



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA"  
TRIESTE**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**n. 483 del 30/12/2011**

**OGGETTO**

Approvazione del Piano Attuativo Locale (PAL) per l'anno 2012.

**L'anno duemilaundici, il giorno trenta del mese di dicembre nella sede legale,**

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Fabio SAMANI, nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 056/PRES dd. 23.03.2010, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ha adottato la deliberazione che segue:

**OGGETTO:** Approvazione del Piano Attuativo Locale (PAL) per l'anno 2012.

Vista la L.R. 19 dicembre 1996, n. 49, recante “Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio Sanitario Regionale”, ed in particolare il Titolo III “Il processo di programmazione e controllo della gestione” che disciplina, fra l'altro, la formazione del Programma e del bilancio preventivo delle Aziende sanitarie regionali, come modificato ed integrato da quanto indicato dagli articoli 10 e 11, relativi al Piano attuativo locale (PAL) ed al Programma delle attività territoriali (PAT), della L.R. 17 agosto 2004, n. 23, riguardante “Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale”;

visto il Regolamento di Contabilità Generale delle Aziende sanitarie e dell'Agenzia Regionale della Sanità approvato con decreto del Presidente della Giunta Regionale 23.04.1999 n. 127/Pres.;

vista la DGR n. 2130 dd. 10.11.2011 con la quale sono state approvate, in via preliminare, le “Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2012”;

visto altresì che, con nota prot. n. 21080/SPS/APA dd. 22.11.2011 la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali ha diramato il documento “Indicazioni metodologiche ed operative per la redazione dei PAL/PAO 2012”;

richiamata la DGR n. 2358 dd. 30.11.2011 con la quale sono state approvate, in via definitiva, le “Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2012”;

preso atto che con la predetta D.G.R. n. 2358/2011 è stato disposto di procedere al riparto del Fondo sanitario regionale per l'anno 2012 a livello delle tre Aree Vaste Giuliano-Isontina (AV GI), Udinese e Pordenonese, nel presupposto di successiva negoziazione ed intesa fra le Aziende facenti parte di ciascuna Area Vasta e fatto salvo comunque l'intervento della Regione in caso di mancato accordo, in misura uguale alla sommatoria del finanziamento 2011 assegnato alle Aziende appartenenti alle diverse Aree Vaste;

preso atto inoltre che, in base al suddetto meccanismo di ripartizione, all'Area Vasta Giuliano-

Isontina è stato assegnato un finanziamento complessivo pari a € 751.152.278, da suddividere tra le quattro aziende insistenti nell'Area Vasta;

rilevato che, al fine di addivenire ad una condivisione sulla ripartizione delle risorse assegnate, in data 28.12.2011, a seguito degli accordi condivisi nell'ambito delle Direzioni strategiche dell'Area Vasta, i quattro Direttori generali hanno congiuntamente sottoscritto un documento, conservato agli atti, dal quale risulta che la suddivisione delle risorse è avvenuta "...sulla base delle medesime percentuali di ripartizione già previste per il 2010 e per il 2011" ed inoltre che "ad integrazione i Direttori generali di ASS1, ASS2 e AOUTS, al fine di garantire, ... questa fase, il finanziamento di 193.331 euro finalizzato ad attività di carattere regionale/nazionale proprie dell'IRCCS Burlo Garofolo, accettano in questa fase, con senso di responsabilità, di ripartire in parti uguali tra le tre aziende il maggiore onere derivante da tale finanziamento specifico", con il contestuale impegno "*...a rivedere, nel corso del 2012, l'entità di tale ripartizione in funzione delle variazioni che nel tempo interverranno in conseguenza all'applicazione degli accordi di area vasta, relativi alle funzioni coordinate e a ogni altra sinergia messa in essere*";

rilevato che l'Azienda ha provveduto alla formulazione di una prima proposta di Piano Attuativo Locale (PAL) per l'anno 2012 inviata alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali in allegato alla nota prot. n. 54472 dd. 12.12.2011;

vista la nota prot. n. 22579/SPS/APA dd. 15.12.2011 con la quale la Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali ha trasmesso il documento "Modifiche ed integrazioni alle indicazioni metodologiche ed operative per la redazione dei PAL/PAO 2012";

sentito il parere favorevole espresso dalla Conferenza dei Sindaci in data 15.12.2011 sul contenuto della proposta di PAL;

atteso che in data 21.12.2011, sulla base della documentazione tecnico-contabile presentata dall'Azienda, ha avuto luogo presso la sede della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali la negoziazione prevista dall'articolo 16 della citata L.R. n. 49/1996;

vista la nota prot. 23069/SPS/APA avente ad oggetto "Risultato negoziazione PAL/PAO 2012", inviata dalla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali in data. 23.12.2010;

atteso pertanto, in considerazione di tutto quanto sopra esposto, che il contributo regionale per l'attività indistinta destinato all'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 "Triestina" per l'anno 2012 risulta quantificabile in complessivi € 401.788.991,00 che, al netto del saldo delle partite di attrazione e fuga regionale determina un finanziamento netto pari ad € 244.622.404,00;

preso atto che sono tuttora in corso le trattative per la definizione degli accordi con le strutture private accreditate;

atteso che, in base agli esiti della suddetta negoziazione, l'Azienda ha elaborato la versione definitiva del Piano attuativo locale 2012 (PAL), di cui all'art. 10, L.R. n. 23/2004, ed ha inoltre proposto la variazione del Piano investimenti 2011, conformemente alle direttive regionali al riguardo;

sentiti il pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

## **IL DIRETTORE GENERALE**

### **d e l i b e r a**

- 1) di approvare il Piano Attuativo Locale 2012 (PAL), che comprende gli atti di programmazione aziendale di seguito indicati, allegati al presente provvedimento di cui forma parte integrante:
  - il programma di attività 2012 (Piano aziendale)
  - il piano investimenti
  - il bilancio annuale di previsione 2012 , che si compone di:
    - a. conto economico previsionale;
    - b. budget dello stato patrimoniale preventivo;
    - c. prospetto preventivo dei fabbisogni e delle coperture;
    - d. budget di tesoreria;
    - e. prospetti di dettaglio;
    - f. nota tecnica;
- 2) di approvare la variazione del Piano investimenti 2011, a mente di quanto disposto dall'art. 6 del D.P.G.R. 28.9.01, n. 0358/Pres., secondo gli schemi allegati e facenti parte integrante del presente provvedimento;

3) di trasmettere, ai sensi degli artt. 16 e 20 della L.R. 19 dicembre 1996, n. 49, copia della presente deliberazione alla Direzione centrale della salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, alla Conferenza dei Sindaci e al Collegio sindacale, per quanto di rispettiva competenza.

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

\*\*\*\*\*

**Il Direttore Sanitario**

dott.ssa Adele Maggiore

(Firmato elettronicamente)

**Il Direttore Amministrativo**

dott.ssa Cinzia Contento

(Firmato elettronicamente)

**Il Direttore Generale**

dott. Fabio Samani

(Firmato elettronicamente)

---

Allegati: c.s.

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:55:41

IMPRONTA: 7DE14103B4AE02113E94B8CA3B4658B7C98490113D55F2BAAA27293380001DE0  
C98490113D55F2BAAA27293380001DE0EF2D7E29454B0F7BDB32598FC9A399FE  
EF2D7E29454B0F7BDB32598FC9A399FE9F33351750EE36AAB8B2E35E5CB58DA5  
9F33351750EE36AAB8B2E35E5CB58DA5FD0A6931EF64162B2F612C443025B2B7

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:01:36

IMPRONTA: 78A68A442D44EA6D20DB0B0F0F90DC3140E931FFB79E37D223DEBB345264D053  
40E931FFB79E37D223DEBB345264D05305A40693FDBAE81C241CFA6CF7AA0096  
05A40693FDBAE81C241CFA6CF7AA00962D063F5306A1B77E1617E3FEDA602619  
2D063F5306A1B77E1617E3FEDA602619616303C4340A504FBC83214FFF210D6E

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:18:48

IMPRONTA: 02989276D51B4458313047982EEC0568DC77EA8EC5C5BFCB24DEFDB46EEEAB60  
DC77EA8EC5C5BFCB24DEFDB46EEEAB60BC412717E542235BD00C2292D781F9F3  
BC412717E542235BD00C2292D781F9F33229B3AB756675A57150840A3507BF0E  
3229B3AB756675A57150840A3507BF0E71FA5F0DF4CDD2739F7A40EB030585DF

---

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

**A** Azienda  
**S** Servizi  
**S** Sanitari

**Piano  
Attuativo  
Locale**

**N°1 triestina**

2012

## Premessa

---

Questa pianificazione 2012 si inserisce in un più ampio processo di programmazione che comprende anche altri delicati e significativi passaggi con forte impatto sull'attività aziendale, quali gli accordi di area vasta sulle funzioni coordinate e sulle sinergie tecnico amministrative.

La pianificazione per l'anno 2012 è quindi il risultato di numerose azioni in riferimento anche ai documenti sopra citati, che vanno considerati parti di un unico armonico progetto di sviluppo delle attività.

ASS1 dichiara, in premessa a qualsiasi altra considerazione progettuale e di impegni, che deve prendere atto di come il proprio finanziamento per il 2012 risulti essere praticamente sovrapponibile in termini contabili alla cifra preventiva del 2010 e a quella del 2011, in conseguenza dell'attribuzione invariata nei tre anni da parte della Regione del budget all'AV Giuliano Isontina e del conseguente accordo di ripartizione tra i Direttori Generali.

In margine all'accordo si ricorda che l'AV Giuliano Isontina è composta da quattro soggetti molto diversi tra loro, per forma e per "mission", quasi rendendo nei fatti molto debole il concetto stesso di AV: 1 Azienda Ospedaliero Universitaria con bacino di utenza certamente superiore all'AV, 1 IRCCS di riferimento nazionale e internazionale, 1 Azienda mista territoriale/ospedaliera ed 1 Azienda esclusivamente territoriale.

In assenza di linee portanti regionali (di sviluppo moderno degli obiettivi e della strategia del sistema, non meramente di architettura organizzativa), la suddivisione del finanziamento non può quindi che avvenire su base storica, anche se questo certamente rappresenta un freno e non un contributo all'innovazione. Si è concordato, pertanto, in sede di AV, di fare in modo che le risorse reali attribuite alla varie aziende siano divise in maniera sovrapponibile agli anni scorsi compensando, a livello di ripartizione delle risorse complessive regionali mediante l'iscrizione di un'apposita posta di "Revisione finanziamento", la diversa valorizzazione 2012 dei tetti per le prestazioni di ricovero ed ambulatoriali infra Area vasta.

I Direttori Generali, considerato anche il dettato normativo di cui all'art. 39 della Legge regionale 29 dicembre 2010, n. 22 che prevede uno specifico finanziamento per l'IRCCS Burlo Garofolo a decorrere dall'anno 2012, per attività il cui onere non può peraltro ricadere sulle altre aziende di Area Vasta, hanno infatti sottoscritto il seguente accordo:

*I Direttori generali delle aziende sanitarie dell'area vasta giuliano-isontina, riuniti in data 6 dicembre 2011, preso atto delle "Linee per la gestione 2012" del Servizio Sanitario regionale, a fronte di un'entità di finanziamento 2012 per l'area vasta (al netto degli oneri trasferiti per la conduzione del SISR) pari a quella già prevista per il 2010 e per il 2011, hanno concordato di ripartire l'assegnazione complessiva prevista per il*



2012 sulla base delle medesime percentuali di ripartizione già previste per il 2010 e per il 2011.

Ad integrazione di detto accordo e a parziale modifica di quanto già trasmesso alla Direzione Centrale Salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali, i Direttori generali di ASS1, ASS2 e AOUST, al fine di garantire, in questa fase, il finanziamento di 193.331 euro finalizzato ad attività di carattere regionale/nazionale proprie dell'IRCCS Burlo Garofolo, accettano in questa fase, con senso di responsabilità, di ripartire in parti uguali tra le tre aziende il maggiore onere derivante da tale finanziamento specifico. La conseguente attuale ripartizione del finanziamento di area vasta per il 2012 avviene pertanto secondo la composizione sotto riportata:

Riepilogo finanziamento 2011 Area Vasta (da DGR 900 dd. 20/5/2011)

	ASS 1	ASS 2	AOU TS	Burlo	TOTALE
Quota capitaria	396.673.827	234.018.679			630.692.506
Funzioni			88.659.941	22.502.831	111.162.772
Contributo IRCSS				9.297.000	9.297.000
Trasferimento di funzioni trasfusionali			335.228	-335.228	0
Attrazione ricoveri	2.230	3.851.990	103.738.943	12.608.357	120.201.520
Attrazione ambulatoriale	28.838	530.174	29.812.138	3.460.247	33.831.397
Fuga ricoveri	-110.379.427	-9.822.093			-120.201.520
Fuga ambulatoriale	-32.566.234	-1.265.163			-33.831.397
<b>TOTALE</b>	<b>253.759.234</b>	<b>227.313.587</b>	<b>222.546.250</b>	<b>47.533.207</b>	<b>751.152.278</b>

Riepilogo finanziamento 2012 Area Vasta ricalcolato

	ASS 1	ASS 2	AOU TS	Burlo	TOTALE
Quota capitaria	396.673.827	234.018.679			630.692.506
Funzioni			88.659.941	22.502.831	111.162.772
Contributo IRCSS				9.297.000	9.297.000
Trasferimento di funzioni medicina nucleare		-100.000	100.000		
Trasferimento di funzioni trasfusionali			648.270	-648.270	0
<b>Revisione finanziamento</b>	<b>5.115.164</b>	<b>-168.555</b>	<b>-4.946.609</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Attrazione ricoveri		3.718.487	105.057.274	12.690.143	121.465.904
Attrazione ambulatoriale	78.785	596.337	33.375.972	3.571.792	37.622.886
Fuga ricoveri	-112.096.981	-9.368.923			-121.465.904
Fuga ambulatoriale	-36.076.005	-1.546.881			-37.622.886
<b>TOTALE</b>	<b>253.694.790</b>	<b>227.149.144</b>	<b>222.894.848</b>	<b>47.413.496</b>	<b>751.152.278</b>

I quattro direttori generali di area vasta, congiuntamente, richiedono peraltro alla Direzione Centrale Salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali di riconsiderare l'entità del finanziamento complessivo di area vasta, tenendo conto della necessità che lo stesso sia integrato dell'importo di 193.331 euro, da ripartire in parti uguali tra ASS1, ASS2 e AOUST, in quanto il finanziamento delle succitate attività svolte dall'IRCCS Burlo Garofolo, per intrinseca natura delle stesse, non può esser fatto ricadere a scapito delle altre aziende di area vasta.

I Direttori generali di Area Vasta, tenuto conto della già richiamata L.R. n. 22/2010, confermano altresì, di impegnarsi a rivedere, nel corso del 2012, 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 messa in essere.*

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

Mantenere il finanziamento regionale invariato per tre anni porta ad una capacità di spesa reale in fortissima diminuzione in quanto va tenuto conto dei costi inflattivi e, per quanto riguarda l'ultimo periodo, anche dell'aumento dell'IVA (che salirà ulteriormente da settembre 2012). Ciò pur tenendo conto del blocco dei rinnovi contrattuali. In Italia l'inflazione è salita dell'1,5% nel 2010 e di oltre il 3,2% (dato provvisorio) nel 2011. Considerando però che l'esperienza di questi anni porta a stimare un aumento dei costi sanitari di circa il 4 per cento su base annuale, si può affermare che la disponibilità finanziaria effettivamente a disposizione di ASS1, in termini di reale potere di acquisto rispetto all'anno precedente, sia ulteriormente diminuita di alcune decine di milioni di euro (una stima potrebbe fissare la minor capacità di spesa, nei due anni, di qualche decina di milioni di euro). Di ciò non si può non tener conto nella programmazione delle attività, considerando che il mancato rinnovo dei CCNL nel 2011 ha liberato indicativamente, per ASS1, non più di 1.200.000 euro, e che nel 2012 graverà sui bilanci aziendali l'aumento dell'aliquota IVA (che per ASS1 è un puro costo) di un punto fino a settembre, poi di tre punti.

Il “riequilibrio” dei fondi regionali a vantaggio delle Aree Vaste di UD e PN e il mantenimento del finanziamento all'AV Giuliano Isontina non può quindi non andare a penalizzare l'erogazione di servizi di ASS1 che trattandosi di azienda unicamente territoriale ha sviluppato nel tempo, come da mandato regionale, i servizi territoriali. Tali servizi hanno permesso di ridurre in maniera significativa il tasso di ospedalizzazione e la chiusura di ben 2 ospedali, con una riduzione complessiva di un migliaio di posti letto per acuti, che risultano più che dimezzati, e con una conseguente riduzione delle giornate di degenza (decine di migliaia di giornate in meno, per attività di assistenza che oggi viene garantita sul territorio), pur in presenza di una situazione demografica particolare a causa della forte presenza di persone anziane che vivono da sole senza una rete parentale che se ne possa fare carico.

Il prevedibile buon andamento di bilancio 2011 è da attribuire essenzialmente ad un contenimento della spesa farmaceutica che sarà difficile replicare ulteriormente e sostenere nel tempo, anche per il prevedibile incremento della cronicità e nonostante ASS1 intenda adottare ogni iniziativa tesa all'ulteriore qualificazione e razionalizzazione della spesa farmaceutica, quali ad esempio la promozione dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e l'ulteriore sviluppo di

prontuari terapeutici condivisi di area vasta. Si ravvisa, quindi, la necessità che si considerino modifiche radicali ai criteri di finanziamento di ospedale e territorio (laddove ormai anche il territorio ha bisogno di una quota fissa, visto lo sviluppo strutturale di questi anni), o almeno di una diversa attribuzione di risorse economiche e umane con una strategia regionale definita che individui gli assi di programmazione del sistema nel suo complesso. Il reale e concreto rischio è quello, qualora non fossero emanate linee di pianificazione generale regionale sul sistema di distribuzione delle risorse derivanti da forti e moderne scelte di sviluppo, di contrarre le attività territoriali finendo per riversare di nuovo gli oneri dell'assistenza sugli ospedali, rendendo vano il lavoro che con fatica si è affrontato in questi anni e che ha portato alla costruzione di forti realtà territoriali, cosa che ha consentito a Trieste una discesa del tasso di ospedalizzazione che non ha uguali in Regione.

Questi elementi portano ASS1 a dichiarare come riferimento generale la ricerca del mantenimento delle performance senza sviluppi, pur con la consapevolezza che anche il mantenimento delle performance sta già richiedendo un pesante sforzo collettivo da parte dell'Azienda tutta, per la coincidenza di calo delle risorse umane e calo effettivo delle risorse finanziarie disponibili. In particolare, non è pensabile, nel medio-lungo periodo, un mantenimento delle performance se gli attuali criteri di finanziamento (sia in termini di ripartizione di risorse tra ospedale e territorio, sia in termini di "riequilibrio" tra diverse realtà territoriali) dovesse perdurare immutato. È peraltro ferma volontà dell'Azienda il garantire i livelli di qualità e quantità dell'assistenza sanitaria offerta ai propri residenti. Appare peraltro difficile ipotizzare come realistico l'equilibrio di bilancio senza modificare la propria capacità produttiva in termini di servizi offerti alla popolazione. Si immagina anzi che, nel corso dell'anno e con un costante monitoraggio dell'andamento della spesa, si possano render necessarie ulteriori contrazioni di costi e attività.

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

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

Sarà cura di ASS1 impegnarsi in ogni caso affinché le prestazioni sanitarie prioritarie riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza siano garantite alla popolazione della provincia di Trieste.

Saranno continuate, come già si è fatto nel 2011, le manovre di razionalizzazione tecnico-amministrativa interne possibili e saranno valutate le possibili strade indicanti sinergie con le altre Aziende di Area Vasta prioritariamente sul terreno delle funzioni sanitarie coordinate, laddove risulta possibile definire percorsi di salute modulati sulle reali necessità, razionalizzando la spesa e le strutture necessarie.

Per quanto invece concerne la centralizzazione in area vasta di attività di supporto tecnico-amministrativo, permangono le criticità già evidenziate con riferimento alla realizzazione degli obiettivi di patto per l'anno 2011.

In particolare l'esistenza di Aziende con personalità giuridica propria e conseguente autonomia gestionale, non consente di trasferire le responsabilità connesse ad attività di carattere strategico e di governo dei fattori produttivi, quali quelle contabili ed amministrative, né ad altra Azienda né ad un ente non riconosciuto dal vigente sistema normativo, quale è l'Area Vasta.

Pertanto, al momento, la progettazione esecutiva di sinergie fra Enti che potrebbero subire nel medio termine accorpamenti dettati da logiche diverse rispetto a quelle dell'Area Vasta, risulta manifestamente diseconomica, fatta salva la prosecuzione dei percorsi già attuati e il progetto relativo alla centralizzazione dei magazzini, al quale le aziende dell'area vasta forniranno tutto il supporto necessario, come evidenziato nel relativo studio di fattibilità.

La riscrittura dell'Atto Aziendale e la ridefinizione della Dotazione Organica sviluppate nel 2011 discendevano da disposizioni regionali, ma anche da necessità oggettive di adeguamento dell'organizzazione in relazione alla strategie di AV sulle funzioni coordinate e sulla razionalizzazione amministrativa. Si ritiene necessario, anche nelle more di ogni eventuale decisione regionale sulla governance del sistema, poter affrontare velocemente alcuni percorsi indispensabili relativamente alla modifica formale dell'organizzazione aziendale, senza i quali potrebbe verificarsi, a breve, una marcata sofferenza di ASS1 non solo nel settore amministrativo ma anche in quello sanitario.

ASS1 si farà inoltre carico di porre per l'ennesima volta in AV e, se necessario, presso le istanze regionali, la questione del pagamento delle ospedalizzazioni dei propri residenti che avvengono fuori AV. Si continua a ritenere infatti del tutto improprio il pagamento a carico di ASS1 dei DRG "in fuga" dal territorio di competenza (sia regionale, sia, ora, di Area Vasta). L'attrazione ed il suo contrario, relativamente ai ricoveri appropriati, sono di esclusiva competenza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e dell'IRCCS Burlo Garofolo, non essendo dotata ASS1 di posti letto per acuti e non avendo alcuna possibilità di governo dell'offerta ospedaliera né in termini di qualità né di liste di attesa né

ancora di organizzazione logistico-alberghiera. Cio' a maggior ragione allorché vengono imposti meccanismi di valorizzazione di "tetti fissi" tra le Aziende del SSR che, andando a remunerare il c.d. "Vuoto per pieno", non stimolano le Aziende erogatrici ad aumentare l'offerta delle prestazioni sanitarie.

Si sottolinea anche come persista una forte contrazione nelle risorse a disposizione nel piano degli investimenti, elemento di criticità per una Azienda quale ASS1 le cui numerosi sedi, in massima parte di non recente edificazione, sono molto distribuite nel territorio.

In particolare, si ripropone per il 2012 un tema già sollevato nel corso del 2011: non è pensabile un intervento, con le sole risorse dell'azienda, finalizzato alla definitiva soluzione della sede per il 118. Tale sede, al momento provvisoriamente ospitata presso la caserma dei Vigili del Fuoco, deve contenere l'auto-parco, gli spogliatoi, i magazzini, la zona lavaggio e disinfezione, le sale riunioni e didattiche, gli uffici ed i locali tecnologici e va identificata al più presto tenendo conto dei costi da sostenere. L'identificazione di un sito adeguato, la sua acquisizione, la progettazione della sede ed il finanziamento dell'opera sono aspetti che non possono ricadere totalmente su ASS1, richiedendo una seria riflessione riguardo alla valenza del servizio, nell'ambito del complessivo sistema di salute per la provincia di Trieste, per la quale ci si attende l'avvio di un apposito tavolo di lavoro che coinvolga ASS1 e le istanze regionali.

Alle strutture territoriali sono assegnate grandi responsabilità organizzative e gestionali su molti percorsi di salute, nelle dichiarazioni in premessa all'accordo sulle funzioni coordinate formalizzate e sottoscritte a fine 2010 da tutte le Aziende di Area Vasta.

Anche alla luce di questo documento, ASS1 esprime ancora una volta un dato che influenza pesantemente la programmazione: non sono ancora definiti, a livello strategico regionale, i compiti delle Aziende territoriali in tema di medicina specialistica, che continua ad essere in capo indifferentemente ai vari Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale e al privato convenzionato sulla base delle esperienze storiche consolidate nel tempo. L'auspicio è che, essendo l'attività ambulatoriale funzione naturale del territorio, se ne attribuisca l'effettivo governo dell'offerta e della domanda, le responsabilità e i relativi finanziamenti alle ASS (magari di Area Vasta), consentendo una regia unica, una verifica reale dell'appropriatezza, una prioritizzazione degli interventi, un reale controllo sulla programmazione e sulla effettiva attività, la definizione di percorsi diagnostici integrati, riservando all'ospedale la sola specifica funzione di ricovero per acuti.

Anche in virtù di tale visione, dalla metà degli anni novanta in poi il "sistema salute" a Trieste si è organizzato nel tentativo di dare una risposta, non ancora perfettamente compiuta e per definizione sempre perfezionabile, ai bisogni di salute derivanti dalla particolare situazione demografica, socioeconomica ed epidemiologica. Tale situazione è condizionata – ben più e ben prima che

altrove - dall'invecchiamento della popolazione, dall'incremento progressivo della disabilità e dei grandi anziani, dalla diffusione della cronicità e da aspetti socio-sanitari quali la prevalenza delle famiglie monocomponente, fenomeni che anticipano di una ventina d'anni ciò che si verificherà anche in altre aree del Paese: le proiezioni ISTAT sulla distribuzione della piramide demografica in Italia per il 2030 danno percentuali di ultrasessantacinquenni (intorno al 14%) e di ultrasessantacinquenni (intorno al 28%) che corrispondono alla realtà di oggi nella provincia di Trieste.

La domanda locale, inoltre, si presenta molto evoluta, esigente, consapevole, matura e raffinata, e quindi naturalmente portatrice di problemi, oltre che di risorse. Le dimensioni del territorio di riferimento favoriscono, anche per le ridottissime distanze, il ricorso – troppo spesso diretto - a servizi ospedalieri/universitari in cui l'offerta (specialistica e superspecialistica) condiziona la domanda. Un adeguato sviluppo e dimensionamento delle cure primarie dovrebbe invece partire da una mappatura dei bisogni di salute e da una valutazione dell'appropriatezza della domanda, su cui definire l'offerta, anche in termini di ripartizione di risorse (economiche, umane e strumentali) e di funzioni (e quindi di strutture) tra contesto ospedaliero e contesto territoriale.

Nel campo dell'organizzazione dei servizi sanitari territoriali, le scelte storiche di ASS1 sono state guidate dal principio secondo cui la salute richiede un approccio intersettoriale, unitario, globale, con forte attenzione su aspetti innovativi (domiciliarità) in quanto più probabilmente in grado di assicurare vantaggi e libertà.

Anche per questo i ricoveri ospedalieri vanno riservati a situazioni acute altrimenti non risolvibili, mentre la presa in carico della cronicità e della disabilità, la gestione dell'acuzie (e della subacuzie) che non necessiti ricovero, la prevenzione e la promozione della salute richiedono un forte sviluppo dei segmenti di cura sanitari e socio-sanitari territoriali.

In questa visione si sono fortemente sviluppati, all'interno di una logica organizzativa distrettuale, servizi medici, infermieristici e riabilitativi territoriali, nei setting residenziali e domiciliari. Questi servizi hanno consentito un'effettiva presa in carico dei casi complessi a domicilio, concorrendo alla creazione di valide alternative al ricovero ospedaliero.

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

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

necessità di governare il carico di lavoro e di tenere al contempo il passo del cambiamento.█

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

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

Un tanto anche alla luce dei dati dello studio PASSI 2010, importante punto di riflessione al riguardo: per fare qualche esempio, i suoi dati fotografano un aumento della popolazione sovrappeso/obesa, dei fumatori, dei bevitori a rischio, di chi non svolge attività fisica; colgono un calo di attenzione da parte del sistema su questi fenomeni e un calo di attenzione da parte della popolazione su pratiche come la misurazione della pressione arteriosa o del colesterolo.

I dati dello studio *"L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile in Friuli Venezia Giulia"*, pubblicato nel giugno 2011, dimostrano una considerevole percentuale di ospedalizzazioni evitabili, nella provincia di Trieste, particolarmente accentuate per BPCO, asma, ipertensione, angina pectoris (senza procedure), diabete non controllato. Pur con tutti i limiti e tutte le cautele di un approccio di analisi epidemiologica che può condizionare l'interpretazione dei risultati determinando differenze che non dipendono dall'effettiva qualità dell'assistenza territoriale (ad esempio i criteri di ammissione in ospedale, le modalità di codifica delle SDO, le differenze socioeconomiche della popolazione di riferimento), i dati inducono a una qualche necessaria riflessione sulla necessità di rivedere le modalità di gestione clinica di tali patologie croniche.

A questo proposito, è necessario spostare l'attenzione, oggi francamente eccessiva e fuorviante, dal fenomeno contingente – e comunque con dati in lento ma costante miglioramento - degli accessi impropri in pronto soccorso (che considera i soli fenomeni di acuzie, attinenti al modello di medicina d'attesa) per concentrarsi maggiormente sulla gestione proattiva della salute e

della cronicità, al fine di anticipare fenomeni, prevenire/limitare eventi, in ultima analisi limitare le occasioni in cui le persone prese in carico possano aver bisogno di un ricorso a cure ospedaliere, con una logica di iniziativa e di opportunità che sottintende politiche attive di popolazione, molto più che sul singolo soggetto.

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

Nel modello di proattività va infine considerato un ulteriore livello, parte oggi sommersa e spesso misconosciuta dell'iceberg della complessità: quello che si riferisce alla popolazione sana o comunque non ancora ammalata ma a rischio. Agire sulla salute prima che la malattia si manifesti significa stimare il rischio e provare ad incidere su quei determinanti sanitari che – se modificati – possono cambiare la storia di salute del singolo ma anche della collettività. Fumo, eccessivo consumo di alcol, errate abitudini alimentari, sovrappeso e inattività fisica sono determinanti sanitari che – se non corretti almeno nella popolazione a rischio – possono significare futuri eventi di malattia con pesanti ricadute sociali. Così come un adeguato controllo pressorio, metabolico, lipemico possono fare la differenza sia in una popolazione sana ma ad elevato rischio, sia in una popolazione diabetica o che abbia già manifestato precedenti eventi cardiovascolari.

È necessario, in sostanza, di un cambio del paradigma che oggi vede la proattività e l'iniziativa fortemente concentrate sui grandi rischi e a carico di una parte soltanto del sistema. In letteratura è da tempo evidente il cosiddetto "paradosso della prevenzione", per cui il concentrarsi solo sull'alto rischio porta a incidere in maniera non troppo significativa, da un punto di vista numerico, sul futuro realizzarsi o meno di eventi acuti (fatali e non), poiché – per la presenza di un ben più alto numero di persone nella popolazione a rischio intermedio, il maggior numero di eventi (statisticamente in percentuale meno probabili che nell'alto rischio) si realizzerà proprio in questa popolazione. Questo ragionamento porta a farci ritenere che i sistemi dovranno orientarsi sia nella proattività verso l'alto rischio, sia verso la capacità di spostare a sinistra la curva di popolazione che rappresenta il rischio intermedio, agendo su quei determinanti sanitari modificabili. Ciò è possibile sia attraverso logiche di *care management* su coorti di popolazione (più che sul singolo), sia attraverso una diversa attenzione ai fenomeni di salute sulla popolazione "presunta sana" di cui non sia stato ancora stimato il rischio.

ASS1 intende quindi sviluppare l'attività del 2012 continuando in alcuni assi di sviluppo storicamente ormai definiti, quali la costruzione di forti sinergie tra tutti i propri servizi finalizzate alla copertura h24, la sempre maggior profondità dei rapporti con gli altri Enti (in particolare con i Servizi Sociali dei Comuni) e con



tutti gli attori del welfare verso una reale e concreta integrazione delle rispettive attività territoriali, lo sviluppo delle politiche di presa in carico della salute delle comunità anche attraverso la sempre più attenta attivazione delle risorse proprie della popolazione e dei loro sistemi di aggregazione.

In particolare ASS1 intende proseguire nel processo di integrazione tra i servizi Distrettuali, la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta intrapreso nel corso del 2011. La costruzione di un vero sistema integrato di professionisti che passi attraverso l'adeguata valorizzazione dei rispettivi ruoli e il riconoscimento reciproco in qualità di interlocutori validi e credibili che partecipano allo stesso organizzato sistema di salute passa attraverso un recupero di progettazione unitaria di percorsi e di individuazione di sinergie. Un passaggio obbligato è il rilancio dell'associazionismo medico, da valorizzare anche con la definizione condivisa di obiettivi clinici e da reindirizzare in stretta relazione e collaborazione-integrazione con l'organizzazione distrettuale. A questo proposito, si ritiene necessario lo sviluppo di un sistema informativo sia "operativo" (cartella del paziente, scambio di informazioni, ecc..) che di valutazione delle performance clinico-assistenziali-organizzative.

L'occasione sarebbe possibile, nelle more del perfezionamento di accordi integrativi regionali, concordando con le professioni mediche convenzionate specifiche progettualità sperimentali che contemperino, rendendoli tra di loro coerenti, percorsi formativi, *clinical governance*, politiche distrettuali, ruolo del MMG e del PLS e contenuti/obiettivi delle forme associative, anche mediante forme di incentivazione a risultato (attraverso un modello di *pay-for-health* che reinterpreti i modelli anglosassoni di *pay-for-performance*).

Va altresì ribadita anche nel PAL 2012 l'inadeguatezza dei sistemi informativi regionali, carenti in vari settori di attività e/o determinati essenzialmente sul mero calcolo dell'efficienza (numero di prestazioni), di derivazione ospedaliera.

A proposito delle necessità di governance (clinica ed economica) e delle opportunità di adeguare/sviluppare in tal senso gli strumenti di ICT, ASS1 si dichiara fin d'ora disponibile a sperimentare, se adeguatamente supportata dalle istanze regionali, sviluppi specifici di strumenti informatici e modalità di relazione, con particolare riferimento a FSE, flussi informativi, prescrizione elettronica, cruscotti direzionali e di governo clinico (che presuppongono la necessità di disporre anche di elementi di conoscenza clinica – quali ad esempio la distribuzione nella popolazione di fattori quali l'abitudine al fumo, i valori di pressione arteriosa, i livelli di raggiungimento di alcuni target terapeutici – e non solo di consumi in termini di prestazioni "tariffabili").

ASS1, considerando anche come la propria organizzazione territoriale sia citata come riferimento nazionale da FIASO, Cergas Bocconi, Federsanità ANCI ed altre istituzioni scientifico/professionali, ritenendo molto interessanti i risultati di salute raggiunti, intende proseguire nella strategia di valutazione dei percorsi di qualità che vada oltre l'accreditamento già in essere e che analizzi le buone pratiche e i loro outcome.

Ciò per stimolare meccanismi di benchmarking interno (che portino alla replicabilità e al miglioramento), strutturare elementi di valutazione delle performance non solo da un punto di vista quantitativo, esplicitare e condividere processi di lavoro che da un lato contengano la capacità di valutazione in termini di salute e dall'altro mettano in grado di render conto dei risultati ottenuti a fronte delle risorse impiegate.

ASS1 intende proseguire la propria collaborazione con FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), che la vede capofila nel laboratorio del "governo del territorio" e come parte della direzione strategica nel laboratorio "comunicazione e promozione della salute", nonché la propria attiva presenza in seno a Federsanità ANCI, sia a livello regionale, sia a livello nazionale, ove coordina, attraverso il proprio DG, il tavolo di lavoro sulla continuità ospedale - territorio.

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

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

Tutte queste esperienze ed opportunità hanno fatto sì che ASS1 diventasse un punto di riferimento di rilievo nazionale e internazionale per lo studio delle dinamiche organizzative e dei risultati in termini di salute dei servizi sanitari territoriali. Anche se le attività didattiche e formative non rientrano strettamente nelle competenze e nella mission di ASS1, è altresì un grande riconoscimento ed un'ulteriore capacità di crescita il fatto che centinaia di professionisti attraversino ogni anno i servizi di ASS1, che di fatto rappresenta un "laboratorio vivente" dei servizi territoriali e delle cure primarie.

Prendendo spunto anche da queste numerose e importanti esperienze collaborative, ASS1 ha recentemente istituito, con delibera n. 299 dd. 02/09/2011, un laboratorio progettuale denominato "Laboratorio esseti", cui sono stati attribuiti i seguenti obiettivi:

- promuovere la salute dei singoli e della collettività, curando sia gli aspetti informativi/formativi, sia il monitoraggio dell'impatto sulla salute della popolazione degli interventi attuati;
- sviluppare la cultura della qualità e della responsabilità incentrata sulla descrizione e l'analisi dei processi di cura, dei percorsi assistenziali e dell'impiego delle risorse, sulla tracciabilità delle decisioni e sulla misurazione degli esiti, anche avvalendosi di strumenti e di *know how* incentrati sulla *governance* clinica e gestionale;

- sviluppare, monitorare e valutare esperienze di continuità dell'assistenza, intese non solo come capacità di risposta nell'arco delle 24 ore, ma soprattutto come capacità di presa in carico della cronicità e della disabilità, che presuppongono lo sviluppo di una rete di servizi e di una rete di informazioni supportate dalle tecnologie informatiche;
- promuovere e sviluppare reti e collaborazioni con soggetti pubblici o privati che condividano tali finalità di studio e di sviluppo, mediante progetti, ricerche, iniziative formative e/o comunicative, eventi pubblici, workshop ed ogni altra eventuale iniziativa coerente con le finalità del laboratorio stesso.

Nell'ambito delle attività del Laboratorio si intendono affrontare, tra gli altri, i seguenti temi, articolati in più filoni progettuali:

- sviluppo di iniziative tese alla produzione di informazioni “nel mondo reale” (con finalità di *governance* clinica, di misurazione delle *performance*, di formazione tra pari e sul campo), incentrate principalmente su:
  - processi di cura e loro esiti, quantomeno intermedi;
  - correlazione tra le risorse impiegate ed i risultati conseguiti, soprattutto in termini di salute;
- sviluppo di iniziative di proattività (con logica di intervento su cluster di popolazione a rischio) e di presa in carico delle persone “fragili” a rischio di ospedalizzazione;
- potenziamento della politica culturale e professionale sul farmaco incentrata sull'appropriatezza, attraverso:
  - la promozione della prevenzione secondaria, volta a ridurre i fattori di rischio nelle popolazioni a rischio, e di quella terziaria, volta a limitare e ritardare la comparsa di complicanze nelle popolazioni affette da patologie cronico-degenerative, anche mediante la definizione ed il monitoraggio di target terapeutici;
  - la promozione, anche attraverso una *concordance* terapeutica, della aderenza e della persistenza in terapia con i farmaci per le principali patologie cronico-degenerative;
  - la promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto per quelle indicazioni cliniche in cui tale scelta sia coerente con le evidenze scientifiche;
- sviluppo di iniziative di promozione della salute e di comunicazione sociale anche mediante l'uso di tecnologie informatiche e di moderni canali e strumenti di comunicazione mediatica.

“Laboratorio esseti” è dunque un contenitore virtuale in cui realizzare diverse attività progettuali, coerenti con la mission e la vision aziendali, alimentate sia attraverso canali di finanziamento progettuale istituzionale, sia attraverso iniziative ad hoc sviluppate nei già citati contesti associativi (FIASO, Federsanità ANCI, HPH&HS...) e/o sostenute da sponsorizzazioni specifiche.

