7‰ (riabilitazione) le aziende di AV, riconoscendo la necessità di tendere ad una riduzione dei primi e ad un adeguamento dei secondi, si impegnano a produrre, entro febbraio 2014, una proposta operativa progressiva che preveda possibilità oggettive di ridimensionamento nei tempi tecnici più brevi tenendo conto (come da indicazioni AGENAS e Ministero) della massima occupazione di posti letto nelle varie strutture ospedaliere per un significativo periodo di tempo continuato, oltre che della degenza media e dei tassi di occupazione.	

Linea 1.1.2 Sviluppo dell'Assistenza primaria

Linea 1.1.2.1 Piano dell'Assistenza primaria
<p>Nell'ambito della revisione e del potenziamento dei servizi di assistenza territoriale, le aziende dovranno produrre il Piano dell'Assistenza Primaria con una programmazione di Area Vasta, prendendo in considerazione le diverse forme organizzative della medicina convenzionata ed articolazioni dell'attività distrettuale in Centri di assistenza primaria e tenendo conto delle reti di assistenza strutturate e in fase di definizione sul territorio.</p> <p>Nell'ambito dell'Assistenza Primaria i filoni che sono stati sviluppati sono i seguenti:</p> <p>a) ASS1 ha sviluppato nel corso del tempo, anche al fine di ottimizzare i percorsi e sistematizzare l'attività diagnostico terapeutica una serie di PDTA, condivisi anche con i MMG oltre che con tutte le strutture coinvolte, territoriali e ospedaliere, pubbliche e private. Tale attività ha trovato ulteriore impulso a seguito delle indicazioni regionali sullo sviluppo nell'ambito dell'Area Vasta di funzioni specialistiche coordinate e differenziate in hub e spoke.</p> <p>I PDTA in uso riguardano prevalentemente :</p> <ol style="list-style-type: none"> le Patologie Cardio vascolari il Diabete e le sue complicanze (piede diabetico, nefropatia diabetica, retinopatia diabetica, tabagismo) il Percorso nascita la Procreazione Medicalmente Assistita i Disturbi dell'apprendimento l'Autismo l'Esordio psicotico il Deterioramento cognitivo e le demenze le Attività riabilitative post ricovero ortopedico, ictus, trauma, GCA, le Patologie infettive nei soggetti tossicodipendenti le Cure odontoiatriche nei soggetti fragili (disabili gravi, tossicodipendenti, persone con disagio mentale) <p>b) l'organizzazione del Presidio Distrettuale Medicina generale (PDMG) che vede due MMG presenti in una sede adiacente a quella della C.O. 118, utilizzata anche dal Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) per facilitare il passaggio di consegne tra operatori , che svolgono attività domiciliari e ambulatoriali dal Lunedì al Venerdì con lo scopo principale di evitare accessi in PS e ricoveri inappropriati .</p> <p>c) l'organizzazione del Centro Prime Cure (CPC) nelle ore notturne presso la sede del Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore dell'AOUTS svolto da personale che opera in stretta correlazione sia con la CO 118 che con i servizi ospedalieri.</p>

Obiettivo aziendale Riorganizzazione dei servizi territoriali e dell'offerta finalizzata al miglioramento della gestione integrata delle malattie croniche, della continuità assistenziale	Risultato atteso Redazione del Piano dell'Assistenza Primaria e trasmissione alla DCSISSPS entro giugno 2014
Azioni e Interventi: Nel corso del 2014 saranno sviluppate anche le seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> a) revisione dell'istituto del PDMG e riorganizzazione dell'attività della Medicina Generale di raccordo con i servizi territoriali (Distretti; SCA , CO 118) b) verifica con AOUTS dell'organizzazione del CPC, anche in conseguenza del trasferimento del PS dell'Ospedale Maggiore nel Poletto Tecnologico di prossima apertura c) riorganizzazione dell'offerta specialistica ambulatoriale distrettuale al fine di una ottimizzazione degli spazi, del personale di supporto e della attività di supporto (es: sterilizzazione, disinfezione ecc.) 	

1.1.3 Aggregazione di funzioni amministrative per area vasta

ASS1, nell'ambito dell'Area Vasta, individuerà e realizzerà entro l'anno, secondo le priorità e il contesto specifico, modelli gestionali tecnico-amministrativi che consentano di aumentare l'efficienza dei servizi amministrativi, mediante l'accorpamento di attività di uno specifico settore o, ancor meglio, riunendo tutte le attività di un intero settore amministrativo presso un'unica sede operativa per Area Vasta.

Resta inteso che la policy aziendale rimane in capo a ciascuna direzione generale, sebbene l'attività operativa di settore venga svolta, affidandola nell'operatività, da altra azienda dell'Area Vasta.

In questo contesto riorganizzativo si terrà conto della valorizzazione delle competenze professionali specifiche (personale, affari generali e legali, formazione, gestione tecnologie e edifici, ecc.), sostenendo il processo con gli adeguati strumenti contrattuali.

Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso Vedi 1.1.3.2.

Linea 1.1.3.2 Nuovi progetti gestionali amministrativi risorse umane e formazione	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso: Gestione delle risorse umane: studio fattibilità AV Formazione: offerta complessiva AV con eliminazione doppiioni
Azioni e Interventi: Gestione delle risorse umane: elaborazione di studio di fattibilità per verificare possibili unificazioni di servizi ovvero l'individuazione di aziende capofila che affrontino singoli settori di attività in nome e per conto di tutta le altre aziende di AV. In particolare si pensa, già nel corso del 2014, di affidare ad una sola azienda la gestione amministrativa delle procedure concorsuali del comparto. Formazione: : l'obiettivo è perseguibile sviluppando tre azioni: Condivisione tra le aziende di AV di quanto già programmato per l'annualità 2014, al fine di ottenere già nel corso dell'anno una offerta integrata che realizzi obiettivi di efficienza condivisione di un metodo di analisi dei bisogni formativi da sviluppare nel corso dell'anno al fine di pervenire alla pianificazione unica di AV entro la fine del 2014; omogeneizzazione dei regolamenti della formazione dei singoli enti in modo da ottenere entro il 2014 un regolamento unico di AV ai fini della semplificazione, dell'efficienza e della circolazione di progetti .	

Linea 1.1.3.3 Nuovi progetti gestionali amministrativi CUP	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso: CUP: documento analisi e proposte condiviso in AV

Azioni e Interventi:
CUP: le aziende concordano di attivare a livello di Area Vasta un coordinamento funzionale dell'attività operativa dei Centri Unici di Prenotazione. Su questo le aziende si impegnano a produrre un documento di analisi e di proposta entro i primi sei mesi del 2014.

Linea 1.1.3.4 Nuovi progetti gestionali amministrativi Acquisti e magazzino	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso: Acquisti e magazzino: accordo AV su sinergie e/o unificazioni
Azioni e Interventi: Acquisti e magazzino: le aziende di AV s'impegnano ad attivare tutte le sinergie proposte e programmate dal Dipartimento Servizi Condivisi	

1.1.4 Programmazione comune di Area Vasta

Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta	
L'obiettivo a tendere è quello di avere una struttura unica integrata che programmi un calendario complessivo di AV tenendo conto dei diversi fabbisogni formativi. Per il 2014 l'impegno delle Aziende è di costruire un'offerta complessiva di AV anche verificando le attività già programmate che possono essere messe in comune al fine di evitare il moltiplicarsi d'iniziative con caratteristiche simili. Per il 2015 obiettivo è la produzione di un piano di formazione di area vasta	
Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultato atteso Offerta complessiva AV con eliminazione doppi
Azioni e Interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Condivisione tra le aziende di AV di quanto già programmato per l'annualità 2014, al fine di ottenere da subito una offerta integrata che può realizzare da subito obiettivi di efficienza - Condivisione di un metodo di analisi dei bisogni formativi da sviluppare nel corso dell'anno al fine di pervenire alla pianificazione unica di AV entro la fine del 2014; - Omogeneizzazione dei regolamenti della formazione dei singoli enti in modo da ottenere entro il 2014 un regolamento unico di AV ai fini della semplificazione, dell'efficienza e della circolazione di progetti. 	

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO GESTIONALE REGIONALE

1.1.5 Progettualità del Sistema Informativo

Linea progettuale 1.1.5.1 Firma digitale	
Raccordo con la programmazione precedente: Tutte le strutture ambulatoriali che operano con sistemi che possono produrre referti a firma digitale sono in grado di operare. ASS1 non dispone di diagnostiche di laboratorio, radiologia, anatomia patologica, medicina trasfusionale. I servizi che possono utilizzare la firma sono dotati, formati e attrezzati.	
Obiettivo aziendale Estensione obbligatoria della Firma digitale	Risultato atteso A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti: G2 Clinico >80% del totale dei referti
Azioni e Interventi: Supporto, monitoraggio e verifica degli andamenti tendenziali rispetto al risultato atteso	

Linea progettuale 1.1.5.2 Obblighi informativi	
Obiettivo aziendale: Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Risultato atteso: Tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF sono assolti

Linea progettuale 1.1.5.4 Privacy	
Obiettivo aziendale: Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso: Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso
Azioni e Interventi: - Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso - Recepimento del regolamento ex art. 20	

1.1.6 Progettualità delle attività centralizzate

Linea progettuale 1.1.6.1 PACS	
Obiettivo aziendale: Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Risultato atteso: Gli esami sono disponibili nel repository regionale

1.2 Programmazione dell'erogazione dei livelli di assistenza

TABELLA INDICATORI LEA 2014

N.	Livello di assistenza	Definizione	Ambito di rilevazione	Standard Obiettivo	Valore Regionale 2012	Valore ASS1 2012	Previsione ASS1 2014
1	Prevenzione	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 95%	95,2	95,9	≥95,9
1.a			Azienda sanitaria Area Vasta	≥95%	95,5	96,6	≥ 96,6
1.b			Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 95%	95,3	96,0	≥ 96,0
1.c			Azienda sanitaria Area Vasta	≥95%	94,7	95,2	≥ 95,2
2	Prevenzione	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 90%	90	90,5	≥ 90,5
3	Prevenzione	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	Azienda sanitaria Area Vasta	≥70%	53	48,5	≥ 70
4.a	Prevenzione	PREVENZIONE: Inviti al programma di screening della cervice uterina	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 95%	95,12	100,25	≥ 95,12
4.b	Prevenzione	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della cervice uterina	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 50%	53,34	59,4	≥53,34
5	Prevenzione	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening della mammella	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 60%	58,98	54,92	≥ 60
6	Prevenzione	PREVENZIONE: Copertura del programma di screening del colon retto	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 50%	57,71	55,74	≥55,74
7	Prevenzione	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 85	52,75	46,32	≥46,32
8	Prevenzione tutela nei luoghi di lavoro	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare		≥ 5%	4,7	5	≥5
9	Prevenzione Sanità Animale	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	Azienda sanitaria Area Vasta	≥98%			
10.a	Prevenzione Sanità Animale	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	Azienda sanitaria Area Vasta	≥98% del 20% degli allevamenti	103,5	468,75	≥468,75
10.b	Prevenzione Sanità Animale	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	Azienda sanitaria Area Vasta	≥98% del 10% dei capi	436,5	182,22	182,22
11	Prevenzione sanità animale	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	Azienda sanitaria Area Vasta	≥98% del 3% delle aziende	96,1	40,65	≥40,65
12	Prevenzione salute degli alimenti	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	Azienda sanitaria Area Vasta	≥98%	98,0	95	≥95
13	Prevenzione salute degli alimenti	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 20%	13	17	17

N.	Livello di assistenza	Definizione	Ambito di rilevazione	Standard Obiettivo	Valore Regionale 2012	Valore ASS1 2012	Previsione ASS1 2014
14		DISTRETTUALE: Ospedalizzazione potenzialmente evitabile calcolati con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Azienda sanitaria Area Vasta		113,5	147,2	147,2
14.a	Distrettuale	PQI 3 - Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete	Azienda sanitaria Area Vasta		3,2	3,6	3,6
14.b	Distrettuale	PQI 1 - Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete	Azienda sanitaria Area Vasta		1,1	1,6	≤1,6
14.c	Distrettuale	PQI 14 - Ospedalizzazione per diabete non controllato	Azienda sanitaria Area Vasta		1,4	1,3	≤1,3
14.d	Distrettuale	PQI 16 - Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici	Azienda sanitaria Area Vasta		1,7	1,2	≤1,2
14.e	Distrettuale	PQI 5 - Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)	Azienda sanitaria Area Vasta		16,1	25,4	≤25,4
14.f	Distrettuale	PQI 8 - Ospedalizzazione per insufficienza cardiaca	Azienda sanitaria Area Vasta		48,8	53,9	≤53,9
14.g	Distrettuale	PQI 11 - Ospedalizzazione per polmonite	Azienda sanitaria Area Vasta	-	30,5	42,5	≤42,5
14.h	Distrettuale	PQI 12 - Ospedalizzazione per infezione delle vie urinarie	Azienda sanitaria Area Vasta		9,4	15,2	≤15,2
14.i	Distrettuale	PQI 15 - Ospedalizzazione per asma	Azienda sanitaria Area Vasta		1,3	2,5	≤2,5
15	Distrettuale anziani	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio infermieristico domiciliare	Azienda sanitaria Area Vasta	≥4%	4,4	5,3	≥5,3
16	Distrettuale anziani	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati dal Servizio riabilitativo domiciliare	Azienda sanitaria Area Vasta		1	1,5	≥1,5
17	Distrettuale anziani	ASSISTENZA PRESSO RSA: Numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani residenti	Azienda sanitaria Area Vasta		2,29	3,45	≥3,45
18	Distrettuale disabili	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	Azienda sanitaria Area Vasta	≥0,6	0,59	0,61	≥0,61
19	Distrettuale malati terminali	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	Azienda sanitaria Area Vasta		1,66	2,09	2,09
20	Distrettuale farmaceutica	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	Azienda sanitaria Area Vasta	≤13,6 %	9,77	11,05	≤11,05
21	Distrettuale specialistica	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Azienda sanitaria Area Vasta	compreso tra 5,1 e 7,5	5,87	6,87	≤6,87
22	Distrettuale salute mentale	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 10	17,3	20,9	≥20,9

N.	Livello di assistenza	Definizione	Ambito di rilevazione	Standard Obiettivo	Valore Regionale 2012	Valore ASS1 2012	Previsione ASS1 2014
23	Ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	Azienda sanitaria Area Vasta	≤140	154,1	166,5*	≤140**
24	Ospedaliera	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico	Area Vasta	≤10	12,4	14,97	≤14,97 ***
25	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	Ospedale	≥36%	41,57		***
26	Ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriata (Patto della salute 2010-2012)	Area Vasta	≤ 23	17,99	19,1	≤ 23 **/ ***
27	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei	Ospedale	≤ 25 %	21,6		***
28	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura anca e femore operati entro 48h in regime ordinario	Ospedale	≤ 60%	27,7		***
29	Ospedaliera	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	Ospedale	≤6	8,17	5	***
30	Ospedaliera	Indice di case mix	Ospedale		1,17	0,63	***
31	Ospedaliera	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Ospedale		27,3		***
32	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2 gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici	Ospedale		22,29		***
33	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni	Ospedale		1,78		***
34	Prevenzione	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	Azienda sanitaria- Area Vasta	≥ 90%	94,3		≥ 90%
35	Prevenzione	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 95%	94,45		≥ 95%
36	Prevenzione	PREVENZIONE: Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	Azienda sanitaria Area Vasta	≥ 90%	75,83		≥ 90%
37	Emergenza	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Centrale operativa	≤ 18 '	14'38"	12' 37"	≤12' 37"

* popolazione non pesata inclusa la mobilità passiva (pop ASS1 al 31/12/2012: 238.123 ab.)