All'interno di “Laboratorio esseti” ASS1 intenderebbe tra l'altro implementare, in step progressivi e lungo diversi filoni progettuali tra di loro coerenti, il già citato

sistema informativo direzionale di governance clinica ed economica che permetta di collegare ed aggregare in capo al singolo cittadino assistibile e – di conseguenza - a ogni possibile cluster di popolazione, il maggior numero di informazioni singolarmente disponibili (i dati anagrafici e demografici, le patologie croniche ed acute presentate, i singoli contatti e prestazioni ricevute dai singoli servizi sociosanitari, i principali dati clinici, ecc.).

Un sistema così concepito, basato sullo sviluppo di strumenti, di *know how* e di cultura incentrati sulla *governance* clinica e gestionale, permetterebbe di evidenziare, in modo analitico e cronologico, i singoli elementi del profilo assistenziale del singolo assistito e di gruppi omogenei di assistiti, nonché di determinare il costo dei percorsi di cura di ogni singolo assistito e dei cluster di popolazione.

ASS1 intende affrontare anche il problema della risposta territoriale urgente h24 alle persone che non necessitano di ricovero ospedaliero, mettendo in rete diversi servizi e/o attori già a disposizione ma ancora non perfettamente coordinati. Lo sviluppo di circuiti distrettuali che vedano la Medicina Generale, i servizi medici e infermieristici Distrettuali, il Servizio di Continuità Assistenziale, il Centro Prime Cure, con la regia operativa della Centrale 118 (parte essenziale dell'organizzazione di ASS1 che non solo garantisce un modello integrato di governo territoriale di urgenza / emergenza / trasporto, ma che rappresenta anche lo snodo di "service of services" per tutte le questioni da affrontare in tempo reale da parte della complessa rete territoriale), deve portare a un sistema complessivo di risposta che consenta di risolvere i problemi urgenti presentati dal cittadino (codici bianchi e verdi) che altrimenti graverebbero sulle strutture ospedaliere, dando al contempo avvio, quando necessario, a percorsi di presa in carico territoriale.

Anche per il 2012 ASS1 intende proseguire nel rapporto, ormai consolidato, con gli Enti Locali, sia sul terreno della programmazione comune, sia su quello, più operativo, delle sinergie tra servizi. In particolare, si intende proseguire sulla strada della risoluzione della criticità relativa alle spese che in alcuni casi vengono definite improprie da parte di ASS1, in quanto afferenti alla zona grigia di confine tra il sanitario e il sociale.

Un'ulteriore criticità con impatto diretto sui servizi di ASS1 potrebbe essere determinata, a tale proposito, dalla crisi economica generale, dalla riduzione dei fondi per i servizi sociali dei Comuni, dallo scarso sostegno alla Cooperazione Sociale di tipo B che ha come mission l'inserimento lavorativo di persone provenienti dall'area del disagio, altrimenti giocoforza oggetto di interventi sociosanitari di supporto.

ASS1 ritiene importante continuare, 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.

## **PIANO OPERATIVO DI AREA VASTA GIULIANO ISONTINA**

**ASS1 TRIESTINA  
ASS2 ISONTINA  
IRCSS BURLO  
AOUTS – OSPEDALI RIUNITI**

### **PRINCIPI E CRITERI PER IL RIORDINO DELLE FUNZIONI OSPEDALIERE DEFINITE DAL PIANO SANITARIO REGIONALE QUALI FUNZIONI DA COORDINARE**

**31 DICEMBRE 2011**

Richiamando gli accordi già intercorsi tra le Aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina di settembre 2010 e aprile 2011 con i quali si sono avviati percorsi di sinergia e di razionalizzazione delle funzioni coordinate, finora prevalentemente gestite dagli ospedali, si riporta di seguito lo stato di avanzamento delle attività per ciascuna delle funzioni oggetto di attenzione e i conseguenti impegni per l'anno 2012.

Nell'ottica generale di programmazione di Area Vasta pluriennale strategica e sinergica le Aziende ribadiscono come gli ospedali si debbano sempre più dedicare alla gestione di patologie acute che richiedano impegno di complesse tecnologie e personale specializzato. Ciò per consentire ai nosocomi di esplicitare al massimo la loro funzione di qualità e di eccellenza, e nello stesso tempo per offrire al cittadino attraverso tutto il sistema di salute percorsi appropriati, economici e modulati sull'effettivo bisogno (domiciliari, ambulatoriali, in strutture intermedie).

L'attività svolta finora ha mirato a superare la duplicazione di servizi (ospedale+territorio) e la delega totale delle funzioni alle Aziende Ospedaliere, cercando di articolare i percorsi di salute sui reali bisogni e sui corretti luoghi della presa in carico, al fine di evitare sprechi economici relativi all'attivazione ospedaliera ma garantendo ai cittadini appropriatezza, efficacia e accettabilità attraverso la presa in carico ed il lavoro in rete delle strutture territoriali. Sono state sviluppate, a tale fine, sinergie e percorsi strutturati di continuità assistenziale così da definire percorsi di salute modulati sulle reali necessità, razionalizzando la spesa e le strutture necessarie.

Si ricorda che IRCCCS Burlo svolge attività di riferimento per tutto il bacino regionale.

#### **LABORATORIO**

Presentata in data 29 giugno 2011 con nota prot. 285998/GENI.1.A la proposta di riorganizzazione delle attività predisposta dal gruppo tecnico che sta elaborando un piano di fattibilità da completare entro il 30.6.2012.

#### **CENTRO TRASFUSIONALE**

Presentata in data 30/06/2011 con nota prot. 29035/GENI.1.A una proposta di riorganizzazione delle attività predisposta dal gruppo tecnico, che sta elaborando un piano di fattibilità da completare entro il 30.6.2012.

#### **ANATOMIA PATOLOGICA**

La S.C. di Anatomia Patologica, unica in Area Vasta ed allocata presso AOUTS svolge le funzioni anche per l'IRCCS Burlo Garofolo ed integrate con l'ASS 2 dove l'attività viene svolta presso i due presidi ospedalieri .

## **SERVIZIO FARMACEUTICO**

La carenza di personale farmacista e amministrativo dedicato e formato, anche a causa di pensionamenti e trasferimenti presso altre aziende, ha fatto sì che non si potesse costituire in ASS1 una **SC Assistenza Farmaceutica di Area Vasta** (territoriale) con una sede a Trieste (principale) e una sede a Gorizia.

Il procrastinarsi della definizione di possibili accordi con Federfarma finalizzati alla realizzazione della distribuzione per conto dei farmaci ricompresi nel PHT, ha reso, inoltre, non percorribile la strada dell'accorpamento, in quanto non è possibile al momento attuale definire le risorse umane necessarie complessivamente a fronte di modifiche dell'attività professionale, e di quella di controllo e monitoraggio.

AOUTS e IRCCS Burlo hanno mantenuto al proprio interno le relative SOC,

ASS 2 ha mantenuto la S.C. Farmacia per i due presidi ospedalieri di Gorizia e Monfalcone e la S.C. del Servizio Farmaceutico Territoriale.

Entro il 2012 sarà prodotto un quadro operativo di percorso di AV che terrà conto della variabili sopracitate

## **ONCOLOGIA**

Avviati gli accordi per la riattivazione del Dipartimento di AV funzionale e per la definizione degli obiettivi di sviluppo e di organizzazione di percorsi sinergici anche al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni della rete di cure palliative e ai dettati della Legge n° 38/2010 e di quella Regionale n° 10/2011.

## **DERMATOLOGIA**

Sono stati individuati i principali percorsi diagnostico-terapeutici e delle conseguenti modalità organizzative al fine di una migliore gestione dell'acuzie, delle patologie croniche invalidanti e delle malattie rare per dare continuità assistenziale ai pazienti e risposte di alta qualità.

Attuato quanto indicato entro il 31.12.11

## **DIABETOLOGIA**

Sono stati individuati i principali percorsi diagnostico-terapeutici e delle conseguenti modalità organizzative al fine di una migliore gestione della presa in carico dei pazienti di interesse diabetologico, in continuo e progressivo aumento, e delle conseguenti patologie croniche invalidanti, consolidando il rapporto con MMG e PLS e il lavoro *in rete* tra le varie aziende.

Come previsto dai precedenti accordi di AV, è in corso di costituzione formale della struttura funzionale di coordinamento interaziendale di AV presso la Struttura Territoriale di ASS 1.

## **NEFROLOGIA E DIALISI**

Il modello organizzativo adottato, al fine di fornire ai residenti dell'Area Vasta Giuliano Isontina una diagnostica nefrologica e terapia - specie sostitutiva - qualificate ed uniformi e quanto più possibile vicine al domicilio del paziente, vede l'articolazione in due Strutture Complesse, una presso AOUTS ed un'altra presso ASS2.

## **SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)**

Già attivato e funzionante dal 01.10.2011 presso ASS 1, in maniera sperimentale, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Area Vasta.

L'attività di tale servizio è regolata da un protocollo operativo concordato dai DSM di ASS1 e ASS2 che vede il coinvolgimento attivo dei CSM di competenza di ogni singolo utente.

## **GASTROENTEROLOGIA**

In coerenza con i punti strategici rilevati dall'Accordo di AV giuliano isontina di aprile 2011 il gruppo di lavoro interaziendale ha elaborato i seguenti documenti:

- uno studio di fattibilità per la gestione delle emergenze endoscopiche in ASS2;
- un protocollo per il trattamento endoscopico in emergenza del bambino;
- un protocollo per la gestione del passaggio del paziente affetto da patologie croniche dall'età pediatrica all'età adulta.

Il gruppo di lavoro sta verificando la possibilità di introdurre specifici percorsi in AV per prestazioni di II e III livello, che necessitano analisi più approfondite e coerenti con le caratteristiche dell'Area Vasta che richiedono una riorganizzazione delle attività.

Si stanno, altresì, valutando prospettive di scambi di expertise tra professionisti e l'utilizzo appropriato di strumentazioni e la centralizzazione di prestazioni ad alta complessità. In questo contesto, quale primo passo, è stato formulato un protocollo per la metodica di indagine "Enteroscopia con videocapsula".

## **NEUROLOGIA**

Il gruppo di lavoro interaziendale ha avviato le attività di confronto al fine di condividere protocolli operativi e percorsi diagnostico terapeutici, tali attività non sono ancora concluse.

Sarà istituito, entro il 30.06.2012, il Dipartimento interaziendale orizzontale di Neuroscienze (ASS1, ASS2, AOUTS)

E' in corso di approfondimento tra AOUTS E ASS 2 un accordo per il trattamento trombolitico del paziente con ictus acuto

## **OCULISTICA**

Il gruppo di lavoro interaziendale ha avviato le attività di confronto al fine di condividere protocolli operativi e percorsi diagnostico terapeutici, tali attività non sono ancora concluse così come la definizione delle attività del Dipartimento interaziendale funzionale.

## **ORL**

Inviato il documento conclusivo entro il 30.09.2011 con nota prot. 42944/GEN.I.1.A. corredato dal documento proposto da AOUTS.

## **PNEUMOLOGIA**

Come previsto dagli accordi sono state sviluppate le seguenti azioni:

1. specializzazione dell'offerta domiciliare di ASS1, attraverso accordi con AOUTS che vedono la presenza di medici pneumologi ospedalieri presso i distretti e a domicilio



2. avvio della specializzazione dell'offerta di riabilitazione pneumologica, sia a livello degenziale (privato convenzionato) che territoriale (ambulatoriale e domiciliare)
3. attivate le sinergie tra ASS1-ASS2-AOOTS che favoriscono la concentrazione dei casi più complessi specialistici (malattie rare, insufficienza respiratoria, endoscopia operativa), aumentata l'attività di riferimento della Chirurgia Toracica di AOOTS
4. avviato l'accordo con il privato accreditato che svolge le funzioni di Hospice per rispondere ai bisogni dei pazienti respiratori cronicamente critici o pre-terminali respiratori (es. patologie croniche in fase avanzata, SLA, pazienti ventilati, tracheostomizzati, ecc)
5. qualificata la presa in carico domiciliare dei pazienti cronici respiratori anche per quanto riguarda il cambio delle cannule a domicilio

Nel 2012 saranno consolidati gli Accordi sopracitati e sarà sviluppata delle attività di Hospice per pazienti respiratori

### **UROLOGIA**

A seguito di uno studio di Area Vasta, che ha considerato nel complesso l'offerta delle prestazioni ambulatoriali specialistiche, l'attività chirurgica, la qualità dei percorsi diagnostico terapeutici ed i livelli di sinergia in Area Vasta, si rileva che ogni Azienda già risponde in modo appropriato ai bisogni del proprio bacino di utenza. Si ritiene quindi di non costituire entro il 30.06.2012 il Dipartimento interaziendale orizzontale di Urologia.

### **ODONTOSTOMATOLOGIA**

Il PSSR configura l'attività di Odontostomatologia come funzione coordinata per ASS2, e come funzione di HUB per AOOTS.

Le attività svolte sono in linea con la programmazione

**PROGETTUALITA' PER LA CONDIVISIONE DI PERCORSI NELL'AREA  
AMMINISTRATIVA**

**31 DICEMBRE 2011**

Per quanto concerne le progettualità di condivisione di percorsi nell'area amministrativa, permangono le criticità già evidenziate con riferimento alla realizzazione degli obiettivi di Patto per l'anno 2011.

In particolare l'esistenza di Aziende con personalità giuridica propria e conseguente autonomia gestionale, non pare consentire il trasferimento delle responsabilità connesse ad attività di carattere strategico e di governo dei fattori produttivi, quali quelle contabili ed amministrative, né ad altra Azienda né ad un ente non riconosciuto dal vigente sistema normativo, quale è l'Area Vasta.

Pertanto, al momento, la progettazione esecutiva di sinergie fra Enti che potrebbero subire nel medio termine accorpamenti dettati da logiche diverse rispetto a quelle dell'Area Vasta, potrebbe risultare diseconomica, fatta salva la prosecuzione dei percorsi già attuati (relativi alla previdenza ed alla fiscalità) ed il progetto relativo alla centralizzazione dei magazzini, al quale le aziende dell'area vasta forniranno tutto il supporto necessario, come evidenziato nel relativo studio di fattibilità.

Sulla base di tali premesse si rappresenta di seguito lo stato di avanzamento delle varie progettualità.

**TRATTAMENTO PREVIDENZIALE**

Attivata nel corso del 2011 e pienamente operativa la Convenzione per la gestione unificata del Trattamento previdenziale.

**ACQUISIZIONE DEL PERSONALE**

Stesa la bozza di testo convenzionale e di regolamento, da condividere in area vasta entro il 31.12.2011. Nel corso del 2012, alla luce di quanto sopra evidenziato, ne sarà valutata l'effettiva fattibilità ed il percorso necessario per l'operatività a regime.

**MAGAZZINO UNICO**

Anche in relazione agli obiettivi di Patto 2011 e, nello specifico, all'obiettivo di "Miglioramento dei livelli di efficienza delle funzioni amministrative", si fa presente che le Aziende, valutate diverse alternative progettuali, hanno ritenuto di poter individuare nella "Gestione unificata della Logistica di Beni di consumo", da condividere in area vasta entro il 31.12.2011, quella che presenta adeguata potenzialità di riduzione dei costi e al contempo concrete possibilità di implementazione, razionalizzando l'utilizzo di strutture, apparati organizzativi (personale) e trasporti, e pertanto consentire un utilizzo migliore degli investimenti e della tecnologia per effetto di economia di scala.

## **FISCALITA'**

Attivato ed operativo il relativo testo convenzionale.

## **ATTIVITA' DI RECUPERO CREDITI**

Stesa la bozza di testo convenzionale e di regolamento, da condividere in area vasta entro il 31.12.2011. Nel corso del 2012, alla luce di quanto sopra evidenziato, ne sarà valutata l'effettiva fattibilità ed il percorso necessario per l'operatività a regime.

## **ATTIVITA' DI CONTROLLO SULLE ESENZIONI TICKET**

In merito, oltre a richiamare quanto già comunicato in data 29.06.2011 con nota prot. 28825, si evidenzia che non risultano attualmente omogenee tra le aziende ASS1 ed ASS2 le modalità di informazione/informatizzazione dei dati relativi alle esenzioni ticket per reddito per ogni assistito fornite dal MEF ed importate sulla carta regionale dei servizi/tessera sanitaria. Per ASS1 l'adeguamento, come comunicato dai referenti regionali, interverrà non prima del mese di marzo 2012 e pertanto solo da tale momento sarà possibile valutare la fattibilità di un percorso unificato in AV.

## LINEE PROGETTUALI 2012

### 1.3.1 CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

#### Linea n. 1.3.1.1 : Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa

Raccordo con la programmazione precedente:  
Il Piano di Area Vasta Giuliano Isontina ha permesso un buon governo dei Tempi d'attesa per le principali prestazioni della specialistica ambulatoriale e le procedure ed interventi chirurgici erogate in regime di ricovero.

L'ASS 1 per contenere i tempi d'attesa e per ridurre la fuga extra regione (che riguarda prevalentemente gli interventi protesici e le prestazioni di RMN), ha finanziato con fondi propri l'innalzamento dei tetti economici delle strutture private accreditate.

Tutti gli obiettivi sono stati rispettati e solo vincoli e criticità di ordine tecnico riscontrati nel corso dell'anno hanno ritardato l'avvio di un CUP unico a livello delle due Province. L'empasse è stato però superato in quanto le prenotazioni sono avvenute attraverso i call center .

L'ASS 1 quale azienda capofila dell'AV si è fatta carico della stipula dei contratti con i privati accreditati anche per conto dell'ASS 2.

<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Definizione del "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa" quale parte integrante del PAL/PAO 2012</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> Il "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa" condiviso con tutte le aziende dell'AV è parte integrante del PAL 2012</p>
<p>Centralizzazione della definizione e gestione degli accordi con i soggetti privati accreditati</p>	<p>ASS1 provvederà a stipulare, anche per conto di ASS2, accordi con tutti gli erogatori sia pubblici che privati accreditati, presenti nell'Area Vasta, concordando con la Direzione dell'ASS2 tipologia e volumi di attività. Entro il 30.04 2012 ASS1 e ASS2 elaboreranno una proposta operativa che riguarda la centralizzazione dei flussi informativi di carico e di certificazione dei dati, mantenendo la visibilità dei dati a tutte le aziende coinvolte.</p>

#### Linea n. 1.3.1.2 Semplificazione delle prescrizioni specialistiche

Raccordo con la programmazione precedente:

Le aziende dell'AV Giuliano isontina hanno sviluppato percorsi di semplificazione delle attività ambulatoriali. In particolare ASS 1 ha differenziato le agende della SC Centro cardiovascolare, degli specialisti chirurghi, degli ORL, degli oculisti e dei pneumologi in agende per prime visite ed agende per i controlli al fine di dare trasparenza alla lista d'attesa e verificare i tempi veritieri.

Le attività finalizzate alla semplificazione degli iter prescrittivi / amministrativi sono centrate nella semplificazione della trasmissione delle prescrizioni e nella rendicontazione dell'attività erogata nell'ambito dell'Area Vasta. Le Aziende nel 2012 sviluppano le seguenti azioni:

<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Estensione progressiva dell'uso della ricetta informatizzata a tutto l'ambito di Area Vasta</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> Le Aziende di AV partecipano alla sperimentazione regionale applicando i sistemi operativi predisposti da INSIEL quando questi saranno pienamente operativi.</p>
--	--

Attivazione dei processi automatizzati di ritorno dell'erogato a seguito di refertazione delle prestazioni prenotate	ASS1 si impegna ad utilizzare i sistemi informatici predisposti da INSIEL che permetteranno alle prestazioni erogate e refertate di cambiare automaticamente stato da prenotato a erogato non appena questi saranno pienamente operativi.
Sviluppo di accordi con i MMG secondo quanto definito dall'Accordo integrativo regionale 15-12-2005 (DGR 269 dd.20-2-2006) in merito all'adozione di criteri di priorità, interventi sull'appropriatezza e semplificazione delle procedure prescrittive	Non appena saranno definiti gli accordi integrativi regionali e saranno indicate le risorse aggiuntive da utilizzare, ASS1 si impegna a stipulare accordi integrativi aziendali con i MMG riguardanti: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) l'adozione di criteri di priorità per le prestazioni indicate al paragrafo 6) del Piano di AV allegato ;</li> <li>b) l'attuazione di interventi sull'appropriatezza, mediante incontri di audit tra pari come indicato nella DGR 1439/2011, parte IV.</li> </ul>

<b>Linea n. 1.3.1.3 : Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale</b>	
Raccordo con la programmazione precedente: Le Aziende che insistono nel territorio della provincia di Trieste già dal 2000 garantiscono modalità omogenee di funzionamento della rete CUP e di gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa. Non appena sarà possibile passare al sistema CUP Web così come previsto dall'art. 2, comma 1 della L.R. 7/2009 questo si realizzerà anche nell'ambito regionale.	
<b>Obiettivo aziendale:</b> Implementazione delle agende di prenotazione condivise tra le Aziende appartenenti alla stessa Area Vasta stratificate per criterio di priorità (almeno per i criteri "B", "D" e "P")	<b>Risultato atteso:</b> Sono attive agende di prenotazione BDP per le prestazioni di cardiologia, ecografia addominale, gastroenterologia. Inoltre si attiveranno tavoli tecnici interaziendali per una selezione di altre visite e prestazioni specialistiche, coerentemente con il programma regionale. Tale condivisione è condizionata all'avvio delle Agende di prenotazione nel nuovo sistema regionale CUP-Web
Gestione separata dei percorsi di primo accesso dai controlli. Per l'anno 2012 è prevista l'estensione di tale processo a tutte le prestazioni traccianti	ASS 1 si impegna a gestire separatamente le prestazioni di primo accesso in agende separate dai controlli per tutte le prestazioni traccianti.
Tassi di occupazione delle agende di prestazioni traccianti superiori al 90%	Le agende di prenotazione per le prestazioni traccianti presentano un tasso di occupazione $\geq$ al 90% (sono escluse le agende che riguardano specialisti ambulatoriali interni ex SUMAI)

<b>Linea n. 1.3.1.3 : Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale</b>	
Unificazione dell'offerta di prenotazione delle prestazioni prioritarizzate: è esclusa la segmentazione (indirizzamento) delle agende di primo accesso (nella misura in cui il criterio di priorità esprime un indirizzo clinico/professionale univoco, condiviso tra tutti i soggetti, tale percorso deve trovare corrispondenza in un'unica agenda di prenotazione, stratificata esclusivamente per criterio di priorità)	Le agende di primo accesso riguardanti esclusivamente le "prime visite" non permettono l'indirizzamento, ad esclusione di quelle riguardanti gli specialisti ambulatoriali interni ex SUMAI.
Assenza di agende nominative	Non sono presenti agende nominative ad esclusione di quelle riguardanti gli specialisti ambulatoriali interni ex SUMAI.

<b>Linea n. 1.3.1.4 : Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni</b>	
<p>Raccordo con la programmazione precedente:            In adempimento di quanto definito nei commi 1 e 2 dell'art.12 della LR 26-3-2009 n. 7 e declinato nella DGR 1439 dd. 28-7-2011, le Aziende garantiscono percorsi comuni di informazione e i diritti in caso di superamento dei limiti.            La procedura aziendale è reperibile nel sito e vede come punto di risoluzione dei problemi il distretto.            In particolare, l'applicazione del comma 1, in favore del cittadino cui sia stata indicata in maniera appropriata la priorità B, è previsto per le prestazioni di seguito elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visita generale cardiologica (cod. 89.7);</li> <li>- ecografia addome superiore (cod. 88.74.1 e cod. 88.7411);</li> <li>- ecografia addome inferiore (cod. 88.75.1 e cod. 88.7511);</li> <li>- ecografia addome completo(cod. 88.76.1), con e senza contrasto;</li> <li>- endoscopia (dalla data di avvio dei criteri regionali di priorità, cod. 45.23, 45.23.1, 45.26.1, 45.24, 48.23, 45.13, 45.16, 45.19.1);</li> <li>- visita gastroenterologica (dalla data di avvio dei criteri regionali di priorità, cod. 89.7)</li> </ul> <p>Non è prevista l'applicazione nel caso in cui i tempi massimi di attesa previsti siano rispettati ma l'utente non accetti di recarsi presso le sedi previste dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" ed a lui preventivamente rese note.            Si prevede l'applicazione del comma 2, a favore del cittadino cui stata indicata in maniera appropriata la priorità P per le prestazioni di particolare rilevanza di seguito elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visita generale cardiologica (cod. 89.7);</li> <li>- ecografia addome superiore (cod. 88.74.1 e cod. 88.7411);</li> <li>- ecografia addome inferiore (cod. 88.75.1 e cod. 88.7511);</li> <li>- ecografia addome completo(cod. 88.76.1), con e senza contrasto.</li> </ul> <p>Le Aziende sono tenute ad adeguare i Piani annuali di produzione a quanto previsto dalla DGR 1439 dd. 28-7-2011. Non è prevista l'applicazione nel caso in cui i tempi massimi di attesa previsti siano rispettati ma l'utente non accetti di recarsi presso le sedi previste dal "Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa" ed a lui preventivamente rese note.</p>	
<b>Obiettivo aziendale:</b> Diffusione e applicazione dei percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7, secondo le modalità definite dal DGR 1439 dd. 28-7-2011	<b>Risultato atteso:</b> Evidenza della diffusione delle informazioni e garanzia dei diritti ai cittadini, secondo le modalità definite dal DGR 1439 dd. 28-7-2011.

**Linea n. 1.3.1.4 : Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni**

Azioni ed interventi:

Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta secondo le indicazioni esplicitate nel "raccordo con la programmazione precedente".

Si continuerà con idonee ed omogenee modalità di informazione dei cittadini prevalentemente attraverso l'uso dei siti aziendali, la comunicazione attraverso i Medici di Medicina generale ed i Pediatri di libera scelta e attraverso un' adeguata cartellonistica apposta nelle varie sedi aziendali che sarà aggiornata annualmente

**Linea n. 1.3.1.5: Libera professione**

Raccordo con la programmazione precedente:

Le Aziende proseguono il percorso di definizione dei meccanismi che assicurano la coerenza fra i tempi massimi di attesa e il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale, in conformità a quanto previsto dall'art. 7 della L.R. 7/2009 e ripreso dalla DGR 1439 dd.28-7-2009.

**CONFRONTO VOLUMI ATTIVITA' ISTITUZIONALE E LP: ANNO 2011**

PERIODO	ATTIVITA' ISTITUZIONALE (esclusi prelievi)	ATTIVITA' ALPI	RAPPORTO ALPI/ISTITUZIONALE
1° Trimestre	100.409	682	0,68
2° Trimestre	105.396	837	0,79
3° Trimestre	104.602	601	0,57
4° Trimestre*	103.469	706	0,68

(\* valore stimato)

**Obiettivo aziendale:**

I piani aziendali dovranno contenere anche i seguenti obiettivi e risultati attesi:

Indicazione del rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria, in particolare per le prestazioni critiche, siano esse ambulatoriali che di ricovero

**Risultato atteso:**

Esplicitazione del rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2011 (2011+20%)

I piani aziendali dovranno contenere anche i seguenti obiettivi e risultati attesi:

Le azioni che orienteranno la retribuzione di risultato alla riduzione dei tempi di attesa

Introduzione di obiettivi di budget vincolati al raggiungimento degli obiettivi di governo dei tempi d'attesa come da DGR 1439 dd.28-7-2011 a tutti i professionisti che erogano prestazioni ambulatoriali

Azioni ed interventi:

- Evidenza in Azienda dei meccanismi di controllo per verificare il mantenimento del rapporto definito attività istituzionale / attività libero-professionale;
- Adozione di misure correttive qualora i tempi di attesa permangano oltre i valori stabiliti per oltre 3 mesi e qualora non siano rispettati i volumi prestazionali concordati.

**Linea n. 1.3.1.6: Criteri di priorità**

Raccordo con la programmazione precedente:

Nell'anno 2012 proseguono i lavori di elaborazione dei criteri di priorità regionali con la partecipazione dei referenti delle Aziende.

<b>Linea n. 1.3.1.6: Criteri di priorità</b>	
<b>Obiettivo aziendale:</b> Implementano le agende stratificate per classe di priorità	<b>Risultato atteso:</b> I referenti aziendali parteciperanno ai tavoli regionali per la definizione dei criteri clinici di priorità Entro il 31.12.2012 verranno trasferite dal sistema codice colore al sistema BDP le prestazioni elencate nella tabella al paragrafo 2) del Piano dei TA allegato attraverso la loro condivisione in tavoli tecnici multidisciplinari fatto salvo la stipula di accordi integrativi regionali con i MMG e PLS:
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Come definito dalla DGR 1439 dd. 28-7-2011, si ricorda che l'ambito temporale massimo in cui è possibile utilizzare un'impegnativa con l'esplicitazione del codice di priorità ai fini della prenotazione (o accesso al servizio) è definito dal tempo associato al codice di priorità stesso (U: entro 24 ore, B: entro 10 giorni, D e P: secondo quanto definito dagli specifici protocolli). Scaduti tali termini, il diritto definito dal criterio di priorità deve essere esplicitamente riconfermato / aggiornato dal prescrittore, pur restando valida la prescrizione.</p> <p>Il corretto calcolo del tempo d'attesa (entro cui deve essere evasa la prestazione richiesta viene calcolato a partire dal momento in cui l'assistito contatta le strutture deputate alla prenotazione (Call Center, CUP, farmacie, ecc.).</p> <p>Si ricorda che, come definito dalla DGR 1439 dd28-7-2011, la mancata esplicitazione del codice di priorità dovrà essere comunque identificata nel sistema di prenotazione CUP come "senza criterio" e ciò comporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per le prime visite l'equiparazione al codice di priorità "programmato" (P);</li> <li>- per tutte le altre prestazioni l'equiparazione a richiesta di "controllo".</li> </ul>	



### 1.3.2 PREVENZIONE

#### Linea n. 1.3.2.1 Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali

Raccordo con la programmazione precedente:

I tassi di copertura per le vaccinazioni raccomandate non sono ancora definitivi:

Tassi di copertura al 30/9/2011: MPR 1° dose 88.4 %, MPR 2° dose 83.8 %, Vaccino Esavalente 3° dose 24 mesi (coorte 2009) 94.5%.

Vaccinazione contro il Papilloma Virus: E' stato effettuato il catch up delle coorti di nascita previste negli anni 2008 2009 e 2010 e l'offerta attiva alle coorti previste per l'anno 2011 con un incremento medio superiore al 10% in ciascuna coorte. Ora si è circa al 50% di copertura, per una dose, e non in tutte le coorti.

Sono state rilevate tutte le reazioni avverse alla vaccinazione antiHPV,

E' stato realizzato il corso di formazione "Il Papilloma virus (HPV) a Trieste: miglioramento della accessibilità e della copertura dei soggetti a rischio" e sono stati pubblicati articoli promozionali sull'insero sanità del quotidiano locale.

E' stata utilizzata, negli ambulatori vaccinali del Dipartimento di Prevenzione, la check list anamnestica informatizzata nel 50% dei casi e viene applicato il regolamento della seduta vaccinale (Delibera di Giunta Regionale n 1769 dd 20.7.2007) in tutte le sedi vaccinali del Dipartimento di Prevenzione. Il gruppo di lavoro aziendale sul miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale si è riunito regolarmente.

E' stata assicurata la partecipazione attiva di 3-4 operatori al gruppo di lavoro regionale istituito nell'ambito del progetto del PRP di migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi a rischio.

#### Obiettivo aziendale:

Prosecuzione dell'attuazione dei programmi di vaccinazioni infantili previsti dal PRP

#### Risultati attesi:

Coperture vaccinali per MPR 90% 1^ dose e 85% 2^ dose; copertura vaccinale per esavalente 95% 3 dosi; miglioramento della copertura vaccinale per HPV (60% con 3 dosi per le coorti nate nel 1996 e 2000) ed offerta avviata (almeno 1 dose) per la coorte di nascita 2001.

#### Azioni ed interventi

Azione integrata Dip-Distretti-PLS-MMG

Informazione degli operatori coinvolti i sullo stato di avanzamento degli obiettivi

Promozione ed informazione attraverso i media

Chiamata attiva coorte nati 2001

Utilizzo delle occasioni opportune per promuovere le vaccinazioni raccomandate

Richiamo attivo delle non rispondenti appartenenti alle classi di età oggetto della programmazione 2011 (1996 e 2000)

Miglioramento dell'attività vaccinale rivolta ai pazienti cronici ad alto rischio con il coinvolgimento della medicina generale e delle componenti specialistiche

Anagrafe dei soggetti a rischio aggiornata secondo criteri definiti dal gruppo di lavoro e messa a disposizione dei MMG e PLS; iniziative di sensibilizzazione realizzate anche in collaborazione con le categorie dei malati cronici

#### Azioni ed interventi

partecipazione attiva al costituendo gruppo di lavoro deputato a stabilire i criteri di inclusione

creazione anagrafe dei soggetti a rischio

diffusione degli elenchi a singoli professionisti

Deve essere utilizzata la competenza dell'Insiel e della SOSI, per la predisposizione dell'anagrafe

Prevenzione delle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili

Si assicura la partecipazione al tavolo regionale per la redazione delle linee guida  
Diffusione linee guida ed altro materiale informativo agli attori coinvolti (Autorità scolastica MMG, PLS)

Realizzazione di almeno una iniziativa di

	comunicazione con il coinvolgimento della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta e delle componenti specialistiche
Azioni ed interventi Continua la partecipazione alla redazione conclusiva del documento Linee Guida "LA PREVENZIONE VA A SCUOLA: malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili" Informazione degli Attori coinvolti (Autorità scolastica MMG, PLS) Comunicazione agli utenti, personale scolastico	
Miglioramento del sistema di segnalazione per le patologie infettive di nuova insorgenza a rilevante impatto sanitario con ricadute di allarme sociale, partecipando attivamente alla predisposizione di un piano di sorveglianza delle arbovirosi.	Partecipazione attiva al costituendo Gruppo di lavoro regionale per la predisposizione di un piano di sorveglianza delle arbovirosi. Effettuare una revisione dei flussi informativi anche a livello locale
Azioni ed interventi Messa a disposizione delle competenze del Dipartimento di prevenzione al fine della predisposizione del Piano di Sorveglianza	

<b>Linea n. 1.3.2.2 Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	
Raccordo con la programmazione precedente: Il programma del 2012 prevede azioni di sviluppo che nascono quale naturale proseguimento e in raccordo con l'attività del 2011:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'attivazione a regime nel 2011 del monitoraggio dei cantieri edili al fine di individuare quelli sotto il "minimo etico" su cui intervenire o di registrarne il grado di avanzamento al fine di programmare gli interventi di vigilanza nelle fasi potenzialmente a maggior rischio (lavoro in altezza/costruzione tetto, ecc.).</li> <li>- La revisione critica dell'attività svolta al fine di migliorare gli interventi preventivi futuri</li> <li>- Il mantenimento della copertura sul territorio del numero dei cantieri edili visitati.</li> <li>- La continuità del piano agricoltura attivato nel 2011.</li> <li>- La continuità nella registrazione dell'attività e nel monitoraggio delle dinamiche interessanti gli infortuni gravi e l'insorgenza di malattie professionali, nell'ambito della rete di rilevazione regionale/nazionale.</li> <li>- La continuità nel progetto di prevenzione degli infortuni negli ambienti confinati in collaborazione con la Direzione Provinciale del Lavoro e la collaborazione con DPL/INAIL e INPS nell'ambito della vigilanza congiunta.</li> <li>- La partecipazione ai tavoli di programmazione regionali e la collaborazione nella produzione di documenti informativi, analisi critiche/prospettiche e report di attività.</li> <li>- La partecipazione a momenti formativi in una logica di rete regionale</li> </ul>	
<b>Obiettivo aziendale:</b> Mantenimento dell'azione di monitoraggio e vigilanza nei cantieri edili e di monitoraggio nel comparto agricoltura con analisi del lavoro compiuto	<b>Risultati attesi:</b> Comparto edile: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio di almeno il 20% dei cantieri edili notificati nel primo semestre;</li> <li>- Trasmissione alla Regione dei risultati dell'attività di monitoraggio svolta nel comparto edile mediante il programma regionale MeLa.</li> <li>- Collaborazione alla redazione di un documento regionale che analizzi criticità e proponga per gli anni successivi possibili interventi di promozione della sicurezza nel comparto edile</li> <li>- Mantenere il numero di cantieri visitati come da Piano Nazionale Edilizia</li> </ul> Comparto agricolo:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio di due aziende agricole come nel 2011</li> <li>- Trasmissione alla Regione dei risultati dell'attività di monitoraggio svolta nel comparto agricolo mediante il programma regionale MeLa</li> <li>- Collaborazione alla redazione di un documento unico regionale che illustri l'attività di monitoraggio svolta nel comparto agricolo da presentare alle associazioni datoriali ed alle organizzazioni dei lavoratori più rappresentative nel territorio regionale</li> </ul>
<p>Azioni ed interventi</p> <p>Nel comparto edile:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarà eseguito il monitoraggio del 20% delle notifiche ex art. 99 D.Lgs.81/08 pervenute nel primo semestre (dato atteso 110 cantieri monitorati).</li> <li>2. Sarà redatto e trasmesso alla Regione un documento analitico comprendente i risultati e le criticità emerse nel corso dell'attività di monitoraggio dei cantieri edili svolta nel biennio 2010-2011 in provincia di Trieste. Lo SCPSAL parteciperà con un operatore al gruppo regionale che andrà a produrre un documento di analisi delle criticità e di proposte per gli interventi di promozione della sicurezza nel comparto edile nei prossimi anni.</li> <li>3. Saranno oggetto di sopralluogo 200 cantieri operanti nel settore delle costruzioni.</li> </ol> <p>Nel comparto agricolo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saranno monitorate 2 aziende agricole.</li> <li>2. Sarà redatto e trasmesso alla Regione un documento contenente le osservazioni, i risultati e le criticità emerse nel corso dell'attività di monitoraggio delle aziende agricole svolta nel biennio 2010-2011 in provincia di Trieste. Lo SCPSAL parteciperà con un operatore al gruppo regionale che andrà a produrre il documento unico regionale illustrante l'attività di monitoraggio svolta nel comparto agricolo da presentare alle associazioni datoriali ed alle organizzazioni dei lavoratori più rappresentative nel territorio regionale</li> </ol>	
<p>Mantenimento dell'attività dei piani nazionali MAL PROF ed infortuni gravi e mortali svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inserimento nel Programma MALPROF il 50% delle malattie professionali segnalate alla SCPSAL per le quali è stata svolta attività istruttoria complessa conclusa nel 2012 o per le quali sia stata rilevato un nesso di causalità o concausalità con l'attività lavorativa svolta penalmente rilevante.</li> <li>2. Redazione di un report di monitoraggio quadrimestrale dei casi pervenuti e di quelli inseriti da parte del gruppo MALPROF</li> <li>3. Inserimento nel programma di infortuni gravi e mortali degli eventi trattati (indagati) nel 2012 aventi esito mortale, gravi nel comparto dell'agricoltura con dinamica inerente l'uso / manutenzione macchine agricole e per gli altri comparti accaduti nella manutenzione macchine / impianti / attrezzature</li> </ol>
<p>Azioni ed interventi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saranno registrate nel programma MALPROF il 50% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2012, per cui la stessa abbia evidenziato un possibile o probabile nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta</li> </ol>	

<p>2. Si parteciperà alla redazione di un report di monitoraggio quadrimestrale dei casi pervenuti e inseriti nel programma MALPROF</p> <p>3. Saranno inseriti nel programma di infortuni gravi e mortali gli eventi trattati (indagati) nel 2012 aventi le seguenti caratteristiche: esito mortale, eventi gravi nel comparto dell'agricoltura con dinamica inerente l'uso / manutenzione di macchine agricole e, per gli altri comparti, eventi gravi accaduti nella manutenzione di macchine / impianti / attrezzature</p>	
<p>Sviluppo di azioni integrate tra servizi delle ASS con il coinvolgimento, ove possibile, degli altri enti deputati a svolgere le azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro</p>	<p>1. Documentate proposte da sottoporre agli altri enti coinvolti negli interventi a tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro (vigilanza) di azioni congiunte anche, ove possibile, di natura informativa / formativa da realizzarsi in ciascun territorio</p> <p>2. Stesura di un'analisi riportante criticità e positività per interventi interaziendali in tema di promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro</p> <p>3. Azioni di promozione della salute e sicurezza sulla base degli interventi realizzati secondo le indicazioni del PRP</p>
<p>Azioni ed interventi</p> <p>1. Proporre azioni congiunte alla DPL / INAIL / INPS come da indicazioni dell'ufficio operativo del comitato regionale di coordinamento ed eseguire, ove possibili, tali interventi. Per attività informative / formative si proporrà anche di concerto con gli altri SPSAL, coinvolgendo la Direzione Regionale del Lavoro e l'INAIL, la redazione di un documento informativo per le aziende con siti confinati con evidenziati gli adempimenti previsti dalla recente normativa. Nell'ambito di tali lavorazioni si collaborerà con la Direzione Regionale del Lavoro e l'INAIL al fine di individuare le aziende a rischio.</p> <p>2. Si parteciperà ad un gruppo regionale SPSAL con l'obiettivo di predisporre un'analisi sulle criticità e positività degli interventi interaziendali in tema di promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.</p>	
<p>Implementazione del REACH</p>	<p>Realizzazione almeno un corso di formazione ed addestramento rivolto ad operatori dei servizi sugli elementi basilari del REACH</p>
<p>Azioni ed interventi</p> <p>Sarà realizzata un'azione di formazione sulla base dell'esperienza maturata dall'operatore partecipante al gruppo Regionale Reach.</p> <p>Sarà data disponibilità all'addestramento di un operatore di altro servizio/azienda in caso di interventi connessi al REACH sul territorio/i aziendale/i</p>	
<p>Formazione RSPP</p>	<p>Collaborazione alla realizzazione di un corso a valenza regionale, che coinvolga in fase programmatoria e di realizzazione operatori di tutti i servizi regionali, mirato all'aggiornamento RSPP nei comparti a maggior rischio (eventualmente limitato ad 1 macrosettore ex accordo Stato Regioni)</p>
<p>Azioni ed interventi</p> <p>Si parteciperà, congiuntamente alle altre Strutture PSAL regionali alla programmazione e realizzazione di un corso mirato all'aggiornamento RSPP nei comparti a maggior rischio (eventualmente limitato ad 1 macrosettore) secondo le metodologie e con le modalità che saranno assieme condivise.</p>	
<p><b>Linea n. 1.3.2.3 Prevenzione obesità</b></p>	
<p>Raccordo con la programmazione precedente:</p> <p>E' obiettivo strategico regionale concorrere alla riduzione della % di bambini obesi portandola al di sotto del 4% e ridurre il sovrappeso in età infantile 0-5 anni attraverso la promozione dell'allattamento al seno e la promozione di corretta alimentazione. In linea già con il precedente PRP la programmazione di questi ultimi anni si è concentrata sulla promozione di</p>	

<p>una buona alimentazione nella prima infanzia, attraverso la collaborazione con Pediatri, Dirigenti scolastici, Comuni. Sono state redatte le Linee Guida destinate agli asili nido e ne è stata promossa l'applicazione. Parallelamente sono continuati i programmi di sorveglianza e le iniziative di promozione del consumo di frutta e verdura. Nel 2011 i SIAN hanno collaborato attivamente alla revisione delle Linee Guida sulla ristorazione scolastica.</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Diffusione ed applicazione delle Linee di indirizzo per :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentazione nei <b>nidi</b> d'infanzia</li>   <li>- <b>Ristorazione scolastica</b> (aggiornate nel 2011)</li>   <li>- <b>Distribuzione automatica</b></li> </ul>	<p><b>Risultati attesi:</b> Diffusione ed applicazione delle Linee di indirizzo: organizzazione di interventi informativi e formativi anche in collaborazione con Federsanità e con l'Ufficio Scolastico Regionale</p> <p><b>Nidi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sorveglianza sull'applicazione delle linee guida regionali nel 50% dei nidi</li> <li>• Almeno 1 incontro di restituzione dei dati agli educatori ed ai servizi educativi territoriali</li> </ul> <p><b>Ristorazione scolastica:</b> a redazione ultimata delle linee guida regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 incontro informativo con Amm. comunali (in accordo con ANCI)</li> <li>• 1 incontro informativo con Dir. scolastiche (in accordo con uff. scolastico provinciale)</li> </ul> <p><b>Distribuzione Automatica:</b> report applicazione capitolato vending in ASS1</p>
<p>Promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Check list sulle informazioni prenatali al 90% delle donne che accedono ai servizi distrettuali nel reparto</li> <li>▪ Istituzione con delibera del Gruppo Lavoro Multiprofessionale aziendale sull'alimentazione 0- 3 anni</li> <li>▪ Protocollo operativo per il percorso postnatale dalla nascita alle 6 settimane di vita del bambino (puerperio) offerto dalla</li> <li>▪ Delibera che definisce la politica aziendale sull'alimentazione 0-3 anni come previsto dal percorso di accreditamento UNICEF</li> <li>▪ Almeno 1 corso di formazione per il personale dedicato all'assistenza di mamma e bambino</li> <li>▪ Almeno 1 corso di formazione per i Pediatri di Famiglia sull'alimentazione 0-3 come da Accordo Aziendale della Pediatria di Famiglia 2011-2012</li> <li>▪ Mantenimento della registrazione dei dati di monitoraggio dell'allattamento al seno alla seconda vaccinazione al 95%</li> </ul>
<p>Azioni ed interventi: <b>nidi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) monitoraggio alimentazione nei nidi d'infanzia e incontri di restituzione dei dati agli educatori ed ai servizi educativi territoriali</li> <li>b) formazione sulla politica aziendale alimentazione 0-3 per ASS e PdF (con i Distretti)</li> </ul> <p><b>ristorazione scolastica:</b> a redazione ultimata delle Linee di indirizzo, organizzazione di almeno 1 incontro di informaz. e condivisione Assessori (ANCI) e dir. Scolastici (Ufficio scolastico regionale)</p>	

**distribuzione automatica:**

monitoraggio adeguatezza al capitolato della distribuzione automatica in ASS1/eventuali interventi correttivi

Applicazione del percorso proposto dal Gruppo Multiprofessionale di informazione su allattamento al seno alle donne che accedono alle SC BADoF

Prosecuzione del lavoro del gruppo multiprofessionale sui percorsi di intervento 0- 6 settimane

Formazione del personale sulla politica aziendale alimentazione 0-3 una volta deliberata

Formazione per PLS sulla politica aziendale alimentazione 0-3 una volta deliberata

Raccolta dati alla 2a vaccinazione

**Linea n. 1.3.2.4 Prevenzione incidenti stradali**

Raccordo con la programmazione precedente:

Il progetto proposto dal Ministero /CCM "Scegliere la strada della sicurezza" realizzato in tutto il territorio regionale, ha avviato un processo di sensibilizzazione e formazione sul fenomeno dell'incidentalità stradale in stretto raccordo con Enti, Istituzioni e Associazioni di categoria, collegati al tema per la prevenzione e riduzione del numero di incidenti stradali nella Regione FVG.

E' stata rafforzata la rete interistituzionale con inclusione anche dell'USR, quale partner significativo per la realizzazione di interventi coordinati in ambito scolastico, finanziati da FVG Strade per il triennio 2010-2012.

La prosecuzione del progetto ministeriale CCM "Insieme per la Sicurezza" ha favorito l'informazione e sensibilizzazione sulla sicurezza stradale nei luoghi del divertimento frequentato dai ragazzi .

Completato il progetto regionale sperimentale per Trieste e rivolto alla scuola dell'infanzia ed effettuato il passaggio di esperienza in un incontro svoltosi a Codroipo in data 8 novembre 2011.

Per quanto attiene il progetto sui "Determinanti di salute in ambito urbano" finalizzato a valorizzare il contributo alla salute dalla pianificazione e progettazione urbanistica, attraverso mobilità sostenibile, riqualificazione dell'ambiente urbano e conseguente possibile riduzione del fenomeno degli incidenti stradali sono state effettuate azioni di sensibilizzazione e informazione verso le Amministrazioni Comunali di Duino Aurisina, Sgonico e Monrupino e sono in corso nei confronti del Comune di Trieste.

**Obiettivo aziendale:**

Prosecuzione del progetto SicuraMENTE in tutte le Aziende della Regione

**Risultati attesi:**

Prosecuzione del progetto SicuraMENTE in alleanza con le scuole individuate dall'USR, in tutte le fasce d'età, previste dal programma di attività

Esercitare il ruolo di sensibilizzazione e promozione verso i Comuni del territorio per favorire una mobilità sostenibile

Partecipazione attiva alla stesura di una checklist applicativa dei criteri previsti dalle Linee di indirizzo regionali per la mobilità sostenibile

Studio ed eventuale sperimentazione di modalità di trasporto alternative ai mezzi privati dedicate ai giovani che frequentano locali/eventi notturni (corse bus aggiuntive, buoni taxi..)

Studio e sperimentazione di attività di informazione in favore del target giovanile in collaborazione con la polizia stradale, con produzione di materiale ad hoc, elaborato col gruppo di ragazzi peer educator già attivi nel progetto

Azioni ed interventi:

Programmazione e pianificazione attività con il gruppo di regia interistituzionale

effettuazione di incontri di informazione/sensibilizzazione nelle scuole secondarie di II°, secondo

le indicazioni dell'USR.  
 completamento delle azioni di sensibilizzazione sulla mobilità sostenibile nei confronti dei rimanenti Comuni della Provincia di Trieste.  
 Produzione di materiale scientifico condiviso a livello regionale e locale;  
 Effettuazione di incontri di informazione/sensibilizzazione in favore del target giovanile  
 Prosecuzione di azioni di sensibilizzazione delle Amministrazioni comunali su pianificazione urbanistica e salute, anche in collaborazione con FedersanitàAnci

**Linea n. 1.3.2.5 Prevenzione incidenti domestici**

Raccordo con la programmazione precedente  
 Nel 2011 sono state realizzate, in collaborazione con i Distretti, iniziative di formazione e di sensibilizzazione destinate ai care givers ed agli operatori sanitari che accedono alle abitazioni degli utenti a scopo di prevenzione o assistenza, in particolare a coloro che si occupano della fascia di età 0 – 4 anni e di anziani.  
 È stata predisposta una check list quale strumento di valutazione del grado di rischio delle abitazioni; oltre che dagli operatori sanitari a ciò formati, potrà essere utilizzata anche dai cittadini; la sua diffusione a tutti gli abitanti di Trieste e Provincia, con l'opuscolo informativo "Incidenti domestici. Uno strumento per prevenirli", realizzato grazie al contributo dell'INAIL e distribuito a cura Acegas APS, rappresenta un utile mezzo di prevenzione in quanto propone alcuni suggerimenti per un corretto comportamento e per l'eliminazione degli eventuali rischi rilevati. Viene in tal modo raggiunto un obiettivo fondamentale nella promozione della salute e cioè il trasferimento di competenze al cittadino stesso.

<p><b>Obiettivo aziendale:</b>          Implementazione delle attività formative realizzate nel corso del 2011 mediante la realizzazione di azioni informative/formative inserite nei percorsi assistenziali (assistenza a domicilio o case di riposo, polifunzionali, protette)</p>	<p><b>Risultato atteso.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costituzione e consolidamento a livello regionale e ove possibile a livello locale della rete degli interlocutori (stakeholders e istituzioni INAIL, Comuni, Federsanità ANCI, Province, gestori case di riposo, centri formazione per l'assistenza anziano-badanti e caregivers, centri aggregazione popolazione anziana, Università III età, aziende per l'edilizia residenziale) per la formazione a cascata</li> <li>2. Applicazione linee guida nelle attività dei servizi con la realizzazione di brochure informative</li> <li>3. Collaborare alla realizzazione pacchetto formativo da parte degli operatori sanitari esperti sul tema per la diffusione in base alle peculiarità dei territori in: case di riposo, centri diurni, comuni, ambiti, centri di aggregazione popolazione anziana, centri commerciali con particolare attenzione all'arredamento, eventi pubblici (fiere festival e momenti di incontro con la popolazione)</li> </ol>
<p>Implementazione delle attività formative realizzate nel corso del 2011 e produzione di materiale formativo nei corsi pre-post parto in maniera sistematica e organizzata, integrata alle altre attività di promozione e prevenzione 0-4</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costituzione e consolidamento a livello regionale e ove possibile a livello locale della rete degli interlocutori quali Consulitori familiari, Dipartimento Materno Infantile, PLS, Centri vaccinali con condivisione delle raccomandazioni sulla sicurezza domestica 0-4 anni</li> <li>2. collaborare alla realizzazione di un pacchetto formativo da parte degli operatori sanitari esperti sul tema e stakeholders per</li> </ol>

	<p>diffusione in: asili nido, comuni, ludoteche, e spazi gioco, ambienti commerciali di arredamento rivolti alla prima infanzia.</p> <p>3. Applicazione raccomandazioni nelle attività dei servizi con la realizzazione di brochure informative</p>
<p>Azioni ed interventi</p> <p><u>Fascia 0-4 anni</u>: distribuzione del materiale informativo predisposto nel corso del 2011 nei settori filtro identificati nel percorso nascita, audit interno attraverso riunioni tematiche presso i servizi individuati, monitoraggio distribuzione materiale nei servizi del dipartimento materno infantile, distretti, dipartimento di prevenzione. Elaborazione strumento di monitoraggio per avvelenamenti e ustioni . Diffusione raccomandazioni regionali .</p> <p><u>Fascia over 65 anni</u>: realizzazione materiale informativo in collaborazione con stakeholders sulla prevenzione dei maggiori incidenti domestici. Diffusione al target pre definito del materiale prodotto. Percorsi formativi da parte degli operatori esperti dell'azienda sanitaria rivolti agli operatori degli ambiti e dei servizi coinvolti .</p> <p><u>Continuità della collaborazione con Federsanità Anci</u> per consolidare il contatto con gli Ambiti e gli stakeholders pubblici e privati resi disponibili(vedi primo incontro per la ricognizione degli stakeholders 25 ottobre 2011 presso Direzione Centrale Area Prevenzione e Promozione della Salute)</p> <p>In qualità di coordinatori regionali sulla linea, ASS 2 e ASS 1 si fanno promotori della costituzione formale di un gruppo lavoro intersettoriale sanità - stakeholders extra sanitari a livello regionale per favorire strategie di coinvolgimento della comunità e la trasferibilità a livello locale di pacchetti formativi rivolti ai due target 0-4 anni e over 65 - Area Vasta Giuliano Isontina -</p> <p><u>Monitoraggio del dato</u>: acquisizione dati da parte dell'area epidemiologia regionale conseguente ad adeguamento dei sistemi di registrazione dei PS (a carico della DCS)</p>	

<p><b>Linea n. 1.3.2.6 Programma guadagnare salute</b></p> <p>Raccordo con la programmazione precedente:</p> <p>Gli interventi collegati al programma interministeriale “Guadagnare Salute” riguardano la promozione di scelte salutari per tutte le fasce di popolazione, attraverso strategie intersettoriali tra Sanità, Enti Locali, Associazioni e Scuola, che possano incidere su corretti comportamenti di salute, fin dalla primissima età in relazione ad una corretta alimentazione, alla pratica di attività motoria come contrasto alla sedentarietà, alla lotta al tabagismo e all'abuso di alcolici , con particolare attenzione alle categorie fragili e alla popolazione in età giovanile. Il PRP 2010 -2012 ha sottolineato l'importanza di Guadagnare Salute come strategia di prevenzione delle malattie croniche e la necessità di proseguire nelle attività già impostate con la programmazione degli anni precedenti.</p> <p>Rispetto agli anni precedenti si intende promuovere una maggior integrazione tra servizi per la prevenzione e servizi per le dipendenze sul programma Guadagnare Salute, pertanto alcuni obiettivi sono descritti in questo capitolo, altri nel capitolo delle dipendenze; in ogni caso, anche nello spirito del programma Guadagnare Salute, va ricercata la massima collaborazione tra strutture.</p> <p>Il percorso per Guadagnare Salute inizia dalla promozione della salute e prosegue con azioni di prevenzione e assistenza appropriata. Gli approcci riportati in letteratura dimostrano che la logica per “progetto” o per “servizio incaricato su una linea” non garantisce sostenibilità, con il rischio di sovrapposizioni fra servizi, dispersione di risorse e frammentazione del messaggio che comporta scarso impatto nei confronti dell'esterno da parte del mondo sanitario (Baum 2001). La sanità che, occupandosi di assistenza incide solo per il 10-15 % sullo stato di salute della cittadinanza, in seguito alla crisi economica e all'invecchiamento della popolazione viene a trovarsi sovraccaricata da bisogni causati da una mancanza di strategie e politiche sui determinanti di salute. Quindi il coordinamento HPH della Direzione Sanitaria ASS 1 e ASS 2, propone in continuità con quanto avviato nel 2011, l'integrazione delle linee di lavoro di Promozione della Salute in un'ottica di sanità intesa come setting- contesto- unico che promuove salute, al di là dei mandati istituzionali dei servizi , al fine di promuovere modelli analoghi (Setting- contesti) anche nell'ambito delle altre realtà che sul territorio sono deputate a</p>
--



<p>impattare sui determinanti di salute (scuole, associazioni di categoria e di volontariato, enti pubblici e privati, ecc.) per un dialogo stabile e sostenibile rivolto alla riduzione delle disuguaglianze in salute spesso alla base di comportamenti a rischio. Le strategie HPH, in integrazione con la legge sullo stress lavoro correlato e il SPPA, si occupa di perseguire la diffusione di azioni riguardanti il benessere e gli stili di vita anche degli operatori, testimonial di forte impatto nei confronti dei pazienti e cittadini che afferiscono ai servizi sanitari.</p> <p>Nel 2011 le persone che hanno partecipato all'attività del "muoviamoci insieme" sono state 150 mentre le persone che hanno partecipato alle attività " Benessere" sono state 80.</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b>          Prosecuzione delle attività centrate su lotta al tabagismo, all'abuso di alcol e sulla promozione dell'attività motoria:</p>	<p><b>Risultati attesi:</b></p>
<p>Contrasto al tabagismo:          Promozione delle iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano e che sono esposte a fumo passivo</p>	<p>Evidenza di:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Offerta formativa rivolta ai docenti che hanno aderito ai progetti europei Smoke free class e Unplugged:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- almeno 4 classi delle scuole medie inferiori e 1 delle superiori (Smoke free class)</li> <li>- almeno 8 classi delle scuole medie inferiori (Unplugged)</li> </ul> </li> <li>2. Almeno 1 incontro formativo con MMG finalizzato a diminuire il numero dei fumatori attuali in Provincia</li> <li>3. Realizzazione di almeno un intervento informativo/formativo rivolto ai referenti aziendali per l'applicazione della normativa sul divieto del fumo al fine di individuare le strategie più efficaci per risolvere le criticità emergenti</li> <li>4. Attivazione del percorso previsto dalla task force internazionale sul Tabacco della rete HPH per la petizione da presentare nella giornata mondiale contro il tabacco (31 maggio) riguardante l'applicazione del divieto di vendita di tabacco ai minori. Individuazione referente per raccolta documenti TFU Charter e inserimento dati su data base internazionale</li> </ol>
<p>Contrasto all'abuso di alcol:          Proseguire con i progetti Unplugged e Overnight</p>	<p>Evidenza della partecipazione ai progetti con le azioni previste dai progetti Unplugged e Overnight</p>
<p>Promozione dell'attività motoria:          Diffondere una cultura del movimento come stile di vita nella popolazione fragile o più sedentaria          Collaborazione con i comuni e Federsanità per la realizzazione di <i>pedibus</i> con la messa in sicurezza dei percorsi casa scuola</p>	<p>Mantenimento dei programmi già in essere ("muoviamoci assieme e benessere di soggetti terzi al SSR. ")</p> <p>Avvio di contatti con le amministrazioni comunali, in collaborazione con Federsanità ANCI, per la realizzazione in ambito locale di un progetto <i>pedibus</i></p>
<p><b>Azioni ed interventi:</b>          Potenziare la rete territoriale in tema di prevenzione e trattamento dalla dipendenza da tabacco promuovendo le attività del Centro Antifumo aziendale in sinergia con la medicina generale          Collegamento con le linee metodologiche e gli strumenti di monitoraggio della rete HPH per il coordinamento multiprofessionale tra tutti i servizi coinvolti sia sanitari che extra sanitari.</p> <p><b>TABACCO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percorso sulle life skills- abilità di vita. Coordinamento progetti richiesti dalle scuole, inseriti nel documento di offerta formativa 2011-2012.</li> <li>2. Partecipazione alla petizione internazionale TFU Charter proposta dalla task force internazionale della rete HPH &amp; HS(capofila internazionale regione Veneto) rivolta all'appli-</li> </ol>	

<p>cazione della legge sul divieto della vendita di tabacco ai minori di 18 anni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Azioni riguardanti le strategie Smoke free Hospitals in sinergia con Responsabile SPPA, medico competente e Medicina del Lavoro ( 4 standard HPH)</li> <li>4. Realizzazione di iniziative di comunicazione rivolte ai giovani da presentare in occasione del 26 marzo 2012 (giornata alla lotta delle dipendenze).</li> <li>5. realizzazione di interventi finalizzati alla diminuzione il numero delle persone esposte al fumo passivo nell'ambito delle strutture del Servizio Sanitario Regionale</li> <li>6. Utilizzo dei dati PASSI per diffondere fra MMG e PLS pratiche EB su tematiche di salute prioritarie attraverso la progettazione di almeno un evento formativo (vedi linea PASSI)</li> </ol> <p><b>ALCOL</b>  Realizzazione del progetto "Unplugged"  Prosecuzione delle attività di riduzione dei rischi rivolte ai giovani e previste dal progetto Overnight nei luoghi del divertimento notturno</p> <p><b>ATTIVITA' MOTORIA</b>  <b>Target adulti</b> : Proseguire le attività dei programmi già in essere ("muoviamoci assieme e benessere") e valutare le potenzialità del territorio per ampliare l'offerta. Definire e concordare le attività anche con strutture esterne al SSR (enti locali, imprese, associazioni, volontariato...) anche con approccio sovraziendale. Valutare le potenzialità del territorio per ampliare l'offerta anche attraverso il coinvolgimento  Promozione di un posto di lavoro sano: in linea con lo standard 4 della rete HPH e il D.Lgs 81/2008 sono previsti percorsi di attività fisica per i dipendenti in collaborazione con il medico competente  Avvio di contatti con le amministrazioni comunali, in collaborazione con Federsanità ANCI, per valutare la fattibilità in ambito locale di un progetto pedibus</p>
---

<b>Linea n. 1.3.2.7 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</b>	
<p>Raccordo con la programmazione precedente:  La programmazione del lavoro continua a realizzarsi secondo le indicazioni fornite dai Piani regionali dei controlli in materia di sicurezza alimentare (PTSA 2007_2009 e PNI – MANCP 2011-2014). Il controllo ufficiale, rivolto alla tutela della salute umana e dei consumatori, mediante la verifica e la riduzione dei rischi biologici, chimici e nutrizionali legati ad alimenti, si sviluppa attraverso l'approfondimento delle normative di settore, la revisione e l'aggiornamento degli standard e delle modalità operative individuati e condivisi nell'ambito del percorso formativo regionale dei SIAN (FSC ASS1_00312- 2011). Tale impegno si concretizza nelle attività di valutazione e categorizzazione del rischio, coordinate con il lavoro del tavolo tecnico regionale dei SIAN, che individua e condivide con la DCS le migliori soluzioni tecnico/organizzative e strategiche possibili.  Sono state ottemperate le indicazioni e sono stati raggiunti gli obiettivi contenuti nel PTSA 2011. In particolare è continuata l'attività di controllo ufficiale nelle imprese alimentari registrate e riconosciute con le modalità e le frequenze minime stabilite dal Piano sulla sicurezza alimentare.  Il programma SISAVER iniziato nel 2009 è stato utilizzato inserendo i dati dei controlli ufficiali al fine di raggiungere gli obiettivi contenuti nel Reg. 882/04 CE.  Nel corso del 2011 è stato avviato e portato a termine un progetto pilota, in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie sez. di Pordenone ,teso a verificare il livello del rischio sanitario in alcuni prodotti tipici del Carso Triestino.  Inserimento di nuove azioni e di interventi tesi a fronteggiare le malattie emergenti (WND) e quelle da controllare secondo parametri comunitari (Malattia di Aujeszky dei suini).  Prosecuzione ed implementazione dell'attività volta a dare compimento alle disposizioni comunitarie in materia di benessere animale</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b>  Realizzazione degli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale in materia di sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</p>	<p><b>Risultati attesi:</b>  1. attuazione delle indicazioni contenute nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare:  - 100% ispezioni e audit previsti da PQSA</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% campioni da specifico piano</li> <li>2. l'obiettivo di uniformare l'attività di audit rimane subordinato al completamento della formazione regionale degli auditor anche per il personale del SIAN</li> <li>3. l'attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione del CU rimane subordinata all'implementazione del sistema SISAVeR per la parte riguardante la disponibilità dei dati in tempo reale o comunque in tempo utile</li> <li>4. Raggiungere gli obiettivi e ottemperare alle indicazioni contenute nel Piano Regionale 2012 dei controlli in materia di sicurezza alimentare.</li> <li>5. La razionalizzazione delle procedure operative del controllo ufficiale rimane subordinata alla implementazione del sistema SISAVeR riguardo alla disponibilità dei dati in tempo reale e utile.</li> <li>6. In merito al futuro Piano di monitoraggio dei molluschi bivalvi vivi, in fase di predisposizione da parte della Direzione Regionale, ci si riserva di verificare le competenze veterinarie, che saranno subordinate alle risorse umane aggiuntive allo scopo dedicate.</li> <li>7. Attuazione del piano di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini per il quale si richiederà alla Comunità Europea il riconoscimento e l'inserimento nell'Allegato II° dell'articolo 9 della Decisione Europea, mediante puntuale applicazione degli interventi previsti dal Decreto 973/VE-TAL dd. 26/10/2011.</li> <li>8. Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie</li> </ul>
--	---

**Azioni ed interventi:**

Elaborazione e adozione di un programma aziendale di controlli e di campionamenti ufficiali  
 Partecipazione attiva alla FSC regionale dei SIAN, finalizzata alla stesura di "linee guida sul controllo ufficiale dei SIAN FVG", riferite alla griglia SISAVeR aggiornata nel 2011, con individuazione dei contenuti "minimi" del controllo ufficiale, vevoli e fruibili da operatori dei SIAN, e consultabili da OSA, associazioni di categoria, consumatori

Partecipazione alle riunioni del tavolo tecnico regionale dei SIAN che segue e orienta lo sviluppo del Controllo Ufficiale e degli applicativi

Sviluppo e collaudo, secondo le priorità del cronoprogramma, degli strumenti operativi e degli applicativi (S.I.S.A.Ve.R) individuati dal tavolo tecnico.

Saranno effettuate nel corso del 2012 negli stabilimenti riconosciuti, attività di ispezione e audit pianificate, e revisione della categorizzazione del rischio, rispettando metodi e tecniche di controllo ufficiale previste dal reg.882/04 CE.

L'attività di controllo ufficiale nelle imprese alimentari continuerà ad essere registrata nel programma regionale SISAVeR.

Partecipazione a tavoli tecnici regionali sulle problematiche dei controlli ufficiali e della sicurezza alimentare.

Eseguire una ricognizione tramite valutazione dei dati presenti nella Banca Dati Nazionale degli

Allevamenti, e, ove necessario, mediante sopralluogo, sul 100% degli allevamenti suini registrati ed attivi per verificarne l'eventuale rispondenza ai requisiti di cui al Piano di eradicazione della malattia di Aujeszky previsto dal Decreto 973/VETAL dd. 26/10/11.

Qualora si riscontri la presenza di allevamenti che per tipologia e numero di capi allevati rientrino tra quelli previsti dal suddetto piano, esecuzione dei controlli sierologici previsti.

Intensificazione della farmaco vigilanza al fine di verificare la corretta esecuzione dei piani vaccinali per il morbo di Aujeszky negli allevamenti suinicoli della provincia di Trieste.

Esecuzione di almeno dieci controlli in allevamenti bovini, ovicaprini e suini per la verifica del rispetto della normativa vigente in materia di benessere in allevamento mediante compilazione delle check list specifiche.

#### **Linea n. 1.3.2.8 Programmi di sorveglianza**

##### **Obiettivo aziendale:**

Mantenere attivi i programmi di sorveglianza nazionali Okkio alla salute, Obesità in Gravidanza e PASSI utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione

##### **Risultato atteso:**

Partecipazione ai programmi PASSI e OKKIO alla salute secondo le indicazioni regionali

##### **Azioni ed interventi:**

Effettuazione delle interviste e rilevazione dei dati secondo le indicazioni regionali

#### **Linea n. 1.3.2.9 Programmi di screening**

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel 2010 i programmi di screening hanno mantenuto i livelli di performance già raggiunti negli anni precedenti. Persistono problemi nell'adesione allo screening del colon retto che impongono di rivedere sia le strategie di comunicazione con i cittadini sia il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

Gli indicatori di qualità sono buoni e in linea con gli standard nazionali, è necessario tuttavia rafforzare il sistema di valutazione della qualità dei centri di secondo livello a partire dalla completezza della registrazione dei dati sui gestionali clinici. Per quanto riguarda la prevenzione del carcinoma del colon retto, il programma di screening rivolto alla popolazione generale, va integrato con la definizione di percorsi per la valutazione del rischio individuale e per il successivo iter diagnostico-terapeutico mirato come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.

Per quanto riguarda lo screening della mammella, la verifica fatte nel corso del 2011 ha confermato i dati già segnalati l'anno prima. Si conferma quindi un indice reale di adesione tra il 63 e il 64%, con un indice di copertura reale compreso tra il 89 e il 90%, come dimostrato a posteriori anche dalla stadiazione dei ca mammari diagnosticati nell'anno.

Per quanto riguarda lo screening del colon-retto l'attività è ben avviata sul territorio e i risultati in termini di bonifica di lesioni preneoplastiche e di precocità diagnostica delle neoplasie sono di assoluto rilievo.

<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Mantenimento o miglioramento delle performance degli Screening cervice uterina, Screening mammella e Screening colon retto, attraverso la promozione dell'adesione consapevole e del controllo di qualità delle attività dei secondi livelli dei programmi (unità senologiche, centri di endoscopia digestiva e di colposcopia)</p>	<p><b>Risultato atteso:</b></p> <p>1 Screening cervice: - Popolazione bersaglio annuale invitata: &gt;=95% - Tempo trascorso tra la data di refertazione del pap test di screening positivo e la data della prima colposcopia: &lt;= 8 settimane in almeno il 90% dei casi inviati al 2° livello</p> <p>2 Screening mammella: Mantenimento/aumento dell'adesione allo screening +/- 5% vs 2011 - Nei casi positivi avvio al percorso diagnostico terapeutico successivo entro 10gg dalla ricezione dei relativi referti da AOUTS.</p> <p>3 Screening colon-retto Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio: 95 % della popolazione prevista per il 2012</p>
<p>Completamento dell'offerta di diagnosi precoce per il carcinoma del colon retto attraverso la definizione di percorsi per la valutazione del rischio individuale e per il successivo iter diagnostico-terapeutico mirato come previsto dal PRP 2010-2012</p>	<p>1. Adozione dei protocolli regionali per la valutazione del rischio individuale definiti 2. Attività di valutazione dei soggetti e dei familiari a rischio genetico avviate</p>
<p>Azioni ed interventi: Organizzazione di almeno 10 azioni pubbliche di informazione sanitaria in collaborazione con la Sezione di Trieste della LILT e altre Istituzioni (Comune; Regione, altri) Diffusione dei risultati già conseguiti alla popolazione attraverso eventi in collaborazione con LILT (almeno 10, in sedi diverse)</p>	

<p><b>Linea n. 1.3.2.10 Prevenzione cardiovascolare</b></p> <p>Raccordo con la programmazione precedente: Nel 2010-2011 l'attività del Centro Cardiovascolare in tema di prevenzione cardiovascolare si è articolata principalmente su 2 livelli:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ricognizione attraverso l'analisi ed il monitoraggio sistematico del Data Warehouse cardiologico degli indicatori di rischio cardiovascolare modificabili nella popolazione afferente alla struttura per identificare il sottogruppo dei pazienti a rischio elevato in prevenzione primaria e secondaria (fumo, pressione arteriosa, diabete, assetto lipidico, BMI)</li> <li>2) Intervento educativo infermieristico nei pazienti a rischio elevato ed a livello di popolazione in raccordo con le Associazioni di Volontariato (Progetto Mare in collaborazione con Cuore Amico e Comune di Muggia)</li> <li>3) Attivazione del percorso integrato antifumo in collaborazione con la Riabilitazione del Cardiopatico AOUTS ed l'Ambulatorio del Tabagismo del Dipartimento di Prevenzione ASS1.</li> </ol>
--

<p>Obiettivo aziendale: Aumento della popolazione eligibile con valutazione del rischio cardiovascolare globale da perseguire mediante il coinvolgimento dei MMG nella valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale, del rischio da stili di vita e del rischio psicosociale e degli interventi per ridurli se elevati</p>	<p>Risultato atteso: Azioni di coinvolgimento dei MMG finalizzate alla valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale, del rischio da stili di vita e del rischio psicosociale e degli interventi per ridurli se elevati</p>
<p>Presenza, in tutte le strutture cardiologiche regionali, di materiali di educazione sanitaria per i soggetti ad alto rischio o in prevenzione secondaria e formazione degli operatori sanitari al corretto uso degli stessi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Almeno il 50% degli utenti, degenziali o ambulatoriali, che afferiscono alle strutture cardiologiche regionali riceve materiali appropriati per la riduzione del rischio cardiovascolare</li> <li>2. Formare, con corsi ECM, gli operatori sanitari delle strutture cardiologiche regionali ed i volontari aderenti delle Associazioni di Volontariato Cardiovascolare regionali al corretto uso dei materiali educazionali</li> <li>3. Realizzazione di programmi di formazione delle varie professionalità coinvolte dal punto di vista della comunicazione e informazione per la cittadinanza portando a conclusione il programma regionale "Gente di cuore"</li> </ol>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verrà individuato un referente per il Centro Cardiovascolare che produrrà un report finale che descriva ed autocertifichi l'attività di educazione/informazione attuata attraverso la consegna mirata dei materiali (il materiale è già stato predisposto con il coinvolgimento attivo delle strutture cardiologiche regionali e delle Associazioni di Volontariato in ambito cardiovascolare della Regione. I materiali sono già stati distribuiti nel mese di novembre 2011.</li> <li>2. <ol style="list-style-type: none"> <li>a) il personale infermieristico parteciperà ad un corso fad regionale che sarà attivato nel 2012;</li> <li>b) la partecipazione verrà monitorata;</li> <li>c) la formazione dei soggetti verrà verificata ed applicata ad interventi educativi singoli e di gruppo in pazienti a rischio elevato e permetterà di implementare gli interventi su alcuni indicatori specifici (fumo, obesità, sedentarietà) in raccordo con altre strutture aziendali e con le Associazioni di Volontariato.</li> </ol> <p>La Regione formulerà insieme ai direttori sanitari un programma di lavoro condiviso ed i relativi indicatori: la formazione prevederà moduli formativi di differente complessità per il personale di specifici reparti ed uno base per tutti</p> </li> <li>3. la Regione attiverà un tavolo di lavoro per individuare strategie di coinvolgimento degli stakeholders sul territorio, con l'obiettivo di portare a conclusione il programma Gente di Cuore: la partecipazione al tavolo dei distretti sarà fondamentale.</li> </ol>	

<p><b>Linea n. 1.3.2.11 Sinergie nell'attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria</b></p>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Coinvolgimento con opportune iniziative di livello regionale e locale della rete degli MMG su alcuni principali capitoli di attività: fumo, obesità, patologie cardiovascolari, prevenzione secondaria di patologie oncologiche. Le Aziende nei loro Piani attuativi dovranno indicare le azioni, tra quelle già presenti nel Piano della prevenzione, che intendono attuare ed in particolare le modalità di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) su alcuni</p>	<p><b>Risultati attesi:</b> Progettazione e conduzione di almeno un evento formativo in tema di prevenzione e terapia del tabagismo rivolto ai MMG e PLS su tematiche di salute prioritarie</p>

<p>principali capitoli di attività: fumo, obesità, patologie cardiovascolari, prevenzione secondaria di patologie oncologiche. Dovranno essere conclusi Accordi locali contenenti obiettivi di prevenzione nelle linee indicate</p>	
<p>Azioni ed interventi: Utilizzo dei dati PASSI per diffondere fra MMG e PLS pratiche EB su tematiche di salute prioritarie attraverso la progettazione di almeno un evento formativo (vedi linea Guadagnare salute)</p>	

<p><b>Linea n. 1.3.2.12 Ambiente e salute: attivazione di coordinamento e sinergie con ARPA, province e comuni</b></p>	
<p>Raccordo con la programmazione precedente. E' sempre più evidente la necessità di intervenire sull'ambiente per promuovere e tutelare la salute: a tale scopo il PRP 2010-2012 prevede la prosecuzione dei lavori dell'Osservatorio epidemiologico in cui si integrano informazioni sulla sanità e sull'ambiente, e l'attivazione di un percorso condiviso di formazione finalizzato a migliorare la qualità dei pareri preventivi ed a condividerne i criteri anche con le amministrazioni locali</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Attivazione di sinergie con l'ARPA, al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali, in particolare per formulare pareri condivisi su insediamenti, progetti e piani impattanti sul territorio</p>	<p><b>Risultati attesi:</b> Stesura di una bozza di Protocollo per la formulazione della Valutazione di Impatto sulla Salute da redigersi in comune fra Dipartimenti di Prevenzione e ARPA da diffondersi in collaborazione con Federsanità ANCI Prosecuzione del percorso di sensibilizzazione sui determinati di salute in ambito urbano già intrapreso con alcune amministrazioni comunali</p>
<p>Azioni ed interventi: Incontro con i comuni interessati per proporre, come da indicazioni dell'Osservatorio epidemiologico, la sperimentazione di una VIS sul territorio di competenza dell'ASS 1. Nel caso di esito favorevole redazione di una bozza di Protocollo.</p>	

### 1.3.3 ASSISTENZA SANITARIA

#### Linea n. 1.3.3.1 Accreditamento

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel 2011 è stata approvata la DGR 1436/2011 che individua requisiti e procedura del programma di accreditamento istituzionale per le strutture di degenza e ambulatoriali. Le Aziende sanitarie hanno effettuato l'autovalutazione sulla proposta dei requisiti per strutture di residenzialità extraospedaliera (RSA, Hospice) e sui nuovi requisiti di Medicina trasfusionale e PMA.

##### Obiettivo aziendale:

Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale

##### Risultato atteso:

ASS1 garantisce la partecipazione, per quanto di competenza per:

1. Accreditamento definitivo delle strutture sanitarie private di degenza e ambulatoriali
2. Prosecuzione del programma di autovalutazione delle strutture sanitarie pubbliche (percorso paziente con grave cerebrolesione acquisita e percorso nascita)

Azioni ed interventi:

1. La 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 nella misura di almeno 20 per area vasta, con un impegno stimato di 5 giornate/anno
2. Autovalutazione della conformità ai requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche in relazione a percorsi definiti.
3. redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento

#### Linea n. 1.3.3.2 Farmaceutica :

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel corso del 2011 l'Azienda ha dato attuazione al monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche ed ha realizzato iniziative volte all'incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva. Specifiche azioni sono state rivolte ai prescrittori al fine di incentivare la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, in linea con gli obiettivi previsti dagli indicatori di programmazione e controllo individuati dall'AIFA ai sensi del DL 78/2010.