**popolazione pesata inclusa la mobilità passiva (pop ASS1 al 31/12/2012: 238.123 ab.)

*** Indicatore non di competenza di ASS1 ma ospedaliera

1.3 Programmazione degli interventi socio-sanitari indicati dalla Regione

1.3.1 Progettualità CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Linea n. 1.3.1.1: Contenimento dei tempi d'attesa	
<p>Raccordo con la programmazione precedente: Molta attenzione è stata posta dalle strutture aziendali e direttamente dalla Direzione strategica al controllo e monitoraggio dei Tempi d'attesa. Le rilevazioni effettuate durante il corso del 2013 (l'ultima sarà effettuata il 2 gennaio 2014) non hanno mostrato sforamenti da quanto programmato. Nel corso del 2013 si è osservata una riduzione delle prestazioni totali.</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.</p>	<p>Risultato atteso: I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.</p>
<p>Obiettivo aziendale: Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa</p>	<p>Risultato atteso: Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato</p>
<p>Azioni ed interventi: Le Aziende dell'Area vasta GI come ogni anno hanno concordato le azioni e gli interventi da porre in essere riportati nel <i>Piano di produzione dell'Area Vasta Giuliano Isontina per il contenimento dei tempi di attesa Anno 2014</i> allegato e parte integrante del PAL Sono state individuate le prestazioni critiche e sono stati indicati i volumi di produzione</p>	

Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa	
<p>Raccordo con la programmazione precedente: L'utilizzazione dei criteri di priorità UBDP già in uso a partire dal 2000 nella provincia di Trieste ha permesso di indirizzare le attività verso necessità clinicamente prioritarie . Sono stati rivisti e concordati con i MMG e gli specialisti interessati i criteri di priorità per l'accesso alle visite Ginecologiche ed a quelle Fisiatriche . I Cittadini e gli operatori, anche quelli convenzionati sono stati informati sui diritti di superamento dei TA come previsto dalla L.R. 26-3-2009 n. 7 sia attraverso i social media, che con cartelli presenti in tutte le sedi aziendali aperte al pubblico. L'attività di Libera professione è monitorata costantemente. Si rileva che i volumi erogati dai professionisti di questa Azienda non superano lo 0.5% delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale.</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7</p>	<p>Risultato atteso: Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.</p>
<p>Obiettivo aziendale: Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.</p>	<p>Risultato atteso: Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ($\pm 5\%$).</p>
<p>Obiettivo aziendale: Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.</p>	<p>Risultato atteso: Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi regionali.</p>

<p>Obiettivo aziendale: Criteri di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.</p>	<p>Risultato atteso: Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.</p>
<p>Le Aziende dell'Area vasta GI come ogni anno hanno concordato le azioni e gli interventi da porre in essere riportati nel <i>Piano di produzione dell'Area Vasta Giuliano Isontina per il contenimento dei tempi di attesa Anno 2014</i> allegato e parte integrante del PAL</p>	

1.3.2 Progettualità PREVENZIONE

Linea n 1.3.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali	
<p>Nel 2013 è stata introdotta la vaccinazione antivaricella, valutata con l'avvio dell'offerta; nel 2014 dovrà essere raggiunta una copertura significativa.</p> <p>Il fenomeno dell'obiezione vaccinale è in crescita, per cui a sostegno delle campagne di vaccinazione è opportuno promuovere iniziative di sensibilizzazione che coinvolgano i pediatri ed i medici di medicina generale, indispensabili alleati nelle campagne di prevenzione, anche finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del PSR.</p> <p>Inoltre in coerenza con il Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze 2013 – 2015, che intende prevenire e ridurre il rischio di acquisizione e trasmissione delle malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, (HIV, epatiti virali B-C), va aumentata l'offerta del testing e migliorata la collaborazione fra gli operatori dei servizi per le dipendenze e gli specialisti del settore.</p> <p>Come segnalato dal Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga negli ultimi anni nei servizi per le dipendenze è calata l'attenzione e l'offerta di testing rispetto alle patologie correlate (Epatiti, AIDS).</p> <p>Il Piano d'Azione Regionale FVG per le Dipendenze 2013 – 2015 pone enfasi sulla prevenzione e riduzione del rischio di tali patologie e la DCS ha attivato un progetto specifico (PIT-Prevenzione Identificazione Testing), che coinvolge tutti i DDD regionali al fine di promuovere l'offerta del testing e la collaborazione fra gli operatori dei servizi per le dipendenze e gli specialisti del settore.</p> <p>In particolare il DDD assicura il testing da quasi 30 anni a libero accesso, in forma gratuita ed anonima; garantisce la continuità terapeutica e la presa in carico congiunta le Malattie Infettive ed il Centro Studi Fegato dell'AOUTS e l'IRCCS Burlo; promuove la vaccinazione anti epatitica; garantisce tali attività, nei limiti delle risorse e degli accordi con il Ministero di Giustizia, anche nei confronti dei detenuti con patologie da dipendenza della Casa Circondariale di Trieste.</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Attuazione del programma vaccinale, anche sostenendo le campagne vaccinali attraverso l'azione dei pediatri e MMG in collaborazione con gli altri stakeholders</p>	<p>Risultato atteso: Miglioramento degli indicatori LEA nel rispetto dello standard previsto (v. tabella indicatori LEA) Copertura vaccinale per varicella almeno al 50%</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attività integrata con Distretti, PLS e MMG - Offerta attiva delle vaccinazioni oggetto di specifiche campagne utilizzando il richiamo decennale della Vaccinazione antitetano-difterite-pertosse degli adolescenti, come occasione opportuna per proporre la Vaccinazione contro la varicella e contro il meningococco 	
<p>Obiettivo aziendale: Mantenere la rilevazione attiva degli eventi avversi alle vaccinazioni</p>	<p>Risultato atteso: Report sugli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella</p>
<p>Azioni ed interventi: Redazione di un report degli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella con cadenza semestrale al 30.6 e al 31.12.2014</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Diffusione della pubblicazione sulle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili "La prevenzione va a scuola"</p>	<p>Risultato atteso: Evidenza di iniziative di diffusione in scuole primarie e servizi prima infanzia</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azioni integrate tra il servizio della Promozione alla Salute del Dipartimento di Prevenzione, l'Ufficio Scolastico Provinciale e l'area Educazione del Comune di Trieste - Pubblicazione sul Portale della Azienda - Trasmissione del materiale in formato elettronico ai mmg, ai pls, alle Scuole Materne e agli Asili nido 	
<p>Obiettivo aziendale: Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di Prevenzione</p>	<p>Risultato atteso: Incremento delle segnalazioni di malattie infettive correlate al test da parte dei Dipartimenti Dipendenze ai Dipartimenti di Prevenzione (report)</p>

<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apertura dell'ambulatorio di screening presso la sede centrale del DDD (Piazzale Canestrini, 2) almeno 4 giorni a settimana, a libero accesso, per aumentare l'offerta di testing agli utenti presi in carico dalle diverse articolazioni organizzative della S.C. Dipendenze da Sostanze Illegali; - Implementazione di un data base (anonimo) per il censimento della popolazione positiva al HBSAg, HCV, HIV. - Predisposizione di un report dei casi positivi per epatite B, C e HIV e trasmissione dello stesso alla S.C. Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione con cadenza semestrale al 30/6 e al 31/12/2014

Linea n 1.3.2.2 Programmi di screening

Raccordo con la programmazione precedente

Il dato storico nella provincia di Trieste riporta una adesione allo screening mai a livello dell'obiettivo standard nonostante gli sforzi messi in atto (coinvolgimento MMG, incontri con la popolazione ecc). Questo appare dovuto alla consuetudine dell'utenza femminile triestina a rivolgersi autonomamente alle radiologie ospedaliere o private (copertura della popolazione molto più ampia di quanto apparirebbe dai dati adesione al programma di screening)

<p>Obiettivo aziendale: Realizzazione dei programmi di screening</p>	<p>Risultato atteso: Miglioramento degli indicatori LEA nel rispetto dello standard previsto (v. tabella indicatori LEA)</p>
<p>Per le aziende con l'unità senologica: Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee</p>	<p>Risultato atteso: Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso"/ totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%</p>

Azioni ed interventi:

Conferma dei risultati attesi per quanto riguarda i punti 4a 4b e 6 (Tabella LEA).

Le unità senologiche ricevono le donne risultate positive al primo livello dello screening per l'approfondimento diagnostico, che deve portare alla diagnosi definitiva di: neoplasia presente/neoplasia assente.

Meno del 10% dei casi trattati saranno rinviati dopo la sessione diagnostica con diagnosi interlocutoria e richiamo a sei o dodici mesi per la conclusione dell'iter.

Linea n. 1.3.2.3 Prevenzione infortuni e malattie professionali

Raccordo con la programmazione precedente

Nell'ambito degli interventi di cui agli indicatori LEA (5% delle aziende) ed al patto nazionale edilizia (1.209 cantieri in regione) la distribuzione delle aziende/cantieri da ispezionare tra le diverse ASS avverrà tenendo conto delle azioni di vigilanza congiunta di cui agli accordi nazionali e regionali tra INAIL, Direzione Regionale del Lavoro e Direzione Centrale della Salute.

Altresì verrà garantita, ove richiesta dai citati accordi, o ove già presenti, la partecipazione ai gruppi di lavoro indicati nel presente documento anche ai rappresentanti indicati dai due enti sopraccitati.

L'azione formativa nei confronti del personale di vigilanza ha rappresentato in questi anni un momento essenziale alla omogeneizzazione dell'attività sul territorio regionale.

Corso di formazione per operatori addetti alle ispezioni

<p>Obiettivo aziendale: Organizzazione di un corso regionale in merito alle modalità di intervento ispettivo da parte del personale con qualifica di UPG</p>	<p>Risultato atteso: Presentazione di una proposta regionale condivisa tra tutti Direttori Dipartimento di Prevenzione per un unico corso formativo per tutto il personale UPG afferente ai Dip prevenzione che preveda anche il coinvolgimento della magistratura da realizzarsi con i fondi di cui all'art. 15 c. 6 D.Lgs 81/08.</p>
--	--

Azioni ed interventi:

Predisposizione del progetto con la definizione degli obiettivi formativi, individuazione dei docenti, pianificazione dell'evento in collaborazione con i responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione della Regione. L'effettuazione del corso nel 2014 è vincolata alle risorse rese disponibili dalla Regione.

Interventi di promozione e ispezione nel comparto agricolo	
<p>Obiettivo aziendale: Iniziative di vigilanza nel comparto agricolo secondo le indicazioni del progetto nazionale mirato alle macchine e del decreto regionale piani controllo commercio e impiego fitosanitari</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione sul campo - anche interaziendale - del personale dei Dipartimento Prevenzione che effettuerà le visite ispettive, in collaborazione con Università di Udine, Gruppo Sprint (da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08); - Definizione, di una "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL, a partire dalla selezione/identificazione delle macchine d'interesse, da utilizzarsi nell'ambito delle ispezioni sulle macchine agricole, finalizzata a rendere omogenei gli interventi ispettivi su tutto il territorio regionale. La lista sarà resa disponibile ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento - Realizzazione di ispezioni in aziende agricole per macchine e fitosanitari (secondo il numero fornito dal gruppo regionale agricoltura coordinato dal SPSAL ASS 5)
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipare al corso formativo residenziale teorico-pratico previsto dal gruppo regionale agricoltura (ASS, Università, INAIL) destinato al personale ispettivo interessato del Dipartimento di Prevenzione, corso incentrato sulla sicurezza delle macchine agricole ed attivato, anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 D.lgs. 81/08 - Partecipare al corso di formazione sui fitosanitari (organizzato dall'ASS n.2) con il personale operativo nelle ispezioni nel comparto agricoltura - partecipare ai lavori del gruppo regionale agricoltura per la definizione di una lista di controllo condivisa da usarsi nelle ispezioni c/o le aziende agricole su tutto il territorio regionale - partecipare alla identificazione delle macchine agricole su cui concentrare le azioni ispettive a livello regionale - Partecipare ai lavori del gruppo regionale agricoltura per la identificazione e suddivisione territoriale delle 90 aziende agricole regionali in cui effettuare le ispezioni anche congiunte con SCIAN per la verifica della sicurezza delle macchine identificate e dell'uso dei fitosanitari. - Realizzare le ispezioni di cui sopra nel totale delle aziende agricole assegnate dal gruppo di lavoro regionale alla nostra ASS. 	

Prevenzione nel comparto edile	
<p>Obiettivo aziendale: Realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia – seconda fase</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione di una check list operativa regionale condivisa tra tutti i SPSAL relativamente agli interventi ispettivi nei cantieri in merito alla tenuta della documentazione di cantiere (proponendo anche indicazioni in merito alla semplificazione). La check list dovrà essere resa trasparente ai sensi art 25 L- 33/2013 e presentata al Comitato regionale di coordinamento. - Partecipazione ad un incontro regionale con tutti gli SCPSAL, organizzato dal gruppo regionale edilizia coordinato dall'ASS 5 con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore ai fini di definire modalità operative per interventi di assistenza svolte da soggetti esterni alle ASS.

Azioni ed interventi:

- Partecipare ai lavori del gruppo regionale edilizia per la definizione, anche nell'ottica di una valida e condivisibile semplificazione, di una check list per gli interventi ispettivi nei cantieri edili destinata al controllo della tenuta della documentazione di cantiere, check list che dovrà rispondere ai criteri di trasparenza ai sensi art. 25 L. 33/2013
- Presentazione della stessa al Comitato regionale di coordinamento
- Organizzazione e partecipazione ad un incontro regionale con tutti gli SCPSAL, organizzato dal gruppo regionale edilizia coordinato dall'ASS 5 con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore ai fini di definire modalità operative per interventi di assistenza svolte da soggetti esterni alle A.S.S..

Progetti nazionali

Obiettivo aziendale:

Potenziamento dell'attività dei progetti nazionali, svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL), denominati:

- 1) INFORMO (infortuni gravi e mortali)
- 2) MALPROF

Risultato atteso:

1. Inserimento nel programma INFORMO dei casi trattati a partire da quelli rientranti nella casistica indicata nella nota esplicativa - e comunque almeno 60 - d'infortunio grave o mortale trattati nel corso dell'anno 2014, suddivisi secondo le indicazioni fornite dal Gruppo regionale INFORMO coordinato dall'ASS 6 Friuli occidentale tenuto conto dell'effettivo andamento infortunistico nell'ultimo triennio di dati disponibili.
2. Inserimento nel Programma MALPROF del 75% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2014, e per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta

Azioni ed interventi:

INFORMO:

- Partecipare ai lavori del gruppo regionale Informo per la suddivisione degli infortuni trattati nel corso del 2014 per l'inserimento nel programma nazionale in base all'effettivo andamento infortunistico nell'ultimo triennio dei dati disponibili.
- Concorrere all'inserimento di almeno 60 eventi complessivi regionali con le caratteristiche utili.

MALPROF

- Inserire il 75% delle malattie professionali segnalate trattate e concluse nel 2014 che abbiano evidenziato un nesso di causa possibile, probabile o un nesso di concausa con l'attività lavorativa svolta

Amianto

Obiettivo aziendale:

Rilancio attività ex esposti ad amianto

Risultato atteso:

- Invio al Centro operativo regionale (COR) di tutti i questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia segnalazione dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta su familiari.
- Formazione dei medici competenti relativamente al piano di sorveglianza sanitaria per addetti alle bonifiche da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08. Al corso, organizzato dal CRUA, dovranno partecipare tutti i SPSAL

Azioni ed interventi:

- Inviare al COR tutti i questionari ReNaM dei casi di mesotelioma indagati, o segnalati dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta sui familiari, secondo una prassi locale ormai

consolidata.