Specificatamente sono state realizzate delle iniziative rivolte ai MMG/PLS/SA/MCA e ai cittadini, sono stati inoltrati dei report ai MMG/PLS/SA/MCA e ai medici del DSM; sono stati prodotti 2 numeri del foglio informativo sulla farmaceutica "così è se vi pare" sui farmaci antidiabetici e sulle statine.

Si è così perseguito l'obiettivo di incrementare complessivamente le DDD dei farmaci a brevetto scaduto delle categorie comprese nel DL 78/10 di ca + 5,4% (I semestre 2011 vs. I semestre 2010)

Sul versante specialistico, inoltre, l'Azienda ha proseguito con la registrazione dei dati sul portale AIFA dei farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio e ha definito una procedura per i recuperi dei rimborsi delle terapie. Di quest'ultima informazione rende conto mensilmente alla Regione, come richiesto. Anche l'implementazione dei dati inseriti sulla cartella oncologica è stata conseguita sul 100% dei pazienti trattati.

Nel 2011 l'Azienda ha effettuato studi di fattibilità economica della DPC e ha dato seguito a trattative con Federfarma finalizzate alla sua realizzazione. Ad oggi non è stato siglato alcun accordo per divergenza tra le parti.

Contemporaneamente l'Azienda ha implementato la distribuzione diretta dei medicinali anche in ambito di residenzialità/ADI di circa il 5% su base economica; ha agito nei confronti dell'AOU "Ospedali Riuniti" di Trieste e dell'IRCCS "Burlo" al fine di favorire l'erogazione diretta dei farmaci del PHT.

Ha attuato l'attività di monitoraggio delle prescrizioni di assistenza integrativa (AFIR), con particolare riguardo ai presidi per diabetici.



<p><b>Obiettivo aziendale:</b>          Contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale          promozione dell'appropriatezza prescrittiva:</p>	<p><b>Risultato atteso:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. stipula di accordi per la DPC, oppure, in assenza, definizione nei tempi tecnici più brevi di un piano dettagliato orientato ad assicurare la massima operatività della distribuzione diretta in generale ed in particolare di medicinali rientranti nel PHT, anche in collaborazione con AO/UTS e BURLO .</li> <li>2. Piena attuazione del protocollo volto a garantire la massima attuazione della distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare residenziale e semiresidenziale nonché nell'ADI.</li> <li>3. Adozione di un protocollo condiviso con gli ospedali finalizzato a favorire la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari sia territoriale che ospedaliera anche con riferimento agli indicatori AIFA</li> <li>4. Adozione di percorsi prescrittivi omogenei in ambito di Area Vasta relativamente all'AFIR; ottimizzazione attività rispetto a quanto previsto dalle deliberazioni n.2384/2010, n.597/2011 e 1134/2011 nonché dal DM 332/1999</li> <li>5. Almeno 6 incontri complessivi in ambito distrettuale di audit feedback del monitoraggio delle prescrizioni (AFIR e farmaceutica) finalizzati alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva</li> </ol>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. verifica della fattibilità della DPC da parte di ASS1.</li> </ol> <p>Monitoraggio e feedback ai medici specialisti delle prescrizioni convenzionali dei farmaci PHT. Intensificazione della promozione della distribuzione diretta anche attraverso una migliore attività informazione.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Verifica dei percorsi distributivi dei farmaci in ambito domiciliare residenziale e semiresidenziale e ADI</li> <li>3. Avviare momenti di confronto al fine di adottare protocolli che favoriscano la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari,</li> <li>4. Adozione di percorsi prescrittivi omogenei in ambito di Area Vasta relativamente all'AFIR,</li> <li>5. Monitorare le prescrizioni territoriali (AFIR e farmaceutica) e iniziative di audit feedback in ambito distrettuale per promuovere prescrizioni con il miglior profilo costo-efficacia.</li> </ol>	
<p><b>Obiettivo aziendale:</b>          Contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo          - promozione dell'appropriatezza prescrittiva</p>	<p><b>Risultato atteso:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mantenimento del livello di utilizzo appropriato della cartella oncologica ed utilizzo del registro AIFA per le prescrizioni dei farmaci oncologici quando richiesto</li> <li>2a. registrazione sul portale AIFA delle erogazioni di tutti i medicinali sottoposti a monitoraggio ed espletamento delle richieste di rimborso disponibili dei farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio</li> <li>2b. formalizzazione dell'individuazione di un responsabile aziendale del monitoraggio e recupero dei rimborsi AIFA</li> <li>3. mantenimento del monitoraggio e controllo dei flussi ministeriali sui consumi ospedalieri e la distribuzione diretta.</li> </ol>
<p>Azioni ed interventi:</p>	

1. Prosecuzione dell'implementazione dei dati della cartella oncologica e della registrazione dei medicinali con registro AIFA informatizzato
2. Monitoraggio e recupero dei rimborsi dei medicinali sottoposti a risk/cost sharing, pay back (attuazione di quanto previsto con nota n.18104/sps/farm del 11.10.2010) e individuazione di un responsabile aziendale
3. Monitoraggio e controllo, entro i termini prefissati, dei flussi ministeriali su spesa e consumi farmaceutici ospedalieri e distribuzione diretta e se necessario definizione di un'appropriata procedura

**Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico**

Raccordo con la programmazione precedente:  
 Nel corso del 2011 sono stati individuati e condivisi, con i referenti aziendali delle strutture pubbliche e private accreditate, a fronte di obiettivi e indicatori nei programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente rispetto a standard omogenei anche con scambio di esperienze e supporto reciproco.  
 Sono obiettivi strategici regionali:

- Evidenza dei livelli di qualità e sicurezza delle cure attraverso il monitoraggio degli indicatori, elaborati nel corso del 2011, condivisi sulla sicurezza del paziente e sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.
- Azioni di miglioramento della sicurezza in alcuni settori critici come ad es. farmaco resistenza, documentazione sanitaria, sicurezza nell'uso dei farmaci, sistemi di incident reporting.
- Consolidamento, in continuità con il programma degli anni precedenti, delle attività di monitoraggio ed implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie rilevanti ad elevata prevalenza e delle malattie rare.
- Definizione del protocollo regionale per l'arresto cardiaco nel rispetto delle peculiarità territoriali di ciascuna Area Vasta e in raccordo con il programma regionale di diffusione DAE (DGR 1507/11), e con il progetto ministeriale di informazione sul corretto uso del 118 e dei servizi di emergenza urgenza.
- Definizione di criteri per la sicurezza del paziente sottoposto a intervento chirurgico in regime ambulatoriale e di day surgery.
- Definizione procedura regionale per la gestione del contenzioso.
- Definizione di almeno un percorso diagnostico terapeutico per una patologia neoplastica di rilievo in raccordo con il programma regionale di screening oncologico e con il piano regionale delle liste di attesa per il triennio 2010-2012. La DCSISSPS fornirà il supporto che consenta una gestione omogenea e integrabile delle metodologie di lavoro anche avvalendosi, ove necessario, delle competenze di Istituzioni esterne all'amministrazione regionale. In particolare per favorire l'avvio dei lavori, la Direzione centrale organizzerà un percorso di formazione destinato ai professionisti identificati dalle aziende coinvolte.
- ASS1 ha prodotto un piano aziendale che si allega al presente PAL del quale costituisce parte integrante

<p><b>Obiettivo aziendale:</b>          Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale</p>	<p><b>Risultato atteso:</b>          ASS1 garantisce, per quanto di competenza e relativamente allo sviluppo del sistema regionale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico</li> <li>2. Partecipazione, attraverso la messa a disposizione di esperti, ai tavoli di lavoro e di consensus per l'individuazione dei percorsi diagnostici terapeutici, delle procedure e dei criteri di sicurezza</li> <li>3. Utilizzo di strumenti metodologici omogenei individuati a livello regionale che consentano la contestualizzazione nelle specifiche realtà organizzative dei percorsi e delle pro-</li> </ol>
--	---

	cedure individuati, finalizzati al miglioramento dell'efficacia degli interventi sanitari con le risorse disponibili
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Consapevoli della specificità che caratterizza un' Azienda Sanitaria esclusivamente territoriale si è cercato di adattare alcuni indicatori ad una realtà assistenziale di tipo prevalentemente ambulatoriale e domiciliare, che agisce su pazienti inseriti nel proprio ambiente di vita e che motiva gli operatori alle azioni di prevenzione e di presa in carico del paziente e non solo allo svolgimento di attività di tipo strettamente sanitario.</p> <p>Pertanto saranno condivisi gli obiettivi e gli indicatori del programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente in particolare per quanto attiene alla documentazione clinica, sicurezza dei farmaci, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, sistema di incident reporting</p> <p>Inoltre un'attenzione particolare verrà dedicata alla prosecuzione delle azioni sul controllo e prevenzione delle lesioni da decubito nelle RSA a domicilio e nelle strutture residenziali; e alle azioni sul controllo e prevenzione delle cadute in RSA e nelle strutture residenziali, ma soprattutto a domicilio con lo studio e la messa a punto di interventi proattivi e di prevenzione finalizzati al mantenimento dell'anziano al proprio domicilio</p>	
<p>Nelle more del completamento dei lavori propedeutici all'approvazione del nuovo Piano oncologico regionale, avviati nel 2011, in ogni Area Vasta, entro il 31.12.2012, dovrà essere analizzato e riprogettato un percorso diagnostico terapeutico e assistenziale integrato (PDTA) oncologico con la seguente suddivisione:</p> <p>1) Neoplasie gastrointestinali (AV Giuliano Isontina)</p> <p>2) Neoplasie polmonari (AV Udinese)</p> <p>3) Neoplasie mammarie (AV Pordenonese)</p>	ASS1 garantisce la partecipazioni ai lavori di AV
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Il coordinamento di questa attività per l' Area Vasta Giuliano-Isontina è affidato all'AOU di Trieste, per l'Area Vasta Udinese all'AOU di Udine e per l'Area Vasta Pordenonese al CRO di Aviano. La DCSISSPS fornirà il supporto metodologico anche avvalendosi di collaborazioni con Istituzioni extra regionali con specifica competenza nel settore. . In particolare per favorire l'avvio dei lavori, la Direzione centrale organizzerà un percorso di formazione destinato ai professionisti identificati dalle aziende coinvolte.</p> <p>La definizione dei PDTA, estesa ai segmenti extra ed intra ospedalieri dovrà comprendere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi e valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili</li> <li>2. Identificazione di un set di almeno (5-10) indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente)</li> <li>3. Riprogettazione di un nuovo PDTA integrato di Area vasta che consenta un allineamento con le linee guida clinico-professionali , includa elementi di gestione del rischio clinico e favorisca l'HTA.</li> <li>4. Al termine dei lavori nelle singole aree vaste dovrà essere prevista una fase di disseminazione dei risultati che riguardi le tre aree e che favorisca il confronto e la condivisione fra i modelli di percorso delineati.</li> </ol> <p>La DCSPSSPS porterà a termine almeno una valutazione di HTA per procedura ad alto costo/impatto per ciascun PDTA.</p>	

#### **Linea n. 1.3.3.4 : Assistenza protesica**

##### **Raccordo con la programmazione precedente:**

ASS 1 ha individuato l'elenco dei prescrittori ma non è stato ancora avviato il processo di formazione e l'attivazione del sistema informatizzato da parte della Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali.

E' stata assicurata la partecipazione all'attività del gruppo di lavoro costituito presso l'Area dei

servizi sanitari territoriali ed ospedalieri nel 2010 e la partecipazione alla produzione di documenti condivisi con obiettivo di rendere efficace e uniforme l'accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa.	
<b>Obiettivo aziendale:</b> Avvio del processo di prescrizione informatizzata attivato dalla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali.	<b>Risultato atteso:</b> a. Utilizzo della procedura informatizzata b. Utilizzo dell'albo fornitori aggiornato
Avvio della applicazione delle procedure di gestione approvate dalla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali.	Adozione del nuovo regolamento sulle prestazioni protesiche e integrative
<b>Azioni ed interventi:</b> Partecipazione dei medici prescrittori alla formazione sulle nuove procedure informatiche relative alle Fasi di Prescrizione e di Autorizzazione organizzata dalla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali. Attivazione del sistema informatizzato da parte della Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali. Collaborazione alla revisione e aggiornamento, secondo quanto definito nelle nuove procedure di gestione approvate dalla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali, dell'albo dei fornitori e utilizzo dell'albo aggiornato. Adozione del nuovo regolamento sulla gestione delle procedure di accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa e formazione degli operatori.	

<b>Linea n. 1.3.3.5 Cure palliative</b>	
Raccordo con la programmazione precedente: In raccordo con la programmazione precedente: in coerenza con le linee di gestione per il 2011 sono stati condivisi a livello regionale gli strumenti di valutazione del dolore e le modalità operative di documentazione sia per le strutture sanitarie pubbliche che private accreditate che per quanto riguarda l'assistenza domiciliare. Sono stati attivati i tavoli tecnici sia per gli adulti che in ambito pediatrico che stanno sviluppando le indicazioni fornite dalle normative di settore e dagli accordi Stato-Regioni.	
<b>Obiettivo aziendale:</b> Strutturazione delle reti per le cure palliative e terapia del dolore, per l'adulto e per il bambino	<b>Risultato atteso</b> ASS1 garantisce la partecipazione ai 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, distinti per età adulta e pediatrica
Analisi delle informazioni previste dal Flusso ministeriale e predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio	Soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero

#### 1.3.4 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

##### Linea n. 1.3.4.1 : Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale

Si rimanda a quanto già contenuto nella linea dell'Area area servizi sociali integrazione socio-sanitaria "Pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria – partecipazione alla elaborazione del PDZ dei Servizi sociali dei Comuni" e al testo della premessa a questo PAL 2012

##### Linea n. 1.3.4.2 : Riabilitazione

###### Raccordo con la programmazione precedente:

E' stata assicurata la partecipazione all'attività del gruppo di lavoro regionale per la definizione del percorso del paziente con grave cerebrolesione acquisita e il coordinamento del gruppo che si è occupato della fase territoriale del percorso e ha prodotto un documento organizzativo condiviso.

###### Obiettivo aziendale:

Avvio dell'applicazione delle indicazioni regionali in materia di rete regionale per le Gravi Cerebrolesioni, con particolare attenzione a:

Rispetto requisiti per le strutture di rete

Rispetto delle funzioni per i nodi direte

###### Risultato atteso:

- Entro 3 mesi dall'emanazione delle indicazioni regionali viene trasmessa alla Direzione Centrale Salute l'autovalutazione e il piano di miglioramento su aderenza ai requisiti delle strutture di rete
- Partecipazione al piano di formazione dei referenti di rete definito dalla Regione

###### Azioni ed interventi:

Dopo la pubblicazione del percorso del paziente con grave cerebrolesione acquisita e dei requisiti di accreditamento richiesti ai nodi della rete da parte da parte della Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali, nel 2012 , entro 3 mesi dalla pubblicazione, autovalutazione e redazione del piano di miglioramento secondo quanto sarà previsto dalla Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali. Individuazione dei referenti della rete e assicurazione della loro partecipazione al piano di formazione definito della Direzione Regionale della Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali.

##### Linea n. 1.3.4.3 Dipendenze

###### Raccordo con la programmazione precedente

Come previsto dalle linee di gestione 2011, in accordo con le indicazioni nazionali per i Progetti "SIND support" e "NIOD", che approfondiscono rispettivamente il tema dell'informatizzazione dei servizi per le dipendenze e della creazione di specifici osservatori regionali, nel corso dell'anno il gruppo tecnico regionale rappresentativo di tutti i servizi pubblici per le dipendenze, coordinato dalla Direzione regionale, ha implementato le procedure e le attività propedeutiche, necessarie a raggiungere gli obiettivi strategici. E' stato individuato il programma informatico più idoneo da acquisire e sperimentare (sistema MFP), è stato recentemente istituito l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze, che ha i propri referenti operativi presso l'Area Welfare - ASS 5.

In continuità con quanto finora realizzato e coerentemente a quanto previsto dalla linea Dipendenze, il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS 1 garantirà nel corso del 2012 la propria collaborazione ed il contributo necessario a portare a termine le attività inerenti alle progettualità "SIND support" e "NIOD". Inoltre, al fine di favorire la messa in rete e la condivisione di conoscenze, di pratiche e di scelte organizzative, al fine di rendere più coerente ed omogenea in regione la risposta ai bisogni dei cittadini, al fine di massimizzare la ricaduta positiva dei nuovi

<p>strumenti acquisiti con i progetti SIND e NIOD, i Dipartimenti si faranno parte attiva nel programmare le attività formative congiunte necessarie. Il Dipartimento delle dipendenze di Trieste parteciperà, per quanto di competenza, al programma "Guadagnare salute" del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.</p>	
<p><b>Obiettivo Aziendale</b> Collaborazione all'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze</p>	<p><b>Risultato atteso</b> 1. Partecipazione del direttore del Dipartimento delle Dipendenze, o di suoi delegati, ad almeno il 70% delle riunioni del "Comitato di progetto", organizzate dall'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze 2. Individuazione dei referenti locali che parteciperanno al "Gruppo tecnico operativo" regionale. 3. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni organizzate dall'Osservatorio sulle Dipendenze</p>
<p>Azioni ed interventi: - Il Dipartimento delle Dipendenze garantisce la collaborazione all'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze anche tramite la partecipazione alle riunioni del "Comitato di progetto" - Il Direttore del Dipartimento delle Dipendenze individua almeno un referente per il "Gruppo tecnico operativo", come previsto dall'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze - I referenti per il "Gruppo tecnico operativo" individuati dal Direttore del Dipartimento delle Dipendenze garantiscono la collaborazione all'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze anche tramite la partecipazione alle riunioni del "Gruppo tecnico operativo"</p>	
<p>Partecipare alle attività propedeutiche per la messa a regime del sistema informativo regionale delle dipendenze</p>	<p>ASS1 garantisce la partecipazione alla sperimentazione secondo la programmazione regionale</p>
<p>Azioni ed interventi: Il Dipartimento delle Dipendenze garantisce l'adozione del sistema gestionale regionale "MFP", il suo utilizzo nella pratica operativa e gestionale, l'implementazione costante e regolare dei dati relativi alle attività del Servizio, così come previsto dal Progetto SIND.</p>	
<p>1. Predisposizione e implementazione della formazione per gli operatori dei dipartimenti delle dipendenze della regione inerente i punti 1 e 2</p>	<p>Partecipazione con operatori del Dipartimento delle Dipendenze a due eventi formativi a carattere regionale</p>
<p>Azioni ed interventi: Il Dipartimento delle Dipendenze partecipa alla programmazione ed allo svolgimento della formazione specifica prevista dai progetti NIOD e SIND</p>	
<p>Guadagnare Salute A- Contrasto all'abuso di alcol: - Realizzazione di un programma di sorveglianza sui giovani (14-29 anni) con problemi di alcol e patente, in raccordo con la Commissione Patenti - Proseguimento di progetti Overnight e Unplugged ove attivati</p>	<p>1. Evidenza di una scheda di rilevazione condivisa 2. Evidenza di un report finale</p>
<p>B- Lotta al tabagismo: - Riattivazione del tavolo regionale tabagismo (Dipendenze e Prevenzione) - Offerta di attività per la disassuefazione ad integrazione dei programmi di prevenzione</p>	<p>1. Individuazione dei referenti aziendali (2) e partecipazione alle riunioni (minimo 3) 2. Evidenza dell'offerta di cura e di disassuefazione nelle diverse realtà locali.</p>

Azioni ed interventi:

1. Definire e condividere con gli altri servizi per le dipendenze della Regione uno strumento di rilevazione e di monitoraggio, concordare con Commissione Patenti le modalità di collaborazione idonee alla sorveglianza, effettuare il monitoraggio; realizzare gli interventi previsti dai progetti Overnight e Unplugged ove previsti.
2. Individuare un referente per il DDD ed uno per il DIP ed assicurare la partecipazione alle riunioni; garantire le attività per la disassuefazione (secondo l'organizzazione aziendale) ad integrazione dei programmi di prevenzione

#### **Linea n. 1.3.4.4 Salute mentale**

##### **Raccordo con la programmazione precedente:**

Nel corso del 2011 è proseguita l'attività di programmazione regionale volta a:

- migliorare e implementare la collaborazione tra DDSSMM, MMG e PLS e i Medici di continuità assistenziale;
- favorire programmi di reinserimento di persone detenute in OPG;
- implementare attività di inserimento lavorativo e di inclusione sociale di persone svantaggiate anche con sostegno alla cooperazione sociale B, integrazione socio sanitaria (FAP art 8, Progetto Personalizzato e Budget Individuale di Salute).

L'attività di consulenza nel Presidio Distrettuale di Salute Mentale (PDSM) attivato presso le sedi dei 4 Distretti prosegue.

Oltre ai 4 punti di accoglienza per progetti speciali attivati nel 2010 (disturbi del comportamento alimentare, disagio di genere, salute mentale e transculturalità, giovani dai 18 ai 25 anni a rischio di disturbo mentale) si sono avviati due nuovi progetti i cui destinatari sono: persone che invecchiano e disturbo mentale, persone con problemi oncologici e disagio psichico.

Nel corso del 2011 sono state prenotate tramite CUP circa un centinaio di richieste di valutazione per cui l'apertura dei 4 PDSM è stata dimensionata sul flusso più ridotto rispetto a quanto ipotizzato inizialmente.

Nel 2010 il gruppo di lavoro con i referenti di distretto dei MMG ed i referenti dei CSM ha elaborato una prima versione della scheda di invio e valutazione tra MMG e DSM che doveva essere ulteriormente affinata dai MMG referenti distrettuali in collegamento con il CEFORMED.

Il gruppo funzionale per l'esordio continua la sua attività incontrandosi regolarmente una volta al mese con la presenza del personale che segue i/le tardo adolescenti (ASS 1, ASS 2, IRCCS Burlo Garofalo).

Con il gruppo di lavoro di Area Vasta oltre all'attività di formazione sul campo più strettamente inerenti al progetto (Scheda unificata, Osservatorio Epidemiologico, utilizzo CAARMS) sono stati messi a punto i contenuti dei seminari formativi progettati per il 2011.

La co-progettazione tra DSM e MMG di percorsi formativi congiunti ha subito un rallentamento dovuto alla ridefinizione dei contenuti dell'attività del CEFORMED.

Nel corso del 2011 è stata implementata l'interazione diretta con i PLS - MMG nella presa in carico congiunta delle persone con problemi di DCA. Nell'ambito di tali contatti per la presa in carico congiunta è stata fornita una copia del manuale sui DCA.

Da settembre 2011 è operativa la nuova sede presso il Consultorio Familiare del Distretto 2 in Via San Marco.

I CSM ed il SAR hanno inviato i nominativi di 2 referenti ciascuno per l'Area DCA.

8 persone con diabete e concomitante DCA sono seguite con modalità congiunta dai Centri Diabetologici Distrettuali e dal Punto di Accoglienza della domanda per DCA.

A giugno si è concluso il ciclo 2010 - 2011 di incontri seminariali (formazione sul campo) della Rete Regionale dei servizi del FVG per i DCA.

Il Punto di Accoglienza della domanda per DCA ha collaborato, per quanto di sua competenza, con il Dipartimento di Prevenzione nell'ambito di programmi di contrasto al disagio giovanile e per lo sviluppo di competenze e abilità rivolti ai docenti scuola secondaria I e II grado.

Con la finalità di aumentare le conoscenze sui DCA, il Punto di accoglienza ha promosso

direttamente alcuni momenti informativi con 3 trasmissioni presso l'emittente radiofonica Radio Fragola.

E' stato invitato a partecipare presso la Commissione Pari Opportunità ad un evento sul rapporto tra donne e cibo con la presenza anche di personale del IRCCS Burlo Garofalo.

A seguito della presentazione del Punto di Accoglienza promossa dall'ERDISU di Trieste nel 2010, il Comitato degli Studenti Universitari nell'ambito degli eventi culturali di genere che si tengono nell'occasione della Festa della Donna, ha organizzato una presentazione del servizio dedicato alle persone con DCA.

L'attività d'inserimento lavorativo e di formazione rivolta alle persone con disturbo psichico e promossa dal DSM ha visto nel 2011 (monitoraggio settembre 2011) il coinvolgimento di 165 persone, oltre 1/3 sono donne (57) il restante uomini. Il 64% (105) delle persone inserite hanno un età compresa tra i 25 ed i 44 anni. Nel 2011 finora sono state assunte 18 persone a seguito dei percorsi di formazione ed inserimento lavorativo attivati dal DSM.

Nel corso dell'anno hanno avuto luogo in maniera continuativa gli incontri mensili delle persone coinvolte nei percorsi di formazione e d'inserimento lavorativo per la promozione di attività di sensibilizzazione sulla tematica dell'inserimento lavorativo.

Si è costituito a questi fini un gruppo di lavoro composto dalle persone sostenute in borsa di lavoro e dagli operatori referenti di tale attività all'interno delle SC del DSM, che ha dato vita ad un gruppo redazionale. Il gruppo ha prodotto 3 numeri del foglio d'informazione "Lavori in corso" e ha promosso alcune trasmissioni radiofoniche.

Presso Radio Fragola infatti sono andate in onda 8 trasmissioni con il supporto tecnico della redazione e gestite da persone con esperienza di disturbo mentale e coinvolte nei percorsi di formazione.

Nel corso delle trasmissioni sono stati intervistati uomini politici ed amministratori pubblici locali sulle tematiche dell'inserimento lavorativo.

Il personale dedicato al settore ha implementato le modalità di collaborazione con gli enti □enti che promuovono l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate per favorire la costruzione di percorsi comuni finalizzati all'inclusione lavorativa e sociale.

La metodologia del budget di salute/progetto terapeutico abilitativo personalizzato (BIS/PTAP) si è confermata nel 2011 quale strumento operativo fondamentale per implementare e sviluppare modalità di lavoro integrato, multidisciplinare e partecipato con il coinvolgimento dei diversi portatori di interesse nel campo della salute mentale. Le risorse economiche, a ciò dedicate, sono state utilizzate per progetti personalizzati indirizzati a migliorare le condizioni di vita e di salute delle persone con problemi di salute mentale e a favorire un cambiamento verso una maggiore autonomia, anche attraverso il sostegno nel percorso di uscita da strutture residenziali, la prevenzione al ricorso a situazioni di tipo residenziale ed il supporto alla domiciliarità. Nel corso del 2011 (21-11-2011) hanno usufruito del BIS 164 persone (105 maschi e 59 femmine) per le quali sono state attivate 209 schede (2 altissima intensità, 20 alta intensità, 86 media intensità, 101 bassa intensità). Dei 164 progetti personalizzati 42 sono FAP salute mentale (progetti personalizzati finanziati con il fondo per l'autonomia possibile che prevede l'utilizzo congiunto di risorse dell'ASS e dei Comuni), di cui 33 con il Comune di Trieste, 3 con il Comune di Auisina-Monrupino-Sgonico, 6 con il Comune di Muggia-Dolina. Con lo strumento del BIS/PTAP nel 2011, all'interno di un'azione di riconversione delle risorse economiche investite nella strutture residenziali terapeutico riabilitative verso progetti indirizzati a sostenere la domiciliarità, è stata avviata l'uscita di due persone da una struttura residenziale ad alta intensità verso progetti personalizzati di abitare assistito nella propria casa. E' stato inoltre svolto un intenso lavoro di programmazione e preparazione che porterà agli inizi del 2012 alla chiusura di una struttura residenziale collocata nel comprensorio si S.Giovanni e all'avvio di 12 progetti di abitare assistito in 2 piccoli nuclei di convivenza in città.



<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>1. Definizione e attuazione di modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione e formazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>1.1. Prosecuzione del progetto sperimentale "Qualcosa non va?" / Presidi Distrettuali .</p> <p>1.2. Sperimentazione di modalità di comunicazione scritta DSM - MMG al fine di rendere noto al MMG che quel paziente è in contatto col CSM</p> <p>1.3 Realizzazione di percorsi formativi congiunti (a livello distrettuale, coinvolgendo i responsabili distrettuali e dipartimentali)</p>
<p><b>Azioni ed interventi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosecuzione del progetto sperimentale "Qualcosa non va?" / Presidi Distrettuali</li> <li>- Percorsi formativi condivisi con i PLS - MMG (a livello distrettuale e di Area Vasta coinvolgendo i responsabili distrettuali e dipartimentali), su una specifica area critica quale "Il ruolo delle cure primarie nell' esordio psicotico. Screening, trattamento, integrazione nell'ottica di un sistema di salute".</li> </ul>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>2. Miglioramento dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery, e consolidamento dei processi di integrazione tra SSSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholder</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>2.1. "Qualcosa è cambiato?" Miglioramento dei percorsi di recovery.</p> <p>2.2. "Qualcosa è cambiato?" Prosecuzione dell'utilizzo di procedure integrate intra aziendali per il riconoscimento precoce e la presa in carico dei casi a rischio o conclamati.</p> <p>2.3. Promozione di processi di inclusione sociale, protagonismo e partecipazione attiva nelle persone che vivono l'esperienza del disagio psichico attraverso la costruzione ed il rafforzamento di collaborazioni con l'associazionismo.</p>
<p><b>Azioni ed interventi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mappa delle risorse riabilitative per i giovani per la messa in rete di attività risocializzanti ed espressive, formazione lavoro, educativa di strada etc. e costruzione di un percorso abilitativo e di formazione socioculturale</li> <li>- Continuazione della sperimentazione del percorso psicoeducativo, abilitativo e di formazione socioculturale per i giovani all'esordio sui temi: identità / esplorazione di sé / recovery.</li> <li>- Incontri mensili del gruppo funzionale (ASS 1, ASS 2, IRCCS Burlo Garofalo) per l'esordio.</li> <li>- Produzione di un report analitico sull'attività 2011 del gruppo funzionale e sulle persone prese in carico con particolare attenzione ai percorsi integrati con i PLS - MMG, con i servizi distrettuali e alle procedure di raccordo con l'IRCCS Burlo Garofalo.</li> <li>- Incontri mensili delle persone coinvolte nelle attività di promozione del protagonismo per contribuire a: <ul style="list-style-type: none"> <li>o riduzione dello stigma nei confronti delle persone con disturbo psichico,</li> <li>o realizzazione del 3° convegno nazionale della rete delle persone con disagio psichico.</li> </ul> </li> </ul>	

<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>3. Consolidamento della rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo, terzo livello)</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>3.1. Prosecuzione della presa in carico congiunta delle persone con problemi di DCA con il personale referente individuato nelle SC del DSM.</p> <p>3.2. Sviluppo dell'interazione diretta con i PLS - MMG e con i servizi distrettuali e/o ospedalieri nella presa in carico congiunta delle persone con problemi di DCA.</p> <p>3.3. Risposta affermativa al 100% delle richieste di formazione per docenti scuola secondaria I e II grado relative alla prevenzione dei DCA.</p> <p>3.4. Produzione di un report sull'attività del servizio per DCA con particolare attenzione ai percorsi integrati con i PLS - MMG ed i servizi distrettuali.</p>
<p><b>Azioni ed interventi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuate figure di diversa professionalità all'interno dei gruppi di lavoro delle SC del DSM come referenti per la presa in carico congiunta, ove necessario, di persone con DCA in contatto con il Punto di Accoglienza.</li> <li>- Presa in carico congiunta per le persone con problemi di DCA in interazione con i PLS - MMG, i Centri Diabetologico distrettuali, i servizi distrettuali e le équipes dell'IRCCS Burlo Garofalo e dell'AOU Ospedali Riuniti.</li> <li>- In collaborazione con il Dipartimento di prevenzione partecipazione ai percorsi formativi per docenti scuola secondaria I e II grado relativi alla prevenzione dei DCA.</li> <li>- Partecipazione ai lavori dei tavoli tecnici promossi dalla Regione sui DCA.</li> <li>- Produzione di un report analitico sull'attività del servizio per DCA con particolare attenzione ai percorsi integrati con i PLS - MMG e con i servizi distrettuali e alle procedure di raccordo con Centro di riferimento regionale.</li> </ul>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>4. Continuazione nel strutturare programmi di reinserimento delle persone detenute in OPG e ridefinire gli obiettivi e le modalità operative del servizio di salute mentale in carcere</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>4.1. 100% delle persone, detenute e carcerate, che sono segnalate o facciano richieste di una visita psichiatrica sono valutate.</p> <p>4.2. 100% delle persone - che a seguito della valutazione sono considerate a rischio - sono soggetti di programmi terapeutico riabilitativi individuali attivati(eventuale FAP).</p>
<p><b>Azioni ed interventi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitare l'invio in OPG attraverso l'intervento del DSM in carcere</li> <li>• Sostenere l'attività dei servizi di salute mentale in carcere utilizzando al bisogno le strutture di accoglienza del DSM.</li> <li>• Predisporre progetti individuali alternativi per persone detenute, con disturbo psichico che rischiano l'invio in OPG, e progetti condivisi con i Comuni attraverso lo strumento FAP.</li> <li>• Produzione di un report sull'attività del 2010 in carcere e presentazione alla Direzione del DSM.</li> <li>• Prosecuzione del percorso di formazione sul campo rivolta al personale referente individuato nelle SC del DSM.</li> </ul>	

<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>5. Implementare l'attività di inserimento lavorativo e di inclusione sociale di persone svantaggiate anche con sostegno alla cooperazione sociale B.</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>5.1. Incontri mensili delle persone coinvolte nei percorsi di formazione e d'inserimento lavorativo promossi dal DSM per la promozione di attività di sensibilizzazione sulla tematica dell'inserimento lavorativo.</p> <p>5.2. Incontri periodici con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soggetti del privato sociale</li> <li>• enti che promuovono l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate</li> </ul> <p>per favorire la costruzione di percorsi comuni finalizzati all'inclusione lavorativa e sociale.</p>
<p><b>Azioni ed interventi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un incontro al mese con le persone coinvolte nei percorsi di formazione e d'inserimento lavorativo promossi dal DSM.</li> <li>- Attività di sensibilizzazione sulla tematica dell'inserimento lavorativo attraverso la promozione di eventi rivolti alla cittadinanza.</li> <li>- Pubblicazione a carattere bimestrale del Foglio "Lavoro in corso".</li> <li>- Incontri bimestrali con i diversi soggetti del privato sociale e gli enti che promuovono l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate.</li> <li>- Momenti formativi rivolti al personale dipartimentale e proveniente dalle aree di confine (privato sociale, provincia, ecc.) referente dei programmi di inserimento lavorativo e formazione.</li> </ul>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p>6. Implementare l'attività di inclusione sociale di persone svantaggiate con modalità di integrazione socio sanitaria (FAP Art 8, Progetto Personalizzato e Budget Individuale di Salute).</p>	<p><b>Risultato atteso</b></p> <p>6.1. Investimento delle risorse destinate alla residenzialità verso progetti personalizzati di abitare assistito in piccoli nuclei di convivenza per persone attualmente accolte nelle strutture terapeutico abilitative a media intensità assistenziale (14 ore).</p> <p>6.2. Investimento delle risorse destinate alla residenzialità verso progetti personalizzati di abitare assistito nella propria casa per persone attualmente accolte nelle strutture terapeutico abilitative ad alta intensità assistenziale (24 ore).</p>
<p><b>Azioni ed interventi</b></p> <p>12 persone transitano dalle strutture residenziali terapeutico riabilitative Rosa Luxemburg ed ex Q verso progetti personalizzati di abitare assistito in piccoli nuclei di convivenza sostenuti con la metodologia del Budget Individuale di Salute.</p> <p>1 persona attualmente accolta in una struttura terapeutico abilitativa ad alta intensità è inserita al proprio domicilio attraverso l'attivazione di un Budget Individuali di Salute a bassa intensità progettato di concerto con l'Ente Locale (Fondo Autonomia Possibile).</p> <p>Report sull'utilizzo della metodologia Budget Individuale di Salute per il transito dalle strutture residenziali a nuclei di convivenza o al proprio domicilio attraverso la metodologia del Budget di Salute.</p>	

<p><b>Linea n. 1.3.4.5 Materno infantile</b></p> <p>Raccordo con la programmazione precedente:</p> <p>Nel corso del 2011 è stato avviato a livello regionale il programma di screening uditivo neonatale: le Aziende sede di Punto Nascita si sono attivate per l'effettuazione dei test ai nuovi nati. I pediatri di Libera scelta contribuiscono alle attività di monitoraggio e sorveglianza ( libretto pediatrico).</p>
---

<p>In base all'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, che prevede l'istituzione di un Comitato regionale per il percorso nascita, nel corso del 2011 sono state predisposte le azioni propedeutiche all'avvio dei lavori del suddetto Comitato con l'obiettivo di promuovere e migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita.</p>	
<p>Istituzione e avvio delle attività del Comitato regionale per il percorso nascita</p>	<p>ASS1 contribuirà, con la partecipazione di un rappresentante ai lavori del Comitato regionale, e collaborerà alle attività del suddetto Comitato finalizzate al monitoraggio/implementazione della qualità degli interventi assistenziali nelle diverse fasi del percorso nascita</p>

**Linea n. 1.3.4.6 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti**

**Raccordo con la programmazione precedente:**  
 Negli ultimi anni, gli obiettivi aziendali sono stati orientati a dare risposta ai bisogni della popolazione anziana attraverso l'attuazione contestuale di diverse strategie, tra cui la riqualificazione dell'attuale rete delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e l'introduzione di nuovi sistemi informativi per la valutazione del bisogno delle persone anziane e per la raccolta di informazioni relative alla gestione dei servizi stessi. Nello specifico, nel corso dell'anno 2011, in continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, è stata promossa una graduale 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 in questione, in particolare attraverso:

- l'identificazione con delibera del referente aziendale per tutte le attività legate al programma di Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti;
- partecipazione alla definizione di un sistema regionale e aziendale di monitoraggio e promozione della qualità dell'assistenza e del governo nelle strutture residenziali per anziani;
- adesione agli interventi formativi relativamente all'utilizzo degli indicatori selezionati;
- adesione agli interventi formativi per la realizzazione di percorsi di audit;
- predisposizione delle convenzioni con i Centri Diurni ai fini dell'erogazione del contributo per l'abbattimento delle rette (art. 13 L.R. 10/97);
- predisposizione di un elenco dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti censiti sul proprio territorio.

<p><b>Obiettivo aziendale</b>          Processo di riclassificazione:          L'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina partecipa all'attuazione del processo di ri-autorizzazione secondo le modalità che verranno definite con l'integrazione del DPR 0333/Pres. del 2008 (Regolamento di definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, nonché delle procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, adattamento, trasformazione o trasferimento delle strutture residenziali per anziani e per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle relative attività) attualmente in fase di approvazione.</p> <p>In particolare, il referente aziendale per il processo di riclassificazione, nominato</p>	<p><b>Risultato atteso:</b>          Esiste il documento con l'ipotesi di classificazione condivisa con la DCSISPS della prima metà delle strutture totali del territorio di competenza (prima priorità a quelle più grandi, data l'elevata numerosità insistente sul territorio triestino), entro 60 giorni dalla disponibilità del dossier aziendale, inviato dalla DCSISPS. La seconda metà entro i successivi 60 giorni.</p>
--	--

<p>nell'ambito di ciascuna ASS (come previsto con DGR 25 novembre 2010, n. 2384), collabora con la DCSISPS alla formulazione di una ipotesi di classificazione.</p> <p>Tale ipotesi dovrà essere definita entro 60 giorni dalla disponibilità del dossier aziendale, che sarà trasmesso alle ASS, contenente le informazioni di sintesi sulle strutture residenziali afferenti al territorio di competenza</p>	
<p>Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità: L'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina prosegue nella realizzazione del percorso di monitoraggio e promozione della qualità avviato nel corso del 2011. La stessa avvia analogo percorso coinvolgendo almeno un'ulteriore struttura residenziale per anziani convenzionata</p>	<p>E' stato avviato un percorso di monitoraggio e promozione della qualità nella struttura residenziale per anziani del Comune di Muggia.</p>
<p>Sistemi informativi: L'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina monitora, verifica ed eventualmente sollecita, 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>Ogni distretto ha in evidenza la calendarizzazione ed il report riassuntivo delle verifiche effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio, in merito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza nel sistema informatico delle persone in lista di attesa per l'ingresso nelle strutture convenzionate con ASS 1 – aggiornamento costante, on line</li> <li>-</li> <li>- la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Val.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati (SS Anziani e Residenze);</li> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglienza prodotto trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati (Responsabile attività amministrative distrettuali);</li> <li>- la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, dei report relativi alla lista di attesa, alla presenza e ai movimenti degli ospiti prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate (Responsabile attività amministrative distrettuali) ;</li> <li>-</li> <li>- la trasmissione da parte delle strutture residenziali per anziani del report annuale relativo all'“Offerta residenziale” prodotto dal si-</li> </ul>

	stema informativo SIRA-FVG a cura delle strutture residenziali per anziani convenzionate (Responsabile attività amministrative distrettuali)
<p>Convenzione</p> <p>A) L'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina prevede che, nelle convenzioni con i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza siano vincolati al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG).</p> <p>B) A partire dal secondo semestre 2012, provvede a creare le condizioni amministrative e organizzative per una adozione, a partire dal 1° gennaio 2013, dello schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS e le strutture residenziali per anziani, che sarà adottato dalla Regione</p>	<p>A) Nei testi delle convenzioni con le strutture eroganti servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è inserito un articolo che vincola il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG).</p> <p>B) Entro il 31/12/2012, a seguito della disponibilità del testo regionale, le convenzioni tra ASS e strutture residenziali per anziani locali sono aggiornate</p>
<p>Sistema di VMD Val.Graf.-FVG</p> <p>L'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina provvede a valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale convenzionato</p>	<p>Verifica semestrale e relativo report della presenza nel sistema informativo e-GENeSys di almeno una valutazione Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD, per tutti gli utenti accolti in un servizio semiresidenziali per anziani</p>
<p>Sistema di finanziamento</p> <p>A) Nell'ambito del governo della rete dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, tutte l'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina prosegue, in continuità con quanto avviato nel corso del 2011 e previa autorizzazione da parte della DCSISPS, nella predisposizione di convenzioni con i servizi semiresidenziali ai fini dell'erogazione del contributo per l'abbattimento delle rette (art. 13, LR 10/97).</p> <p>B) Nell'ambito dell'estensione del contributo regionale per l'abbattimento delle rette (art. 13, LR 10/97) agli anziani non autosufficienti accolti in servizi residenziali alternativi alle strutture residenziali per anziani non autosufficienti (servizi sperimentali), autorizzate ai sensi del DPGR 14 febbraio 1990, n. 83 e della DGR 11 maggio 2001, n. 1612, l'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina, se non già in essere, stipula convenzioni con gli enti gestori dei servizi sperimentali previa verifica della rispondenza dei servizi stessi ai requisiti di cui al Decreto</p>	<p>A) Presenza delle convenzioni per i servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti in possesso dei requisiti minimi previsti (post autorizzazione della DCSISPS)</p> <p>B) voce non pertinente per ASS 1</p>

<p>del Presidente della Regione n. 337 dd. 12.12.2008;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valuta, in sede di UVD, il bisogno degli ospiti mediante l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale (VMD) Val.-Graf.-FVG ai fini dell'accesso al servizio medesimo;</li> <li>- definire i programmi di assistenza individualizzati (PAI) in funzione del profilo di bisogno delineato con il sistema di VMD sulla base dei quali vengono attuati gli interventi terapeutici e assicurate le prestazioni assistenziali necessarie nell'arco della giornata.</li> </ul>	
<p><b>Azioni ed interventi</b></p> <p>Predisporre, di concerto tra referente aziendale, distretti e DIP, entro 60 giorni dalla disponibilità del dossier aziendale inviato dalla DCSISPS, un'ipotesi di classificazione condivisa con la DCSISPS delle strutture del territorio di competenza.</p> <p>Avviare il percorso di monitoraggio e promozione della qualità nella struttura residenziale per anziani del Comune di Muggia.</p> <p>Predisporre per ogni distretto una calendarizzazione e un report riassuntivo delle verifiche effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p> <p>Inserire in tutte le nuove convenzioni con i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, un articolo specifico che vincoli il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza, al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG). Per le convenzioni in essere, comporre gli atti integrativi-aggiuntivi.</p> <p>Aggiornare entro il 31/12/2012, tutte le convenzioni tra ASS e strutture residenziali per anziani per gli anni successivi, sulla base dello schema tipo regionale.</p> <p>Predisporre le eventuali nuove convenzioni per i servizi semiresidenziali e sperimentali per anziani non autosufficienti in possesso dei requisiti minimi previsti, previa autorizzazione della DCSISPS.</p>	

<p><b>Linea n. 1.3.4.7 : Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</b></p>
<p>Raccordo con la programmazione precedente:</p> <p>In coerenza con quanto stabilito dal PSSR 2010-2012 che prevede l'introduzione di una dimensione unitaria delle modalità di valutazione, in accordo con quanto riportato nella DGR 2052/10 "Aggiornamento del sistema di valutazione multidimensionale versione 2010", e con quanto stabilito dal DM 17 dicembre 2008 che prevede l'introduzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è prevista l'adozione della scheda di valutazione Val Graf versione essenziale, al fine di uniformare gli strumenti di valutazione e la raccolta e l'invio di dati a livello regionale e nazionale.</p>

<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Utilizzare ICD-9 Cm per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai distretti</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> ASS1 partecipa alla programmazione regionale delle procedure necessarie affinché, una volta messi a disposizione dalla Regione gli strumenti più idonei, le diagnosi dei pazienti presi in carico in assistenza domiciliare possano essere codificate con ICD9-CM e i dati caricati sui sistemi informativi messi a punto</p>
<p>Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati sul SISSR</p>	<p>Introduzione della scheda di valutazione ValGraf versione essenziale per la valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti anziani in carico ai servizi distrettuali semiresidenziali e su casi complessi in riferimento al DM 17/12/2008 presi in carico con il modello del case management, con definizione di un PAI e l'assegnazione della responsabilità clinica a un MMG e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.</p>

**Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF"**

Raccordo con la programmazione precedente:  
Nel corso del 2011 le SSD di Riabilitazione e le SSTSBA dei 4 distretti sono state impegnate nel progetto di sperimentazione regionale "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF", finalizzato alla messa a punto sia di modalità uniformi di valutazione e progettazione personalizzata sia di un nuovo sistema informativo di supporto alla presa in carico integrata, denominato "fascicolo biopsicosociale elettronico". Sono stati valutati almeno 32 casi. Diversi operatori aziendali (referente, tutor aziendali e operatori dell'equipe di valutazione e presa in carico) sono stati formati dagli operatori del CC OMS alla redazione del "fascicolo biopsicosociale elettronico" e al suo inserimento nel sistema informativo dedicato. Ha avuto luogo inoltre un percorso di formazione sul campo (referente aziendale, vecchi e nuovi tutor) con la referenza scientifica del CC OMS con l'obiettivo di (attraverso la discussione sui casi) mettere in evidenza punti di forza, di debolezza, opportunità di miglioramento degli strumenti sperimentali.

<p><b>Obiettivo aziendale:</b> Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF</p>	<p><b>Risultato atteso:</b> Vengono valutati 30 casi di cui: 1. 15 casi già valutati nel 2011 2. 15 casi non ancora valutati con gli strumenti basati su ICF. Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati i minori, quelli che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi) e persone con gravi cerebro lesioni acquisite. 3. Per tutti i pazienti viene raccolto il consenso al trattamento dei dati sensibili in formato elettronico 4. I referenti aziendali, i tutor aziendali e gli operatori coinvolti nella sperimentazione sono opportunamente formati in programmi di rilevanza regionale</p>
--	--

Azioni ed interventi:



Individuazione dei 30 casi.  
 Valutazione secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei 30 casi.  
 Inserimento del "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dalla Regione FVG.  
 Revisione o nuova stesura del progetto personalizzato  
 Formazione degli operatori coordinata dal Centro Collaboratore OMS.

**Linea n. 1.3.4.8: Pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria e per la presa in carico integrata – partecipazione alla elaborazione del PDZ dei SSC.**

Raccordo con la programmazione precedente:  
 Il Comune di TS ha ritenuto opportuno di dare avvio, nel corso del 2010, ad un nuovo PdZ triennale (2010-2012), siglato con Accordo di Programma dai soggetti partecipanti, tra i quali ASS 1.

Oltre la partecipazione dei soggetti istituzionali previsti, tra cui ASS 1, Provincia, ASP Itis e ASP pro-senectute, particolarmente significativa è stata la partecipazione di soggetti del III settore e della cittadinanza attiva. Il PdZ 2010-2012 ha mantenuto, come nel precedente PdZ, l'articolazione per aree di intervento, definite per ciclo di vita (minori, anziani) o per specificità prevalente (disabilità, salute mentale, dipendenze). I contenuti relativi alla parte di integrazione socio sanitaria, evidenziati come progetti e suddivisi per aree target, hanno accompagnato in maniera parallela la programmazione delle istituzioni coinvolte, in specie Comune ed ASS 1, senza però ridisegnarla con modalità condivise e senza quindi evidenziare e definire congiuntamente in maniera puntuale il sistema di offerta dei servizi, rivisitandone caratteristiche, obiettivi, risultati attesi in relazione ad una adeguata lettura dei bisogni del territorio.

ASS1 auspica che il nuovo PdZ 2013-2015 metta a punto modalità di programmazione sociosanitaria condivise ed integrate con la finalità di sviluppare un complessivo sistema di servizi integrato teso con chiarezza al raggiungimento di obiettivi non solo legati a singoli progetti di lavoro.

<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Risultato atteso</b>
<p>Le Aziende per i servizi sanitari - per il tramite dei Distretti e con la collaborazione dei Dipartimenti - e i SSC programmano congiuntamente – nell'ambito del percorso di elaborazione del PDZ - servizi e interventi che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, entro un quadro unitario, percorsi integrati per il benessere della persona, della famiglia e della comunità nelle aree di integrazione sociosanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- materno infantile</li> <li>- disabilità</li> <li>- malattie croniche</li> <li>- terminalità</li> <li>- anziani</li> <li>- salute mentale</li> <li>- dipendenze</li> </ul> <p>Nella programmazione congiunta vengono coinvolte le strutture operative dell'ASS e del sistema sociale integrato impegnate ad assicurare prestazioni/interventi e servizi afferenti alle aree di integrazione sociosanitaria sopra elencate.</p> <p>Le ASS, per quanto di propria competenza, affidano ai direttori dei Distretti sanitari il ruolo di responsabilità e di coordinamento delle</p>	<p><i>Entro settembre 2012:</i></p> <p>Elaborazione congiunta ASS1 e SSC di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata triennale (con evidenza degli obiettivi operativi annuali) nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale, qualora la DCSISSPS abbia fornito ad ASS1 indicazioni metodologiche in tempo utile per la propria pianificazione.</p> <p>Il documento viene trasmesso, da parte del Direttore generale di ASS1 e dei Presidenti delle Assemblee dei Sindaci, alla DCSISSPS per il parere di congruità.</p> <p><i>Entro dicembre 2012:</i></p> <p>Qualora la DCSISSPS rilasci parere di congruità entro ottobre 2012, è sottoscritto e trasmesso alla DCSISSPS l'atto di intesa tra ASS1 e SSC riallineando qualora necessario la programmazione sulla base delle indicazioni regionali.</p>



esclusivo).	
<p>Garantire che per gli affidamenti dove si è valutato possibile, vengano utilizzati gli strumenti legislativi che favoriscono la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.</p>	<p>Per tutte le procedure di gara che non risultino unificabili vi è evidenza che è stato attuato da ASS1, nei casi in cui sia possibile, quanto previsto dell'art. 5 della L 381/91 e dalla LR 20/2006, utilizzando lo schema di convenzione tipo previsto dall'art. 23 della LR 20/2006</p> <p>In tutti gli affidamenti "sopra soglia comunitaria" dove vi sia la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati, vengono utilizzate da ASS1 le "clausole sociali" prevedendo, in relazione al tipo di servizio, in alternativa le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- un punteggio per la valutazione dei progetti di inserimento lavorativo non inferiore al 10% del punteggio complessivo di offerta previsto.</li> </ul>

### 1.3.5 PROGRAMMA ATTIVITÀ CENTRALIZZATE

<b>Linea n. 1.3.5 Programma attività centralizzate – estensione del servizio della logistica di magazzino</b>	
Raccordo con la programmazione precedente: 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema PAL 2011 Come previsto dalla Delibera n. 1/11 entro il 31/12/2011 sarà completato lo studio di fattibilità sull'opportunità di accentrare la gestione dei magazzini	Raccordo con la programmazione precedente: 3.1.3 Miglioramento dell'efficienza del sistema PAL 2011 Come previsto dalla Delibera n. 1/11 entro il 31/12/2011 sarà completato lo studio di fattibilità sull'opportunità di accentrare la gestione dei magazzini
Azioni ed interventi: Analisi studio fattibilità, rilevazioni volumi merci etc.	

### 1.3.6 INDICAZIONI SISTEMI INFORMATIVI

#### Linea 1.3.6.1 : Privacy

Raccordo con la programmazione precedente: gli incaricati dell'azienda hanno partecipato allo sviluppo, all'approfondimento del tema e alla applicazione delle tecniche nell'ambito del gruppo privacy

**Obiettivo aziendale:**  
Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari

**Risultato atteso:**  
Partecipazione all'avviamento del nuovo processo di raccolta del consenso a partire dal secondo semestre, nel percorso di primo contatto con le strutture sanitarie

#### Linea 1.3.6.2: Prescrizione elettronica

Raccordo con la programmazione precedente: l'azienda ha provveduto a valutare e a definire l'impiego dello strumento, che è stato reso disponibile da dicembre 2011 per i soli prescrittori interni

**Obiettivo aziendale:**  
Proseguire nella diffusione della prescrizione elettronica delle prestazioni in tutte le strutture sanitarie

**Risultato atteso:**  
Ampliamento dell'impiego delle ricette elettroniche per le prescrizioni ambulatoriali

#### Linea 1.3.6.3 : Firma digitale

Raccordo con la programmazione precedente: la firma digitale è stata distribuita a tutte le strutture dell'azienda, la possibilità di impiegarla è determinata dai costi, per i quali non è prevista una copertura specifica

**Obiettivo aziendale:**  
Consolidare l'utilizzo della firma digitale dei documenti sanitari

**Risultato atteso:**  
Tutte le strutture ambulatoriali e di ricovero proseguono il processo di dematerializzazione dei referti mediante l'utilizzo della firma digitale

#### Linea 1.3.6.4 Sistemi di accesso

Raccordo con la programmazione precedente: nel corso del 2011 l'attività ha seguito la programmazione regionale per l'area triestina

**Obiettivo aziendale:**  
Completare la diffusione dell'Anagrafe Unica e del CUP

**Risultato atteso:**  
Avviare l'Anagrafe Unica e il CUP Regionale nell'Area Triestina secondo la programmazione regionale

#### Linea 1.3.6.5 PACS

nel corso del 2011 ASS1 ha adottato il PACS inserendosi nel sistema di AOOTS e seguendo la programmazione regionale

**Obiettivo aziendale:**  
Predisposizione delle precondizioni necessarie a realizzare l'integrazione con l'impianto regionale del sistema PACS aziendale già in uso e avvio dell'attuazione dell'integrazione stessa, in accordo con il progetto di PACS regionale.

**Risultato atteso:**  
Attuazione degli obiettivi definiti per l'anno in accordo con il cronoprogramma di installazione e in coordinamento con l'avanzamento progettuale.

Azioni ed interventi: effettuazione di tutte le attività di competenza aziendale, già definite dal progetto PACS regionale, necessarie per l'avviamento dei sistemi PACS aziendali e per la successiva messa a regime, garantendo il coordinamento organizzativo interno a supporto del gruppo di progetto del DSC.

**Linea 1.3.6.6 Nuovo sistema di governo**

Raccordo con la programmazione precedente:

Il progetto di sviluppo di un sistema di governo regionale per la Sanità è finalizzato alla definizione degli standard di riferimento per la lettura dei dati necessari alla produzione ed al controllo degli indicatori di performance regionali. Il lavoro propedeutico avviato nel corso del 2011 si è avvalso delle competenze di personale proveniente dalle Aziende con specifiche competenze in materia amministrativa e sanitaria, ma anche con competenze specifiche per quanto attiene al modello e ai temi della programmazione strategica ed operativa e del controllo di gestione. I professionisti delle Aziende del SSR sono stati altresì coinvolti nel fornire un supporto alle Aziende nella prima fase di sperimentazione e continueranno a svolgere tale funzione anche nelle fasi successive di implementazione del sistema. Il gruppo si è già espresso sia per quanto attiene alla normalizzazione delle informazioni attinenti al personale del SSR, sia per quanto attiene alla normalizzazione dei beni e servizi acquistati dalle diverse aziende sanitarie. Per rendere coerente il modello di normalizzazione dei dati, sono state valutate entrambe le basi informative: personale-presenze/assenze e sistema ASCOT per l'acquisizione e l'utilizzo dei beni e servizi. Entro la fine dell'anno 2011 si dovrà concludere il modello di normalizzazione di tutti i dati della gestione oggetto di analisi.

Il progetto prevede inoltre di utilizzare il sistema informativo SSSR per quanto attiene alla individuazione dei dati e di realizzare un software ad hoc per la gestione del sistema a regime. La produzione di questo sistema prevede l'estrazione da parte di Insiel dei dati provenienti dalla gestione secondo la tempificazione prevista dall'accordo regionale. E' previsto anche l'acquisto del software destinato alla realizzazione del sistema. A tal fine, Insiel sta producendo il datawarehouse che collezionerà i dati della gestione e sono in via di predisposizione i due capitolati di gara, nei tempi e secondo quanto previsto dalla convenzione regionale voluta dal servizio SIEG. La prima gara da esperire intende acquisire un prodotto di mercato in grado di soddisfare le esigenze proprie del sistema basato sulla valutazione multidimensionale delle performance. La seconda gara intende invece acquisire dal mercato dei produttori il software per soddisfare le funzioni previste dal progetto approvato, software denominato "ASSIST". Questo software dovrà consentire la definizione degli standard semantici e di contenuto dei dati oggetto del sistema provenienti dalla gestione amministrativa e clinica delle singole Aziende del SSR. Inoltre il software fornirà le funzioni necessarie alle Aziende per rapportare i propri modelli di gestione dati a quello regionale.

I tempi di sviluppo dell'intero sistema informatico dovranno essere coerenti con la programmazione regionale prevista dall'accordo SIEG, come si legge dal repertorio 9455 dd. 13/6/2011.

E' obiettivo strategico regionale: l'acquisizione di un sistema in grado di raccogliere le informazioni utili al governo del sistema SSR, attingendo ai dati presenti nel datawarehouse clinico-sanitario, mettendo questi in relazione con le risorse economiche, di struttura e di personale e creando i presupposti per consentire una verifica puntuale delle performance, secondo un modello di rappresentazione predefinito:

1. Entro gennaio 2012 dovranno essere definiti la semantica ed il contenuto del modello di normalizzazione di tutte le informazioni appartenenti ai sistemi gestionali delle Aziende, al fine di alimentare in modo uniforme il sistema. Il modello di normalizzazione dei dati dovrà essere fornito alle Aziende. La sperimentazione dovrà concludersi entro il 31/12/2012;
2. Per quanto attiene al sistema informatico di governo, dovranno essere esperite e aggiudicate: la gara per l'acquisizione del software di sistema di valutazione e la gara per la produzione del sistema ASSIST, come previsto dal progetto esecutivo approvato dal SIEG, IDIA-INT-000949-LGA-10-01 del 25 gennaio 2011. Contemporaneamente Insiel dovrà estrarre dai gestionali e mettere a disposizione i dati di gestione oggetto della sperimentazione.

**Obiettivo aziendale:**

Alle Aziende pilota (un' AOU; un' ASS e un IRCCS) individuate per la sperimentazione: Partecipazione alla sperimentazione del progetto regionale di sviluppo di un sistema di governo regionale basato sulla valutazione multidimensionale della performance nel servizio sanitario

**Risultato atteso:**

ASS1 si dichiara disponibile a partecipare al progetto.

<b>Linea 1.3.6.7 Qualità della cura</b>	
Allineamento anagrafe prescrittori	Entro giugno 2012 ASS1 produce il nuovo elenco corretto dei prescrittori.

<b>Linea 1.3.6.8 SISAVER</b>	
<b>Obiettivo aziendale:</b> Le Aziende dovranno ricorrere ad una proroga contrattuale relativa all'uso dell'attuale software Sferacarta in attesa del completamento delle funzioni di SisaVer.	<b>Risultato atteso:</b> Il software "sferacarta" è rinnovato per l'anno 2012.

# LA MANOVRA DEL PERSONALE

## Premesse

Il finanziamento 2012 è previsto per l'intera area vasta Giuliano Isontina ed ammonta complessivamente alla medesima quantità di risorse del presente esercizio 2011.

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

Ai sensi delle LINEE DI GESTIONE 2012 (gestione delle risorse umane), si espongono di seguito gli elementi specifici richiesti.

## **A) STATO DELL'ARTE**

- 1. Forza di personale al 31.12.2010 (ex DGR n. 1616 dd. 02.09.2011 di approvazione degli atti relativi al controllo annuale della gestione del SSR nell'anno 2010, cui vanno aggiunti i rapporti di somministrazione in essere al 31.12.2010 di personale somministrato appartenente ai profili del ruolo sanitario e al profilo dell'operatore socio sanitario del ruolo tecnico)**

In base alla citata DGR 1616/11, la forza di personale al 31.12.2010 era pari a 1269 unità.

Si evidenzia che tale numero non corrisponde però a quanto comunicato alla Direzione Regionale con il secondo monitoraggio trimestrale, in cui - al 31.12.2010 -si evidenziavano 1272 unità computate con i criteri sopra richiesti, dato tuttora risultante dall'evidenza dell'Amministrazione.

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

- 2. Programmazione presunta del dato di forza di personale al 31.12.2011 (consistenza numerica del personale a tempo indeterminato e determinato, compresi i supplenti, gli straordinari, nonché il personale somministrato appartenente ai profili del ruolo sanitario ed al profilo dell'operatore socio sanitario del ruolo tecnico ed, altresì le eventuali unità concesse in deroga dalla Giunta Regionale nel corso del 2011). Salvo deroghe il dato di forza programmato al 31.12.2011 non deve superare quello del 31.12.2010.**

Il dato di forza programmato al 31.12.2011 corrisponde a **1269**. Nessuna deroga è stata concessa.

Di seguito si illustra il dato analitico per profilo professionale.



Previsione forza di personale al 31/12/2011				
	cat.	Forza al 31.12.2010	Forza presente	Confronto con 31.12.2010
<b>RUOLO SANITARIO</b>				
Dirigenti medici		115	121	6
Veterinari		10	10	0
Dirigenti sanitari:				0
Chimici		2	2	0
Farmacisti		5	5	0
Biologi		1	1	0
Psicologi		41	43	2
Fisici		1	1	0
Dirigenti professioni sanitarie		7	7	0
<b>TOTALE Dirigenti Ruolo Sanitario</b>		<b>182</b>	<b>190</b>	<b>8</b>

<b>Collab. prof.li sanit. esperti</b>				
Infermieri	DS	30	29	-1
Assistenti sanitari	DS	10	9	-1
Fisioterapisti	DS	1	1	0
Tecnici prevenzione nei luoghi di lavoro	DS	7	7	0
Tecnici sanitari di lab. biomedico	DS	0	0	0
Collab. prof.li sanitari:				0
Infermieri	D	408	410	2
Ostetrici	D	16	16	0
Assistenti sanitari	D	32	30	-2
Dietisti	D	2	2	0
Podologi	D	0	1	1
Tec. Fisiopat. Cardiocircolatoria	D	0	0	0
Fisioterapisti	D	55	53	-2
Terapisti psicomotricità	D	2	2	0
Logopedisti	D	15	16	1
Ortottisti	D	0	0	0
Tecnici riabilit. psichiatrica	D	9	9	0
Terapisti occupazionali	D	1	0	-1
Educatori Professionali	D	1	1	0
Tecnici prev. amb. e luoghi di lavoro	D	20	22	2
Tecnici sanitari lab. biomedico	D	1	1	0
Altri tecnici	D	1	1	0
<b>TOTALE collaboratori prof.li sanit.</b>		<b>611</b>	<b>610</b>	<b>-1</b>
Inf. Generici Esperti	C	30	25	-5
Inf. Gen. Esp. Psichiatrici	C	13	11	-2
<b>TOTALE ruolo sanitario Comparto</b>		<b>654</b>	<b>646</b>	<b>-8</b>
<b>Totale ruolo sanitario</b>		<b>836</b>	<b>836</b>	<b>0</b>

<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>				
Ingegneri		4	4	0

<b>RUOLO TECNICO</b>				
Dirigenti tec. - sociologi		1	1	0
Dirigenti tec.- statistico		1	1	0
Dirigenti tec. assistenti sociali		1	1	0
Dirigenti tecnici Analisti		0	0	0

Collaboratori prof.li - assistenti sociali esperti	DS	3	3	0
Collaboratori tecnici prof.li esperti	DS	2	2	0
Collab. tecnici prof.li esperti - programmatori	DS	1	1	0
Collaboratori prof.li - assistenti sociali	D	27	27	0
Collaboratori tecnici professionali	D	6	6	0
Collaboratori tecnici prof.li - programmatori	D	4	4	0
Assistenti tecnici	C	14	15	1
Programmatori	C	1	1	0
Operatori socio-sanitari (OSS)	BS	114	117	3
Operatori tecnici esperti	C	21	20	-1
Operatori tecnici specializzati	BS	19	20	1
Operatori tecnici	B	7	5	-2
OTA	B	4	4	0
Ausiliari spec. tecnico-economali	A	1	1	0
Ausiliari spec. servizi socio-assistenziali	A	5	5	0
<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>		<b>232</b>	<b>234</b>	<b>2</b>

<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>				
Dirigenti amm.vi		12	12	0
Coll. amm.vi prof.li esperti	DS	30	30	0
Coll. amm.vi prof.li	D	51	54	3
Ass. amministrativi	C	72	64	-8
Coadiutori amm.vi esperti	BS	13	13	0
Coadiutori amm.vi	B	18	21	3
Commessi	A	1	1	0
<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>		<b>197</b>	<b>195</b>	<b>-2</b>

<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>1269</b>	<b>1269</b>	<b>0</b>
------------------------	--	-------------	-------------	----------

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

Non sussiste alcun rapporto di lavoro somministrato.

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

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

<b>DESTINAZIONE</b>	<b>COMPITI</b>
S.C. ASSISTENZA FARMACEUTICA	FARMACOLOGO (PER APPROPRIATEZZA E RAZIONALIZZAZIONE DELLA CURE)
S.S. PROGRAMMAZIONE	GIORNALISTA
S.O. DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE - CASA CIRCONDARIALE	PSICOLOGO AMBITO DIPENDENZE PATOLOGICHE

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

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

Di seguito si elencano i principali servizi esternalizzati attivi nell'esercizio 2011, specificando che l'Azienda non è in possesso dei dati relativi al numero ed al profilo professionale degli operatori impiegati, rientrando tale dato nella sfera organizzativa del singolo fornitore, tenuto esclusivamente al regolare adempimento contrattuale (fornitura del servizio):

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

## B) MANOVRA 2012:

**1)** La manovra per l'esercizio 2012 viene predisposta nell'ottica della stabilità, nel rispetto dell'attuale quadro normativo regionale e nazionale.

Pertanto il numero complessivo di acquisizioni è compatibile con il mantenimento della forza al 31.12.2011 oltre che con l'equilibrio di bilancio sia per l'esercizio 2012 che a regime.

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

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

Quant	Profilo professionale	Ruolo	Destinazione	Tipologia rapporto	Turn over o sviluppo
2	Medico psichiatra	SAN	DSM	Tempo ind.	T.O.
1	Medico legale	SAN	DIP - Med. Legale	Tempo ind.	T.O.
1	Medico geriatra	SAN	Distretto 2	Tempo ind.	T.O.
1	Medico Chirurgia vascolare	SAN	SS Diabetologia	Tempo ind.	T.O.
1	Medico dello sport	SAN	CCV	Tempo ind.	Sviluppo
1	Dirigente veterinario	SAN	DIP	Tempo ind.	T.O.
3	Dirigente psicologo	SAN	1 D4 - 1 DSM - 1 D2(Servizio Sloveno)	Tempo ind.	T.O.
1	Dirigente farmacista	SAN	SC Ass. Farm.	Tempo ind.	T.O.
1	Dirig prof sanitarie inf.	SAN	D2	Tempo ind.	T.O.
1	Dirig prof san prevenz.	SAN	DIP	Tempo ind.	Sviluppo
1	Dirigente ingegnere	PROF	DIP -SC PSAL	Tempo ind.	Sviluppo
1	Dirigente amministrativo	AMM	SS GSG	Tempo ind.	Sviluppo
16	Infermieri	SAN	6 DSM - 1 D1 - 3 D2 - 2 D3 - 2 D4 - 1 per 118 - 1 CCV	Tempo ind.	T.O.
4	Fisioterapisti	SAN	Distretti	Tempo ind.	T.O.
1	Assistente sanitario	SAN	DIP - Vaccinazioni	Tempo ind.	T.O.
1	Terapista occupazionale	SAN	Distretto 4	Tempo ind.	T.O.
1	Ostetrica	SAN	Distretto 4	Tempo ind.	T.O.

1	Dietista	SAN	SS Diabetologia	Tempo ind.	Sviluppo
3	Tecnico prevenzione	SAN	DIP - SC PSAL	Tempo ind.	T.O.
1	Logopedista	SAN	Distretto 4	Tempo ind.	T.O.
1	Ingegnere cat. D	TEC	DIP - Verifiche Impianti	Tempo ind.	T.O.
5	OSS	TEC	1 D1 - 1 D2 - 1 D 4 - 2 DSM	Tempo ind.	T.O.
2	Collaboratore amministrativo	AMM	Uffici Centrali Direzione Amministrativa	Tempo ind.	T.O.
3	Assistente amministrativo	AMM	Uffici Centrali Direzione Amministrativa	Tempo ind.	T.O.
5	Coadiutore amministrativo L. 68	AMM	Uffici Centrali Direzione Amministrativa	Tempo ind.	T.O.
3	Autisti ambulanza	TEC	118	Tempo ind.	T.O.
1	Operatore tecnico cat. B	TEC	DIP - SPV	Tempo ind.	T.O.
0	Dirigente assistente sociale	TEC	D2 (proroga già autorizzata)	15 septies	T.O.
0	Dirigente Medico anest e rian.	SAN	118 (rinnovo)	15 septies	T.O.
63					

A fronte di ulteriori cessazioni ad oggi non note si provvederà alle seguenti ulteriori acquisizioni finalizzate alla sostituzioni di personale assente o a soddisfare ulteriori esigenze di tipo organizzativo.

3	Infermieri	SAN	2 D1 e 1 D4	Tempo det.	Sost.
2	OSS	TEC	D2	Tempo det.	T.O.
1	Ostetrica	SAN	D1	Tempo det.	T.O.
1	Dirigente psicologo	SAN	D2	Tempo det.	Sost.
1	Medico fisiatra	SAN	D2	Tempo det.	Sost.
2	Medico psichiatra	SAN	DSM	Tempo det.	Sost.
1	Medico	SAN	SS Medicina conv.	Tempo det.	T.O.

Per quanto richiesto al **punto e)** del documento regionale (**cessazioni note per il 2012**), si espone la seguente tabella, contenente la serie di dati delle cessazioni per collocamento a riposo o per scadenza dell'incarico a tempo determinato, come note.

	collocamenti a riposo	cessazioni incarichi	altro	totale cessazioni
<b>COMPARTO</b>				
A	1			1
B	1			1
Bs		6		6
C sanitario	3			3
C	2			2
D p.t.a.				
D sanitario	6	14		20
Ds	4			4
<b>DIRIGENTI MEDICI</b>				
iniziale		11		11
più di 5 anni				
più di 15 anni	4			4
resp.str.complexa	2			2
<b>DIRIGENTI SANITARI</b>				
iniziale		2		2
più di 5 anni				
più di 15 anni	3			3
resp.str.complexa	1			1
<b>DIRIGENTI P.T.A. e PROF.SAN.</b>				
iniziale	1	1		2
più di 5 anni	1			1
resp.str.complexa				
<b>totali</b>	<b>29</b>	<b>34</b>		<b>63</b>

Relativamente al **punto f** (saldo del personale presunto al 31.12.2012), si allega la previsione analitica per profilo professionale.

Previsione forza di personale al 31/12/2012				
	cat.	Forza al 31.12.2010	Forza presunta con manovra 2012	Confronto con 31.12.2010
<b>RUOLO SANITARIO</b>				
Dirigenti medici		115	112	-3
Veterinari		10	9	-1
Dirigenti sanitari:				
Chimici		2	1	-1
Farmacisti		5	6	1
Biologi		1	1	0
Psicologi		41	41	0
Fisici		1	1	0
Dirigenti professioni sanitarie		7	8	1
<b>TOTALE Dirigenti Ruolo Sanitario</b>		<b>182</b>	<b>179</b>	<b>-3</b>

Collab. prof.li sanit. esperti				
Infermieri	DS	30	26	-4
Assistenti sanitari	DS	10	9	-1
Fisioterapisti	DS	1	1	0
Tecnici prevenzione nei luoghi di lavoro	DS	7	7	0
Tecnici sanitari di lab. biomedico	DS	0	0	0
Collab. prof.li sanitari:				
Infermieri	D	408	414	6
Ostetrici	D	16	16	0
Assistenti sanitari	D	32	30	-2
Dietisti	D	2	3	1
Podologi	D	0	1	1
Tec. Fisiopat. Cardiocircolatoria	D	0	0	0
Fisioterapisti	D	55	55	0
Terapisti psicomotricità	D	2	2	0
Logopedisti	D	15	16	1
Ortottisti	D	0	0	0
Tecnici riabilit. psichiatrica	D	9	9	0
Terapisti occupazionali	D	1	1	0
Educatori Professionali	D	1	1	0
Tecnici prev. amb. e luoghi di lavoro	D	20	23	3
Tecnici sanitari lab. biomedico	D	1	1	0
Altri tecnici	D	1	1	0
<b>TOTALE generale collaboratori prof.li</b>		<b>611</b>	<b>616</b>	<b>5</b>
		0		
Inf. Generici Esperti	C	30	23	-7
Inf. Gen. Esp. Psichiatrici	C	13	10	-3
<b>TOTALE ruolo sanitario Comparto</b>		<b>654</b>	<b>649</b>	<b>-5</b>
		0		
<b>Totale ruolo sanitario</b>		<b>836</b>	<b>828</b>	<b>-8</b>
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>				
Ingegneri		4	5	1
<b>RUOLO TECNICO</b>				
Dirigenti tec. - sociologi		1	1	0
Dirigenti tec.- statistico		1	1	0
Dirigenti tec. assistenti sociali		1	1	0
Dirigenti tecnici Analisti		0	0	0
Collaboratori prof.li - assistenti sociali esperti	DS	3	2	-1
Collaboratori tecnici prof.li esperti	DS	2	2	0
Collab. tecnici prof.li esperti - programmatori	DS	1	1	0
Collaboratori prof.li - assistenti sociali	D	27	27	0
Collaboratori tecnici professionali	D	6	7	1
Collaboratori tecnici prof.li - programmatori	D	4	4	0
Assistenti tecnici	C	14	15	1
Programmatori	C	1	1	0
Operatori socio-sanitari (OSS)	BS	114	119	5
Operatori tecnici esperti	C	21	20	-1
Operatori tecnici specializzati	BS	19	20	1
Operatori tecnici	B	7	6	-1
OTA	B	4	4	0
Ausiliari spec. tecnico-economali	A	1	1	0
Ausiliari spec. servizi socio-assistenziali	A	5	4	-1
<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>		<b>232</b>	<b>236</b>	<b>4</b>
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>				
Dirigenti amm.vi		12	11	-1
Coll. amm.vi prof.li esperti	DS	30	29	-1
Coll. amm.vi prof.li	D	51	56	5
Ass. amministrativi	C	72	65	-7

Coadiutori amm.vi esperti	BS	13	13	0
Coadiutori amm.vi	B	18	25	7
Commessi	A	1	1	0
<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>		197	200	3
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>1269</b>	<b>1269</b>	<b>0</b>

2) A commento della manovra del personale 2012, come analiticamente descritta nella tabella sopra riportata, si provvede ad esprimere le seguenti considerazioni, a supporto della stessa.

A fronte di 63 cessazioni ad oggi note e previste nel 2012, viene presentata una manovra di acquisizioni di pari unità, compatibili con il numero di unità corrispondenti a quanto monitorato dalla DGR 1616 dd. 02.09.2011.

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

Resta fermo il principio in base al quale, nel caso in cui si verificassero ulteriori cessazioni rispetto a quelle già previste, l'Amministrazione esaminerà severamente ogni singola situazione rispetto all'esigenza ineluttabile di sostituzione.

Ove il caso, la sostituzione potrà avvenire con qualifiche e profili diversi.

Rispetto ai profili professionali cessati nel corso del 2011 e quelli di cui è prevista la cessazione nel corso dell'esercizio 2012, si è compiuta una valutazione delle situazioni più critiche per le quali risulta necessario provvedere ad una sollecita sostituzione.

Sono stati indicati a saldo zero 2 profili professionali della dirigenza (con rapporto di lavoro ex art. 15 septies D. Lgs 502/92 e smi) che saranno oggetto di rinnovo, nonché 2 ulteriori autisti di ambulanza in fase di stabilizzazione come già richiesto alla Direzione Regionale. I relativi rapporti di lavoro, pertanto, non sono compresi nelle 63 cessazioni.

Infine l'Amministrazione intende attivare l'istituto del comando in entrata, per una figura di dirigente medico dermatologo che garantirà il relativo servizio presso uno dei distretti aziendali.

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

**Medico dello sport:** come previsto dalla DGR 298/08 sui criteri di accreditamento istituzionale dei servizi di Medicina dello sport è necessario che tale attività venga svolta da un medico assunto nella disciplina medicina dello sport e non soltanto in possesso della specializzazione.

**Dirigente ingegnere:** per affrontare tutte le importanti problematiche relative all'inquinamento ambientale e alle conseguenti attività di bonifica (es. Ferriera) come previsto dall'art 30 del D.L.vo 81/08 è necessario disporre di una figura dirigenziale con competenze adeguate che si possa rapportare alla pari con i dirigenti delle varie strutture interessate per la valutazione dei DVR e dei SGSL



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

**Dietista:** il progressivo aumento dei pazienti affetti da Diabete e da Malattie Cardio-Vascolari, il nuovo protocollo operativo sulla prevenzione dell'obesità che ha aumentato di circa 350 gravide/anno l'impegno delle Strutture di diabetologia, l'aumento delle persone in sovrappeso (vedi Studio PASSI), rendono sempre più necessario una valutazione ed un supporto di tipo dietetico professionale associato all'attività clinica degli specialisti, anche al fine di ridurre l'uso di farmaci e di ridurre il rischio di complicanze invalidanti. L'unica Dietista in servizio non riesce da sola a far fronte a tutte le richieste.

**Dirigente amministrativo:** sarà destinato alla Struttura semplice Gestione servizi generali, la cui responsabilità operativa è attualmente attribuita ad una unità di personale del comparto (cat. Ds), con Posizione organizzativa.