- Partecipare, unitamente al CRUA, alla realizzazione di corso di formazione dei medici competenti relativamente al piano di sorveglianza sanitaria per addetti alle bonifiche, anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art. 13 DLgs 81/2008

Malattie professionali osteoarticolari

Obiettivo aziendale Diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori	Risultato atteso: Organizzazione di un corso regionale in collaborazione con l'INAIL con la partecipazione di tutti i SPSAL ed organizzato dall'ASS 6 anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08.
--	--

Azioni interventi

- Partecipare all'organizzazione di un corso di formazione per operatori SCPSAL sull'argomento specifico
- Garantire l'informazione ai datori di lavoro, consulenti tecnici/referenti, Associazioni di categoria, Rappresentanti dei lavoratori e medici competenti sul tema specifico attraverso incontri di informazione o distribuzione di materiale informativo

Conoscenza del territorio e delle specificità

Obiettivo aziendale: Conoscenza delle specificità territoriali sulla cui base impostare progetti di prevenzione coordinati tra le diverse ASS.	Risultato atteso: Produzione di un documento che a partire dai dati dei nuovi flussi informativi su aziende, dipendenti, infortuni e malattie professionali, individui specificità e criticità tali da poter pianificare degli interventi coordinati a livello interaziendale o regionale su specifici comparti e/o settori produttivi
---	---

Azioni interventi

Partecipare al gruppo di lavoro regionale che sulla base dei dati correnti disponibili produrrà un'analisi delle situazioni di criticità verso le quali indirizzare interventi preventivi mirati

Medici Competenti delle aziende sanitarie

Raccordo con la programmazione precedente:

Da alcuni anni si è costituito il gruppo dei medici competenti delle aziende sanitarie del FVG, con il coordinamento della Direzione Centrale Salute, con lo scopo di affrontare le problematiche di salute emergenti tra i dipendenti e di concordare i protocolli sanitari e le modalità di espressione dei giudizi di idoneità, per permettere il confronto a livello regionale dei dati che derivano dalla sorveglianza sanitaria.

Obiettivo aziendale: Individuazione di una modalità uniforme di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Risultato atteso: Proposta di un modello Excel con variabili significative condivise ed omogenee per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.
--	---

Azioni ed interventi:

- Partecipazione del Medico Competente alle riunioni organizzate a livello regionale
- Definizione concordata delle variabili con cui codificare i giudizi di idoneità a partire da quelle utilizzate abitualmente.
- Partecipazione alla progettazione dello strumento informatizzato per la raccolta dei dati a livello regionale.

Linea n 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione

Raccordo con la programmazione precedente

Da alcuni anni Regione e Aziende Sanitarie e Ospedaliere sono impegnate nei programmi di promozione di

Linea n 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione

corretti stili di vita in coerenza con Guadagnare Salute: su questi temi nel 2013 è stato siglato un protocollo tra regione, Federsanità e Auser per promuovere collaborazioni intergenerazionali, per cui la promozione dell'invecchiamento attivo incrocia e completa la promozione degli stili di vita "life course".

Da rilevare anche che la realizzazione di questi programmi prevede – in particolare per alcuni temi – la collaborazione di diverse strutture aziendali, territoriali e ospedaliere

Nel 2013 è stata rivista l'interfaccia del programma di registrazione dei dati sull'allattamento al seno: la completezza della registrazione è il primo passo da compiere verso un rilancio di una pratica fondamentale per promuovere corretta nutrizione.

<p>Obiettivo aziendale Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione:</p> <ul style="list-style-type: none">- promozione dell'allattamento al seno- diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione, anche in collaborazione con Comuni e Ambiti	<p>Risultato atteso: Evidenza della attuazione dei programmi di:</p> <ul style="list-style-type: none">- Allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80% dei nati e alla seconda vaccinazione sul 65% dei vaccinati (rif. SIASI).- Alimentazione nei servizi prima infanzia (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale): diffusione dell'informazione sulle linee di indirizzo e sulla politica aziendale ASS1 in materia di allattamento e alimentazione complementare, rivolta ad operatori nidi e famiglie: 1 incontro per ogni ambito/distretto. Report finale- Ristorazione collettiva nelle scuole primarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale): Rilevazione della diffusione e adesione alle linee di indirizzo regionali nei servizi di ristorazione scolastica di tutti i Comuni della provincia. Produzione di un report.- Distribuzione automatica nelle scuole secondarie (diffusione Linee di indirizzo, verifica, report finale): Rilevazione della diffusione e adesione alle linee di indirizzo regionali testando almeno il 50 % (7 istituti) delle scuole secondarie : stesura report finale
--	---

Azioni ed interventi:

Allattamento al seno

- Azioni di promozione allattamento al seno e della sana alimentazione nel rispetto degli standard UNICEF dell'iniziativa nazionale "Insieme per per l'Allattamento: Ospedali& Comunità Amiche del Bambino"
- Rilevazione dei dati sull'alimentazione alla seconda vaccinazione

Alimentazione nei servizi prima infanzia

- Coordinamento con referenti servizi comunali e servizi privati
- Condivisione tra referenti sanitari e referenti educativi su intervento informativo/formativo
- Confronto con i dati dei questionari accreditamento UNICEF
- Stesura report finale

Ristorazione collettiva nelle scuole primarie

- Stesura scheda di rilevazione
- Individuazione campione
- Rilevazione
- Stesura report finale

Distribuzione automatica nelle scuole secondarie

- Stesura scheda di rilevazione
- Individuazione campione
- Rilevazione
- Stesura report finale

Linea n 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione	
Obiettivo aziendale Proseguire nell'attività di sensibilizzazione sulla Prevenzione incidenti stradali e promozione mobilità sostenibile e sicura	Risultato atteso: Evidenza dell'effettuazione di interventi formativi e di sensibilizzazione svolti e degli stakeholder coinvolti
Azioni ed interventi: - Effettuazione di un incontro formativo per gli operatori aziendali mirato alla sicurezza sulla strada e alla mobilità sostenibile. - Attività di informazione nei confronti degli utenti che accedono all'Azienda nell'ambito del rinnovo delle patenti.	

Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività formative sulla Prevenzione incidenti domestici orientate al target anziani e bambini	Risultato atteso: Evidenza delle azioni informative/formative svolte e degli stakeholder coinvolti
Azioni ed interventi: Effettuazione di due incontri con gli stakeholder al fine di fornire informazione e strumenti di formazione e condividere obiettivi comuni per azioni di prevenzione.	

Raccordo con la programmazione precedente: Le diverse articolazioni organizzative dell'ASS1 prevedono nelle proprie linee strategiche di attività, interventi specifici ed integrati in partnership con altri attori territoriali, istituzionali e non. In particolare si segnala: <u>in tema di alcol</u> da oltre un decennio il DDD promuove: <ul style="list-style-type: none"> - progettualità specifiche finalizzate alla formazione del personale sanitario (medici di medicina generale, personale ospedaliero, Ordine dei Medici) per il riconoscimento precoce ed l'invio al trattamento delle problematiche e delle patologie alcol correlate (PPAC); - campagne di informazione e sensibilizzazione alla popolazione generale ed a gruppi target; - interventi di prevenzione; - collaborazione e qualificazione delle associazioni di volontariato (formazione, sostegno delle attività, continuità terapeutica per gli utenti inseriti nei club). <u>In tema di tabagismo</u> il Centro, realtà riconosciuta a livello nazionale, si è strutturato per garantire risposte coerenti rispetto alla formazione degli attori della rete e nella strutturazione dell'offerta di cura, anche con programmi specifici a target di popolazione a rischio grazie alla condivisione di percorsi con altre strutture specialistiche. <u>Per la promozione all'attività motoria</u> , nel 2013, ASS1 ha attivato gruppi gestiti da volontari presso le microaree. L'attività oltre ad avere finalità di benessere fisico aveva obiettivi di socializzazione tra i partecipanti. Inoltre il distretto 4, distretto capofila de progetto, si è reso disponibile al monitoraggio dell'attività stessa e ha effettuato consulenze su richiesta per il superamento di lievi problemi fisici di tipo transitorio. Nel 2013 ASS1 ha attuato l'impegno per la realizzazione di corsi di attività motoria per adulti/anziani da svolgersi nelle palestre dei ricreatori in collaborazione con Comune, associazioni di volontariato ecc. L'attività è stata attivata a ottobre 2013 con più di 200 iscritti e continuerà per tutto il 2014.	
Obiettivo aziendale Prosecuzione nell'attività del Programma Guadagnare Salute 1 Contrasto all'abuso di alcol: 2 Contrasto al tabagismo e all'esposizione a fumo passivo 3 Promozione dell'attività motoria	Risultato atteso: 1. Promuovere l'applicazione di quanto previsto dal Piano Regionale delle Dipendenze relativamente ai problemi alcol correlati 2. <ul style="list-style-type: none"> - Iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano (prevenzione dell'iniziazione; disassuefazione) - Iniziative finalizzate a promuovere ambienti sanitari liberi dal fumo (formazione accertatori; registro accertatori; sopralluoghi) 3. Attuazione di nove gruppi nell'ambito del progetto "muoviamoci insieme" e di 3 corsi per anziani

Azioni ed interventi:

1 Contrasto all'abuso di alcol:

In coerenza da quanto previsto dal PARD il DDD nel corso del 2014 assicura:

- Attività di prevenzione e di riduzione dei rischi nella popolazione giovanile (Progetto Overnight 2014)
- Attività di prevenzione e di sensibilizzazione nella popolazione generale ("Aprile mese di prevenzione algologica" e "Alcol Prevention Day")
- Attività di prevenzione e di informazione alle persone afferenti alla S.C. Dipendenza da Sostanze Illegali per violazione ex art. 186 del Codice della Strada (corsi strutturati in orario serale)
- Gestione di gruppi per familiari di utenti alcolisti
- Collaborazione con le associazioni di auto-mutuo aiuto (ASTRA, Hyperion, ACAT, AA)
- Implementazione di percorsi formativi in tema di "Minimal Advise" rivolti a personale sanitario al fine di rilevare e trattare le PPAC (es: Azienda Ospedaliero Universitaria Trieste)

2 Contrasto al tabagismo e all'esposizione a fumo passivo:

Iniziativa finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano:

- Partecipazione a tutte le convocazioni del Tavolo regionale Tabagismo
- Prosecuzione dell'offerta di cura e di disassuefazione per tabagismo presso il Centro Interdipartimentale per il Tabagismo, con offerta di cura personalizzati (singoli e/o di gruppo)
- Percorsi di presa in carico integrata con altre strutture sanitarie (ASS1: Centro Cardiovascolare, SS.SS. Diabetologia Distretti Sanitari n. 1,2,3,4 e S:S. Medicina del lavoro. AO/UTS: Polo Cardiologico (Cardiologia e Cardiochirurgia).

3 Promozione dell'attività motoria

Mantenimento dell'attività " Muoviamoci insieme" con almeno 9 gruppi e implementazione di corsi di attività motoria per adulti/anziani da svolgersi nelle palestre dei ricreatori in collaborazione con Comune, associazioni di volontariato ecc.

Obiettivo aziendale Invecchiamento attivo: Realizzazione di attività/progetti in collaborazione con enti e/o associazioni finalizzati alla promozione di corretti stili di vita con attenzione al valore dell'intergenerazionalità	Risultato atteso: Evidenza dell'effettuazione di interventi
---	--

Azioni ed interventi:

- Confronto dei dati emersi dall'analisi Passi d'Argento aziendale e da quella di carattere nazionale al fine di individuare le aree critiche su cui intervenire
- Assieme all'Ambito 1.2 saranno attivati 3 incontri divulgativi sui corretti stili di vita coinvolgendo le associazioni di volontariato e il terzo settore
- Sarà attivato un percorso teatrale intergenerazionale in collaborazione con il teatro la Cantrada e il Collegio IPASVI di Trieste

Obiettivo aziendale Marketing sociale: partecipazione al censimento regionale realizzato dall'Area Welfare, finalizzato all'implementazione delle informazioni inserite nel portale regionale dei giovani	Risultato atteso: - Costruzione dei materiali da inserire nel sito (DSM, DDD, Distretti, DIP) - Sezione aggiornata con materiale delle aziende sanitarie (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimenti di salute Mentale, SC Tutela salute Bambini Adolescenti Donne e Famiglie.) pertinente i temi trattati dal portale www.giovani.fvg.it
--	---

Azioni ed interventi:

- Costruzione dei materiali da inserire nel sito (DSM, DDD, Distretti)
- Collegamento dal portale regionale dei giovani al sito - gestito da Televita - rivolto a tardo adolescenti e giovani adulti.

Linea n. 1.3.2.5 Programmi di sorveglianza	
Raccordo con la programmazione precedente: Le rilevazioni del progetto PASSI vengono effettuate regolarmente dall'ASS 1, alle stesse segue l'organizzazione di incontri con il personale sanitario aziendale per la diffusione dei risultati. Relativamente all'attività svolta nel 2013 è stato prodotto uno specifico report.	
Obiettivo aziendale Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione	Risultato atteso: - Effettuazione 280 interviste PASSI e produzione di un report aziendale almeno sui 4 temi di guadagnare salute (con diffusione dei risultati in azienda). - Effettuazione delle rilevazioni Okkio e HBSC come da indicazioni regionali
Azioni ed interventi: PASSI: Saranno messi in atto azioni ed interventi secondo le indicazioni regionali. La produzione del report sui 4 temi di Guadagnare salute è subordinata alla disponibilità del database e dei programmi di analisi da parte del gruppo tecnico nazionale PASSI OKKIO: Saranno messi in atto azioni ed interventi secondo le indicazioni regionali. HBSC: Saranno messi in atto azioni ed interventi secondo le indicazioni regionali.	

Conoscere per innovare	
Obiettivo aziendale Conoscere e condividere i progetti di prevenzione e promozione della salute attivi tra tutte le aziende sanitarie al fine di valorizzare e promuovere efficacia ed efficienza	Risultato atteso: Mappatura delle iniziative e programmi in corso di realizzazione (o appena conclusi) da parte delle strutture aziendali interessate dalle linee di Guadagnare Salute, con indicazione dei risultati attesi/raggiunti, delle risorse impiegate e delle evidenze a supporto delle metodologie adottate.
Azioni ed interventi: Collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione regionali al fine di giungere alla mappatura delle iniziative e programmi in corso di realizzazione (o appena conclusi) da parte delle strutture aziendali interessate dalle linee di Guadagnare Salute	

Linea n 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	
Raccordo con la programmazione precedente Sanità Animale: prosecuzione nell'applicazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini al fine del mantenimento dell'indennità. Prosecuzione nell'applicazione del PQSA.	
Obiettivo aziendale: Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Risultato atteso: Elaborazione di un Piano operativo aziendale 2014 sulla Ristorazione collettiva.
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Adattamento del piano operativo regionale al contesto territoriale - Elaborazione di un Piano operativo aziendale 2014 sulla Ristorazione collettiva. - Attuazione del piano operativo riguardante le attività di prevenzione e controllo sulla ristorazione collettiva nelle strutture assistenziali per anziani elaborato nel 2013. - Un incontro promosso dal DIP dedicato alla comunicazione e coordinamento del piano operativo con gli altri soggetti interessati, sanitari e non (MMG, specialisti del territorio e ospedalieri, Istituzioni pubbliche, private e Associazioni a vario titolo interessate), obiettivo collegato alla linea 1.3.2.4 – obiettivo aziendale “invecchiamento attivo”. - Rilevazione degli aspetti igienico-nutrizionali, strutturali e gestionali, in 20 (22% circa) strutture assistenziali per anziani - Elaborazione report 	

Linea n 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	
<p>Obiettivo aziendale: Monitoraggio della applicazione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 sulla riduzione dell'autocontrollo.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condivisione del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 con la stesura di un documento finale di analisi del rischio sulla riduzione dell'HACCP nelle piccole imprese - Almeno 7 (6 SCIAN e 1 VET), interventi di controllo programmati per il 2014 – a conclusione della prima fase - da parte dei Servizi Veterinari e SIAN. Stesura di un report finale al fine della validazione del progetto
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione del personale alla formazione dedicata promossa dalla Direzione regionale - Condivisione tra servizi SCIAN E SSTISAOA del Decreto 127/VETAL 22/02/2012 sulla riduzione dell'autocontrollo nelle piccole imprese. La stesura del documento finale di analisi del rischio è competenza del Servizio Sicurezza Alimentare. Igiene della Nutrizione e Sanità Pubblica Veterinaria della Regione Friuli Venezia Giulia. - Realizzare gli interventi di controllo programmati per il 2014 da parte di Servizi Veterinari e SCIAN, corrispondenti al numero delle micro imprese alimentari del territorio di Trieste che hanno aderito al progetto. Il lavoro svolto sarà oggetto di un report finale aziendale. 	
<p>Obiettivo aziendale: Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2013</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>SCIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno 530 interventi ispettivi programmati per il 2014 - il 6 audit programmati per il 2014 - 94 controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e di valutazioni del rischio programmati - n.350 valutazioni del rischio programmati - 6 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. <p>SSTISAOA</p> <ul style="list-style-type: none"> - 370 interventi ispettivi nelle imprese alimentari riconosciute, registrate e nel settore primario. - 6 Audit nelle imprese alimentari riconosciute e registrate, in base alla frequenza stabilita dal PQSA. - 110 campioni ufficiali di alimenti; - 25 valutazioni del rischio nelle imprese alimentari registrate del commercio al dettaglio (macellerie e pescherie) con l'utilizzo del programma regionale SISAVER, in base alla frequenza stabilita dal PQSA. - 6 controlli ispettivi congiunti con il SIAN come da accordo Conferenza Stato Regioni.
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Per le attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione effettuare gli interventi programmati per il 2014:</p> <p>SCIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi ispettivi programmati per il 2014 - Audit programmati per il 2014 	