### **INCARICHI DI SC E SS DIPARTIMENTALE**

Nel corso del 2012 verranno a scadere diversi incarichi di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale per i quali, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, si provvederà a richiedere idonea autorizzazione alla proroga.

Stesso ragionamento vale per la copertura di quelle Strutture ad oggi ancora vacanti.

All'inizio del 2012 l'Azienda provvederà alla copertura incarico SC GEVAP (già autorizzato con nota prot. 14065 dd. 01.08.2011).

Nel documento di proposta del nuovo Atto Aziendale, l'Amministrazione ha previsto l'istituzione della **SC degli Affari Giuridici e delle attività di supporto direzionale**, che andrebbe ad assorbire – tra l'altro – le funzioni attualmente svolte dalla SS Dipartimentale Attività Giuridico Legali ad oggi vigente.

Tale Struttura sarebbe pertanto destinata ad espletare tutte le funzioni di natura giuridico-legale di valenza strategica e/o aziendale nonché quelle di alta segreteria della Direzione Strategica e quelle riguardanti le attività di coordinamento di Area Vasta. Organizzare le attività connesse all'accreditamento e certificazione nonché quelle di competenza del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, per le quali si dota di personale qualificato in relazione ai compiti assegnati ed ai requisiti previsti dalla normativa.

Nel corso del 2012 sarà quindi formulata la relativa richiesta, secondo le vigenti procedure.

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

<b>Struttura</b>	<b>situazione incarico</b>	<b>manovra</b>
	vacante	Copertura

SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne Famiglie Distretto 1		
SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne Famiglie Distretto 4	vacante dal 01/09/2012	Copertura
SC Coordinatore Sociosanitario	scadenza 10/07/2012	Proroga
SS staff URP	scadenza 04/06/2012	Proroga
SS Staff Controllo strategico	scadenza 30/09/2012	Proroga
SS Dipart. Attività Giuridico Legali	scadenza 04/06/2012	Proroga ovvero soppressione in caso di istituzione nuova SC
SC Gestione e Valorizzazione Personale	vacante	Copertura già autorizzata
SC Assistenza farmaceutica	vacante	Copertura
2 SS dipart. Servizio Infermieristico Distrettuale	scadenza 31/07/2012	Proroga
1 SS dipart. Servizio Infermieristico Distrettuale	vacante	Copertura
4 SS dipart. Riabilitazione	scadenza 30/09/2012	Proroga
SS dipart. Sicurezza Impiantistica	scadenza 30/10/2012	Proroga
SS Dipart. Medicina del Lavoro	scadenza 30/10/2012	Proroga
SS Dipart. Laboratorio di tossicologia forense	scadenza 30/10/2012	Copertura
SS Sistema 118	scadenza 30/09/2012	Proroga

### **PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**

In via ordinaria, ASS1 svolge l'attività di carattere sanitario con personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, sostituendo le cessazioni e garantendo la supplenza di personale temporaneamente assente dal servizio.

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

Risulta ancora necessario affrontare le situazioni di criticità per la S.O. Dipartimento delle Dipendenze.

L'attività presso il carcere di Trieste deve continuare con le modalità già stabilite nel passato, e permane l'impossibilità di sostituzione di alcuni infermieri assenti dal servizio (non essendo disponibili infermieri a tempo determinato).

Viene quindi confermata anche per l'esercizio 2012 la richiesta già inoltrata all'Assessore regionale alla Salute e Politiche Sociali.

Sul versante del personale medico, richiamato il fatto che alla SS Sistema 118 vi sono medici anestesisti che coprono turni di guardia notturna nell'area dell'emergenza, vi potrebbe essere la necessità di liquidare guardie a gettone.

Nel corso del 2011 sono state richieste ed autorizzate prestazioni aggiuntive per un dirigente medico fisiatra (per attività presso la RSA S. Giusto), a causa di assenza del titolare per grave malattia di lunga durata.

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

La proiezione annua del 2011 (non ancora definitiva) di ore aggiuntive acquistate corrisponde a 4.330 ore per il personale del comparto e 100 ore per il personale della dirigenza.

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

In relazione a quanto previsto dal paragrafo 2 – 2.1 “Indicazioni sulla gestione della risorse umane”, punto 3 delle Indicazioni metodologiche per la programmazione del SSR anno 2012 (nota DRS Prot. N° 21080 dd. 22.11.2011), i valori dei fondi contrattuali vengono rappresentati in specifiche tabelle di quantificazione, distinte per singola area contrattuale e per singolo fondo.

Come si evince dall'analisi delle tabelle, nel presente documento viene data puntuale applicazione della disposizione in epigrafe.

Pertanto, i fondi contrattuali delle tre aree negoziali vengono già ridotti del valore approssimato, calcolato in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio descritta nella manovra, tenuto conto che la stessa è stata predisposta con l'obiettivo del mantenimento, anche nel 2012, della forza di personale in essere al 31.12.2010, fatte salve le eventuali deroghe che saranno autorizzate dalla Giunta Regionale nel corso del 2012.

Con particolare riferimento al fondo per la classificazione del personale – area del Comparto – va evidenziato che, per effetto del trasferimento di risorse effettuato, per il solo esercizio 2010, dal fondo per classificazione del personale al fondo per la produttività, il fondo per la classificazione dell'esercizio 2012 è più elevato del medesimo valore del 2010 per un importo pari al suddetto trasferimento, tenuto altresì conto

dell'ulteriore incremento derivante dall'applicazione dell'art. 39, comma 5 del CCNL dd. 07.04.1999 di cui all'accordo aziendale dd. 15.11.2011.

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. Tale principio rimane 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 i singoli fondi contrattuali.

Per quanto concerne il fondo delle competenze accessorie di tutte e tre le aree negoziali, in applicazione del documento regionale Prot. N° 22870 dd. 29.12.2010, l'eventuale riduzione automatica delle risorse verrà opportunamente valutata in sede di bilancio consuntivo, con riferimento all'organizzazione del lavoro, alla specifica attività prestata e alla tipologia del personale considerato.

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 indicate nel medesimo documento regionale.

Analogamente, l'eventuale riduzione delle strutture comporterà le conseguenti valutazioni in ordine alla riduzione dei valori dei fondi contrattuali del personale dirigenziale.

## **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 di migliorare i servizi resi al cittadino.

La formazione ha come riferimento costante gli obiettivi dell'azienda che diventano vincolanti per la scelte formative da adottare, sia che si tratti di sviluppo di nuovi servizi sia che si intenda fare azioni di miglioramento e di manutenzione di servizi già consolidati.

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. 01/08/2007 e dd. 05/11/2009).

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

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.

Il piano formativo viene redatto con l'apporto consapevole e partecipato dei referenti della formazione delle strutture, la cui funzione in linea generale è di interfacciarsi, tramite uno scambio diretto, con l'ufficio formazione per l'analisi dei bisogni e l'attivazione di azioni di formazione, ma al tempo stesso è parte di "quella comunità di pratica" composta da tutti i referenti e i professionisti del servizio formazione per attivare percorsi di confronto e sviluppo nell'ottica di un miglioramento continuo e di valutazione dell'efficacia della formazione. La vicinanza del referente al proprio contesto di lavoro permette una rilevazione del fabbisogno di competenze dei collaboratori in relazione alla fase di sviluppo organizzativo che la struttura sta vivendo, alla cultura del gruppo di lavoro e agli obiettivi che la stessa ha prefissato.

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

La rilevazione dei fabbisogni formativi e la conseguente formulazione del piano sono state svolte secondo le seguenti linee guida di metodo, definite sulla base delle specificità contestuali:

- logica sistemica (coerenza tra la struttura del piano ed il contesto di sviluppo dell'ASS 1)
- logica processuale (centralità dei processi e delle competenze necessarie per presidiarli al meglio)
- logica di continuità (continuità nel tempo per rendere coerenti gli obiettivi strategici con le risorse disponibili)
- equilibrio tra innovazione e continuità (attenzione all'introduzione di nuovi orientamenti e salvaguardia delle competenze chiave dell'ASS 1)

La pianificazione delle attività è strutturata su aree di sviluppo professionale come di seguito:

- area delle competenze organizzativo gestionali
- area delle competenze tecnico professionali
- area delle competenze relazionali

all'interno delle quali verranno sviluppati percorsi formativi in linea con le indicazioni regionali: cure palliative, continuità assistenziale, prevenzione primaria e secondaria, sicurezza, accreditamento

In applicazione dei vigenti contratti integrativi aziendali delle tre aree negoziali la suddivisione della previsione di spesa per la formazione per l'anno 2011, relativa a tutto il personale consta di :

una quota del finanziamento assegnata alle strutture per la gestione autonoma del conseguente budget

una quota destinata alla gestione centralizzata della formazione strategica complessiva aziendale per un totale di € 260.000,00

## **PROGETTUALITA'**

L'Azienda rimane in attesa delle indicazioni regionali per ciò che concerne la progettualità di cui alle Linee Guida 2012, tesa ad acquisire nel tempo un sistema informativo che permetta di ricostruire la struttura e il decorso del fenomeno delle "limitazioni" e idoneità parziali del personale dipendente del servizio sanitario regionale nello svolgimento delle mansioni

## **Piano di produzione dell'Area Vasta Giuliano Isontina per il contenimento dei tempi di attesa Anno 2012**

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”, della DGR n. 1439 del 28.07.2011 avente per oggetto “ Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012” e della D.G.R. n. 2130 del 10.11.2011 di approvazione delle “Linee per la gestione 2012 del Servizio sanitario regionale” 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”.

Articolazione del piano:

- 1. Prestazioni e valori soglia da monitorare e garantire**
- 2. Criteri di priorità**
- 3. Piano di produzione**
- 4. Monitoraggio**
- 5. Informazione ai cittadini**
- 6. Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo**
- 7. Semplificazione delle prescrizioni specialistiche**
- 8. Sorveglianza sull’attività erogata in regime di libera professione**

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.

### **1) Prestazioni e valori soglia**

Come previsto dal capitolo 1.3.1 “Contenimento dei tempi di attesa” delle Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale anno 2012, l’elenco delle prestazioni ed i

relativi valori soglia è quello previsto dalla D.G.R. n. 1439 del 28. 07. 2011, integrata dalla lista di prestazioni della branca radioterapica come indicato nella recente DGR 2130 del 10. 11. 2011.

Le Aziende dell'Area vasta Giuliano Isontina adegueranno le Agende di prenotazione ai criteri di priorità secondo le indicazioni regionali, facendo riferimento ai tavoli tecnici ivi costituiti o che saranno attivati in ambito regionale durante l'esercizio 2012.

Vengono fatte salve, perciò, nel presente Piano 2012, quelle prestazioni per le quali in ambito regionale sono già operanti criteri di priorità clinici adottati per la gestione delle agende di prenotazione sia nel sistema G2 (attualmente disponibile in Provincia di Trieste) che nel Sistema CUP-Web (ancora non attivo per le Aziende pubbliche di Trieste e del privato accreditato che opera sul territorio provinciale).

Le classi di priorità sono quelle 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.

Per le seguenti prestazioni:

- visita cardiologia (cod. 89.7)
- ecografia addome superiore (cod. 88.74.1 e cod. 88.7411)
- ecografia addome inferiore (cod. 88.75.1 e cod. 88.7511)
- ecografia addome completo (cod. 88.76.1), con e senza contrasto

si applicano i tempi previsti per codici

**B** (Breve) da eseguire entro 10 giorni,

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

**P** (Programmata) per le quali il tempo massimo è definito in 120 gg. dalla L.R.7/2009 (commi 1 e 2 dell'art.12 della L.R.):

Per le visite e prestazioni di pertinenza gastroenterologica

- endoscopia (cod. 45.23, 45.23.1, 45.26.1, 45.24, 48.23, 45.13, 45.16, 45.19.1)
- visita gastroenterologica (cod. 89.7)

le Aziende si impegnano, appena i criteri regionali saranno resi pubblici, a garantire i seguenti tempi massimi:

**B** (Breve) entro 10 giorni

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

**P** (Programmata) da eseguire entro 180 giorni.

Le Aziende inoltre si impegnano ad attivare tavoli tecnici congiunti ed interdisciplinari per definire i criteri clinici o renderli omogenei laddove esistenti, secondo un programma che terrà conto degli sviluppi a livello regionale (Vedi anche § 2: Criteri di Priorità).

Le **prestazioni ambulatoriali** da monitorare, per le quali sono definiti i tempi massimi, sono quelle considerate di primo accesso e quindi non vengono considerate:



- le prestazioni urgenti
- le visite e/o prestazioni di controllo, intese come successive ad un primo accesso e programmate dallo stesso specialista
- le visite e/o prestazioni di controllo, effettuate in Area Vasta entro 6 mesi dalla visita precedente
- le prestazioni in pre/post ricovero
- le prestazioni erogate nell'ambito di specifici percorsi diagnostico terapeutici, compreso il percorso nascita
- le prestazioni erogate nell'ambito di programmi regionali di prevenzione
- le prestazioni effettuate in regime di libera professione intramoenia

Le **prestazioni di ricovero** da monitorare, per le quali sono definiti i tempi massimi, riguardano esclusivamente i ricoveri programmati e, quindi non vengono considerati:

- i ricoveri urgenti
- i ricoveri la cui accettazione è stata ritardata su richiesta dell'interessato, per esigenze esterne all'ambito clinico o non di competenza dell'Azienda

## 2) Criteri di priorità

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

Le stesse Aziende stanno operando congiuntamente già da tempo per adeguare tali criteri di priorità locali, al sistema nazionale di prenotazione UBDP.

Allo stato attuale, le Agende del CUP provinciale triestino sono per la maggior parte già prioritarizzate. Queste si possono classificare in quattro gruppi.

Gruppo A: Prestazioni già prioritarizzate secondo il cosiddetto "codice COLORE"

Gruppo B: Prestazioni di nuova introduzione che necessitano di prioritarizzazione clinica BDP

Gruppo C: Prestazioni già prioritarizzate con codice BDP

Gruppo D: Prestazioni erogate senza codice di priorità clinica di accesso.

Nell'elenco sottostante sono riportate le prestazioni ambulatoriali per le quali, coerentemente con il programma regionale, **potranno essere** attivati i tavoli di lavoro cui seguiranno eventuali accordi con i Medici prescrittori convenzionati (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali) vincolati agli specifici Accordi Integrativi Regionale

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (DGR 1439/2011 e DGR 2130/2011)	Tempo MAX	Tempi Massimi di Attesa Garantiti per Codice di PRIORITA'			Pv di TS	ASS2
		Priorità B	Priorità D	Priorità P		
Visita ORL - 89.7	180	3	15	180	A	D
Visita Dermatologica - 89.7	180	3/10	15/30	60/180	A	C

PRESTAZIONI AMBULATORIALI (DGR 1439/2011 e DGR 2130/2011)	Tempo MAX	Tempi Massimi di Attesa Garantiti per Codice di PRIORITA'			Pv di TS	ASS2
		Priorità B	Priorità D	Priorità P		
Visita Oculistica completa - 95.02	180	3	15	180	A	D
Visita neurologica - 89.13	30	3	30		A	C
Visita di Chirurgia vascolare - 89.7	30	3	15		A	D
Visita endocrinologia 89.7	30				B	B

Al fine di semplificare le attività prescrittive si concorda di garantire, fatto salvo quanto successivamente sarà indicato negli Accordi Integrativi Regionali e Locali con i Medici prescrittori convenzionati (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali):

- la partecipazione delle Aziende dell'AV Giuliano Isontina, tramite i propri referenti, alle riunioni tecniche promosse dalla Regione;
- l'implementazione delle agende stratificate per classe di priorità entro 4 mesi dalla data di emanazione dei criteri di priorità regionali;
- la graduale attivazione, in coerenza con il programma regionale, di 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 e alle nuove modalità organizzative)
- l'applicazione di quanto indicato nella Parte IV della DGR 1439/2011 relativamente al governo e le azioni sul fronte della domanda (semplificazione delle prescrizioni specialistiche e delle procedure di rilascio dei certificati medici, revisione periodica delle attività prescrittive)

### **3) Piano di produzione**

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 seguenti sedi, all'interno dell'area vasta, che garantiranno i tempi massimi d'attesa per ogni prestazione oggetto di monitoraggio.

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.

Si elencano, di seguito, le Prestazioni e Visite specialistiche oggetto del piano di produzione e di monitoraggio dei Tempi d'attesa per l'anno 2012 con indicazione della Sede in Area Vasta che assume nel 2012 la responsabilità del rispetto del Tempo massimo ed il Criterio adottato per rendere esplicito il Tempo massimo da rispettare.

Per le Prestazioni e Visite di nuova introduzione (DGR 1439/11 e DGR 2130/11), così come per le procedure e gli interventi erogati in regime di ricovero (DGR 1439/11), trattandosi di nuovo inserimento e assumendo in qualche caso note di criticità, in accordo con la Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali, per i primi due monitoraggi regionali non sono considerati ai fini dei risultati attesi.

<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI -DGR 1439 LUGLIO 2011 DGR 2130 NOVEMBRE 2011</b>	<b>Aziende responsabili dell'Obiettivo</b>	<b>Tempi max<sup>(8)</sup> 2012</b>	<b>Criterio per Tempo Massimo</b>	<b>Note</b>
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	AOOTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Rm del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto - 88.91.1 e 88.91.2	ASS 2, AOOTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Rm della colonna - 88.93, 88.93.1	ASS 2, AOOTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Rm dell'addome - 88.95.4 88.95.5	ASS 2, AOOTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Rm osteoarticolari - 88.94.1, 88.94.2	ASS 2, AOOTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
TC del capo, senza e con contrasto - 87.03. e 87.03.1	tutte le Aziende dell' Area Vasta	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
TC dell'addome, senza e con contrasto - da 88.01.1 a 88.01.6	tutte le Aziende dell' Area Vasta	60 gg	DGR 288/2007	
Tc del rachide - 88.38.1 e 88.38.2	tutte le Aziende dell' Area Vasta	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
TC del torace alta definizione - 87.41 e 87.41.1	tutte le Aziende dell' Area Vasta	60 gg	DGR 288/2007	
TC del bacino - 88.38.5	tutte le Aziende dell' Area Vasta	60 gg	DGR 288/2007	
Mammografia - 87.37.1 - 87.37.2	ASS n° 2	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Ecografia della mammella - 88.73.1, 88.73.2	AOOTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Elettrocardiogramma Holter - 89.50	ASS 1, AOOTS (**)	180 gg	TMax = Priorità P	(**) AOOTS Responsabile solo per le prestazioni in Priorità P
Elettrocardiogramma - 89.52	tutte le Aziende dell' Area Vasta	60 gg	DGR 288/2007	
Elettrocardiogramma da sforzo 89.41 -89.42 -89.44 -89.44.1 -88.44.2	Prestazione di 2° Livello		Viene prescritta dallo specialista	Prestazione di nuova introduzione (DGR 1439/11)
Ecocardiografia a riposo - 88.7211 -88.7212 -88.7213	ASS n° 1, AOOTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Chemioterapia - 99.25.1	tutte le Aziende dell' Area Vasta	30 gg	DGR 288/2007	
Radioterapia da 85.99.1 a 85.99.5	AOOTS	30 gg	DGR 288/2007	
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"	Prestazione di nuova introduzione (DGR 2130/11)
Teleterapia con elettroni 92.25.1	AOOTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"	Prestazione di nuova introduzione (DGR 2130/11)
Brachioterapia 92.27.1 - 92.27.2 - 92.27.3 - 92.27.4 -	AOOTS	30 gg	TA coerenti con le prestazioni di "Radioterapia"	Prestazione di nuova introduzione (DGR 2130/11, )
Betaterapia 92.27.5	AOOTS	30 gg	eseguita da Medicina Nucleare	Prestazione introdotta secondo la DGR 2130 /11
Terapia degli ipertiroidismi 92.28.1 - 92.28.2 -	AOOTS	30 gg	eseguita da Medicina Nucleare	Prestazione introdotta secondo la DGR 2130/11
Terapia con anticorpi monoclonali 92.28.4 - 92.28.5	AOOTS	30 gg	eseguita da Medicina Nucleare	Prestazione introdotta secondo la DGR 2130 /11

<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI -DGR 1439 LUGLIO 2011 DGR 2130 NOVEMBRE 2011</b>	<b>Aziende responsabili dell'Obiettivo</b>	<b>Tempi max<sup>(§)</sup> 2012</b>	<b>Criterio per Tempo Massimo</b>	<b>Note</b>
Terapia radiometabolica 92.28.6	AOUTS	30 gg	eseguita da Medicina Nucleare	Prestazione introdotta secondo la DGR 2130 /11
Colonscopia con endoscopio flessibile - 45.23 -45.23.1 -45.26.1	AOUTS, ASS n° 1 <sup>(§§)</sup>	180 gg		(Vedi Criteri di Priorità Regionali)
Esofagogastroduodenoscopia EGDS - 45.13 - 45.16	AOUTS, ASS n° 1 <sup>(§§)</sup>	180 gg		(Vedi Criteri di Priorità Regionali)
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - 45.24 -45.19.1	AOUTS	180 gg		(Vedi Criteri di Priorità Regionali)
Spirometria- 89.37.1 - 89.37.2	ASS n° 1, ASS n° 2, AOUTS	60 gg	DGR 288/2007	
Audiometria - 95.41.1	ASS n° 1 , AOUTS	60 gg	DGR 288/2007	
Ecocolordoppler dei tronchi - 88.73.5	ASS n° 1 , AOUTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Ecocolordoppler dei vasi periferici - 88.7721 - 88.7722 - 88.7711 -88.7712	ASS n° 1 , AOUTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Elettromiografia 93.08.1	ASS n° 2	180 gg	DGR 288/2007 TMax = Priorità P	Prestazione di nuova introduzione (DGR 1439/11)
Esame del fondo oculare 95.09.1	ASS 1	60 gg	DGR 28/2009 Viene prescritta dallo specialista	Prestazione di nuova introduzione (DGR 1439/11)
Visita di Chirurgia vascolare - 89.7	AOUTS	30 gg	DGR 288/2007	Vedi Punto 2)
Visita Oncologica - 89.7	tutte le Aziende dell' Area Vasta,	10 gg	DGR 288/2007	
Visita radioterapica 89.7	AOUTS	30 gg	DGR 288/2007	Visita di nuova introduzione (DGR 1439/11)
Visita Ginecologica - 89.26	ASS n.1 , Burlo Garofolo, ASS n° 2	30 gg	DGR 288/2007	Vedi Punto 2)
Visita ORL - 89.7	ASS n° 1, AOUTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Visita Dermatologica - 89.7	ASS n° 1 e ASS n° 2	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Visita Oculistica completa - 95.02	<b>ASS n° 1</b>	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
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	60 gg	DGR 288/2007	
Visita Urologica - 89.7	AOUTS, ASS n°2	60 gg	DGR 288/2007	
Visita neurologica - 89.13	ASS n° 1 , AOUTS	180 gg	TMax = Priorità P	Vedi Punto 2)
Visita endocrinologia 89.7	AOUTS	30 gg	TMax = Priorità P	Visita di nuova introduzione (DGR 1439)
Visita fisiatrice 89.7	ASS n° 1 ; ASS n° 2	180 gg	TMax = Priorità P	Visita di nuova introduzione (DGR 1439/11)
Visita gastroenterologica 89.7	AOUTS	180 gg	TMax = Priorità P	Visita di nuova introduzione (DGR 1439) (Vedi Criteri di Priorità Regionali)
Visita pneumologica 89.7	ASS n° 2 , AOUTS	30 gg	DGR 288/2007	Visita di nuova introduzione (DGR 1439/11)

<sup>(§)</sup> = i Tempi massimi sono definiti secondo quanto indicato nella DGR 288/2007 per le visite e prestazioni “a grande impatto”, se non esistono criteri di priorità clinica; laddove, invece, vengono utilizzati criteri di prioritarizzazione, il Tempo Massimo corrisponde al tempo della “Priorità P” (LR nr.7/2009 e DGR 1439/2011).

<sup>(§§)</sup> ASS1 si impegna a coinvolgere il privato accreditato nel caso i TA per endoscopia digestiva dovessero superare i Tempi massimi previsti per concomitante incremento della domanda.

## **N.B.**

Preso atto che tutte e 4 le Aziende dell'Area Vasta Giuliano Isontina sono responsabili in solido del raggiungimento degli Obiettivi del presente Piano, vista la diversità di mission ed offerta di tutte le 4 Aziende (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 si sono suddivise la responsabilità per tutta l'Area vasta del mantenimento dei tempi d'attesa, come riportato dettagliatamente nella tabella precedente.

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.

L'indicazione "Tutte le Aziende di Area Vasta quali responsabili del raggiungimento dell'obiettivo" comporta che le Aziende si impegnano, quindi, a garantire il rispetto dei tempi di attesa in almeno uno dei punti di erogazione, agendo sia sul più opportuno orientamento degli Assistiti, sia sul coordinamento dei rispettivi CUP Aziendali, sia, infine, sulla acquisizione di prestazioni da parte di altri erogatori pubblici (mediante acquisto di prestazioni aggiuntive) o accordi integrativi con le strutture private accreditate.

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.**

<b>Diagnostica per immagini IRCCS Burlo</b>
- Ecografia dell'addome - 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1 o
- Rm del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto - 88.91.1 e 88.91.2
- Rm della colonna 88.93, 88.93.1
- Rm dell'addome 88.95.1, 88.95.2, 88.95.3, 88.95.4, 88.95.5
- Rm del torace, senza e con contrasto - 88.92.1
- Rm osteoarticolari 88.94.1, 88.94.2

<b>Altre Attività specialistiche IRCCS Burlo</b>
- TC del capo, senza e con contrasto - 87.03. e 87.03.1
- TC del collo - 87.03.7
- TC dell'addome, senza e con contrasto – da 88.01.1 a 88.01.6
- TC del rachide - 88.38.1 e 88.38.2, 88.90.3
- TC del torace alta definizione - 87.41 e 87.41.1
- TC del bacino – 88.38.5
- Visita Dermatologica – 89.7
- Visita Oculistica completa – 95.02
- Visita Ortopedica – 89.7
- Visita Cardiologica – 89.7
- Visita ginecologica- 89.26
- Visita Oncologica – 89.7
- Visita urologica – 89.7
- Visita neurologica – 89.13
- Visita endocrinologica – 89.7
- Visita gastroenterologia – 89.7
- Visita pneumologia – 89.7
- Chemioterapia
- Spirometria- 89.37.1 – 89.37.2
- Audiometria – 95.41.1
- Elettrocardiogramma – 89.52
- Elettrocardiogramma Holter – 89.50
- Elettrocardiogramma da sforzo 89.41
- Ecocardiografia a riposo – 88.7211
- Esame del fondo oculare – 95.09.1
- Elettromiografia – 89.08.1

### **Interventi chirurgici**

Le azioni per garantire i tempi di attesa previsti dalla Regione si riportano di seguito:

1. rispetto dei tempi individuati dal Piano regionale sui tempi di attesa (N.B. – Calcolato sulla base dei tempi medi). Nel caso di mancato rispetto saranno avviate tutte le iniziative per riportarli nell'ambito di quanto previsto dalla DGR 288/07;
2. acquisizione di prestazioni, quando possibile (es: la coronarografia è erogata esclusivamente da AOUTS), presso tutti gli erogatori privati presenti nell'Area Vasta Giuliano Isontina da parte di ASS 1 e di ASS 2;
3. valutazione dei volumi prodotti e delle motivazioni dello scostamento in caso di non rispetto dei tempi d'attesa.

Gli interventi chirurgici monitorati sono i seguenti:

<b>Interventi Chirurgici erogati in regime di DH, DS o ambulatoriale</b>	<b>Aziende responsabili dell'Obiettivo</b>	<b>Tempi max</b>	<b>NOTE</b>
Cataratta	AOUTS,	Classe C=180 gg	
Coronarografia (cod.ICD9CM 88.55, 88.56, 88.57)	AOUTS	Classe A= 30 gg	

<b>Interventi Chirurgici erogati in regime di DH, DS o ambulatoriale</b>	<b>Aziende responsabili dell'Obiettivo</b>	<b>Tempi max</b>	<b>NOTE</b>
Biopsia percutanea del fegato (cod. ICD9CM 50.11)	AOUTS	Classe C=180 gg	Procedura di nuova introduzione (DGR 1439/11)
Emorroidectomia (cod. ICD9CM 49.46)	AOUTS e ASS n° 2	Classe C=180 gg	Procedura di nuova introduzione (DGR 1439/11)
Riparazione ernia inguinale (cod. ICD9CM 53.0 e 53.1)	AOUTS e ASS n° 2	Classe C=180 gg	Procedura di nuova introduzione (DGR 1439/11)

<b>Interventi Chirurgici erogati in regime di Ricovero Ordinario</b>	<b>Aziende responsabili dell'Obiettivo</b>	<b>Tempi max</b>	<b>NOTE</b>
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 del 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	Procedura di nuova introduzione (DGR 1439/11)
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	Procedura di nuova introduzione (DGR 1439/11)
Intervento di protesi d'anca	AOUTS	Classe C=180 gg	
Interventi chirurgici tumore del Polmone	AOUTS	Classe A=30 gg	Procedura di nuova introduzione (DGR 1439/11)
Tonsillectomia	Burlo Garofolo e ASS 2	Classe C=180 gg	Procedura di nuova introduzione (DGR 1439/11)

Si riportano di seguito le modalità di intervento ed azioni per garantire i tempi massimi di attesa in caso di criticità :

1. utilizzo di strumenti contrattuali, obiettivi incentivati, R.A.R., riallocazione interna di risorse;
2. acquisizione, ove possibile, di prestazioni presso altri erogatori pubblici e privati da parte delle Aziende per i Servizi Sanitari n° 1 e n° 2;
3. utilizzo dei finanziamenti aggiuntivi previsti dalla legge regionale n° 7 del 26 marzo 2009 e consolidate per il 2011 nella Deliberazione di Consolidato preventivo (DGR n° 597, dd. 8.04.2011) e da utilizzare con medesima ripartizione proporzionale per il 2012. ASS n.1 provvederà a stipulare, anche per conto di ASS n.2, accordi con tutti gli erogatori sia pubblici che privati accreditati, presenti nell'Area Vasta, concordando con la Direzione dell'ASS2 tipologia e volumi di attività.
4. utilizzo delle risorse regionali eventualmente previste per l'adeguamento dei budget per prestazioni aggiuntive in favore dei soggetti erogatori privati
5. individuazione delle prestazioni critiche, sopra indicate, e stretto monitoraggio dei tempi d'attesa come indicato dalla DGR 288/07 e dalle Linee di gestione del S.S.R. 2012 DGR n° 2130
6. utilizzo, al fine di ridurre l'inappropriatezza prescrittiva, di agende CUP costruite sui criteri di priorità condivisi a livello regionale o locale, tra prescrittori ed erogatori;

#### **4) Monitoraggio**

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

- 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 l'utilizzazione delle risorse economiche della L.7/2009
- 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)

#### **5) Informazioni ai cittadini**

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

#### **6) Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo**

Nel 2011 le azioni concordate in caso di superamento dei tempi previsti per le prestazioni di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 12 della L.R. n. 7 del 6.4.2009, visita cardiologica ed ecografia dell'addome "programmate" (se superiori ai 120 giorni dal



giorno della prenotazione) hanno previsto per il cittadino una verifica dell'appropriatezza della richiesta presso il proprio Distretto di residenza, al fine di ottenere la prestazione nei termini indicati.

Identica procedura dovrà essere applicata per le prestazioni individuate in sede di pianificazione regionale dalla DGR 2130/2011, endoscopia digestiva (cod. 45.23, 45.23.1, 45.26.1, 45.24, 48.23, 45.13, 45.16, 45.19.1) e visita gastroenterologia (cod. 89.7).

(N.B. - alla data di redazione del presente Piano il tavolo tecnico regionale ha individuato i criteri di priorità clinica per le prestazioni di ambito gastroenterologico con un tempo massimo per la priorità "P" di 180 giorni (Vedi anche Capitolo 1)).

### **7)Semplificazione delle prescrizioni specialistiche**

Come indicato nelle Linee di gestione del SSR del 2012, le Aziende dell'Area vasta Giuliano Isontina si impegnano ad attuare :

- l' utilizzazione delle ricette informatizzate per le prenotazioni non appena i sistemi informatizzati predisposti da INSIEL saranno pienamente operativi;
- l'automatizzazione dei processi di ritorno dell'erogato a seguito della refertazione delle prestazioni prenotate non appena i sistemi informatizzati predisposti da INSIEL saranno pienamente operativi.

Non appena saranno stipulati gli accordi integrativi regionali e saranno indicate le risorse aggiuntive da utilizzare, le ASS n° 1 e n °2 si impegnano a stipulare accordi integrativi aziendali con i MMG riguardanti:

- c) l'adozione di criteri di priorità per le prestazioni indicate al paragrafo 6);
- d) l'attuazione di interventi sull'appropriatezza, mediante incontri di audit tra pari come indicato nella DGR 1439/2011, parte IV.

Le Aziende si impegnano, qualora non l'avessero già fatto, a gestire separatamente le agende riguardanti il primo accesso da quelle dei controlli per tutte le visite che fanno parte del gruppo delle prestazioni traccianti.

### **8) Sorveglianza dell'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. Laddove i volumi di prestazioni in libera professione assumono bassa rilevanza, rispetto al totale delle prestazioni di specialistica erogata, sarà fornito il monitoraggio dei soli volumi.

Presso tutte le Aziende dell'AV Giuliano Isontina tutti gli specialisti che svolgono attività in regime di libera professione dispongono di un'agenda informatizzata che consente di comparare i volumi e i tempi di erogazione dell'attività istituzionale rispetto all'attività libero-professionale.

Si precisa che le Aziende definiscono, coerentemente con quanto indicato nelle "Indicazioni metodologiche ed operative per la redazione dei PAL/PAO 2012" specifici

obiettivi di budget per le strutture erogatrici vincolati al raggiungimento degli obiettivi di governo dei tempi d'attesa come da DGR 1439 dd.28-7-2011 ed esplicitano all'interno del proprio Piano Annuale il rapporto tra ALP e Attività istituzionale complessivo.

**Piano di produzione  
dell'Area Vasta Giuliano Isontina  
per il contenimento dei tempi di attesa  
Volumi delle prestazioni ambulatoriali - Anno 2012**

Attività specialistiche	Azienda	Anno 2010 (REGISTRATO)	Proiezione 2011	Previsione 2012
Ecografia dell'addome	ASS1			
	Accreditati TS	9.654	10.491	10.491
	ASS2	4.916	3.624	3.624
	Accreditati GO	1.456	1.712	1.712
	AOUTS	6.880	5.868	5.868
	Burlo	1.287	1.352	1.352
	<b>TOTALE</b>	<b>24.193</b>	<b>23.048</b>	<b>23.048</b>
Rm del cervello e del tronco encefalico	ASS1			
Rm del collo	Accreditati TS	10.939	11.931	11.931
Rm della colonna	ASS2	5.968	4.911	4.911
Rm dell'addome, pelvi, prostata e vescica	Accreditati GO	2.604	917	917
Rm del torace, senza e con contrasto	AOUTS	3.881	3.583	3.583
Rm osteoarticolari	Burlo	717	866	866
Rm della mammella bilaterale	<b>TOTALE</b>	<b>24.109</b>	<b>22.208</b>	<b>22.208</b>
TC del capo	ASS1			
TC del collo	Accreditati TS	2.530	2.398	2.398
TC dell'addome	ASS2	6.141	5.668	5.668
Tc del rachide	Accreditati GO	151	0	0
TC del torace alta definizione	AOUTS	5.185	5.236	5.236
TC del bacino	Burlo	667	505	505
	<b>TOTALE</b>	<b>14.674</b>	<b>13.807</b>	<b>13.807</b>
Mammografia	ASS1			
	Accreditati TS	3.423	3.414	3.414
	ASS2	5.713	4.399	4.399
	Accreditati GO	404	965	965
	AOUTS	8.387	8.121	8.121
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>17.927</b>	<b>16.899</b>	<b>16.899</b>

Attività specialistiche	Azienda	Anno 2010 (REGISTRATO)	Proiezione 2011	Previsione 2012
<b>Ecografia della mammella</b>	ASS1			
	Accreditati TS	3.473	3.401	3.401
	ASS2	3.224	2.647	2.647
	Accreditati GO	360	494	494
	AOUTS	5.706	5.792	5.792
	<b>TOTALE</b>	<b>12.763</b>	<b>12.334</b>	<b>12.334</b>
<b>Visita ORL</b>	ASS1	5.777	5.208	5.208
	Accreditati TS	1.827	3.363	3.363
	ASS2	8.181	7.876	7.876
	Accreditati GO			
	AOUTS	2.201	2.001	2.001
	Burlo	1.981	1.976	1.976
	<b>TOTALE</b>	<b>19.967</b>	<b>20.423</b>	<b>20.423</b>
<b>Visita Dermatologica</b>	ASS1	8.054	6.765	6.765
	Accreditati TS	6.396	6.593	6.593
	ASS2	7.497	7.555	7.555
	Accreditati GO			
	AOUTS	6.045	6.019	6.019
	Burlo	987	843	843
	<b>TOTALE</b>	<b>22.934</b>	<b>21.756</b>	<b>21.756</b>
<b>Visita Oculistica completa</b>	ASS1	6.459	7.549	7.549
	Accreditati TS	8.850	8.838	8.838
	ASS2	10.958	10.637	10.637
	Accreditati GO			
	AOUTS	3.980	3.772	3.772
	Burlo	2.919	2.948	2.948
	<b>TOTALE</b>	<b>29.186</b>	<b>29.972</b>	<b>29.972</b>
<b>Visita Ortopedica</b>	ASS1	704	573	573
	Accreditati TS	3.392	3.451	3.451
	ASS2	6.851	7.432	7.432
	Accreditati GO			
	AOUTS	6.045	6.050	6.050
	Burlo	2.431	1.841	1.841
	<b>TOTALE</b>	<b>19.423</b>	<b>19.348</b>	<b>19.348</b>
<b>Visita Urologica</b>	ASS1	2.498	2.778	2.778
	Accreditati TS	1.278	1.235	1.235
	ASS2	3.403	3.534	3.534
	Accreditati GO			
	AOUTS	2.041	1.941	1.941

Attività specialistiche	Azienda	Anno 2010 (REGISTRATO)	Proiezione 2011	Previsione 2012
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>9.220</b>	<b>9.471</b>	<b>9.471</b>
Visita Cardiologica	ASS1	4.626	4.344	4.344
	Accreditati TS	2.458	2.074	2.074
	ASS2	9.990	8.369	8.369
	Accreditati GO			
	AOUTS	<b>1.315</b>	<b>1.361</b>	<b>1.361</b>
	Burlo	670	767	767
	<b>TOTALE</b>	<b>19.059</b>	<b>16.862</b>	<b>16.862</b>
Elettrocardiogramma Holter	ASS1	892	965	965
	Accreditati TS	262	328	328
	ASS2	1.285	1.249	1.249
	Accreditati GO			
	AOUTS	1.764	1.943	1.943
	Burlo	52	56	56
	<b>TOTALE</b>	<b>4.255</b>	<b>4.542</b>	<b>4.542</b>
Elettrocardiogramma	ASS1	12.539	11.739	11.739
	Accreditati TS	4.655	4.195	4.195
	ASS2	18.617	16.267	16.267
	Accreditati GO			
	AOUTS	9.201	9.412	9.412
	Burlo	1.395	1.396	1.396
	<b>TOTALE</b>	<b>46.407</b>	<b>43.010</b>	<b>43.010</b>
Ecocardiografia cardiaca a riposo	ASS1	2.796	2.099	2.099
	Accreditati TS	1.824	2.099	2.099
	ASS2	1.985	2.164	2.164
	Accreditati GO			
	AOUTS	2.642	2.354	2.354
	Burlo	465	543	543
	<b>TOTALE</b>	<b>9.712</b>	<b>9.259</b>	<b>9.259</b>
Visita Ginecologica (no c/o consultori)	ASS1	1.131	1.206	1.206
	Accreditati TS	669	650	650
	ASS2	5.905	5.362	5.362
	Accreditati GO			
	AOUTS	245	220	220
	Burlo	7.801	9.572	9.572
	<b>TOTALE</b>	<b>15.751</b>	<b>17.010</b>	<b>17.010</b>
Chemioterapia	ASS1	2.819	2.862	2.862
	Accreditati TS			

Attività specialistiche	Azienda	Anno 2010 (REGISTRATO)	Proiezione 2011	Previsione 2012
	ASS2	5.110	4.939	4.939
	Accreditati GO			
	AOUTS	6.592	6.651	6.651
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>14.521</b>	<b>14.452</b>	<b>14.452</b>
<b>Radioterapia</b>	ASS1			
	Accreditati TS			
	ASS2			
	Accreditati GO			
	AOUTS	18.562	18.124	18.124
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>18.562</b>	<b>18.124</b>	<b>18.124</b>
<b>Visita Oncologica</b>	ASS1	153	165	165
	Accreditati TS			
	ASS2	3.012	3.012	3.012
	Accreditati GO			
	AOUTS	548	559	559
	Burlo	442	534	534
	<b>TOTALE</b>	<b>4.155</b>	<b>4.269</b>	<b>4.269</b>
<b>Colonscopia con endoscopio flessibile</b>	ASS1			
	Accreditati TS	442	471	471
	ASS2	1.828	1.485	1.485
	Accreditati GO			
	AOUTS	2.505	2.627	2.627
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>4.775</b>	<b>4.584</b>	<b>4.584</b>
<b>Esofagogastroduodenoscopia EGDS</b>	ASS1			
	Accreditati TS	332	360	360
	ASS2	1.747	1.746	1.746
	Accreditati GO			
	AOUTS	1.754	1.807	1.807
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>3.833</b>	<b>3.912</b>	<b>3.912</b>
<b>Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile</b>	ASS1			
	Accreditati TS			
	ASS2	295	249	249
	Accreditati GO			

Attività specialistiche	Azienda	Anno 2010 (REGISTRATO)	Proiezione 2011	Previsione 2012
	AOUTS	262	211	211
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>557</b>	<b>461</b>	<b>461</b>
<b>Spirometria</b>	ASS1	423	511	511
	Accreditati TS	1.687	1.737	1.737
	ASS2	6.802	5.210	5.210
	Accreditati GO			
	AOUTS	2.988	3.186	3.186
	Burlo	660	374	374
	<b>TOTALE</b>	<b>12.560</b>	<b>11.019</b>	<b>11.019</b>
<b>Audiometria</b>	ASS1	513	725	725
	Accreditati TS	376	526	526
	ASS2	2.236	2.224	2.224
	Accreditati GO			
	AOUTS	2.535	2.051	2.051
	Burlo	457		
	<b>TOTALE</b>	<b>6.117</b>	<b>5.526</b>	<b>5.526</b>
<b>Visita neurologica</b>	ASS1	1.373	1.367	1.367
	Accreditati TS	340	391	391
	ASS2	2.967	3.172	3.172
	Accreditati GO			
	AOUTS	3.151	3.159	3.159
	Burlo	946	934	934
	<b>TOTALE</b>	<b>8.777</b>	<b>9.022</b>	<b>9.022</b>
<b>Visita di Chirurgia vascolare</b>	ASS1			
	Accreditati TS			
	ASS2			
	Accreditati GO			
	AOUTS	969	1.181	1.181
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>969</b>	<b>1.181</b>	<b>1.181</b>
<b>Ecocolordoppler dei tronchi</b>	ASS1	869	1.235	1.235
	Accreditati TS	3.477	3.711	3.711
	ASS2	446	271	271
	Accreditati GO	1.560	1.910	1.910
	AOUTS	2.239	1.991	1.991
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>8.591</b>	<b>9.117</b>	<b>9.117</b>
<b>Ecocolordoppler degli arti</b>	ASS1	691	680	680
	Accreditati TS	1.683	1.519	1.519

<b>Attività specialistiche</b>	<b>Azienda</b>	<b>Anno 2010 (REGISTRATO)</b>	<b>Proiezione 2011</b>	<b>Previsione 2012</b>
	ASS2	1.151	1.060	1.060
	Accreditati GO	858	1.329	1.329
	AOUTS	1.902	1.978	1.978
	Burlo			
	<b>TOTALE</b>	<b>6.285</b>	<b>6.566</b>	<b>6.566</b>

<b>Azienda</b>	<b>TOTALE</b>	<b>Anno 2010 (REGISTRATO)</b>	<b>Proiezione 2011</b>	<b>Previsione 2012</b>
ASS1	ASS1	52.317	50.770	50.770
Accreditati TS	Accreditati TS	107.823	105.919	105.919
ASS2	ASS2	155.004	140.047	140.047
Accreditati GO	Accreditati GO	9.769	9.546	9.546
AOUTS	AOUTS	128.292	130.988	130.988
Burlo	Burlo	27.198	27.784	27.784
<b>TOTALE</b>	<b>TOTALE</b>	<b>470.378</b>	<b>455.193</b>	<b>455.193</b>







## PIANO ANNUALE DI PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE 2012

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 2012 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. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza
2. Adeguamento della documentazione sanitaria
3. Miglioramento del sistema di incident reporting
4. Miglioramento della sicurezza sull'uso dei farmaci
5. Proposta di protocollo per la corretta identificazione del paziente
6. Proposta di progetto per la prevenzione delle cadute a domicilio

**PIANO per il CONTROLLO delle INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA - 2012**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
<b>1. Partecipazione al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE"</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Formazione del personale sull'Igiene delle mani</li> <li>Utilizzazione del gel idroalcolico</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>dal 01.01.12 al 31.12.12</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1.formazione dei formatori: almeno 2 per Struttura Operativa o Centro Interaziendale</li> <li>1.2. almeno 1 corso di formazione in ogni sede aziendale comprese le RSA convenzionate</li> <li>2.Valutazione del consumo della soluzione idroalcolica x 1000 gg di degenza nelle RSA per mese nelle altre situazioni (réport semestrale sul consumo di gel idralcoolico predisposto dalla SCAF) (* calcolo indicatore)</li> <li>3.Almeno 2 incontri di audit sull'igiene delle mani</li> </ol>
<b>2. Implementazione di LLGG di terapia antibiotica empirica delle infezioni comunitarie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Predisposizione di LLGG sulla terapia antibiotica empirica delle infezioni comunitarie</li> <li>Diffusione delle LLGG di terapia a empirica delle infezioni comunitarie</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Entro 31.12.12</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Elaborazione di 2 LLGG: <ol style="list-style-type: none"> <li>infezioni delle vie respiratorie</li> <li>infezioni delle vie urinarie</li> </ol> </li> <li>Almeno 2 eventi formativi di divulgazione delle LLGG</li> </ol>

**PIANO per il CONTROLLO delle INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA - 2012**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
<b>3. Prevenzione delle resistenze batteriche</b>	1. Report sul consumo degli antibiotici . 2. .Prevenzione delle resistenze batteriche	1. entro il 31/7/12 e entro il 31/01/13 2. entro il 31.12.12	1.1. 2 report a cura della SCAF con cadenza semestrale 1.2. 2 incontri di audit sul consumo di antibiotici 2.1. almeno 1 corso di formazione sulle resistenze batteriche 2.2. elaborazione di un protocollo operativo per la richiesta di antibiotici
<b>4. Prevenzione e Controllo delle Infezioni correlate a CVC</b>	1. Implementazione del nuovo protocollo sulle infezioni correlate a CVC	1. entro 31/12/2012	1. formare almeno 4 operatori per Distretto 2. e almeno 2 operatori per ogni RSA
<b>5. Prevenzione e Controllo di cluster ed epidemie</b>	1. Elaborazioni di protocolli operativi e di percorsi assistenziali connessi alla prevenzione, sorveglianza e controllo delle Infezioni correlate al processo di cura	1. entro 31/12/2012	1. elaborazione ed implementazione dei seguenti Protocolli operativi: <b>a)</b> Clostridium difficile <b>b)</b> Scabbia <b>c)</b> Tossinfezioni alimentari <b>d)</b> Precauzioni standard e da contatto

## PIANO per il CONTROLLO delle INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA - 2012

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<b>6. Formazione / Divulgazione</b>	1. Igiene delle mani	1.1. entro 31.06.12 1.2. entro il 31.12.12	1.1. organizzazione di 1 evento formativo per i formatori (2 sessioni) 1.2. almeno 1 corso in ogni SO o Centro interdistrettuale ed RSA convenzionate
	2. Audit sulle Infezioni Correlate all'Assistenza	2. entro il 30.06.12	2. organizzazione di 1 evento formativo (ripetuto 2 volte)
	3. Controllo delle resistenze batteriche e uso degli antibiotici in terapia	3. entro il 31.12.12	3. organizzazione di 1 evento formativo per il personale dei distretti e delle RSA convenzionate
	4. Prevenzione delle Infezioni correlate al CVC	4. entro 31.12.2012	4. organizzazione di 1 evento formativo per il personale dei distretti e delle RSA convenzionate
	5. L'Epatite virale: conoscerla per prevenirla	5. entro 31.12.2012	5. organizzazione di 1 evento formativo

\* = CALCOLO INDICATORE:

<b>Numeratore</b>	Volume in mL di soluzione idroalcolica utilizzato
<b>Denominatore</b>	N. totale di giornate di degenza (per RSA), N. giornate per mese
<b>Numerosità</b>	Periodo indice di osservazione
<b>Frequenza report</b>	Semestrale

## ADEGUAMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA- 2012

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p><b>1. Valutazione cartella clinica di RSA</b></p>	<p>1 -Verifica sulla base della check list Joint Commission International della qualità delle cartelle cliniche, in particolare verificare la presenza e completezza dei seguenti documenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. consenso informato</li> <li>b. scala di valutazione del rischio da lesioni da decubito</li> <li>c. scala di valutazione di rischio cadute</li> <li>d. valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e rivalutazione quotidiana durante il periodo di degenza</li> <li>e. foglio unico di terapia per i primi 7 gg</li> </ul>	<p>Entro il 31/12/12</p>	<p>1.1 Numero di cartelle chiuse in RSA contenenti i documenti previsti/numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA)</p> <p>1.2 Presenza in ogni cartella dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) consenso informato</li> <li>b) valutazione del rischio da lesioni da decubito</li> <li>c) valutazione del rischio cadute</li> <li>d) valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e rivalutazione quotidiana durante il periodo di degenza</li> <li>e) foglio unico di terapia per i primi 7 gg</li> </ul> <p>1.3. Réport semestrale a cura del SIA</p> <p>1.4. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>

## ADEGUAMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA- 2012

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<p><b>2. Valutazione della cartella infermieristica SID</b></p>	<p>1-Verificare la presenza e completezza dei seguenti documenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. valutazione del rischio di lesioni da decubito</li> <li>b. valutazione del rischio cadute</li> <li>c. valutazione (iniziale e ad ogni accesso) del dolore</li> <li>d. foglio unico di terapia</li> </ul>	<p>Entro 31.12.12</p>	<p>1.1 Numero di cartelle aperte del SID presenti in Distretto contenenti i documenti previsti / numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate/anno per Distretto)</p> <p>1.2 Presenza in ogni cartella dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. valutazione del rischio di lesioni da decubito</li> <li>b. valutazione del rischio cadute</li> <li>c. valutazione (iniziale e ad ogni accesso) del dolore</li> <li>d. foglio unico di terapia</li> </ul> <p>1.3. Réport semestrale a cura del SIA</p> <p>1.4. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>
<p><b>3. Valutazione della cartella clinica del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del DSM</b></p>	<p>1. Verifica sulla base della check list Joint Commission International della qualità delle cartelle cliniche, in particolare verificare la presenza e completezza dei seguenti documenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. consenso informato</li> <li>b. foglio unico di terapia</li> </ul>	<p>Entro il 31.12.12</p>	<p>1.1 Numero di cartelle aperte presenti in SPDC contenenti i documenti previsti / numero di cartelle selezionate (5 verificate a bimestre= 30 cartelle verificate /anno SPDC)</p> <p>1.2 Presenza in ogni cartella dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. consenso informato</li> <li>b. foglio unico di terapia</li> </ul> <p>1.3 Réport semestrale a cura del SIA</p> <p>1.4 . Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>

**PIANO per il MIGLIORAMENTO del SISTEMA DI INCIDENT REPORTING- 2012**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
<b>1. Miglioramento del sistema di incident reporting</b>	<p>1 –Formazione del personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting</p> <p>2 Inclusionione nella scheda di incident reporting dei campi definiti a livello regionale e raccolta dei dati sia sui near miss che sugli eventi avversi</p> <p>3 Azioni di miglioramento mirate agli eventi piu' frequenti (cadute)</p> <p>4 Esecuzione di RCA in caso di eventi che superino lo score di 6</p> <p>5 Analisi periodica dei dati</p>	Entro il 31/12/12	<p>1. Quattro eventi formativi per i dipendenti in collaborazione con l'ASS2</p> <p>2 Modifica della scheda già presente in intranet</p> <p>3 Formalizzazione di un protocollo aziendale di sorveglianza sulle cadute in RSA</p> <p>4. Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score &gt; di 6)</p> <p>5.1 Report annuale sul numero delle segnalazioni*</p> <p>5.2 Report annuale sul monitoraggio delle segnalazioni analizzate*</p> <p>5.3 Report annuale sulla valutazione delle azioni intraprese*</p> <p>(* calcolo indicatori)</p>

**\* = CALCOLO INDICATORE**

**Valutazione delle azioni intraprese considerare come segnalazioni sia gli eventi avversi che i near miss)**

<b>Numeratore</b>	N. di azioni di miglioramento attuate o concluse
<b>Denominatore</b>	N. totale di segnalazioni (eventi avversi + near miss)
<b>Numerosità</b>	Tutte le segnalazioni (eventi avversi + near miss) nel periodo indice
<b>Frequenza report</b>	annuale



## CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE IN RSA- 2012

<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
<p><b>1. Sperimentazione di protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA</b></p>	<p>1 Acquisizione di braccialetti identificativi per i pazienti in RSA.            L'azione dipende dalla previsione di finanziamenti finalizzati</p> <p>2 Procedure di identificazione con il solo utilizzo di nome cognome e data di nascita</p> <p>3 Sperimentazione di un metodo di identificazione a basso costo attraverso la fotografia del paziente allegata alla cartella clinica</p>	<p>Entro il 31/12/12</p>	<p>1.3 Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione con braccialetto identificativo/numero totale dei pazienti presenti al momento dell'osservazione</p> <p>1.2. Report semestrale a cura del SIA</p> <p>2.1 Numero di corrette identificazioni del paziente/N. totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice</p> <p>2.2. Report semestrale a cura del SIA</p> <p>3.1 Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione con fotografia in cartella clinica/numero totale dei pazienti presenti al momento dell'osservazione</p> <p>3.1. Report semestrale a cura del SIA</p> <p>4.1. Almeno 1 incontro di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>

**PIANO per il MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA NELL'USO DEI FARMACI- 2012**

<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
<p><b>1 Miglioramento dei sistemi correlati alla sicurezza nell'uso dei farmaci</b></p>	<p>1 –Implementazione dei controlli sui sistemi di conservazione, sulla verifica delle scadenze, sulla conformita' alle indicazioni per la distribuzione diretta, sulla corretta gestione delle sostanze stupefacenti, psicotrope e degli antiblastici, attraverso visite e sopralluoghi (safety walk around) nelle strutture aziendali/convenzionate</p>	<p>Entro il 31/12/12</p>	<p>1.1.Effettuare almeno 1 sopralluogo/anno in 5 strutture aziendali/convenzionate</p> <p>1.2. Report annuale a cura del SC Servizio Farmaceutico</p> <p>1.3. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>
<p><b>2 Miglioramento della sicurezza d'uso delle statine</b></p>	<p>1 –In continuita' con gli interventi effettuati nel 2011 si prevede di proseguire la formazione dei MMG/PLS sull'appropriatezza d'uso delle statine, coinvolgendo i professionisti di area vasta</p>	<p>Entro il 31/12/12</p>	<p>1.1.Effettuare 1 corso di formazione ECM</p>

## PREVENZIONE DELLE CADUTE A DOMICILIO 2012

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
<b>1. Progetto per la prevenzione delle cadute a domicilio delle persone anziane</b>	1. Predisposizione di una scheda per la rilevazione del rischio di cadute a domicilio degli anziani che integri una delle check list proposte per la valutazione dei disturbi legati al movimento (Conley, Stratify, Tinetti, Morse Fall), con la check list utilizzata nella valutazione del rischio da infortuni domestici (ricavata dal “Manuale Tecnico per gli operatori della prevenzione”) già somministrata a 400 utenti domiciliari nel 2010.	Entro il 31/12/12	1.1 Elaborazione della scheda per la rilevazione del rischio
	2. Somministrare la scheda a utenti seguiti da infermieri o fisioterapisti che operano nelle Microaree afferenti ai Distretti già indagati nel 2011		2.1 Somministrazione della scheda a 50 utenti di 1 Microarea per ognuno dei 4 Distretti (totale 200 utenti) 2.2 Verificare se l'utente ha effettuato accessi al Pronto Soccorso o ricoveri per cadute a domicilio nel periodo successivo alla somministrazione del questionario del 2011 sugli infortuni domestici(indicatore: N. di utenti incorsi in infortuni domestici/ N.totale degli utenti valutati nella Microarea nel 2012)
	3 Inserire nel budget di salute i costi per interventi proattivi e di prevenzione che sostengano il mantenimento al proprio domicilio, abbattendo il rischio di cadute		.1 Report annuale per ogni Microarea con la valutazione dei costi degli interventi necessari per il mantenimento dell'utente anziano al proprio domicilio

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:53:28

IMPRONTA: 980C0E1F479492378D2591DCFE2D6B286309E0704DF8F89AD78F95EEDB59FCFF  
6309E0704DF8F89AD78F95EEDB59FCFF04B513ED0FB5732C9BBA524BEEB1D28B  
04B513ED0FB5732C9BBA524BEEB1D28B7D84AF4A8082486223A67F27B57C65F0  
7D84AF4A8082486223A67F27B57C65F0025A250FBB184A3127815F6951E33087

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:58:35

IMPRONTA: 39F275C11C4616E904F3972302C65F03744B254D040CD81B8801D66B1DECABEE  
744B254D040CD81B8801D66B1DECABEEFFA409BC4E3BDAB065397EE6072C2F7C  
FFA409BC4E3BDAB065397EE6072C2F7C1216A3FAD5E90353AB240E39BFF2C88E  
1216A3FAD5E90353AB240E39BFF2C88E8F4131ECCC0C87B82CE9E2407B1E2E2E

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:15:59

IMPRONTA: 85BC00355BDF9A8E31C600D593B6517AF3614136E3134666B142023DFF337494  
F3614136E3134666B142023DFF337494724CA80AE8BA44CF1939175F9277F62C  
724CA80AE8BA44CF1939175F9277F62C11D76DC61D408F5162DE8F32D265B347  
11D76DC61D408F5162DE8F32D265B34783BACCAC8E7F9FEC26081AB73DA2B1CA

**Tabella 1.a.1: Contributi regionali da iscrivere a bilancio**

	<b>Assegnazione 2011</b>	<b>Quota di riequilibrio</b>	<b>Assegnazione 2012</b>
AV GIULIANO ISONTINA	751,152,278.00		751,152,278.00
AV UDINESE	915,292,480.00	2,248,469.00	917,540,949.00
AV PORDENONESE	478,334,147.00	2,326,531.00	480,660,678.00
<b>Totale Aree Vaste</b>	<b>2,144,778,905.00</b>	<b>4,575,000.00</b>	<b>2,149,353,905.00</b>
IRCCS "Eugenio Medea"	1,200,000.00		1,200,000.00
<b>Totale</b>	<b>2,145,978,905.00</b>	<b>4,575,000.00</b>	<b>2,150,553,905.00</b>



**Tabella 1.a.1: Contributi regionali da iscrivere a bilancio**

	<b>Assegnazione 2011</b>	<b>Quota di riequilibrio</b>	<b>Assegnazione 2012</b>
AV GIULIANO ISONTINA	751,152,278.00		751,152,278.00
AV UDINESE	915,292,480.00	2,248,469.00	917,540,949.00
AV PORDENONESE	478,334,147.00	2,326,531.00	480,660,678.00
<b>Totale Aree Vaste</b>	<b>2,144,778,905.00</b>	<b>4,575,000.00</b>	<b>2,149,353,905.00</b>
IRCCS "Eugenio Medea"	1,200,000.00		1,200,000.00
<b>Totale</b>	<b>2,145,978,905.00</b>	<b>4,575,000.00</b>	<b>2,150,553,905.00</b>

**Tabella 1.a.2: Contributi regionali IRCCS da iscrivere a bilancio**

	<b>IRCCS Burlo</b>	<b>CRO</b>	<b>Totale</b>
Quota Indistinta	22,051,966	13,277,759	35,329,725
Quota Ricerca	9,297,000	9,297,000	18,594,000
<b>Totale</b>	<b>31,348,966.00</b>	<b>22,574,759.00</b>	<b>53,923,725.00</b>



**Tabella 1.b.1: Conguaglio RAR 2011 Comparto - DGR 370 del 11/03/2011**

Azienda	RAR 2007	RAR 2011 (Intesa firmata il 11.03.2011 - DGR 370)	Differenza	Oneri 33.80%	Totale 2011
ASS 1	666,141	802,146	136,005	45,970	181,975
ASS 2	1,313,395	1,490,284	176,890	59,789	236,678
ASS 3	892,058	1,018,756	126,698	42,824	169,522
ASS 4	1,574,135	1,779,683	205,548	69,475	275,023
ASS 5	1,043,491	1,169,765	126,274	42,681	168,955
ASS 6	1,117,945	678,281	-439,663	-148,606	-588,270
AOU UD (1)	2,825,214	3,028,203	202,989	68,610	271,600
AO PN	1,344,697	2,178,775	834,079	281,919	1,115,997
AOU TS	2,596,676	2,669,343	72,667	24,561	97,228
CRO	317,091	355,746	38,654	13,065	51,719
BURLO	529,746	556,546	26,800	9,058	35,858
<b>TOTALE</b>	<b>14,220,588</b>	<b>15,727,529</b>	<b>1,506,941</b>	<b>509,346</b>	<b>2,016,285</b>

Oneri	8.50%	23.80%	1.50%	Err:522
	IRAP	CPDEL	INAIL	<b>TOTALE ONERI</b>

**Tabella 1.b.2: Conguaglio RAR 2011 dirigenza medica e veterinaria e dirigenza SPTA**

Azienda	RAR 2007	RAR 2011 Medici e Veterinari (Intesa firmata il 11.03.2011 - DGR 395)	RAR 2011 SPTA (Intesa firmata il 11.03.2011 - DGR 396)	TOTALE RAR DIRIGENZA 2011	Differenza	Oneri 33.80%	Totale 2011
ASS 1	340,031.79	268,431.49	161,911.06	430,342.55	90,310.76	30,525.04	<b>120,836.00</b>
ASS 2	711,164.05	615,688.11	93,737.98	709,426.09	-1,737.96	-587.43	<b>-2,325.00</b>
ASS 3	389,792.54	364,299.88	68,173.08	432,472.96	42,680.42	14,425.98	<b>57,106.00</b>
ASS 4	665,550.03	600,775.25	140,606.97	741,382.22	75,832.19	25,631.28	<b>101,463.00</b>
ASS 5	541,148.15	487,863.59	70,303.49	558,167.08	17,018.93	5,752.40	<b>22,771.00</b>
ASS 6	638,596.29	221,562.50	108,650.84	330,213.34	-308,382.95	-104,233.44	<b>-412,616.00</b>
AOU UD (1)	1,374,640.71	1,299,549.30	157,650.24	1,457,199.54	82,558.83	27,904.88	<b>110,464.00</b>
AO PN	657,256.57	939,510.23	89,477.16	1,028,987.39	371,730.82	125,645.02	<b>497,376.00</b>
AOU TS	881,179.94	899,032.46	97,998.80	997,031.26	115,851.32	39,157.75	<b>155,009.00</b>
CRO	317,224.78	232,214.55	102,259.62	334,474.17	17,249.39	5,830.29	<b>23,080.00</b>
BURLO	296,491.13	262,040.27	48,999.40	311,039.67	14,548.54	4,917.41	<b>19,466.00</b>
<b>TOTALE</b>	<b>6,813,075.98</b>	<b>6,190,967.63</b>	<b>1,139,768.64</b>	<b>7,330,736.27</b>	<b>517,660.29</b>	<b>174,969.18</b>	<b>692,630.00</b>

Oneri	8.50%	23.80%	1.50%	Err:522
	IRAP	CPDEL	INAIL	<b>TOTALE ONERI</b>

**Tabella 1.c: Contributi regionali per attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (sovraziendali)**

N.	Attività finalizzate e/o delegate dalla Regione	Importo previsto 2012	Ente Gestore	Note
1	Attività ex CSC	5,100,000.00	AOUD (DSC)	(1)
2	Canone Ministero Telecomunicazioni per ponte radio emergenza sanitaria 118	43,000.00	AOUD (DSC)	(1)
3	Piano sangue regionale e NAT HCV	4,000,000.00	AOUD (DSC)	(1)
4	Elisoccorso	2,825,000.00	AOUD (DSC)	(1)
5	Screening mammografico	3,100,000.00	AOUD (DSC)	(1)
6	Assicurazioni RC (polizza)	5,000,000.00	AOUD (DSC)	(1)
7	Assicurazioni RC (fondo copertura 2012)	9,000,000.00	AOUD (DSC)	(1)
8	Proseguimento progetto magazzino Pordenone	654,000.00	AOUD (DSC)	(1)
9	Sviluppo call center	588,257.00	AOUD (DSC)	(1)
10	Logistica screening	112,500.00	AOUD (DSC)	(1)
11	Oneri personale per attività centralizzate nelle aree tecnologiche	281,348.00	AOUD (DSC)	(1)
12	Campagna di informazione donatori di sangue	75,000.00	AOUD (DSC)	(2)
13	Progetto donazione e trapianto organi (DGR 966/05 - Centro regionale trapianti)	764,800.00	AOUD	(1)
14	Convenzione per la tipizzazione soggetti da trapiantare	170,000.00	AOUD	(1)
15	Progetto "Innovactio" e Area welfare di comunità	650,000.00	ASS 5	(1)
16	Integrazione attività con strutture sanitarie private accreditate o temporaneamente accreditate (Accordo ex DGR 2051/15.10.2010) (€1.500.000)			
	Area vasta giuliano-isontina	464,490.00	ASS 1	
	Area vasta udinese	656,021.00	ASS 4	
	Area vasta pordenonese	379,489.00	ASS 6	
17	Remunerazione di progetti obiettivo e performances definite	6,000,000.00	AOUDS	(1)
18	Attività extra tetto svincolate da budget - pubblici (quota storizzata)	5,800,000.00	AOPN	(1)
19	Attività extra tetto svincolate da budget - pubblici (quota 2012)	1,000,000.00	AOPN	(1)
20	Spese di funzionamento Ceformed - Centro reg. di formazione area Cure Primarie	1,250,000.00	ASS 2	(1)
21	Costi personale e continuità progetti Centro Collaboratore OMS	460,000.00	ASS 5	(1)
22	Personale in utilizzo presso la Direzione centrale salute	2,881,000.00	ASS 3	(1)
23	Centro di coordinamento rete regionale malattie rare	530,000.00	AOUD	(1)
24	Finanziamento oneri AIR Pediatri libera scelta ex DGR 817/08	750,000.00	ASS 1	
25	Variazione AIR convenzionati PLS (DGR 2124/09)	497,000.00	ASS 1	
26	Risorse aggiuntive regionali 2010 (R.A.R.) personale dipendente del S.S.R. (€ 2.016.285 comparto; € 692.630 dirigenza)	2,708,915.00	A.S.S. 3	(1)
27	Finanziamento integrativo farmaci ad alto costo	1,600,000.00	ASS 4	(1)
28	Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	60,000.00	ASS 2	(1)
29	Attività di espianto e trasporto organi	220,000.00	AOUD	(1)(2)
30	Screening colon retto	1,800,000.00	AOUD (DSC)	(1)(2)
31	Integrazione risorse aggiuntive regionali R.A.R. Area medica per effettuazione screening del colon retto	681,000.00	AOUD (DSC)	(1)(2)
32	Trasporti per la validazione sacche di sangue CUV	125,000.00	ASS 2	(1)
33	Commissione regionale ricorsi contro la non idoneità all'attività agonistica	4,000.00	ASS 1	
34	Spese dirette delle Università inerenti al funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria, di cui ai protocolli d'intesa ex art 6, c.3, DLgs 502/1992	2,241,000.00	ASS 5	(2)
35	Contratti di specialità medica e borse di studio regionali per la formazione di figure specialistiche presso scuole di specializzazione regionali	2,253,000.00	ASS 3	(2)
36	Costi campagna di vaccinazione HPV contro il papilloma virus	1,250,000.00	ASS 6	(1)
37	Effettuazione dei Test HPV nei 3 centri di riferimento di area vasta	80,000.00	AO PN	(1)
38	Attuazione previsione Legge regionale 7/2009 (Liste d'attesa)	2,500,000.00	ASS 4	(1)
39	Campagna di vaccinazione antimeningococcica ed antipneumococcica	1,250,000.00	ASS 5	(1)
40	Costi per effettuazione dello screening audiologico	50,000.00	AO PN	(1)
41	Progetti internazionali e interventi umanitari	390,000.00	ASS 5	(1)
42	Spese dirette dell'ARPA per il funzionamento dei corsi di laurea di area sanitaria per tecnici della prevenzione	100,000.00	ASS 5	(2)
43	Progetto Comunicatori non verbali	250,000.00	ASS 4	(1)
44	Coordinamento nazionale e regionale alcoologia	100,000.00	ASS 4	(1)
45	Proseguimento progetto sperimentale di sviluppo attività chirurgica sul cristallino	200,000.00	A.S.S. 5	(1)
46	Progetto "Spinal"	150,000.00	ASS 4	(1)
47	Contributo integrativo Centro Socio-sanitario "Progetto Spilimbergo	35,000.00	ASS 6	(1)
48	Finanziamento 2010 farmaci ad alto costo Ass 1 (DGR 2643/2009)	396,611.00	ASS 1	(1)
49	Perequazione trattamento economico medici universitari DGR 2016/2009 (rif. Anno 2011 ASS 1)	239,000.00	ASS 1	(1)
50	Realizzazione in via sperimentale di una rete locale di cure palliative pediatriche (art. 8, commi 28 e 29, LR 29.12.2010, n. 22)	50,000.00	AO PN	(1)
51	Attività di prev.ne e cura su camper dotato di app.re per cure odontoiatriche, con il supporto dell'Associazione Banca del tempo di PN, per pazienti con difficoltà di accesso alle strutture ambulatoriali (art. 8, commi 30 e 31, LR 29.12.2010, n. 22)	100,000.00	ASS 6	(1)
52	Realizzazione progetto NIOD (Osservatorio delle dipendenze) - Cofinanziamento Dipartimento Politiche antidroga	25,000.00	ASS 5	
53	Progetto "Piccole produzioni locali" (Serv. Veterinario e Direzione Agricoltura)	80,000.00	ASS 4	(2)
54	Progettualità sociosanitarie e sociali integrate Area Welfare (interventi LR 11/06 sostegno e valorizzazione della famiglia - Riquadrificazione sistema educativo interato dei servizi per la prima infanzia	300,000.00	ASS 5	(1)
55	Progetto Innovactio - Area welfare di comunità - contributo integrativo per attività correlate alla predisposizione studio e documentazione propedeutica alla stesura del piano sociale	50,000.00	ASS 5	(1)
56	Accordo regionale integrativo con psicologi e biologi ambulatoriali	120,000.00	ASS 1	(2)
57	Continuità progetti e convenzioni ex ARS	37,600.00	DCSISPS	
58	Spese di funzionamento Centro operativo regionale (COR) c/o AOU di Trieste per rilevazione casi mesotelioma	40,000.00	AOU TS	(1)
59	Spese per progetto regionale prevenzione complicanze del diabete	30,000.00	ASS 1	(1)
60	Attività socio-sanitaria e convenzione con Istituto di Medea (Go)	150,000.00	ASS 2	(1)
61	Attività sociosanitaria presso Centro ANFFAS "G. Locatelli" di Pordenone	100,000.00	ASS 6	(1)
62	Istituto Psicopedagogico di Medea: Attività sociosanitaria a supporto di interventi di residenzialità temporanea di soggetti adulti autistici ad alta complessità assistenziale (interventi sperimentali con funzione sollievo)	25,000.00	ASS 2	(1)
63	Proseguimento attività Consultorio diabetologico	25,000.00	ASS 5	(1)
64	Sviluppo attività di area vasta ASS3-ASS4-ASS5 - Assoc. "Diamo peso al benessere"	5,000.00	ASS 4	(1)
65	Sostegno oneri Dipartimento Ricerche mediche e morfologiche - Sez. Anatomia umana - Università di Udine per borsa di studio completamento indagini osteologiche (Ordine del giorno n. 40 del 17.12.2010 Consiglio regionale)	20,000.00	AOU UD	(2)
66	Finanziamento oneri A.I.R. Specialisti ambulatoriali ex Sumai	375,000.00	ASS 1	(2)
67	Attività del Centro Collaboratore OMS sulla salute mentale ASS 1 per favorire il lavoro di rete sul territorio regionale	20,000.00	ASS 5	(1)
68	Sviluppo e conduzione registri regionali di patologia (tumori, malattie professionali, infortuni sul lavoro)	80,000.00	CRO	(1)
69	Monitoraggio dell'obesità e del sovrappeso in gravidanza e in età evolutiva	80,000.00	Burlo G.	(1)
70	Finanziamento per servizio lettura ottica ricette farmaceutiche	357,000.00	AOUUD (DSC)	
71	Finanziamento per spese predisposizione materiale informativo per programma "emergenza caldo"	25,000	AOUUD (DSC)	
72	Rimborso oneri per indennizzi L 210/92	52,000	ASS 3	
73	Finanziamento al Centro unico validazione biologica per effettuazione tests west Nile Virus	180,000	ASS 2	
74	Finanziamento AIR personale convenzionato art. 8, comma 2, ALN 08/07/2010	965,955	ASS 1	(1)(2)
75	Piano sorveglianza dei molluschi bivalvi	260,698	DCSISPS	
		<b>75,268,684</b>		

(1) i beneficiari del finanziamento sono le Aziende del SSR: L'Azienda indicata è anche gestore contabile dell'attività. La DCSISPS potrà all'occorrenza individuare un gestore contabile diverso da quello indicato

(2) I beneficiari del finanziamento verranno comunicati all'Azienda gestore contabile dell'attività dalla DCSISPS al momento della richiesta di pagamento

**Tabella 1.d: Contributi regionali in c/esercizio iscritti a bilancio**

<b>Contributi indistinti</b>	<b>Importo</b>	<b>Conto</b>
Quota capitaria	401,788,991	600,100
Funzioni parzialmente tariffate		600,200
Trasferimento di funzioni		600,200
Quota a sostegno dell'attività degli IRCCS		600,400
Revisione finanziamento		600,500
<b>Totale</b>	<b>401,788,991</b>	
<b>Contributo per rimborso spese a valenza regionale</b>	<b>Importo</b>	<b>Conto</b>
16: Intergrazione attività con strutture private accreditate o temporaneamente accreditate (DGR 802/10)	464,490	600.900.10
17: Remunerazione di progetti obiettivo e performances definite	685,000	600.900.10
23: Personale in utilizzo	90,000	600.900.10
24: AIR convenzionati PLS (DGR 817/08)	125,000	600.900.10
25: Variazione AIR convenzionati PLS (DGR 2124/09)	82,000	600.900.10
26: Conguaglio costi RAR comparto	181,975	600.900.10
26: Conguaglio costi RAR dirigenza	120,836	600.900.10
28: Sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza	5,250	600.900.10
38: L.R. 7/2009, art. 22 - tempi d'attesa antipneumococcica	207,000	600.900.10
	340,000	600.900.10
48: Farmaci ad alto costo (2016/09)	396,611	600.900.10
	239,000	600.900.10
56: AIR psicologi e biologi ambulatoriali	20,000	600.900.10
59: Progetto prevenzione complicanze del diabete	30,000	600.900.10
66: Finanziamento oneri AIR specialisti ambulatoriali (ACN 8/7/10)	102,000	600.900.10
	173,000	600.900.10
<b>Totale</b>	<b>3,262,162</b>	
<b>Sovraziendali delegate</b>	<b>Importo</b>	<b>Conto</b>
25: Variazione AIR convenzionati PLS - DGR 2124/09	415,000	600.900.20
24: AIR convenzionati PLS - DGR 817/08	625,000	600.900.20
33: Commissione regionale ricorsi contro la non idoneità all'attività agonistica	4,000	600.900.20
56: AIR psicologi e biologi ambulatoriali	100,000	600.900.20
66: Finanziamento oneri AIR specialisti ambulatoriali	273,000	600.900.20
74: Indennità mancanza AIR personale convenzionato (art. 6, c. 2, ACN 8/7/10)	792,955	600.900.20
<b>Totale</b>	<b>2,209,955</b>	
<b>Contributi finalizzati</b>	<b>Importo</b>	<b>Conto</b>
Contributi ai non autosufficienti	8,120,000	600.600.10
Contributi per attività sociale delegata		600.600.20
Altri contributi regionali finalizzati (dettagliare)	4,532,526	600.600.90
- Conduzione S.I.S.R.	3,232,422	600.600.90
- Investimenti finanziati con il leasing	150,000	600.600.90
- Ammortamenti attrezzature tecnico economali	18,000	600.600.90
- Progetto "Riorganizzazione consultori familiari"	20,000	600.600.90
- Progetto "Mutilazioni genitali femminili"	30,000	600.600.90

- Progetto salute immigrati	35,000	600.600.90
- Progetto "Sempre genitori"	10,000	600.600.90
- Progetto "Guadagnare salute: incidenti stradali"	11,000	600.600.90
- Progetto "Guadagnare salute: peer education"	8,000	600.600.90
- Progetto "Inserimento lavorativo"	8,000	600.600.90
- Progetto "Partecipaz, rafforzamento istituzionale e innovazione - PARI"	30,000	600.600.90
- Progetto "Inserimento lavorativo persone disoccupate"	980,104	600.600.90
<b>Totale</b>	<b>12,652,526</b>	
<b>TOTALE CONTRIBUTI REGIONALI</b>	<b>419,913,634</b>	

**Tabelle 2: Prestazioni di ricovero 2012**

**Tabella 2.a: Tetto fisso per attività di ricovero**

		ASS di residenza						
Azienda di ricovero		A.S.S. N. 1 - TRIESTINA	A.S.S. N. 2 - ISONTINA	A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	Totale
AV giuliano isontina	A.S.S. N. 1 - TRIESTINA		-	-	-	-	-	-
	A.S.S. N. 2 - ISONTINA	3,718,487		159,048	818,690	1,843,840	373,071	6,913,136
	AZ. OSP.-UNIVERSITARIA OSP. RIUNITI DI TR	97,386,746	7,670,528	91,240	580,455	882,665	805,191	107,416,825
	IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO-GAR	10,991,748	1,698,395	262,227	1,431,183	682,103	710,371	15,776,027
AV udinese	A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	319,607	196,055		9,139,889	277,707	285,965	10,219,223
	A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	477,224	753,448	1,463,438		1,202,859	2,116,367	6,013,336
	A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	365,452	1,700,135	179,317	6,179,315		353,808	8,778,027
	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE	2,308,333	5,721,224	8,326,912	112,976,224	11,703,899	7,453,775	148,490,367
Av pordenones e	A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	-	-	-	-	-		-
	AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI AN	618,887	482,451	209,295	2,625,459	1,137,463	96,131,721	101,205,276
	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO - AVIA	944,793	407,800	134,879	844,055	449,744	7,538,170	10,319,441
<b>Totale</b>		<b>117,131,277</b>	<b>18,630,036</b>	<b>10,826,356</b>	<b>134,595,270</b>	<b>18,180,280</b>	<b>115,768,439</b>	<b>415,131,658</b>