Linea n 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	
<ul style="list-style-type: none"> - Campionamenti di alimenti - Valutazioni del rischio programmati - Controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. 	
SSTISAOA <ul style="list-style-type: none"> - Interventi ispettivi programmati per il 2014 nelle imprese alimentari riconosciute, registrate e nel settore primario. - Audit programmati per il 2014 nelle imprese alimentari riconosciute e registrate, in base alla frequenza stabilita dal PQSA. - Campioni ufficiali di alimenti in linea con la programmazione regionale 2013; - Valutazioni del rischio nelle imprese alimentari registrate del commercio al dettaglio (macellerie e pescherie) con l'utilizzo del programma regionale SISAVER, in base alla frequenza stabilita dal PQSA. - Controlli ispettivi congiunti con il SIAN come da accordo Conferenza Stato Regioni. 	
Obiettivo aziendale: Attuazione del terzo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura	Risultato atteso: Stesura di una relazione finale di verifica su: <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - prodotti lattiero caseari di malga - miele
Azioni ed interventi: Stesura di una relazione finale a seguito dei controlli ufficiali sulle imprese alimentari della Provincia di Trieste che hanno aderito al progetto Piccole Produzioni Locali nei settori delle carni suine e del miele.	
Attuazione degli interventi previsti dal piano regionale fitosanitari	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none"> - Formazione dei TdP ed altro eventuale personale dei dipartimenti di Prevenzione che effettuerà le visite ispettive (formazione, eventualmente anche con corso interaziendale, da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08). - Visite ispettive nel 30% delle rivendite presenti nel territorio aziendale secondo gli indirizzi operativi del Ministero della Salute (prot.0043613-P-23/10/2013). - Visite ispettive a livello interdipartimentale (tra servizi igiene e SPSAL) in 90 aziende agricole complessivamente: la suddivisione delle aziende sarà definita in base al peso che il comparto assume in ciascuna azienda sanitaria. - Produzione di un report contenente i dati delle visite, da trasmettere alla Direzione Centrale salute , secondo le indicazioni ministeriali
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione, nell'ambito del coordinamento Regionale alla formazione dei TdP ed altro eventuale personale dei dipartimenti di Prevenzione che effettuerà le visite ispettive (formazione basata su corso interaziendale o locale, da realizzarsi anche ricorrendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08) (prevista la partecipazione al corso promosso dalla Direzione regionale di tutti i tdp (in relazione alla disponibilità di posti) - Visite ispettive in 7 rivendite (30% delle rivendite presenti nel territorio aziendale) secondo gli indirizzi operativi del Ministero della Salute (prot.0043613-P-23/10/2013). - Realizzazione di ispezioni in collaborazione tra SCISPPA e SCPSAL) in 2 (dato stimato*) aziende agricole (*il numero esatto di aziende da visitare sarà definito a livello Regionale in base al peso che il comparto assume in ciascuna azienda sanitaria). - Produzione di un report contenente i dati delle visite, da trasmettere alla Direzione Centrale salute , secondo le indicazioni ministeriali 	

Linea n 1.3.2.6 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	100% dei controlli agli allevamenti della coorte individuati dal piano Regionale;
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per la Malattia di Aujeszky (suini); - Eseguire i controlli previsti dal piano Regionale; - Mantenere l'attività di farmacovigilanza previste, con particolare riferimento alle vaccinazione contro il Morbo di Aujeszky 	
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	100% interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PQSA 2014
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per il benessere animale (tutte le specie previste nel PQSA 2014); - Eseguire il 100% dei controlli previsti dal PQSA 2014. 	

Linea n 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione	
Raccordo con la programmazione precedente L'Azienda partecipa al tavolo Regionale V.I.S.P.A. dando un contributo attivo alle valutazioni da questo effettuate	
Ambiente e salute	
Obiettivo aziendale Applicazione della procedura di Valutazione di Impatto sulla Salute	Risultato atteso: Evidenza del coinvolgimento dell'ARPA e degli "informatori chiave" quali Comune, Provincia, etc. per l'individuazione degli elementi utili all'espressione del parere su insediamenti , progetti e piani impattanti sul territorio e sulla salute (anche prodotti per area vasta).
Azioni ed interventi: Attività coordinata con i soggetti istituzionali coinvolti a livello regionale. Non sono previste allo stato attuale valutazioni per il 2014 nell'ambito della provincia di Trieste.	

Prevenzione cardiovascolare	
Obiettivo aziendale Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	Risultato atteso: Valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale e degli stili di vita, da parte dei mmg, in una quota di cittadini appartenenti alla popolazione eligibile (come da accordo mmg), estensione della valutazione degli stili di vita e del rischio cardiovascolare globale ad altre figure professionali.
Formare i professionisti	Formazione a distanza realizzata e disponibile per gli operatori sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia.
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Evento formativo a distanza e/o tradizionale da organizzare con i MMG che hanno partecipato al progetto nel 2013 sulla stratificazione del rischio cardiovascolare, sulle modalità di intervento, sui target terapeutici; - Rivalutazione del rischio Cardiovascolare ad 1 anno nei 30 pazienti arruolati dai MMG che hanno partecipato al progetto nel 2013, secondo le Linee Guida sulla Prevenzione Cardiovascolare della Società Europea di Cardiologia 2012 - Invio al Centro Cardiovascolare di tutti i pazienti a rischio cardiovascolare elevato o molto elevato per screening cardiovascolare del danno d'organo ed intervento appropriato, se non già effettuato; - Eventuale estensione ad altri MMG del progetto formativo e della valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale in 30 pazienti 	

REACH	
Obiettivo aziendale Applicazione del regolamento REACH in ambito locale	Risultato atteso: Almeno un'ispezione per Area Vasta
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Contributo della SCIAN con la partecipazione al tavolo di lavoro e alla progettazione di azioni condivise relative alla prevenzione primaria del rischio - Un'ispezione per Area Vasta isontino-giuliana 	

Contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti	
Raccordo con la programmazione precedente Nel 2013 la rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per le altre forme di disagio - sofferenza nell'adolescenza ha continuato la sua attività con le forme organizzative già messe a punto. Si è ipotizzato di estendere il lavoro di prevenzione integrando il progetto Telefono Speciale con il programma dedicato all'esordio "Qualcosa è cambiato". Nel tentativo di raggiungere sempre meglio la popolazione target è stata prevista la realizzazione la costruzione di un sito web che fornirà informazioni sulle tipologie dei disturbi che possono colpire la popolazione target. Si è proceduto anche alla stesura dei materiali informativi - che verranno diffusi nel 2014 - ai MMG – PLS e alle scuole. Il Numero Verde sarà un punto di contatto tra territorio e servizi per la presenza di Televita che gestirà il Numero dedicato senza soluzioni di continuità con Telefono Speciale.	
Obiettivo aziendale Collaborazione – secondo le indicazioni regionali – tra Dipartimenti di Dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori, Dipartimenti di Prevenzione, per la stesura di protocolli congiunti finalizzati al riconoscimento precoce delle situazioni a rischio	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none"> - Avvio del Sito Web. - Pubblicazione monitoraggio trimestrale condotte suicidarie.
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Avvio sito WEB dedicato promosso da ASS 1 (DSM, DDD, Consultori/SSTSBA, DIP) in collaborazione con società Televita. - Ripresa dell'attività di monitoraggio trimestrale delle condotte suicidarie. 	

Meglio Sapere Tutto	
Raccordo con la programmazione precedente Nel corso del 2013, coerentemente con la linea ministeriale Guadagnare salute INADOLESCENZA, ha preso avvio il progetto " Meglio Sapere Tutto", che intende utilizzare la metodologia della Peer Education per interventi di prevenzione e promozione della salute rivolta alla popolazione adolescenziale relativa ai comportamenti a rischio nell'area della sessualità e dell'uso di sostanze (PAL 2013- linea 1.2.2.6 e del.470 del 29/11/2013). I servizi di ASS1 (SCBADOFF distrettuali – DDD e DIP) insieme a 4 Istituti Scolastici Superiori (6 scuole) della Provincia di Trieste che hanno formalmente aderito, hanno avviato, come previsto, le attività previste dal progetto (formazione, reclutamento dei Peer Educator) per l'anno scolastico in corso, nell'ottica di una declinazione biennale delle attività..	
Obiettivo aziendale Prosecuzione delle attività del progetto " Meglio Sapere Tutto" La promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le malattie sessualmente trasmesse (M.S.T.), l'uso di sostanze e altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education	Risultato atteso: Evidenza delle azioni informative/formative previste dal progetto per l'anno 2014

Azioni ed interventi:

- Completamento della attività di formazione dei Peer Educator
- Prosecuzione delle attività di formazione degli insegnanti delle scuole aderenti al progetto
- Pianificazione e realizzazione degli interventi da parte di Peer Educator e degli insegnanti nelle classi delle scuole aderenti al progetto

1.3.3 Progettualità dell'ASSISTENZA SANITARIA

Linea n. 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica

Nel corso del 2013 l'Azienda ha continuato l'attività di contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale monitorando le prescrizioni farmaceutiche ed ha realizzato iniziative volte a promuovere l'appropriatezza prescrittiva. In particolare:

- Sono stati monitorati gli indicatori di programmazione e controllo ex DL 78/10 condividendone periodicamente gli andamenti con i medici aziendali e i MMG con report ed incontri di audit
- È stata avviata la DPC dell'AVGI dal 2/4/2013; il responsabile ff della SCAF, individuato quale referente per l'AVGI, ne gestisce tutti gli aspetti tecnico-professionali. Contemporaneamente è stata incentivata la distribuzione diretta nei confronti dei pazienti in ADI ed in assistenza residenziale.
- E' stato presentato e divulgato ai prescrittori il *prontuario terapeutico aziendale per le Strutture residenziali e semiresidenziali* ed è stata monitorata la distribuzione diretta nei confronti delle Strutture interessate.
- 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 ridefinendone la parte economica dell'onere.
- la distribuzione diretta post dimissione e post visita specialistica ambulatoriale da parte delle Strutture dipendenti e accreditate di ASS1 è perdurata limitatamente alle concrete possibilità di effettuarla
- già nel 2012 era stato adottato un protocollo atto a favorire la prescrizione dei biosimilari in ambito di area vasta (deliberazione n. 178 del 31 maggio 2012), iniziando un positivo percorso nel 2013 d'incremento del loro utilizzo periodicamente monitorato (centro prescrittore di ASS1 solo il CSO).
- ai MMG sono stati presentati il report regionale delle prescrizioni farmaceutiche (scheda medico), il report sulla politerapia nel paziente anziano con il dettaglio delle possibili interazioni, il report sull'aderenza alla terapia con statine ed il report del sistema TS e sono stati inoltrati/consegnati personalmente ad ogni MMG
- Premesso che da dic 2012 le prescrizioni AFIR dei presidi per diabetici a favore di assistiti con esenzione 013 (diabete permanente) vengono rimborsate con l'applicazione dell'aliquota iva agevolata (4%), nel corso del 2013 si è concordato con il concessionario della lettura ottica delle ricette un percorso di monitoraggio e verifica della corretta applicazione dell'iva.
- Com'è noto la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA è stata oggetto di migrazione nel 2013 da un applicativo ad un altro determinando 2 situazioni: le richieste di rimborso relative alle prescrizioni del periodo di transizione non trovano ad oggi la definizione di una procedura per la richiesta di rimborso (aspetto già all'attenzione dell'AIFA) inoltre la nuova procedura è meno snella non prevedendo notifica della prescrizione al farmacista
- Nel 2013 è continuata la definizione in area vasta di percorsi di appropriatezza prescrittiva, in particolare riferita ai farmaci per la terapia dell'epatite C. E' stato redatto un numero della pubblicazione del *Così è se vi pare* che integra ed approfondisce analogo documento regionale. Inoltre sono state aggiornate le raccomandazioni riguardo alle molecole di scelta tra statine e sartani in relazione alla nuova nota 13. Si auspica per il futuro di operare di concerto con la Direzione Centrale Regionale per la condivisione dei PTA e dei PTAV.
- Anche nel 2013 si sono verificati puntualmente i flussi informativi della farmaceutica verso le amministrazioni centrali

Nel corso dell'anno si è dato avvio alla prescrizione informatica dei Piani terapeutici.

<p>Obiettivo aziendale Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, al fine di raggiungere il target definito dall'AIFA-MEF per le classi terapeutiche riportate nell'allegato C2 delle linee di gestione 2014 (sartani non associati; sartani associati a diuretici, statine, agonisti selettiva dei recettori 5HT1, altri antiepilettici ;SSRI ,altri antidepressivi, adrenergici e altri farmaci per disturbi ostruttivi) - Adozione di protocolli atti a favorire la
--	--

Linea n. 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica

	<p>prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina, epoietine, fattori di crescita granulocitari e definizione e monitoraggio di specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati. (N.B. – presso ASS 1 può prescrivere tali farmaci solo la S.C. CSO)</p> <ul style="list-style-type: none">- Distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale e continuazione della distribuzione per conto (DPC). Monitoraggio dei consumi e della appropriatezza d'uso con particolare riguardo alla politerapia nell'anziano in entrambe le fattispecie distributive.- Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): adozione dei percorsi definiti a livello regionale e monitoraggio degli indicatori correlati.- Implementazione a livello distrettuale del report regionale delle prescrizioni farmaceutiche già consolidato nel corso del 2013;- Monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa tali da 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.- Verifica di fattibilità ed avvio della DPC dei prodotti AFIR al fine del contenimento della spesa.
--	--

Azioni ed interventi:

- Monitoraggio degli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010 e diffusione ai MMG/PLS/SA/MCA di ASS 1 delle evidenze anche in incontri di audit al fine di raggiungere il target definito dall'AIFA-MEF per le classi terapeutiche (sartani non associati; sartani associati a diuretici, statine, agonisti selettiva dei recettori 5HT1, altri antiepilettici ;SSRI ,altri antidepressivi, adrenergici e altri farmaci per disturbi ostruttivi) riportate nell'allegato C2 delle linee di gestione 2014;
- Definizione e monitoraggio di specifici indicatori-obiettivi di prescrizione dei biosimilari da condividere con le altre Aziende dell'AVGI, cui dovranno tendere i centri autorizzati;
- Conferma degli accordi con le altre Strutture del SSR ai fini della distribuzione diretta del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica a favore degli assistiti di ASS;
- Mantenimento della distribuzione diretta dei medicinali a favore degli assistiti delle Strutture Residenziali e semiresidenziali, in ADI e dopo visita ambulatoriale;
- Adozione e monitoraggio degli indicatori di appropriatezza prescrittiva definiti dalla Regione dei farmaci ad alto costo N.B. – per ASS 1 riguarda solo la S.C. CCV e la prescrizione di NAO;
- Implementazione a livello distrettuale del report "scheda medico" sviluppato a livello regionale attraverso l'inoltro periodico ai prescrittori della propria scheda e l'analisi commentata delle informazioni contenute negli incontri con gli UDMG e/o alcuni MMG;
- Monitoraggio delle prescrizioni AFIR dei dispositivi per diabetici volte a valutare l'appropriatezza dei limiti massimi prescrivibili e diffusione ai MMG/PLS/SA/MCA di ASS 1 delle evidenze anche in

Linea n. 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica	
incontri di audit;	
- Verifica di fattibilità ed avvio della DPC dei prodotti AFIR al fine del contenimento della spesa	
Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA avverrà nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi anche attraverso responsabilizzazione dei medici della S.C. CSO; - Condivisione tra le Aziende dell'AVGI di protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo (farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali), con particolare riguardo all'integrazione ospedale-territorio. Definizione di almeno un percorso di appropriatezza sui farmaci ad alto costo NAO tra SSCC di Cardiologia e CCV. - Implementazione da parte della S.C. CSO della cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014); - Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il 90% dei movimenti informatici (concordato con Direzione). Condivisione con la Direzione Regionale Centrale di indicatori per valutare la DPC e/o verificare l'attività delle Aziende al fine di favorire l'autocontrollo. - Implementazione del sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente.
Azioni ed interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> - Il responsabile aziendale dei farmaci in parola, attua tutte le procedure necessarie a consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing per i registri che risultano operativi - Continuerà il percorso di appropriatezza prescrittiva attraverso la redazione di un numero dedicato del Così se vi pare su argomenti che potrebbero essere preventivamente condivisi con la Direzione centrale. Verrà definito almeno un percorso di appropriatezza sui farmaci ad alto costo - Il CSO assicura i livelli di completezza della cartella oncologica pari ad almeno il 95% dei pazienti - Proseguirà il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali implementandolo anche sulla DPC al fine di garantire la copertura del 90% della fase 3 - Si provvederà ad inoltrare alla Direzione centrale le evidenze di eventuali erogazioni farmaceutiche effettuate a favore di pazienti regionali non afferenti ad ASS1 utilizzando sistemi regionali validati quali 	

Linea n. 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica
Business Object

Linea n. 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure	
<p>Raccordo con la programmazione precedente: Nel 2013 sono state sviluppate azioni rispetto al programma del governo clinico e della sicurezza delle cure nell'ambito del monitoraggio del consolidamento dei programmi in atto, degli indicatori specifici individuati, della standardizzazione della documentazione sanitaria tra i diversi livelli di assistenza, della sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza in ambito ospedaliero e territoriale, della implementazione di programmi specifici su Rischio chirurgico, Sicurezza nell'uso dei farmaci, Rischio infettivo, Lesioni decubito e cadute accidentali, Formazione del personale sulle tematiche specifiche.</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico. - Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo; - Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici - Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely) - l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie; - Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso; - Implementazione del principio di "trasparenza" mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011; - Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo; - Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati - Definizione di piani di miglioramento per le

	proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>ASS1 al fine di garantire livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie in tutto il territorio provinciale, in accordo con i programmi regionali si impegna a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trasmettere il monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico secondo le scadenze indicate dalla programmazione regionale, - partecipare alle attività di validazione dei dati raccolti, - programmare e attuare azioni correttive e di miglioramento delle performance raggiunte - partecipare ai nuovi programmi di miglioramento continuo finalizzati al raggiungimento di livelli di performance condivisi (in particolare su lesioni da decubito, rischio cadute e rischio infettivo) - continuare la sorveglianza sull'uso dei farmaci (polifarmacoterapia nei pazienti anziani, uso degli antibiotici) - mettere in relazione i programmi sulla sicurezza del paziente con i dati assicurativi e relativi al contenzioso; - avviare un percorso di trasparenza sugli standard di qualità e sicurezza aziendali - programmare forme di coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza - continuare la formazione del personale iniziata nel 2012 <p>Nel Piano sulla gestione del rischio clinico, parte integrante del PAL, verranno riportati in dettaglio gli obiettivi, le azioni e gli indicatori che ASS1 si impegna a perseguire nel corso del 2014</p>	

Linea n. 1.3.3.3 Accreditemento	
Nel 2013 sono state attivate le procedure per l'accreditamento definitivo di RSA e Hospice e nel 2014 si procederà al completamento del programma di accreditamento per le rimanenti strutture territoriali.	
<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Prosecuzione del programma di autovalutazione delle strutture sanitarie pubbliche: autovalutazione dei requisiti della rete per l'assistenza ai pazienti con ictus, della rete trapianti, gravi insufficienze d'organo e della rete delle cure palliative e redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>ASS1 si impegna in merito a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. messa a disposizione dei professionisti valutatori formati e di esperti nelle diverse branche specialistiche per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private 2. autovalutazione della conformità ai requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche in relazione ai percorsi definiti. 3. redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento 	

Linea n. 1.3.3.4 Assistenza protesica
<p>La DGR 2190/2012, "<i>Linee guida regionali per l'assistenza protesica</i>", ha disciplinato in maniera omogenea l'attività di assistenza protesica, semplificando l'accesso alla stessa da parte degli assistiti, definendo in modo puntuale i percorsi assistenziali e, infine, stabilendo la successiva realizzazione di procedure operative specifiche -condivise con i professionisti e con le Società Scientifiche della regione - intese a regolamentare la valutazione, la prescrizione e la fornitura dei dispositivi a maggior impatto clinico ed economico e a migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Alcune procedure operative sono state già adottate con decreto (protesi acustiche), altre sono in corso di emanazione (ortesi arto inferiore per il piede diabetico, comunicatori, CPAP, ortesi arto inferiore per minori). È stata inoltre adottata con decreto la procedura per la revisione e l'aggiornamento periodico dell'elenco regionale delle ditte abilitate alla fornitura dei dispositivi su misura.</p>

Linea n. 1.3.3.4 Assistenza protesica	
<p>Obiettivo aziendale: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta;</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definizione e attuazione di linee operative per l'applicazione del Regolamento; - Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell'assistenza protesica; - Realizzazione e aggiornamento periodico dell'elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare; - Avvio/incremento delle attività relative al riciclo dei dispositivi riutilizzabili, come da indicazioni fornite dalla DCSISSP; - Avvio/incremento dell'acquisizione mediante gara d'acquisto ad evidenza pubblica dei dispositivi elencati nel PRAPallegato 1 DGR 2190/2012
<p>Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISSPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione delle procedure operative per l'applicazione delle linee guida emanate - Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate; - Adeguamento delle strutture interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate
<p>Azioni e interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condividere le linee operative del regolamento di ASS1 con AOUTS e verificare le criticità dei percorsi. Monitorare l'attività di riciclo per ottimizzare l'attività. - Formare il personale sanitario e amministrativo nell'utilizzo dei sistemi informatizzati della protesica (prescrizione e riciclo) - Formazione congiunta con AOUTS per la condivisione ed eventuali modifiche delle modalità operative per la protesica almeno 1 evento - Revisione ogni 6 mesi dell'elenco dei prescrittori e formazione dei nuovi prescrittori - Formazione sul sistema informatizzato del magazzino ausili anche del referente AOUTS: almeno 1 evento - Almeno 8 audit con monitoraggio dell'attività di riciclo del magazzino ausili e relazione finale 	

Linea n. 1.3.3.5 Cure palliative	
<p>Nel 2014, recepita l'intesa stato regione riguardante "i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore", si procederà all'istituzione del coordinamento regionale sia per l'adulto che per l'età pediatrica, ed alla riorganizzazione ed all'accreditamento sia delle reti assistenziali e degli Hospice, garantendo un'integrazione con gli altri percorsi assistenziali erogati dal territorio. Parallelamente si proseguirà con la revisione della documentazione sanitaria in uso nella rete e con il consolidamento del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice</p>	
<p>Obiettivo aziendale: Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alla definizione del percorso di accreditamento delle tre reti secondo i principi dell'accordo stato Regioni n. 151 del 25 luglio 2012 ed all'autovalutazione; - Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore

	per l'età adulta.
Azioni ed interventi	
<ul style="list-style-type: none"> - I referenti aziendali parteciperanno al percorso di accreditamento della rete per le cure palliative e all'autovalutazione dei requisiti individuati - I referenti aziendali parteciperanno lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta. 	

Raccordo con la programmazione precedente: ASS1 adempie tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF	
Soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio. - Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste.
Azioni ed interventi	
<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio. - Invio dei dati previsti dal flusso ministeriale hospice nel rispetto delle tempistiche previste 	

Linea n. 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT	
La Rete Regionale Trapianti si è progressivamente consolidata con perfezionamento dei rapporti tra CRT, coordinamenti locali e centri trapianto in accordo con le indicazioni CNT.	
Obiettivo aziendale CRT: Ottimizzazione della funzionalità e monitoraggio della Rete regionale trapianti (direttiva europea 45/2010 e documento conferenza stato regione ottobre 2011).	Risultato atteso: <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento dell'orario del Centro Regionale Trapianti nei giorni feriali h 8-21; reperibilità medica consultiva regionale notturna e festiva; pronta disponibilità infermieristica nei tre centri prelievo (Udine, Trieste e Pordenone). - Applicazione dei nuovi standard di operatività dei coordinamenti locali
Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende. - Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute >39%.
Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.
Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto
Azioni ed interventi	
ASS1 collaborerà con il Coordinamento locale che ha sede presso l'AOUTS per quanto di competenza	

Linea n. 1.3.3.8 Reti di patologia	
Raccordo con la programmazione precedente: Il tema delle reti di patologia si integra con alcuni percorsi già svolti in questa regione tesi a definire un livello coordinato e integrato dei percorsi assistenziali centrati sui pazienti e della condivisione delle informazioni cliniche tra i professionisti interessati al processo di cura (vedi ad esempio i percorsi assistenziali in ambito oncologico). Nell'area Triestina è già presente un gruppo senologico, costituita da tutti i professionisti interessati delle Aziende Ospedaliero Universitaria e ASS 1 che si incontra regolarmente per la discussione di casi clinici e fornire indicazioni operative alle rispettive Direzioni.	
Obiettivo aziendale Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di	Risultati attesi L'Area Vasta Giuliano Isontina:

<p>colon retto – mammella- polmone con la seguente suddivisione</p> <ul style="list-style-type: none"> - AV.Giu. Isontina per le neoplasie del mammella - AV.Udinese per le neoplasie del polmone - AV.Pordenonese per le neoplasie della colon retto 	<ul style="list-style-type: none"> - Entro il 30/06/2014 svilupperà un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente). - Entro 31/12/2014 adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale - Entro 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e di condivisione delle esperienze fra le aree vaste
<p>Patologica cardiovascolare: Avvio della rete delle emergenze cardiovascolari</p>	<p>Partecipazione all'avvio della rete delle emergenze cardiovascolari</p>
<p>Azioni ed interventi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formalizzazione da parte di tutte le Aziende coinvolte della <i>Brest Unit</i> di cui faranno parte anche i professionisti di ASS2 - Predisposizione del documento di analisi e valutazione dei percorsi esistenti al fine di una loro ottimizzazione entro il 30.6.2014 da parte dei professionisti afferenti alla <i>Brest Unit</i> - Identificazioni del gruppo di lavoro, a cui parteciperà anche il personale dell'URP per l'elaborazione degli indicatori - Adozione del documento programmatico – organizzativo- gestionale e sua presentazione alla conferenza regionale di consenso 	

<p>Linea n. 1.3.3.9 Percorso nascita</p>	
<p>Raccordo con la programmazione precedente: Nel corso del 2012 sono state recepite con DGR 1083/2012 le linee di indirizzo dell'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010 in tema di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali del percorso nascita, sono stati definiti i requisiti minimi delle strutture di Ostetricia, Pediatria/neonatologia e Terapia intensiva neonatale, è stato condotto un Audit perinatale ministeriale ed è stato istituito il Comitato regionale per il Percorso nascita, i cui lavori concorrono all'attuazione delle suddette linee.</p>	
<p>Obiettivo aziendale Miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012</p>	<p>Risultati attesi Partecipazione ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio –Agenda della gravidanza-procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna).</p>
<p>Azioni ed interventi ASS1 garantisce la partecipazione al Comitato per il Percorso Nascita regionale</p>	

<p>Linea n. 1.3.3.10 Malattie rare</p>	
<p>Raccordo con la programmazione precedente: Nel corso del 2013 sono state avviate le azioni propedeutiche alla riorganizzazione delle cure rivolte ai soggetti affetti da malattia rara (di seguito MR), secondo un modello di rete che garantisca la presa in carico globale ed integrata. L'obiettivo di revisione dell'attuale rete regionale malattie rare è conseguente alla necessità di migliorare l'efficienza del sistema che ha evidenziato alcuni elementi di squilibrio. Al fine di acquisire elementi oggettivi che possano contribuire alla ridefinire della suddetta rete, istituita</p>	

Linea n. 1.3.3.10 Malattie rare	
con DGR 3277/2002, vengono promosse azioni volte all'implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001, fondamentale strumento di sorveglianza epidemiologica e supporto alla programmazione sanitaria nazionale e regionale sul tema specifico.	
Obiettivo aziendale: - ASS1 si impegna a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete regionale MR e in quest'ottica collabora con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.	Risultati attesi: - Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora registrati (valutazione su SDO specifiche) - Segnalazione di tutte le nuove diagnosi
Obiettivo del Coordinamento regionale: - Il Coordinamento regionale, nell'ambito della funzione di osservatorio epidemiologico sulle MR prevista dalla DGR 2228/2006, si impegna a supportare attivamente le Aziende intraprendendo ogni iniziativa utile al fine di completare la messa a regime del sistema di registrazione. - Si impegna altresì, ad organizzare incontri formativi con gli operatori coinvolti, finalizzati all'ottimizzazione della qualità dei dati raccolti, ad attivare una sorveglianza epidemiologica delle MR a livello regionale e a produrre un report annuale sulle attività della rete.	Per il Coordinamento regionale: - Effettuazione di azioni mirate al supporto attivo alle Aziende per l'implementazione del flusso al Registro e per il raggiungimento dell'obiettivo di rientro dei casi non ancora segnalati - Realizzazione di incontri formativi/informativi con i professionisti coinvolti nel flusso informativo al Registro (almeno due/anno) - Predisposizione del report annuale sui dati del Registro regionale da rendere disponibile a tutti gli attori della Rete.
Azioni ed interventi I servizi aziendali forniranno tutte le informazioni richieste dal Centro di Coordinamento regionale per l'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale	

Linea n 1.3.3.11 Diabete	
Raccordo con la programmazione precedente: Nel corso del 2013 è stata fatta una rivalutazione presso i Centri Diabetologi Distrettuali dell'A.S.S. 1 dei giovani con diabete in età evolutiva che sono andati incontro negli ultimi 3 anni al processo di transizione dal Centro Diabetologico Pediatrico a quello dell'Adulto. Da questa analisi è emerso che 55 giovani con diabete hanno eseguito la transizione nel triennio 2010-2013. Le criticità emerse sono rappresentata da una età mediamente elevata della transizione ($27,8 \pm 10,1$ anni) e da un tempo trascorso tra l'ultimo contatto con la Struttura diabetologica pediatrica ed il primo contatto con quella dell'adulto mediamente elevato ad indicare la necessità di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale strutturato, ben definito e condiviso tra le suddette strutture che permetta di risolvere tali criticità. La prevenzione delle complicanze acute e croniche del diabete rappresenta uno degli interventi da attuare anche con l'obiettivo di ridurre i ricoveri delle persone con diabete. Negli ultimi 2 anni i Centri Diabetologici Distrettuali dell'A.S.S. 1 nell'ambito delle progettualità di Area Vasta hanno lavorato alla creazione di un PDTA sulla gestione del piede diabetico che ha portato come risultati ad una sensibile riduzione delle fughe extra-regione per la cura del piede e ad una progressiva riduzione delle amputazioni (vedi dati regionali). In aggiunta a fine 2013 è iniziata una collaborazione tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S.1 per la rivalutazione dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia. A fine 2013 si è realizzato un incontro tra i diabetologi ed un gruppo ristretto del Comitato percorso nascita per la condivisione di un documento sul diabete gestazionale con l'obiettivo di integrare ed omogeneizzare le attività delle strutture di ostetricia e di diabetologia.	
Obiettivo aziendale Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici	Risultato atteso - Partecipazione attiva, per il tramite dei professionisti interessati, ai gruppi di lavoro che

Linea n 1.3.3.11 Diabete

<p>assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sul temi del piano nazionale.</p> <p>1</p> <ul style="list-style-type: none">- Definizione e creazione di un PDTA in ambito di transizione del giovane con diabete dalla Struttura diabetologica pediatrica del Burlo ai Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1.- Attuazione del PDTA con transizione del 100% dei giovane con diabete individuati secondo il PDTA definito. <p>2</p> <ul style="list-style-type: none">- Definizione e creazione di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia.- Attuazione del PDTA con segnalazione da parte del Sistema 118 ai Centri Diabetologici Distrettuali dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia e presa in carico dei pazienti che acconsentano da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali per un intervento educativo e di eventuale rivalutazione della terapia al fine di prevenire recidive ipoglicemiche. <p>3</p> <ul style="list-style-type: none">- Definizione e creazione di un PDTA sul diabete gestazionale e condivisione con le strutture di ostetricia- Attuazione del PDTA in tutte le donne con diabete gestazionale che afferiscono ai Centri Diabetologici Distrettuali dell'ASS1.
---	---

Azioni ed interventi

Partecipazione attiva, per il tramite dei professionisti interessati, ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sul temi del piano nazionale.

ASS1 garantisce, tramite il coinvolgimento dei referenti aziendali sulle tematiche di riferimento, il contributo alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e di percorsi di cura integrati secondo gli obiettivi strategici indicati dal piano nazionale. Le attività dei gruppi di lavoro così costituiti saranno orientate alla definizione di percorsi omogenei e definiti su tutto il territorio regionale.

Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare riguarderanno:

- Diabete e gravidanza
- Età evolutiva e transizione
- Gestione integrata
- Piede diabetico
- Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze

Una volta definiti i percorsi ASS1 garantirà la loro pronta attuazione.

Nella definizione dei percorsi saranno coinvolti, oltre ai professionisti interessati anche i rappresentanti delle principali associazioni dei pazienti e del volontariato.

Linea n 1.3.3.12 Sanità penitenziaria

Linea n 1.3.3.12 Sanità penitenziaria

Raccordo con la programmazione precedente:

Il decreto legislativo n. 274, del 23.12.2010 (*Norme di attuazione dello statuto speciale della regione Friuli – Venezia Giulia in materia di sanità penitenziaria*) subordina il trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria all'effettiva assegnazione alla Regione FVG, da parte dell'Amministrazione statale, delle risorse finanziarie.

Allo stato attuale il suddetto trasferimento è previsto per il 2014. Tuttavia, nel primo quadrimestre del 2014 questa Direzione, attraverso un Accordo con il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria del Triveneto provvederà ad allineare le attività di rispettiva competenza.

Nello svolgimento delle proprie funzioni, la DCSPSSF intende avvalersi del supporto dell'Azienda per i servizi sanitari n. 2, in considerazione della professionalità maturata in materia.

Le ASSR dovranno, pertanto, garantire l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali di assistenza.

Nel 2014 saranno, pertanto, fornite puntuali indicazioni alle aziende al fine di ottemperare agli adempimenti propedeutici relativi a:

- trasferimento dei rapporti di lavoro;
- trasferimento delle attrezzature e beni strumentali
- trasferimento delle risorse finanziarie

Verranno inoltre definite modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario presso ciascun istituto di pena, in un'ottica di rete dei servizi sanitari regionali, per garantire la continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità e le modalità di collaborazione tra le ASSR e gli istituti penitenziari in materia di sicurezza. In questo ambito verranno individuate, altresì, idonee attività per allineare i sistemi informativi per la gestione dei dati sanitari.

In tema di risorse finanziarie la Direzione centrale comunicherà alle ASSR l'importo del finanziamento ed i criteri di riparto utilizzati

Obiettivo aziendale

1. Trasferimento dei rapporti di lavoro
2. Trasferimento delle attrezzature, degli arredi, beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Ministero della Giustizia. così come elencati da apposito inventario trasmesso dalla Regione
3. Convenzioni con gli istituti penitenziari, secondo schema tipo trasmesso dalla Regione, per usufruire dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie che vengono concessi in uso gratuito.
4. Definizione di forme di collaborazione relative alla sicurezza tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario
5. Nelle more di una definizione dettagliata dei LEA da garantirsi ai detenuti negli istituti penitenziari del FVG e delle indicazioni fornite dalla programmazione regionale vengono mantenute le consuetudini in atto al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
6. Analisi dei prontuari farmaceutici e adozione di provvedimenti per garantire la continuità farmaceutica ai detenuti
7. Redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG

Risultato atteso:

1. ASS1 ha posto in essere tutti gli atti e provvedimenti necessari per quanto riguarda i trasferimenti del personale dal Ministero della Giustizia al servizio sanitario
2. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali sono stati presi in carico
3. Sono state stipulate le convenzioni per l'utilizzo a uso gratuito dei locali adibiti a funzioni sanitarie
4. E' stato stipulato protocollo di intesa interistituzionale in materia di sicurezza
5. ASS1 garantisce le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali di assistenza secondo le consuetudini in atto
6. La Responsabile del S.C Assistenza Farmaceutica di ASS1 ha preso i dovuti contatti con il Dirigente sanitario dell'istituto penitenziario per l'analisi del prontuario farmaceutico.
7. ASS1 collabora con i propri referenti alla redazione delle linee di indirizzo sull'organizzazione della sanità penitenziaria in FVG.

Azioni ed interventi:

- Nomina del referente aziendale che partecipa al tavolo tecnico di coordinamento regionale sul

Linea n 1.3.3.12 Sanità penitenziaria

trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria;

- Costituzione di un gruppo di lavoro aziendale con rappresentanti dei diversi servizi coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati (GEVAP, Programmazione e controllo acquisti, Prevenzione e protezione aziendale, Affari Generali, Affari Giuridici, Assistenza farmaceutica, Distretti Sanitari, Dipartimenti Dipendenze, Salute Mentale e Prevenzione);
- Definizione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione da assicurare alla popolazione detenuta nell'ambito dei LEA;
- Definizione del modello organizzativo da sperimentare, con attribuzione di competenze e risorse

1.3.4. Progettualità dell'Integrazione socio sanitaria

Linea 13.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria	
<p>Raccordo con la programmazione precedente: Nel ASS1 ha recepito e perseguito gli obiettivi e le azioni contenuti nel documento di programmazione locale integrata oggetto di atto di intesa. Inoltre, in condivisione con i Servizi Sociali Comuni, ha provveduto al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività, all'aggiornamento del documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata per il triennio 2013-2015, con specificazione delle attività e interventi programmati per il 2014 nelle aree di integrazione sociosanitaria che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di benessere della persona, della famiglia e della comunità nelle aree di integrazione sociosanitaria (materno infantile, disabilità, malattie croniche, terminalità, anziani, salute mentale, dipendenze).</p>	
<p>Obiettivo aziendale: ASS1 recepisce nel PAL gli obiettivi, da realizzare nel corso del 2014, contenuti nel documento di programmazione locale integrata, oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci degli ambiti distrettuali.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nel PAL vi è evidenza del recepimento degli obiettivi e delle azioni contenuti nel documento di programmazione locale integrata oggetto di atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali. - ASS1 realizza gli obiettivi previsti nel documento di programmazione integrata per il 2014. - ASS1 in condivisione con i Servizi sociali dei Comuni provvedono al monitoraggio trimestrale dell'espletamento delle attività
<p>Azioni ed interventi: Si rimanda al documento di programmazione integrata allegato e parte integrante del PAL.</p>	
<p>Obiettivo aziendale ASS1 congiuntamente ai Servizi sociali dei Comuni provvedono alla predisposizione del Programma attuativo annuale da realizzare nel 2015 e al rinnovo dell'atto di intesa.</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Entro ottobre 2014, ASS1 e SSC provvedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - all'eventuale aggiornamento delle Schede obiettivi di integrazione sociosanitaria 2013-2015; - alla trasmissione del PAA 2015 alla DCSISPS per il parere di congruità. <p>Entro dicembre 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASS1 e SSC riallineano la propria programmazione, qualora necessario, sulla base delle indicazioni regionali. - Il Direttore generale e il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci degli Ambiti distrettuali rinnovano l'atto di intesa per le attività da realizzare nel 2015 e trasmettono alla DCSISPS i documenti di programmazione integrata locale 2015 approvati in via definitiva unitamente all'atto di intesa.
<p>Azioni ed interventi: Si rimanda al documento di programmazione integrata allegato e parte integrante del PAL.</p>	

Linea n. 1.3.4.2 Riabilitazione
<p>Nel 2012 è stata adottata la Delibera di Giunta 1309 del 25 luglio 2012 "Il percorso clinico assistenziale delle persone con Grave Cerebrolesione Acquisita e la rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia" in attuazione alle "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza", approvate dalla Conferenza Unificata nella seduta del 5 maggio 2011.</p> <p>Nel 2013 le aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina hanno iniziato ad attuare quanto previsto dalla sopracitata Delibera e dalla rete regionale, attraverso i referenti di rete e attraverso programmi formativi e informativi specifici. L'attuazione complessiva della rete prevede azioni da realizzare nel triennio in maniera da ottenere il completamento e il funzionamento a regime della rete GCA entro il 2015 secondo</p>

quanto previsto dalla delibera sopracitata e dal documento regionale “la rete riabilitativa per le gravi cerebrolesioni acquisite del FVG”. ASS1 nel 2013 ha predisposto l’utilizzo di 10 posti letto di area vasta dedicati alla residenzialità nella Casa di Cura Pineta del Carso (SUAP), ha realizzato 2 eventi formativi di area Vasta (ASS1, ASS2, Casa di Cura Pineta del Carso) con la presenza dei referenti per ASS1 e ASS2 per condividere le schede di valutazione GCA nella fase degli esiti e le criticità del percorso.

<p>Obiettivo aziendale: Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA</p>	<p>Risultato atteso: <u>Area Vasta:</u> - Utilizzo a regime in area vasta di 10 posti letto dedicati alla residenzialità nelle Speciali Unità Assistenza Protratta (SUAP). - Piano operativo per l’attivazione e utilizzazione a regime di ulteriori 10 posti letto di SUAP in Area vasta <u>ASS1:</u> - Tutti i pazienti nel percorso GCA sono valutati con le schede di valutazione della fase degli esiti</p>
---	---

- Azioni e interventi:**
- Nelle more della definizione dei criteri/requisiti di accreditamento e della tariffazione per le Suap l’Area Vasta Giuliano Isontina continuerà ad utilizzare i posti letto SUAP già individuati nel 2013.
 - Nel 2014 l’Area Vasta Giuliano Isontina raggiungerà la quota di 20 posti letto, completando il Piano operativo di Area Vasta per l’attivazione e l’utilizzo a regime della rete GCA nella fase degli esiti.
 - ASS1 nel 2014 si avvarrà inoltre dell’occasione di accreditamento delle RSA e della proposta di riconversione di posti letto da setting ospedalieri in setting riabilitativo residenziale, anche in un ottica di riorganizzazione di sistema delle funzioni e delle attività di riabilitazione in tutti i setting assistenziali della rete GCA.
 - Realizzazione di almeno 1 evento formativo di Area Vasta per migliorare il rapporto tra i nodi della rete GCA
 - Valutazione delle persone ricoverate presso Casa di cura Pineta del Carso attraverso schede di valutazione della fase degli esiti.

Linea n. 1.3.4.3: Salute mentale

Raccordo con la programmazione precedente
Rispetto ad altre ASS del FVG nell’ASS1 il fenomeno dei ricoveri extra regionali con una SDO di disturbo psichico dalle case di cura convenzionate presenti nelle regioni limitrofe è limitato: nel 2012 la fuga ha riguardato 48 ricoveri per un importo di € 291.19507. Le fughe extra regionali sono state monitorate nel corso del tempo dalla Direzione del DSM di ASS1 con il progetto “Stay with us” già dal lontano 1998. La presente linea di lavoro permette di rifocalizzare l’attenzione sul fenomeno la cui entità nel corso degli anni si è dimezzata.

<p>Obiettivo aziendale e di Area Vasta : Definizione di modalità e strategie di integrazione in ambito di area vasta per i servizi afferenti all’area degli adulti e dell’età evolutiva per recuperare e riconvertire le risorse destinate a interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell’età evolutiva</p>	<p>Risultato atteso: Valutazione dell’appropriatezza dell’invio nelle case di cura convenzionate delle persone dimesse con il DRG 430 nel periodo 2009 – 2013.</p>
--	---

- Azioni ed interventi**
- Individuato il gruppo di lavoro.
 - Analisi delle fughe 2009 – 2013 (DRG 430)
 - Rivalutazione dell’appropriatezza del ricovero delle persone dimesse con un DRG 430 dalle case di cura convenzionate delle regioni limitrofe.
 - Questionario telefonico somministrato alle persone coinvolte nel 2013: pazienti, MMG e/o specialista.
 - Analisi delle motivazioni che hanno indotto l’utenza ed il prescrittore a rivolgersi a strutture ospedaliere extra regionali.
 - Comunicazione ai prescrittori relativa all’attività di valutazione offerta nel presidio distrettuale di salute mentale

Raccordo con la programmazione precedente
 La rete territoriale per gli “esordi” psicotici e affettivi e per le altre forme di disagio - sofferenza nell’adolescenza ha continuato la sua attività con le forme organizzative messe a punto nel 2013.
 Tra di esse era prevista la valutazione congiunta nei 4 distretti che si è realizzata con modalità e tempistiche differenziate.

Si è proceduto alla stesura dei materiali informativi che verranno diffusi nel 2014.

Consolidamento della collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell’età evolutiva, Consultori, MMG, PLS, per gli “esordi” psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell’adolescenza (ripresa/recovery)	<ul style="list-style-type: none"> – Evidenza di valutazioni integrate nella fascia d’età 15 – 25 nei nuovi casi del 2014. – Distribuzione delle brochure ai MMG – PLS ed alle scuole. – Sito attivato.
---	--

Azioni ed interventi

- Miglioramento dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery, e consolidamento dei processi di integrazione tra DSM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l’eventuale apporto di associazionismo e stakeholders, finalizzate al riconoscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, delle situazioni di fragilità e di rischio suicidario.
- Evidenza di valutazione integrata, nella fascia d’età 15 – 25, dei nuovi casi già valutate come necessitanti di un percorso di approfondimento dai rispettivi servizi di accesso.
- Pubblicazione bilingue degli opuscoli dedicati i MMG – PLS e alle scuole.
- Avvio sito WEB dedicato e a giovani tardo adolescenti e adulti promosso da ASS 1 (DSM , DDD,Consultori/SSTSBA, DIP) in collaborazione con società Televita.
- Il sito fornirà informazioni sulle tipologie dei disturbi che possono interessare la popolazione target.

Raccordo con la programmazione precedente
 Nel 2013 il DSM di ASS1 in continuità con la programmazione degli anni precedenti ha continuato a sostenere i due programmi di evitamento all’invio in OPG delle persone con disturbo psichico:

1. continuità terapeutica per le persone carcerate all’esordio o già note ai servizi di salute mentale,
2. attivazione di progetti terapeutico riabilitativi personalizzati sostenuti dalle risorse del Budget Individuale di Salute per evitare l’invio in osservazione presso l’OPG.

Tali programmi hanno fatto sì che negli ultimi 10 anni nessun residente in provincia di Trieste è stato inviato in OPG.

Consolidamento dei programmi per la dimissione dagli OPG e al loro definitivo superamento	Per mantenere i risultati raggiunti sono attivati progetti terapeutico riabilitativi personalizzati sostenuti dalle risorse del Budget Individuale di Salute.
---	---

Azioni ed interventi

- Garantire diagnosi, cura e riabilitazione per le persone carcerate all’esordio o già note ai servizi di salute mentale attraverso gli interventi del gruppo di lavoro trasversale dedicato al carcere.
- progetti terapeutico riabilitativi personalizzati sostenuti dalle risorse del Budget Individuale di Salute per evitare l’invio in OPG.

RETE Disturbi del Comportamento Alimentare

Nel 2013 il Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare ha continuato a garantire la continuità dei progetti personalizzati di salute nella fase di transizione dall’età evolutiva a quella adulta. Con Del. 114/13, si è provveduto a definire l’èquipe multidisciplinare interaziendale dedicata alla diagnosi, alla valutazione e al trattamento di tali disturbi.

Solo 1 persona inviata in residenzialità extra regione.

Con Del. 281/13 “Modalità di autorizzazione al trattamento riabilitativo presso Centri specialistici per Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)”, anziché agire la strada del convenzionamento con un’unica struttura, sono state definite le modalità di invio e si è identificato nella figura della coordinatrice

della èquipe il soggetto autorizzante l'invio.	
Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)	Trasmissione alla DCSISSPS entro giugno 2014 degli accordi formalizzati ed eventualmente aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e il Dipartimento di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio) ed accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute) con potenziamento dei servizi territoriali secondo accordi di area vasta, finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano.
Azioni ed interventi	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione delle pratiche già operative finalizzate alla continuità dei progetti personalizzati di salute nella fase di transizione dall'età evolutiva a quella adulta a garanzia della consequenzialità nelle fasi di passaggio e presa in carico. 2. A seguito della pubblicazione della Delibera di Giunta Regionale in cui si identificano i servizi di secondo livello, formalizzazione delle secondo accordi tra servizi territoriali e ospedalieri con potenziamento dei servizi territoriali finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ai casi che lo richiedano 	

Linea n 1.3.4.4. Dipendenze	
<p>Raccordo con la programmazione precedente: Coerentemente con le linee di gestione del 2013 e con il Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze 2013 – 2015, la programmazione regionale intende proseguire la collaborazione con il progetto nazionale GAP e le attività del gruppo regionale dedicato alla problematica; si prevede la prosecuzione delle attività strutturate all'interno dei progetti "SIND support" e "NIOD", quali elementi di rilevanza strategica nella programmazione regionale.</p> <p>Inoltre, coerentemente con le politiche regionali si promuove un processo di miglioramento della qualità delle comunità terapeutiche. Infine la programmazione regionale intende promuovere il monitoraggio della diffusione <u>di tali sostanze</u> fra l'utenza dei servizi per le dipendenze, in particolare tra i giovani, in linea con il Piano di azione Nazionale per la prevenzione, l'identificazione precoce e il contrasto delle nuove sostanze psicoattive.</p> <p>Rispetto <u>al gioco d'azzardo patologico</u> si segnala che il DDD ha strutturato da diversi anni attività, interventi e progetti relativi alla ludopatia, con personale formato e dedicato che assicura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percorsi di presa in carico socio-sanitaria personalizzata - GestionE di gruppi ed attività di supporto a familiari - Supporto e raccordo con le associazioni di volontariato e di settore (esercenti, camera di commercio, etc..) - Attività di prevenzione - Attività di formazione degli operatori della rete 	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantire l'accesso a soggetti con problemi correlati a ludopatia patologica e altre dipendenze emergenti, per l'informazione e l'orientamento verso servizi di possibile presa in carico. - Collaborare con la Direzione regionale competente per rispondere agli obiettivi previsti dal progetto nazionale GAP. 	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASS1 tramite il DDD offre uno "sportello" a cui il cittadino può rivolgersi per informazioni competenti. - ASS1 ha individuato un referente per le attività in materia di gioco d'azzardo patologico. - Entro il 31.12.2014 produzione report e invio alla Direzione
<p>Azioni ed interventi: ASS1 tramite il Dipartimento delle Dipendenze, ed in particolare la S.C. Dipendenza da Sostanze Legali, assicura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nomina del referente per le attività specifiche; 	

<ul style="list-style-type: none"> - Formalizzazione di un nuovo protocollo di accoglienza per garantire ai cittadini un servizio di informazione, orientamento nella rete dei servizi e presa in carico precoce; - Formalizzazione delle collaborazioni con le associazioni di settore relativamente alle attività di sportello e counseling offerte nel territorio provinciale - Percorsi di presa in carico personalizzata per ludopatia - Implementazione di un sistema di monitoraggio, concordato con la Direzione regionale, finalizzato alla mappatura del fenomeno e delle attività assicurate 	
Obiettivo Aziendale <ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze. - Partecipazione al processo di accreditamento fra pari delle comunità terapeutiche. - Confronto sugli strumenti terapeutico riabilitativi. - Monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive. 	Risultato atteso <ul style="list-style-type: none"> - Condivisione, nell'ambito dell' Osservatorio sulle Dipendenze, di linee di indirizzo comuni sugli interventi terapeutico-riabilitativi - Evidenza della partecipazione al processo di accreditamento. (Almeno un rappresentante per servizio per le dipendenze presente nell'équipe valutativa) - Evidenza del monitoraggio della diffusione dell'uso di nuove sostanze psicoattive (con produzione di dati aggregati divisi per servizio sulla diffusione dell'uso)
Azioni ed interventi: ASS1 assicura: <ul style="list-style-type: none"> - Rinnovo delle nomine dei referenti per l'Osservatorio regionale sulle Dipendenze - Partecipazione fattiva a tutti i tavoli convocati dall'Osservatorio - Nomina del rappresentante da inserire nelle équipe valutative per l'accREDITamento fra pari delle Comunità Terapeutiche - Implementazione di un sistema di monitoraggio, condiviso con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, finalizzato alla mappatura della diffusione dell'uso delle nuove sostanze psicoattive. 	

Linea n. 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	
<p>Nell'ambito della revisione delle funzioni dell'assistenza territoriale si prevede un progressivo incremento delle persone che effettuano la dialisi peritoneale a livello domiciliare e delle strutture residenziali, in considerazione dei risultati ottenuti in termini di sopravvivenza e di qualità di vita dei pazienti e anche di economicità per le famiglie e per il sistema sanitario.</p> <p>Durante il 2013 è stato revisionato l'assetto logistico e funzionale delle Unità di Valutazione Alzheimer e prodotto il nuovo PDTA per le persone con deterioramento cognitivo/demenza. Il PDTA è stato approvato dal Coordinamento Distretti ed è stato deliberato dalla Direzione Sanitaria.</p>	
Obiettivo aziendale: Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer	Risultati attesi: Presenza in carico di almeno l'80% dei nuovi casi secondo il PDTA che ha rivisto l'assetto logistico, funzionale e la gamma delle attività messe in atto dall'Unità di Valutazione Alzheimer per le persone con deterioramento cognitivo/demenza.
Obiettivo aziendale: Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio	Risultato atteso: Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale

Rete Demenze
<p>Raccordo con la programmazione precedente:</p> <p>Nel corso del 2013 le aziende hanno presentato proposte di revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer in accordo con il DM 20 luglio 2000 e le linee di indirizzo ministeriali "linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" in corso di approvazione che prevedono una Rete integrata dell'offerta socio sanitaria con un punto di accesso distrettuale specificamente rivolto all'anziano e</p>

con il coinvolgimento di professionisti sia ospedalieri sia territoriali con la finalità di assicurare sia la funzione prescrittiva dell'UVA, ma soprattutto ampliandone il ruolo nell'ambito di una Rete che garantisca continuità assistenziale, percorsi diagnostico terapeutici e interventi socio assistenziali.	
Obiettivo aziendale: Attivazione della Rete di presa in carico nel settore delle demenze	Risultati attesi: Partecipazione al tavolo di lavoro per la definizione della rete regionale sulle demenze coordinato dalla programmazione regionale con il coinvolgimento delle aree sanitaria, dell'integrazione sociosanitaria, del settore farmaceutico e di vari professionisti messi a disposizione dalle aziende e adeguamento dei servizi assistenziali al nuovo modello organizzativo

Linea n. 1.3.4.6 Innovazione dei modelli di cure integrate

Raccordo con la programmazione precedente:
Nel corso del 2013 i distretti di questa ASS sono stati informati del progetto denominato "SmartCare", patrocinato dalla Commissione Europea, finalizzato a sperimentare forme di assistenza integrata domiciliare (integrated care) con il supporto di strumenti di ICT. In assenza nel corso del 2013 di precise indicazioni metodologiche sull'operatività del progetto (dovute a difficoltà derivanti da ritardi nelle approvazioni dei preliminari da parte della Commissione Europea), i distretti hanno ugualmente partecipato ad alcuni eventi di presentazione propedeutica del progetto ed avviato le valutazioni interne per individuare possibili candidati (è necessario raccogliergli il consenso informato scritto, il cui modello ufficiale dovrà essere approvato, insieme al protocollo di sperimentazione, dal Comitato Etico Unico Regionale).

Obiettivo aziendale Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013	Risultati attesi - Individuazione dei referenti distrettuali per il progetto SmartCare. Indicatore: delibera di costituzione dei gruppi ed avvio delle attività del gruppo - Realizzazione del progetto secondo tempi e modalità previste
--	--

Azioni ed interventi

- In raccordo con il gruppo di coordinamento regionale del Progetto ciascun distretto individua gli operatori che dovranno partecipare alle attività del gruppo
- Partecipazione degli operatori distrettuali individuati, agli incontri ed alle attività previste dal coordinamento regionale e partecipazione ad iniziative di formazione degli operatori .

Linea n. 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata

Nel corso del 2013, in attuazione al PSSR 2010-2012, che prevede l'adozione di una dimensione unitaria delle modalità di valutazione, ed in coerenza con il DM 17 dicembre 2008 che stabilisce l'inoltro del flusso informativo SIAD per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è stato perseguito l'utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica delle diagnosi dei pazienti con PAI presi in carico in assistenza domiciliare, e nelle strutture di cure intermedie (RSA, hospice) e l'utilizzo dello strumento ValGraf (versione essenziale 2012) per la valutazione dei bisogni assistenziali delle persone in carico ai servizi domiciliari

Obiettivo aziendale : Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISR	Risultato atteso: 1) Codifica con ICD9-CM e caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi dei pazienti con PAI/PRI presi in carico in assistenza domiciliare, e nelle strutture di cure intermedie. 2) Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi domiciliari distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo. 3) Monitoraggio aziendale dello specifico obiettivo
---	--

	<p>attraverso gli strumenti già messi a disposizione dalla DCS.</p> <p>3a) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della diagnosi (con PAI si) è >90%</p> <p>L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della diagnosi (con PAI si) è >75%</p> <p>3b) L'obiettivo si intende raggiunto al 100% se la compilazione della Valgraf (con PAI si) è >70%</p> <p>L'obiettivo si intende raggiunto al 50% se la compilazione della Valgraf (con PAI si) è >50%</p>
--	---

Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti

Raccordo con la programmazione precedente:

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

1. la revisione ed integrazione del DPR Reg 0333/Pres del 2008;
2. il potenziamento del sistema regionale e aziendale di monitoraggio e di promozione della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture residenziali per anziani, avviato nel 2011, e che nel 2012 ha portato alla realizzazione di un ulteriore percorso di miglioramento della qualità in ciascuna ASS;
3. l'integrazione dei sistemi informativi a disposizione con specifiche funzioni utili ai fini del monitoraggio e governo del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani.

Si rimane in attesa dello schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS e le strutture residenziali per anziani adottato dalla Regione. Successivamente le Attività Amministrative distrettuali aggiorneranno le convenzioni tra ASS e strutture residenziali per anziani.

In tema di Sistema di VMD Val.Graf.-FVG ASS1 ha già presentato alla DCSISPS, con due note (prot. 18725/GEN I.2.A dd 22 aprile 2013, prot. 28024/GEN I.2.A dd 14 giugno 2013), le criticità riscontrate nelle azioni messe in atto per poter raggiungere questo obiettivo.

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>1) Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani funzionanti:</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Collaborazione nella formulazione di una proposta di nuova classificazione delle residenze per anziani presenti sul territorio aziendale da sottoporre al parere della Conferenza dei sindaci.</p>
--	---

Azioni ed interventi:

- ASS1 partecipa all'attuazione del processo di riautorizzazione secondo le modalità definite con il nuovo regolamento. Il processo di riautorizzazione coinvolgerà solo le strutture già convenzionate con ASS1 per l'abbattimento della retta di degenza.

L'attuazione del procedimento prevede inoltre che:

- il referente aziendale per il processo di classificazione (già nominato in data 25.07.2011) collabora con la DCSISPS alla formulazione di una proposta di classificazione delle strutture residenziali convenzionate afferenti al territorio di ASS1, definita secondo le modalità e i termini indicati dalla Direzione centrale;
- il referente aziendale condividerà il percorso con il tavolo aziendale permanente Attività per la Tutela Salute Anziani (delibera DG n.86 dd. 19.02.2010) e con il Coordinamento Distretti.
- entro il termine fissato dalla Direzione centrale, il Direttore Generale richiede il parere della Conferenza dei sindaci del territorio aziendale su tale proposta e lo trasmette alla Direzione centrale competente.

<p>2) Processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali funzionanti</p>	<p>Per ogni domanda di autorizzazione pervenuta, evidenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di ispezione presso il servizio, - Rilascio di atto autorizzativo ovvero comunicano al richiedente i motivi ostativi all'accoglimento della domanda.
---	---

Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti

<p>3) Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica e approfondimento di almeno uno dei percorsi già avviati negli anni precedenti; - Realizzazione di almeno una nuova visita di audit approfondita; - Monitoraggio del requisito (con relativi criteri e standard) scelto nei PAL 2013 ed attivazione di un percorso di promozione della qualità in almeno 4 ulteriori strutture residenziali per anziani del territorio aziendale; - Predisposizione di una relazione illustrativa dell'attività di monitoraggio e promozione della qualità svolta nel corso dell'anno.
---	--

Azioni ed interventi:

Approfondire il percorso di audit presso la struttura "Bartoli" (Distretto 4);

Effettuare una nuova visita di audit presso la ASP "ITIS" di Trieste (Distretto 2)

Monitorare costantemente il requisito "dolore nella persona anziana" attraverso l'indice di "pain scale" (Val.graf), NRS e doloplus-2 in caso di persone con disturbi cognitivi che non permettono scale di misurazione self report. Tale percorso di promozione della qualità sarà continuo in 4 ulteriori strutture residenziali per anziani del territorio aziendale (Stuparich, Bartoli, Ubaldini, ITIS).

Ogni Distretto predisporrà una relazione finale sull'attività di monitoraggio e promozione della qualità svolta nel corso dell'anno 2014.

<p>4) Sistemi informativi: Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>Evidenza delle proprie verifiche e delle eventuali sollecitazioni circa l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA</p>
---	---

Azioni ed interventi:

Ogni Distretto trimestralmente predisporrà un report che evidenzia le verifiche e le eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA.

<p>5) Convenzione Adottare lo schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS e le strutture residenziali per anziani adottato dalla Regione.</p>	<p>Entro il 31/12/2014, tutte le convenzioni tra ASS1 e strutture residenziali per anziani sono aggiornate sulla base dello schema tipo regionale.</p>
--	--

Azioni ed interventi:

Le Attività Amministrative distrettuali aggiorneranno le convenzioni tra ASS1 e strutture residenziali per anziani sulla base dello schema tipo regionale adottato dalla Regione.

<p>6) Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.</p>	<p>Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD.</p>
---	---

Azioni ed interventi:

La S.S. Anziani e Residenze di ogni Distretto valuterà, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone che fanno domanda di ingresso nel 2013 in strutture semiresidenziali o residenziali convenzionati prima dell'effettivo accoglimento.

Linea n. 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel 2013 tutte le Aziende del SSR, per quanto di competenza, avevano l'obiettivo strategico di promuovere le azioni di sostegno all'occupazione delle persone svantaggiate, utilizzando anche, fra gli altri, lo strumento della cooperazione sociale.

ASS1 intende proseguire attivamente nel mantenere tale impegno. Relativamente agli impegni per il 2014, si rammentano gli obiettivi perseguiti nel 2013 (linea 1.2.4.9) che vengono riconfermati.

Si aggiunge un 3° livello di attività motivato dal fatto che la crisi occupazionale in atto colpisce soprattutto i soggetti fragili e, tra questi particolarmente, coloro che sono in carico ai servizi sanitari di ASS1.

Come noto, per questi soggetti le azioni di inclusione sociale comportano miglioramenti nelle condizioni generali di benessere e salute con conseguente riduzione del carico dei servizi sanitari.

Da qui' il risultato atteso n.3 che, se perseguibile per capienza di bilancio, comporterebbe un duplice vantaggio sia sugli utenti svantaggiati sia sui servizi sanitari.

Obiettivo aziendale

Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013

Risultati attesi

1. Per tutti gli affidamenti c'è l'evidenza che è stata valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati
2. Per tutte le procedure di gara di servizi che non risultino unificabili ed i relativi importi che siano sotto soglia comunitaria, vi è evidenza che è stato attuato, nei casi in cui sia possibile, quanto previsto dell'art. 5 della L 381/91 e dalla LR 20/2006, utilizzando lo schema di convenzione tipo previsto dall'art. 23 della LR 20/2006

In tutti gli affidamenti "sopra soglia comunitaria" dove vi sia la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati, vengono utilizzate le "clausole sociali" prevedendo, in relazione al tipo di servizio, in alternativa le seguenti modalità:

- la possibilità di accesso alla gara solo per le ditte che si impegnino a realizzare il 30% di inserimenti lavorativi sul totale della forza lavoro complessivamente impiegata nel servizio;
- un punteggio per la valutazione dei progetti

3. Al fine di favorire l'inserimento lavorativo, in qualunque forma, di soggetti svantaggiati in carico ai servizi sanitari della ASS1 e compatibilmente alla capienza del bilancio 2014, si valutano e promuovono possibili interventi a sostegno di cooperative sociali di tipo B vincolati alla efficacia di inserimenti lavorativi dei soggetti citati.

Azioni ed interventi

- Garantire che venga valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati per ogni affidamento programmato e per ogni tipologia di procedure di gara (sotto o sopra soglia comunitaria, unificata per più Aziende o di interesse esclusivo).
- Garantire che per gli affidamenti dove si è valutato possibile, vengano utilizzati gli strumenti legislativi che favoriscono la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.
- Valutare preventivamente ogni affidamento di servizio inerente ad attività in cui operano le cooperative sociali di tipo b).

Linea n 1.3.4.10 Programma di superamento ospedali psichiatrici giudiziari

Raccordo con la programmazione precedente:

Il percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è stato avviato in FVG, in coerenza con le norme nazionali che prevedono da una parte la prossima chiusura degli OPG e dall'altra l'esecuzione delle misure di sicurezza all'interno di strutture sanitarie regionali (DL 211/2011 convertito in legge 9/2012).

La strategia regionale complessiva di superamento intende svilupparsi attraverso le seguenti azioni:

- continuare l'esperienza di buone pratiche sul territorio al fine di prevenire e contrastare l'uso esclusivo di soluzioni residenziali, promuovendo esperienze di trattamento assertivo di comunità;
- favorire l'impegno dell'intera rete dei servizi con la responsabilizzazione dei DSM competenti al fine di garantire la continuità della presa in carico;
- utilizzare strutture residenziali prossime ai servizi territoriali della salute mentale e con forte impegno nel reinserimento sociale, per accogliere persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) e in Casa di cura e custodia (CCC).

In linea con le attese del DL 211/2011 e successive modificazioni la DCSISSPSF ha presentato al Ministero della Salute uno specifico programma di utilizzo delle risorse nazionali di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (investimenti edilizia sanitaria), prevedendo la ristrutturazione e l'adeguamento di tre strutture sanitarie esistenti da destinare all'accoglienza delle persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG e in CCC. Una prima parte del programma, che prevede il numero delle strutture regionali deputate a tale fine e definisce lo studio di fattibilità per la struttura sanitaria nell'ambito del DSM dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 (rif. DGR 1302/2013 e 1409/2013), è già stata approvata dal Ministero della Salute.

Nel corso del 2014 si prevede di iniziare l'attuazione del programma per quanto riguarda gli interventi strutturali in coerenza con le indicazioni ministeriali, fermo restando che sarà comunque necessario attivare il percorso statutario per il trasferimento delle funzioni che riguardano gli OPG.

Si precisa infatti che il FVG ha avviato il percorso di cui al DL 211/2011 nelle more dell'effettivo trasferimento della funzione in materia di OPG, che prevede il passaggio dinnanzi alla Commissione Paritetica Stato Regione, in quanto l'emanazione del Dlgs 274/2010 riguarda il solo trasferimento delle funzioni di sanità penitenziaria e non fa riferimento alla materia degli ospedali psichiatrici giudiziari.

<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG.- Presa in carico da parte dei CSM competenti delle persone attualmente presenti in OPG ed elaborazione del progetto terapeutico individuale e realizzazione di azioni adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale.	<p>Risultato atteso:</p> <p>Report di monitoraggio per ASS1</p> <p>100% delle persone internate prese in carico con progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente.</p>
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>Avvio delle procedure relative all'adeguamento delle strutture sanitarie da dedicare all'accoglienza delle persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG e CCC (a trasferimento avvenuto delle risorse statali di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67).</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Le procedure relative all'adeguamento delle strutture sanitarie in questione sono state avviate (previa assegnazione del finanziamento statale alla Regione FVG e ripartito alle rispettive ASS)</p>

Azioni ed interventi:

Stesura del progetto definitivo di adeguamento delle struttura del Centro Diurno di Aurisina (deputato all'accoglienza di persone sottoposte a misura di sicurezza) entro 6 mesi dall'avvenuto trasferimento delle risorse economiche statali di cui all'art. 20 della legge 11 Marzo 1988.



PIANO ANNUALE DI PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE 2014

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

Per la specificità che caratterizza un' Azienda Sanitaria esclusivamente territoriale si è cercato di adattare alcuni indicatori previsti dal programma di miglioramento regionale della qualità e sicurezza del paziente nelle linee di gestione del SSR 2014 ad una realtà assistenziale di tipo prevalentemente ambulatoriale e domiciliare, che deve agire su pazienti inseriti nel proprio ambiente di vita e che motiva gli operatori alle azioni di prevenzione e di presa in carico del paziente non solo per lo svolgimento di attività di tipo strettamente sanitario.

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

I punti cardine del piano sono i seguenti:

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

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
1.1. Revisione e standardizzazione della cartella clinica di RSA	1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti a. consenso informato b. scala di valutazione del rischio da lesioni da decubito c. scala di valutazione del rischio cadute d. valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e rivalutazione quotidiana durante il periodo di degenza e. foglio unico di terapia nei primi 7 gg f. presenza di raccordo farmacologico g. valutazione della presenza di possibili allergie h. valutazione dello stato nutrizionale 2. Adeguamento della cartella clinica alla check list del progetto Valdoc01	Entro il 31/12/14	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% 1.2 Verifica della presenza nelle cartelle di cui al punto 1.1, dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte : a) consenso informato b) scheda di valutazione del rischio da lesioni da decubito c) scheda di valutazione del rischio cadute d) scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e) foglio unico di terapia (FUT) f) nell'anamnesi del raccordo farmacologico g) nell'anamnesi e nel FUT di possibili allergie h) scheda di valutazione dello stato nutrizionale 1.3. Report semestrale a cura del SIA 1.4. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare eventuali attività di miglioramento 2.1. Verifica della presenza in almeno il 60% delle cartelle RSA degli elementi della check list del progetto Valdoc01

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>1.2. Revisione e standardizzazione della cartella nelle RSA relativamente al controllo del dolore in RSA</p>	<p>1. Verifica della corretta valutazione del dolore in tutte le RSA sia a gestione diretta che in appalto o convenzione</p>	<p>31.12.2014</p>	<p>1.1 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. 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. Almeno 2 incontri di audit nelle RSA per coordinare la raccolta dei dati, valutare i risultati delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>

IMPLEMENTAZIONE del SISTEMA DI INCIDENT REPORTING- 2014

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>2. Implementazione del sistema di incident reporting</p>	<p>1. Completare la formazione di tutto il personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting</p> <p>2. Eseguire la RCA in caso di eventi che superino lo score di 6</p> <p>3. Analizzare e Valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento anche in correlazione con i dati assicurativi</p>	<p>Entro il 31/12/14</p>	<p>1. N° operatori di almeno 2 strutture operative aziendali che partecipano alla formazione sul campo nelle sedi di lavoro dei dipendenti, differenziati per qualifica / N° totale operatori per sede della formazione , differenziati per qualifica = o > 70%</p> <p>2. Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > a 6)</p> <p>3.1 Report annuale sul numero delle segnalazioni*</p> <p>3.2 Report annuale sul monitoraggio delle segnalazioni analizzate</p> <p>3.3 Report annuale sulla valutazione delle azioni intraprese</p> <p>3.4. Report annuale sui dati assicurativi per individuare azioni migliorative da intraprendere</p>

CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE IN RSA- 2014

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>3. Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA</p>	<p>1. Utilizzazione di procedure standardizzate per la corretta identificazione dei pazienti tramite nome, cognome e data di nascita</p> <p>2. Verifica dell'introduzione nelle RSA non a gestione diretta (in appalto o convenzionate) del metodo di identificazione attraverso braccialetto identificativo</p>	<p>Entro il 31/12/14</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 di: <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 > 50%</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>

PREVENZIONE DEI DANNI DA CADUTE – 2014

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>4. Prevenzione dei danni da caduta accidentale in RSA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione della procedura aziendale di sorveglianza delle cadute e prevenzione dei danni da caduta in RSA 2. Revisione della scheda per la rilevazione delle cadute integrativa della scheda di incident reporting. 3. Condivisione della procedura e introduzione della valutazione del danno nelle RSA non a gestione diretta (in appalto o convenzione) 	<p>Entro il 31/12/14</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. N° di operatori neoassunti formati sul protocollo aziendale differenziati per qualifica /n° operatori neoassunti totali differenziati per qualifica delle RSA = > 70% 2. 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% 3. Almeno 2 incontri di audit/anno nelle RSA non a gestione diretta (in appalto o convenzione) per coordinare la raccolta dei dati sulle cadute (numero e livello di danno), valutare i risultati delle verifiche e concordare attività di miglioramento

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p>5. Prevenzione delle lesioni da decubito</p>	<p>1. Evidenza della presenza formale, adozione e diffusione delle linee guida regionali “Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento”.</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>4. Utilizzo dei presidi nei soggetti con rischio valutato</p>	<p>Entro il 31/12/14</p>	<p>1.1 Delibera di adozione delle linee guida regionali</p> <p>1.2. 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 = o > 60%</p> <p>2.1 N° di cartelle chiuse in RSA contenenti scheda di valutazione compilata del rischio di lesioni da decubito /numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o > 80%</p> <p>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 (in novembre)</p> <p>4 almeno 1 verifica/anno dell’utilizzo dei presidi : n. soggetti a rischio con presidio/n. soggetti a rischio totali >o =97% .</p>

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
6. Sicurezza e Appropriatelyzza nell'uso dei farmaci	1. Formazione del personale aziendale e delle strutture protette sulla corretta conservazione, prescrizione e somministrazione dei farmaci	Entro il 31/12/14	1.1. Personale dipendente formato differenziato per qualifica e per struttura di attività/personale differenziato per qualifica e per struttura di attività = > 80% 1.2. almeno 2 corsi per il personale delle RSA appaltate/convenzionate e per quello delle strutture protette
	2. Implementazione delle attività relative all'appropriatezza d'uso di farmaci per la terapia delle patologie cardiovascolari e di quelli off label	Entro il 31/12/14	2.1. Organizzazione di almeno 4 incontri di audit/feedback con il personale dei distretti /UDMG 2.2. Aggiornamento dei documenti sull'appropriatezza prescrittiva nella terapia delle patologie cardiovascolari e sull'uso off-label
	3. Implementazione dell'utilizzo del sistema di prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'impiego dell'applicativo dedicato in almeno due, ulteriori, reparti/strutture in cui è diffusa la prescrizione di medicinali che richiedono la compilazione del piano terapeutico	Entro il 31/12/14	3. Introduzione dell'utilizzo del sistema di prescrizione informatizzata dei piani terapeutici attraverso l'impiego dell'applicativo dedicato in almeno altre due Strutture/Ambulatori in collaborazione con SC SI e i prescrittori delle Strutture individuate

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
6. Sicurezza e Appropriatezza nell'uso dei farmaci	4. Adozione di percorsi prescrittivi omogenei in ambito di Area Vasta relativamente alla prescrizione di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari e all'AFIR	Entro il 31/12/14	4.1. Almeno 4 incontri complessivi in ambito distrettuale di audit feedback del monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche finalizzati alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva 4.2. Monitoraggio dell'impiego del <i>Prontuario terapeutico delle Strutture Residenziali e semiresidenziali</i> : 2 reports/anno 4.3. Monitoraggio degli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010 : 2 reports/anno
	5. Adozione di percorsi di monitoraggio e controllo della Politerapia nell'anziano	Entro il 31/12/14	5.1. convocazione del gruppo allargato di progetto per programmare ulteriori azioni di miglioramento in tale ambito 5.2. Sviluppo di un accordo specifico con le rappresentanze sindacali dei MMG 5.3 2 report/anno

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
7.1. Partecipazione al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE"	1. Formazione del personale sull'Igiene delle mani 2. Utilizzazione del gel idroalcolico	Entro il 31.12.14	1. personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 75% 2. 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 2013 (826 conf da 100 ml e 690 conf da 500 ml)
7.2. Controllo del Rischio Biologico e Prevenzione delle infezioni crociate	Formazione del personale sulle modalità di prevenzione del rischio biologico, il corretto uso dei DPI, l'utilizzazione delle precauzioni standard e specifiche per via di trasmissione delle infezioni	Entro il 31.12.14	Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 75%
7.3. Appropriatezza nell'uso dei disinfettanti	1. Valutazione dell'uso del Prontuario aziendale dei disinfettanti 2. Formazione del personale sulla conservazione e appropriatezza d'uso dei disinfettanti	Entro il 31.12.14	1.1. Report semestrale sull'applicazione del Prontuario aziendale dei disinfettanti da parte della SCAF 1.2. Incontro di audit con il personale infermieristico sull'uso dei disinfettanti 2. Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 70%

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
7.4. Prevenzione delle resistenze batteriche	1. Report sul consumo degli antibiotici erogati in convenzione attraverso le farmacie pianificate sul territorio	Entro il 31/12/14	1.1. 2 report a cura della SCAF con cadenza semestrale 1.2. 2 incontri di audit sul consumo di antibiotici
	2. Indagine di prevalenza presso le RSA e le Strutture protette sull'uso di antibiotici		2.1. Effettuazione di un'indagine di prevalenza in 2 giorni indice 2.2. 1 incontro di audit sui dati emersi dall'indagine di prevalenza
	3. Formazione del personale sulla appropriatezza d'uso degli antibiotici e sulle resistenze batteriche		3.1. Almeno 1 corso di formazione sulle resistenze batteriche
7.5. Prevenzione e Controllo di cluster ed epidemie	1. Implementazione dei protocolli operativi elaborati nel 2012 a) Clostridium difficile b) Scabbia c) Batteri MDR	Entro 31/12/14	Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 70%

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
8.1. Introduzione di Raccomandazioni sul corretto uso dei cateteri urinari	1. Elaborazione di un protocollo operativo sul corretto uso dei cateteri urinari sulla base delle LLGG internazionali e nazionali 2. Formazione del personale	Entro il 31.12.14	1. Protocollo operativo condiviso da tutte le strutture aziendali 2. personale infermieristico del SID e delle RSA formato /personale infermieristico del SID e delle RSA = o >40%
8.2. Introduzione di Raccomandazioni sul corretto uso dei farmaci antineoplastici	1. Elaborazione di un protocollo operativo sul corretto uso dei farmaci antineoplastici sulla base delle LLGG internazionali e nazionali 2. Formazione del personale del CSO	Entro il 31.12.14	1. Protocollo operativo 2. personale del CSO formato /personale del CSO totale= o >60%