Tabella 2.b: Mobilità Extra Area Vasta per prestazioni di ricovero per le prestazioni di cui alla DGR 2130/2011\_pag.27

		ASS di residenza						
Azienda di ricovero		A.S.S. N. 1 - TRIESTINA	A.S.S. N. 2 - ISONTINA	A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	Totale
AV giuliano isontina	A.S.S. N. 1 - TRIESTINA							-
	A.S.S. N. 2 - ISONTINA			50,286	462,639	931,852	143,575	1,588,352
	AZ. OSP.-UNIVERSITARIA OSP. RIUNITI DI TRIESTE			65,069	467,252	1,512,204	1,831,475	3,876,000
	IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO-GAROFOLO			47,701	317,135	109,450	235,017	709,303
AV udinese	A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	42,383	30,872				56,771	130,026
	A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	9,304	46,087				445,127	500,518
	A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	76,230	395,060				30,383	501,673
	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE	1,539,130	3,547,902				5,184,721	10,271,753
Av pordenonese	A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE							-
	AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI AN	95,745	80,044	64,829	799,484	1,043,251		2,083,353
	CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO - AVIA	223,569	322,037	12,507	351,472	327,471		1,237,056
<b>Totale</b>		<b>1,986,361</b>	<b>4,422,002</b>	<b>240,392</b>	<b>2,397,982</b>	<b>3,924,228</b>	<b>7,927,069</b>	<b>20,898,034</b>

**Tabelle 3 : Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche 2012 al netto della PET**

**Tabella 3.a: Tetto fisso per attività di ambulatoriale**

		ASS di residenza						
Azienda erogatrice		A.S.S. N. 1 - TRIESTINA	A.S.S. N. 2 - ISONTINA	A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	Totale
AV giuliano isontina	060101 - TRIESTINA		78,785	3,866	7,230	13,983	3,892	107,756
	060102 - ISONTINA	596,337		24,648	290,295	736,026	17,263	1,664,569
	060911 - A.O. OSPEDALI RIUNITI TS	32,304,345	1,071,627	23,664	143,679	139,180	76,746	33,759,241
	060901 - ISTITUTO PER L`INFANZIA BURLO	3,175,323	396,469	31,122	199,883	147,524	156,409	4,106,730
AV udinese	060103 - ALTO FRIULI	17,061	29,894		2,038,908	63,363	44,712	2,193,938
	060104 - MEDIO FRIULI	42,139	131,116	301,718		270,688	506,561	1,252,222
	060105 - BASSA FRIULANA	48,015	818,000	97,067	2,948,125		76,155	3,987,362
	060916 - AZ. OSPED. UNIV. UDINE	378,161	1,386,918	1,780,382	34,327,232	2,863,251	1,084,497	41,820,441
Av pordenonese	060106 - FRIULI OCCIDENTALE	718	303	300	11,023	2,485		14,829
	060912 - A.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN	91,454	95,279	67,554	787,933	261,527	42,276,849	43,580,596
	060902 - CENTRO DI RIFERIMENTO ONCO	184,536	112,562	29,222	227,838	135,555	4,991,880	5,681,593
<b>Totale</b>		<b>36,838,089</b>	<b>4,120,953</b>	<b>2,359,543</b>	<b>40,982,146</b>	<b>4,633,582</b>	<b>49,234,964</b>	<b>138,169,277</b>



Tabella 3.b: Mobilità Extra Area Vasta attività ambulatoriale per le prestazioni di cui alla DGR 2130/2011\_pag.27

		ASS di residenza						
Azienda erogatrice		A.S.S. N. 1 - TRIESTINA	A.S.S. N. 2 - ISONTINA	A.S.S. N. 3 - ALTO FRIULI	A.S.S. N. 4 - MEDIO FRIULI	A.S.S. N. 5 - BASSA FRIULANA	A.S.S. N. 6 - FRIULI OCCIDENTALE	Totale
AV giuliano isontina	060101 - TRIESTINA			-	-	-	-	-
	060102 - ISONTINA			30,834	380,286	458,399	-	869,519
	060911 - A.O. OSPEDALI RIUNITI TS			14,514	46,331	20,685	2,056	83,586
	060901 - ISTITUTO PER L'INFANZIA BURLO			-	-	-	-	-
AV udinese	060103 - ALTO FRIULI	-	-				-	-
	060104 - MEDIO FRIULI	-	-				-	-
	060105 - BASSA FRIULANA	78,113	55,501				4,111	137,725
	060916 - AZ. OSPED. UNIV. UDINE	32,643	475,578				265,134	773,355
Av pordenonese	060106 - FRIULI OCCIDENTALE	-	-	-	-	-		-
	060912 - A.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN	76,057	59,612	55,501	606,402	156,226		953,798
	060902 - CENTRO DI RIFERIMENTO ONCO	162,914	145,121	13,604	216,762	127,562		665,963
<b>Totale</b>		<b>349,727</b>	<b>735,812</b>	<b>114,453</b>	<b>1,249,781</b>	<b>762,872</b>	<b>271,301</b>	<b>3,483,946</b>

**Tabella 4: Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche - Prestazioni Pet 2012**

codici PET :

92.09.1 92.0911 92.11.6 92.11.7 92.11.8 92.18.6 92.1861 92.19.7 92.1971 92.1972 92.19.8 92.1981 92.1982  
92.1982

erogato al netto del ticket

<b>Azienda</b>	<b>ASS 1</b>	<b>ASS 2</b>	<b>ASS 3</b>	<b>ASS 4</b>	<b>ASS 5</b>	<b>ASS 6</b>	<b>TOTALE</b>
AOU UD	753,406	451,888	277,197	1,526,926	530,839	296,993	3,837,249
CRO	215,483	90,924	25,904	183,462	116,445	2,150,975	2,783,193
<b>TOTALE</b>	<b>968,889</b>	<b>542,812</b>	<b>303,101</b>	<b>1,710,388</b>	<b>647,284</b>	<b>2,447,968</b>	<b>6,620,442</b>

**Tabella 5: Centro unico validazione sacche**

<b>Numero sacche validate</b>	<b>AOU UD</b>	<b>AO PN</b>	<b>AOU TS</b>	<b>TOTALE</b>
ASS 2	52,005	20,740	14,606	87,351

<b>costi</b>	<b>AOU UD</b>	<b>AO PN</b>	<b>AOU TS</b>	<b>TOTALE</b>
ricavi				
ASS 2	1,248,120	497,760	350,544	2,096,424

**Tabella 6: Attrazione Extra Regionale preventivo 2012**

I dati di attrazione sono quelli stimati a partire dalle basi dati regionali

<b>AZIENDA</b>	<b>ricoveri a tariffa TUC</b>	<b>medicina</b>	<b>specialistica</b>	<b>farmaceutica</b>	<b>termale *</b>	<b>somministrazione farmaci</b>	<b>emocomponenti labili</b>	<b>TOTALE</b>
ASS1		81,073	49,200	288,905				419,178
ASS2	1,140,088	22,289	152,056	119,101	38,677	89,575		1,561,786
ASS3	723,475	9,688	180,990	121,134	81,323	1,897		1,118,507
ASS4	1,217,265	78,174	164,859	405,662		73,202		1,939,162
ASS5	3,342,920	11,646	1,630,853	214,868		161,558		5,361,845
ASS6		67,130	55,822	450,330		87,454		660,736
AOUUD	13,679,700		1,581,741			300,585	885,000	16,447,026
AOPN	11,612,827		3,777,279			1,205,673	189,000	16,784,779
AOUTS	3,667,027		445,033			139,384		4,251,444
CRO	12,610,276		6,534,734			4,831,363		23,976,373
BURLO	3,506,422		327,433			109,309		3,943,164
<b>TOTALE PUBBLICI</b>	<b>51,500,000.00</b>	<b>270,000.00</b>	<b>14,900,000.00</b>	<b>1,600,000.00</b>	<b>120,000.00</b>	<b>7,000,000.00</b>	<b>1,074,000.00</b>	<b>76,464,000.00</b>

\* attività erogata rispettivamente dagli stabilimenti di Grado e di Arta Terme

\*\* ricoveri valorizzati sulla base della TUC 2010 ad oggi conosciuta

\*\*\* la valorizzazione tiene conto dell'eventuale recupero dei farmaci oncologici somministrati in Day Hospital

**Tabella 7: Fuga extra regionale 2010**

## FUGA EXTRAREGIONALE 2010

- i dati del flusso ricoveri, medicina generale, specialistica, termale, somministrazione diretta di farmaci, trasporti sono stati ripartiti per ASS sulla base del comune di residenza dichiarato dalla Regione addebitante;

- il dato del flusso farmaceutica è stato ripartito per comune di residenza dichiarato dalla Regione addebitante ove presente; per quanto riguarda i dati addebitati alla provincia di Udine la ripartizione è avvenuta in proporzione tra le A.S.S. "Alto Friuli", "Medio Friuli" e "Bassa Friulana";

- il dato di fuga è definito ante controlli previsti dal protocollo interregionale

Azienda	ricoveri	medicina	specialistica	farmaceutica	termale	somministrazione farmaci	trasporti	IBMDR Galliera	TOTALE
ASS 1	7,320,697	59,411	1,260,992	180,169	271,922	533,789	71,186	244,162	9,942,328
ASS 2	5,289,488	47,887	706,901	153,708	190,118	228,634	54,478	82,702	6,753,916
ASS 3	2,497,692	27,920	399,459	80,522	61,016	187,106	14,475	69,592	3,337,782
ASS 4	10,588,743	98,724	1,825,754	252,385	917,884	455,602	102,170	168,382	14,409,644
ASS 5	4,895,382	34,426	1,268,089	110,078	352,097	128,806	49,357	22,045	6,860,280
ASS 6	17,654,800	93,246	3,829,717	240,078	1,018,571	1,124,244	160,157	140,840	24,261,653
<b>TOTALE</b>	<b>48,246,802.00</b>	<b>361,614.00</b>	<b>9,290,912.00</b>	<b>1,016,940.00</b>	<b>2,811,608.00</b>	<b>2,658,181.00</b>	<b>451,823.00</b>	<b>727,723.00</b>	<b>65,565,603.00</b>

l'attività di ricovero è valorizzata per il 2010 con la Tariffa Unica Convenzionale (TUC)

**Tabella 8: Dettaglio dei ricavi e dei costi per cessione di beni e servizi**

**Tabella 8.a: Dettaglio dei ricavi per cessione di beni e servizi**

VOCI DI RICAVO	Conto	AZIENDE										TOTALE	
		ASS 1	ASS 2	ASS 3	ASS 4	ASS 5	ASS 6	AOU UD	AO PN	AOU TS	CRO		BURLO
<b>RICAVI PER PRESTAZIONI</b>													
<b>Prestazioni in regime di ricovero</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
a) tetti fissi	620.100.10												
b) svincolate extraarea vasta	620.100.10												
c) svincolate dai tetti in area vasta	620.100.10												
d) fatturate (*)	620.100.11												
<b>Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche</b>		0	78.785	3.866	7.230	13.983	3.892	0	0	80.000	0	3.000	190.756
a) tetti fissi	620.100.20		78.785	3.866	7.230	13.983	3.892						107.756
b) svincolate extraarea vasta	620.100.20												0
c) svincolate dai tetti in area vasta	620.100.20												0
d) fatturate	620.100.21									80.000		3.000	83.000
e) CUV	620.100.20												0
f) PET	620.100.20												0
<b>Prestazioni amministrative e gestionali</b>		0	100.000	0	0	0	0	0	0	320.000	0	65.000	485.000
- Formazione MMG	620.100.30		100.000										100.000
- Sinergia gestione Personale	620.100.30									110.000		65.000	175.000
- Conv. medicina legale	620.100.30									55.000			55.000
- Trasporto provette	620.100.30									120.000			120.000
- Gestione trasporti sanitari secondari	620.100.30									35.000			35.000
<b>Consulenze</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
a) sanitarie	620.100.40												0
b) tecniche e amm.ve	620.100.45												0
<b>ALTRI RICAVI</b>		0	0	0	0	79.000	0	66.000	0	409.000	0	72.000	626.000
Altri contributi in c/esercizio	610.200.90									49.000		72.000	121.000
prestazioni di natura territoriale: trasporti intercomunali	630.100.85									20.000			20.000
Personale in comando	650.200.55												145.000
Rimborso trasporti sanitari secondari	650.200.90					79.000		66.000		180.000			180.000
Rimborsi: manutenzioni/pulizie/utenze varie	650.200.90									160.000			160.000
<b>TOTALE RICAVI INFRAGRUPPO</b>		<b>0</b>	<b>178.785</b>	<b>3.866</b>	<b>7.230</b>	<b>92.983</b>	<b>3.892</b>	<b>66.000</b>	<b>0</b>	<b>809.000</b>	<b>0</b>	<b>140.000</b>	<b>1.301.756</b>

Tabella 8.b: Dettaglio dei costi per cessione di beni e servizi

VOCI DI COSTO	Conto	AZIENDE											TOTALE	
		ASS 1	ASS 2	ASS 3	ASS 4	ASS 5	ASS 6	AOU UD	AO PN	AOU TS	CRO	BURLO		
<b>COSTI PER PRESTAZIONI</b>														
<b>Prestazioni in regime di ricovero</b>		0	3,718,487	361,990	486,528	441,682	0	3,847,463	714,632	97,386,746	1,168,362	10,991,748	119,117,638	
a) tetti fissi	335.100.10		3,718,487	319,607	477,224	365,452		2,308,333	618,887	97,386,746	944,793	10,991,748	117,131,277	
b) svincolate extraarea vasta	335.100.10			42,383	9,304	76,230		1,539,130	95,745		223,569		1,986,361	
c) svincolate dai tetti in area vasta	335.100.10												0	
d) fatturate	335.100.20												0	
<b>Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche</b>		0	596,337	17,061	42,139	126,128	718	1,214,210	167,511	32,334,345	562,933	3,175,323	38,236,705	
a) tetti fissi	335.200.10		596,337	17,061	42,139	48,015	718	378,161	91,454	32,304,345	184,536	3,175,323	36,838,089	
b) svincolate extraarea vasta	335.200.10					78,113		32,643	76,057		162,914		349,727	
c) svincolate dai tetti in area vasta	335.200.10												0	
d) fatturate	335.200.20										30,000		30,000	
e) CUV	335.200.10												0	
f) PET	335.200.10							753,406			215,483		968,889	
g) ricerca donatori midollo osseo	335.200.10							50,000					50,000	
<b>Prestazioni amministrative e gestionali</b>		0	2,000	1,000	1,000	0	0	353,000	1,000	265,000	2,000	35,000	660,000	
- Rifusione oneri distribuzione diretta/T° ciclo	335.300		2,000	1,000	1,000			8,000	1,000	215,000	2,000	35,000	265,000	
- Rimborso servizio partierato	335,300									44,000			44,000	
- Gestione call center regionale	335,300							345,000					345,000	
- Rimborso servizio antincendio	335,300									6,000			6,000	
<b>Consulenze</b>		0	3,000	0	0	0	0	0	0	192,000	0	0	195,000	
a) sanitarie	335.400.10		3,000							187,000			190,000	
b) tecniche e amm.ve	335.400.20									5,000			5,000	
<b>ALTRI COSTI</b>		0	0	0	0	0	5,000	284,000	0	554,000	0	20,000	863,000	
Manutenzioni	310.200.30									200,000			200,000	
Acquisti di servizi: mensa Farneto e SPDC	315,300									175,000			175,000	
Acquisti di servizi: smaltimento rifiuti	315,700									15,000			15,000	
Acquisti di servizi: servizi sanitari da pubblico	315.900.90						5,000						5,000	
Ass. di base: nutrizioni parenterali/enterali	320.900.90											20,000	20,000	
Rimborso associazioni donatori sangue	350,500							260,000					260,000	
Personale comandato	410									75,000			75,000	
Rimborso oneri contributivi	460,300									20,000			20,000	
Pubblicità e inserzioni	465,150									34,000			34,000	
UtENZE: energia elettrica e acqua	470.100/200									35,000			35,000	
Banche dati	470,700							24,000					24,000	
<b>TOTALE COSTI INFRAGRUPPO</b>		0	4,319,824	380,051	529,667	567,810	5,718	5,698,673	883,143	130,732,091	1,733,295	14,222,071	159,072,343	

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:53:40

IMPRONTA: 846AB243DE95C4600674F941532CBF9078F89D415784564B894E5DD3B069C231  
78F89D415784564B894E5DD3B069C231B759D6FC77F4963F54AE0AF5F1FDF1DD  
B759D6FC77F4963F54AE0AF5F1FDF1DDF6F70B92D145F80572171E7895F49AB3  
F6F70B92D145F80572171E7895F49AB355B98ECF33FCD3D524EDF1EA527A0C22

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:58:49

IMPRONTA: 248D0088784F6AB3DF5D7FBB5CD3A721699449F568D25E08DCCDBF69AB1962FD  
699449F568D25E08DCCDBF69AB1962FD9AE8F93E9DC3A2612204588805538883  
9AE8F93E9DC3A26122045888055388830515F2DE02F49D95EC80F19CC3ACB12A  
0515F2DE02F49D95EC80F19CC3ACB12AF4F859F6CE070AD7ED3122BDB0D18F3A

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:16:16

IMPRONTA: 3B4D0E0D29729792CD754978E751887D6185D0A3037D3FFE6D6DF52EAE5F3BF5  
6185D0A3037D3FFE6D6DF52EAE5F3BF57150453BF934FCC3208744263F920244  
7150453BF934FCC3208744263F9202446955E6498D67AA17888CE614BFD2A76A  
6955E6498D67AA17888CE614BFD2A76A747DD63359D5F3FD84D0FC822A9054E9



## **Nota tecnica al Conto economico previsionale 2012**

L'impostazione del programma annuale di gestione per l'anno 2012 è stata sviluppata tenendo conto dei criteri seguiti dagli uffici regionali per la suddivisione delle risorse destinate al servizio sanitario, che come già avvenuto per l'esercizio precedente, sono state assegnate complessivamente a livello delle tre Aree Vaste Giuliano-Isontina, Udinese e Pordenonese, nel presupposto di successiva negoziazione ed intesa fra le Aziende facenti parte di ciascuna Area Vasta.

Le singole previsioni di ricavo e di costo sono state formulate in base agli elementi e valutazioni attualmente disponibili, seguendo le indicazioni diramate dalla Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali per la redazione dei PAL/PAO 2012 con nota n. 21080 dd. 22.11.2011, tenendo conto degli atti formali già adottati e considerando l'incidenza sulle singole voci di bilancio dei programmi aziendali di prevista attuazione.

Per le voci maggiormente significative si forniscono alcune considerazioni di analisi.

### **RICAVI**

#### **A) 1. Contributi d'esercizio**

Il finanziamento indistinto assegnato all'Area Vasta Giuliano-Isontina per l'anno 2012 ammonta ad € 751.152.278. Tale importo risulta pari al finanziamento dell'esercizio 2011 e a quello dell'anno 2010 (€ 758.938.459) dal quale era stato tolto e trasferito tra i contributi finalizzati l'importo di € 9.357.218 relativo alla quota di finanziamento destinata alla copertura degli oneri di conduzione del SISR, e al quale è stato aggiunto l'importo di € 1.571.037 (€ 162.000 per protocollo d'intesa Regione-Burlo ed € 1.409.037 per applicazione accordo privati - DGR 1912/08) in precedenza compreso fra le attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (sovraziendali).

Dal momento che il finanziamento per l'anno 2012 risulta sostanzialmente invariato rispetto a quello dei due esercizi precedenti, le quattro aziende dell'Area Vasta hanno concordato di ripartirlo in modo che le risorse reali attribuite alle varie aziende siano divise in maniera sovrapponibile agli anni precedenti compensando, a livello di ripartizione delle risorse complessive regionali, mediante l'iscrizione di un'apposita posta di "compensazione", la diversa valorizzazione 2012 dei tetti per le prestazioni di ricovero ed ambulatoriali infra Area vasta. Inoltre, l'art. 39 della Legge regionale 29 dicembre 2010, n. 22 prevede uno specifico finanziamento finalizzato ad attività di carattere regionale/nazionale proprie dell'IRCCS Burlo Garofolo pari ad € 193.331 che le altre tre Aziende di Area Vasta hanno deciso, in questa fase, di accollarsi in parti uguali.

Tutto ciò premesso, risulta che il contributo regionale per attività indistinta assegnato all'ASS1, iscritto al conto 600.100 "Quota capitaria" ammonta ad € 401.788.991, pari al corrispondente importo dell'esercizio precedente (€ 396.673.827), integrato dalla quota aggiuntiva di compensazione della diversa valorizzazione dei tetti per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali intra Area Vasta, pari ad € 5.115.164. Il totale, al netto del saldo delle partite di attrazione e fuga regionale determina un finanziamento pari ad € 244.622.404.

## **COSTI**

### **B) 2. Acquisti di servizi**

Relativamente ai costi per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali da strutture regionali pubbliche, iscritti ai conti 335.100.10 e 335.200.10, si precisa che, per l'esercizio 2012 sono state mantenute le regole introdotte nell'esercizio precedente, prevedendo, in linea generale, i tetti delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriale fissi, tranne per quelle prestazioni specificatamente elencate. Per queste ultime si possono presentare le due seguenti ipotesi: 1) per quanto riguarda la mobilità extra Area Vasta, le prestazioni saranno rideterminate a consuntivo applicando le tariffe in vigore e l'eventuale differenza di costo rispetto all'esercizio 2011 farà carico al bilancio dell'azienda di appartenenza degli assistiti beneficiari delle prestazioni; 2) le prestazioni specificatamente elencate erogate a favore di assistiti residenti nell'Area vasta saranno remunerate per la differenza di attività rilevata nell'esercizio 2012 rispetto al 2011 direttamente dalla Regione all'azienda erogatrice.

Le prestazioni di diagnostica PET saranno valorizzate a tariffa specialistica ambulatoriale in vigore e saranno oggetto di compensazione da parte della Regione come negli esercizi precedenti.

Per quanto concerne i costi per le medesime prestazioni da strutture private, previsti ai conti 345.100 e 345.200, il dato di previsione 2012 conferma il budget di Area Vasta (€ 35.599.547) indicato nell'accordo 2010-2012 approvato dalla Giunta regionale con DGR 2051/2010 che comprende l'incremento disposto dalle DGR 1912/2008 pari ad € 1.409.037, coperto da una quota di contributo regionale ormai ricompresa nel finanziamento indistinto (vedi sopra). Tale budget risulta ulteriormente incrementato dell'importo di € 464.490 stabilito dalla DGR 802/2010 concernente gli accordi connessi a prestazioni critiche e dell'importo di € 162.000 finalizzato all'attuazione della L.R. 7/2009 (liste d'attesa), entrambe finanziati da specifiche quote di contributo regionale, iscritte tra i ricavi per spese sovraziondali.

Il notevole incremento dei costi registrato alla macrovoce "Rimborso, assegni, contributi ed altri servizi" rispetto alla stima dell'esercizio in chiusura, risulta quasi totalmente ascrivibile all'aumento delle attività sovraziondali assegnate in qualità di "gestore contabile" all'Azienda ed ai costi riferiti ai progetti per l'inserimento lavorativo di persone disoccupate prive di ammortizzatori sociali. Entrambe le voci di costo trovano una corrispondente voce di ricavo rispettivamente tra i "Contributi da Regione per attività d'interesse regionale" e i "Contributi da Regione per attività finalizzata".

## **PROVENTI ED ONERI FINANZIARI**

Tra i proventi finanziari è stato iscritto l'importo di € 600.000 per interessi attivi lordi previsti sui depositi eventualmente giacenti presso il tesoriere aziendale. Tra gli oneri finanziari è compreso l'importo di € 165.000 riferito alla ritenuta a titolo d'imposta sugli stessi interessi attivi.

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:53:53

IMPRONTA: 3C37EAF897940F0AC44CA42EBB1F70D33953D1B75B1FEB02BE15FA5504AC8DBC  
3953D1B75B1FEB02BE15FA5504AC8DBC7E2CA2F118FDCB809B7A7494857392F1  
7E2CA2F118FDCB809B7A7494857392F109A30ABF59B1AD5BC3F54F095F3A698C  
09A30ABF59B1AD5BC3F54F095F3A698C804A74CF6F3858E73F0B3B448CD5A593

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:59:03

IMPRONTA: B3771A771FD39A84615A35D279784235A6F2D05363D8B4A7A91B5F2D8283CC52  
A6F2D05363D8B4A7A91B5F2D8283CC529333C5D072B673337B862E13D276357F  
9333C5D072B673337B862E13D276357F1CEAAB26DB6C941B61E00BFFE671EBFA  
1CEAAB26DB6C941B61E00BFFE671EBFA131793E98D0ACE12FD35CA3B34733DA5

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:16:31

IMPRONTA: 50D7452A3F61FA7F47326984AAE2C31398AA28328AA1212AEF97FC8DD659442F  
98AA28328AA1212AEF97FC8DD659442F4B508B542ED65BB5167D67B1A479B4DF  
4B508B542ED65BB5167D67B1A479B4DF4B1F0C3C9FC8D66495C28547F05409C0  
4B1F0C3C9FC8D66495C28547F05409C0B0C5017553FC41BDFFB85121AC200C

Indicazioni per la compilazione:		
	Valori ammessi	Note
<b>Valore 2010</b>	Dato esclusivamente numerico	I dati presenti sono estratti dalle fonti dati regionali. Eventuali campi vuoti devono essere integrati a cura delle Programmazioni Aziendali. Non sono ammessi campi vuoti.
<b>Proiezione 2011</b>	Dato esclusivamente numerico	Inserire dato di previsione 2011, da calcolarsi sulla base dell'andamento previsto.
<b>Previsione 2012</b>	↑↑	Incremento previsto >+5%
	↑	Incremento previsto $+2,5\% \leq x \leq +5\%$
	=	Mantenimento $-2,5 < x < +2,5\%$
	↓	Decremento previsto $-2,5\% \leq x \leq -5\%$
	↓↓	Decremento previsto >-5%

**N.B. Laddove non diversamente esplicitato, i dati riguardano l'attività erogata (residenti e attrazione) con l'esclusione dei paganti in proprio.**

PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2012

Schema per Previsione dei volumi quantitativi

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro		TOTALE ASS1			totale AV TS GO			Totale AV UD			Totale AV PN			Totale AAVV		
Livello di assistenza - Funzione	Attività: Indicatori	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012
Tutela della collettività e dei singoli da rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro	N° complessivo di cantieri ispezionati	199	210	210												
	N° aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie	251	250	242												
	N° ore di formazione	246	270	270												
	N° persone formate	1.879	1.450	1.450												
	N° cantieri con verifiche periodiche su impianti di sollevamento	77	81	78												
Sanità pubblica veterinaria																
Igiene Alimenti Origine Animale	N° interventi di controllo ufficiale ai sensi del Piano Regionale (PQSA): ispezioni	500	587	587												
	N° interventi di controllo ufficiale ai sensi del Piano Regionale (PQSA): audit	1	3	3												
	Piani campionamento: N° campioni	110	152	100												
Sanità Animale	N° interventi di profilassi a tutela del patrimonio zootecnico e della salute umana (zoonosi): n° accessi in allevamento	48	52	52												
	N° interventi di controllo ufficiale ai sensi del Piano Regionale (PQSA)	12	12	12												
	Piani campionamento: N° campioni	420	425	425												
	N° interventi igiene urbana veterinaria	70	70	70												
Igiene Produzioni Zootecniche	N° interventi di controllo ufficiale ai sensi del Piano Regionale (PQSA)	12	12	12												
	Piani campionamento: N° campioni	14	16	16												
Tutela igienico sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale																
Tutela igienico sanitaria degli alimenti	Interventi di controllo ufficiale ai sensi del Piano Regionale (PQSA): N° ispezioni	827	700	700												
	N° interventi di controllo ufficiale ai sensi del Piano Regionale (PQSA): audit	6	7	6												
	Piani campionamento: N° campioni	164	90	90												
Sorveglianza e prevenzione nutrizionale	N° interventi di consulenza e sorveglianza nutrizionale	153	63	73												
	N° interventi di formazione/informazione	94	42	40												
Attività di prevenzione rivolte alla persona e profilassi delle malattie infettive e parassitarie	% Copertura anti-influenzale (pop > 65anni)	60.0 %	56.3 %	55.0 %												
	% Copertura vaccinale esavalente: III dose 24 mesi	94.2 %	94.5 %	95.0 %												
	% Copertura vaccinale MPR: I dose coorte target	89.0 %	88.4 %	90.0 %												
	% Copertura vaccinale MPR: II dose coorte target	84.3 %	83.8 %	85.0 %												
Medicina legale	N° visite Commissioni per riconoscimenti invalidità civile	4,910	4,431	4,500												
	di cui N° visite per riconoscimento di handicap	2,806	2,986	3,000												

PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2012

Schema per Previsione dei volumi quantitativi

Livello di assistenza distrettuale territoriale		TOTALE ASS1			totale AV TS GO			Totale AV UD			Totale AV PN			Totale AAVV		
Livello di assistenza - Funzione	Attività: Indicatori	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012
Assistenza sanitaria di base																
Medici di Medicina Generale (fonte dati SIASI)	N° Medici di Medicina Generale	202	205	206	314			434			229			977		
	Minuti di ambulatorio/anno per assistito	46	46	46												
	APD: Utenti	1,374	1,422	1,471	2,503			4,381			2,106			8,990		
	APD: Accessi	10,892	10,037	9,250	20,906			48,485			25,801			95,192		
	ADI: Utenti	399	382	366	1,050			940			662			2,652		
	ADI: Accessi	2,871	2,500	2,176	8,009			13,884			9,399			31,292		
Pediatri di Libera Scelta (fonte dati SIASI)	N° Pediatri di Libera Scelta	23	22	23	41			54			36			131		
	Minuti di ambulatorio/anno per assistito	50	46	46												
Guardia medica	N° Medici	16	16	16												
	Contatti effettuati	24,650	26,000	24,895												
	Ricoveri prescritti	2,003	1,800	1,982												
Assistenza farmaceutica convenzionata e integrativa (fonte dati: LiqEuro)	Prescrizioni Assistenza farmaceutica (N° ricette)	2,372,328	2,399,305	2,408,113	3,729,876			4,760,641			2,662,660			11,153,177		
	Prescrizioni AFIR (N° ricette)	104,079	103,466	103,984	148,440			151,072			91,920			391,432		
Assistenza territoriale (fonte dati SIASI)	N° utenti UVD	5,945	5,900	5,900	9,922			6,396			3,788			20,106		
	N° valutazioni effettuate dall'UVD	13,564	15,482	15,500	26,515			8,802			5,242			40,559		
Infermieristica Domiciliare (SID) (fonte dati portale SSISSR)	N° utenti	8,235	7,080	7,080	11,247			16,022			7,789			35,058		
	N° accessi	130,051	114,387	114,387	171,591			278,187			115,622			565,400		
Riabilitativa Domiciliare (SRD) (fonte dati portale SSISSR)	N° utenti	2,264	1,967	1,967	3,109			5,745			2,592			11,446		
	N° accessi	12,061	9,086	9,086	16,388			28,644			8,569			53,601		
Attività consultorio familiare	N° visite domiciliari	465	460	460												
Assistenza residenziale																
RSA (fonte dati portale SSISSR)	N° strutture	4	4	4	7			10			6			23		
	N° posti letto al 31 dicembre	229	229	229	329			295			159			783		
	N° ammissioni nel periodo	2,781	2,722	2,769	3,962			3,750			1,837			9,549		
	N° dimissioni nel periodo	2,695	2,636	2,683	3,950			3,754			1,832			9,536		
	giornate di degenza	80,425	79,904	79,425	115,307			90,186			46,553			252,046		
Hospice (fonte dati portale SSISSR)	N° strutture	1	1	1	3			4			2			10		
	N° posti letto al 31 dicembre	20	20	20	30			27			22			79		
	N° ammissioni nel periodo	348	400	400	509			139			203			851		
	N° dimissioni nel periodo	350	402	402	513			128			204			845		
	giornate di degenza	5,945	5,565	5,565	9,004			2,641			2,479			14,124		
Assistenza psichiatrica																
Territoriale domicilio ambulatoriale (fonte dati portale SSISSR)	Totale contatti	101,029	101,029	101,029	140,743			176,904			60,611			378,258		
	Totale interventi	144,996	144,996	144,996	199,700			265,475			74,567			539,742		
	Totale utenti	4,734	4,734	4,734	6,903			8,403			5,117			20,423		
Centri diurni / Day Hospital (fonte dati portale SSISSR)	N° utenti	459	459	459	607			954			157			1,718		
	N° presenze	n.p.	n.p.	n.p.	1,064			607			203			1,874		
	giornate di degenza	12,614	12,614	12,614	22,105			51,925			5,587			79,617		
CSM 24 h (ospitalità diurno/notturna) (fonte dati portale SSISSR)	N° di strutture	4	4	4	6			5			3			14		
	N° posti letto	26	26	26	44			39			22			105		
	N° Utenti	434	434	434	507			382			137			1,026		
	N° presenze	914	914	914	1,064			607			203			1,874		
	giornate di degenza	8,897	8,897	8,897	13,746			13,392			5,911			33,049		
Residenziale con presenza di personale (fonte dati portale SSISSR)	N° residenze	10	10	10	11			36			11			58		
	N° posti letto	53	53	53	70			178			70			318		
	N° Utenti	67	67	67	78			277			65			420		
	N. presenze	250	250	250	261			1,995			89			2,345		
	giornate di degenza	17,879	17,879	17,879	21,894			63,375			16,544			101,813		
SOPDC Servizio Ospedaliero Psichiatrico di diagnosi e cura (fonte dati portale SSISSR)	N° Utenti	808	808	808	808			273			206			1,287		
	N° posti letto	6	6	6	6			15			15			36		
	N° ammissioni nel periodo	1,883	1,883	1,883	1,883			368			299			2,550		
	N° dimissioni nel periodo															
	giornate di degenza	2,457	2,457	2,457	2,457			4,838			4,239			11,534		

PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2012

Schema per Previsione dei volumi quantitativi

Livello di assistenza Ospedaliera		TOTALE ASS1			totale AV TS GO			Totale AV UD			Totale AV PN			Totale AAVV		
Livello di assistenza - Funzione	Attività: Indicatori	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012	Valore 2010	Proiezione 2011	Previsione 2012
Domanda (solo ASS, totale ricoveri per soli residenti) (fonte dati portale SSISSR)	Tasso di ospedalizzazione dei residenti (x 1.000 abitanti)	166,8	165,4	164,8										-		
	Ricoveri ordinari totali	29.586	29.887	30.190	49.058			60.950			34.562			144.570		
	Ricoveri in day hospital totali	7.598	6.485	5.536	13.348			20.830			10.643			44.821		
	Ricoveri ordinari per DRG di tipo medico	18.968	19.149	19.332	31.278			37.560			20.807			89.645		
	Ricoveri in day hospital per DRG di tipo medico	3.476	2.595	1.937	5.618			8.052			4.062			17.732		
	Ricoveri ordinari per DRG di tipo chirurgico	10.880	10.733	10.589	17.768			23.368			13.742			54.878		
	Ricoveri in day hospital per DRG di tipo chirurgico	4.119	3.884	3.662	7.725			12.777			6.574			27.076		
Offerta (fonte dati portale SSISSR)	N° Ospedali pubblici	1	1	1	4			7			5			16		
	N° Posti letto ospedali pubblici al 31 dicembre	6	6	6	1.441			2.050			1.017			4.508		
	N° Case di cura private	3	3	3	3			2			1			6		
	N° Posti letto case di cura private al 31 dicembre	311	311	311	323			159			258			740		
Emergenza sanitaria 118	N° Missioni	33.775	33.085	33.000												
Pronto Soccorso (fonte dati portale SSISSR)	N° accessi in PS generale	5.344	5.286	5.300	155.452			205.302			110.861			471.615		
	di cui N° accessi in PS pediatrico	0	0	0	21.219			16.419			11.222			48.860		
Lungodegenza e post acuti	N° Strutture	0	0	0	3			5			1					
	N° posti letto al 31 dicembre	0	0	0	28			70			19					
	N° dimissioni nel periodo	0	0	0	660			1.119			347					
	Giornate di degenza	0	0	0												
Piano Sangue (Valori su base dipartimentale solo per le AOU e AO)	N° unità sangue intero	0	0	0												
	N° unità plasma da aferesi	0	0	0												
	Distribuzione totale emazie (unità)	0	0	0												
	Emazie cedute per compensazione nazionale (unità)	0	0	0												
	Plasma (litri) per lavorazione industriale	0	0	0												
Trapianto di organi e tessuti	N° di trapianti eseguiti	0	0	0												

Small table with multiple columns and rows, possibly a data table or a small grid.





# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:54:05

IMPRONTA: 545E51729CB87B7D649C8869F73AAE4B013F8A2A28C7352F0901F6756E1F3FC8  
013F8A2A28C7352F0901F6756E1F3FC85CC2A1B875CBFDCFD1E327C34FE1D40B  
5CC2A1B875CBFDCFD1E327C34FE1D40BAE30D90CE228853C61CB5A8A6F038B59  
AE30D90CE228853C61CB5A8A6F038B5935A6D6234277BA4E3D9B7A16BF3773AA

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:59:42

IMPRONTA: B39AD656A749333FEB1521C35924E696C2A1419592A317A4A197037904CE5534  
C2A1419592A317A4A197037904CE5534B01FAC636ACB88C5F20B6BC3CAC12483  
B01FAC636ACB88C5F20B6BC3CAC124837BCC8E041DEA7A8DFD9C82A9685E1FBA  
7BCC8E041DEA7A8DFD9C82A9685E1FBA2F4610874759ED525F7D420DD96C5933

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:16:46

IMPRONTA: 8072CB1A4FBEAD78C879FD7100E9D64F18339D2E49151426F5D8DB347750674F  
18339D2E49151426F5D8DB347750674F771D22E6B6E69EF645195EA47BF88F6B  
771D22E6B6E69EF645195EA47BF88F6B7E891C9E2BD8ACE3D1A010D91F893AB3  
7E891C9E2BD8ACE3D1A010D91F893AB369665DCDFCC8C1049A0244AAB159DF06

**COMPARTO**  
**Fondo provvisorio**  
**per le competenze accessorie**  
**- ex art. 29 CCNL 19.04.2004**  
**(esercizio 2012)**

FONDI CCNL '99-'01	2012	voci	esercizio 2012 provvisorio
fondo storico	310,634.30		
variazioni 2000	12,522.65		
variazioni (del. n. 329 dd. 15.07.2002)	5,848.99		
variazioni 2003 (del. n. 10 dd. 21.1.2004)	13,771.66		
<b>trasferimenti ad altri fondi:</b>			
65 ore posizioni organizzative 2001 (accordo dd. 13.11.2002) art. 39, c.5 CCNL '99	-19,242.58		
65 ore posizioni organizzative 2003 art. 39, c.5 CCNL '99	-8,795.33		
65 ore posizioni organizzative 2006 art. 39, c.5 CCNL '99	-4,498.00		
65 ore posizioni organizzative 2011 art. 39, c.5 CCNL '99	-3,871.40		
alla classificazione	-103,291.38		
alla produttività collettiva	-10,329.14		
trasferimento dal fondo della produttività collettiva	<b>10,329.14</b>		
<b>fondo straordinari</b>	<b>203,078.91</b>	fondo straordinari	203,078.91
fondo storico	470,949.89		
trasferimenti da produttività	25,000.00		
variazioni 2000	27,541.37		
variazioni 2002	14,026.45		
variazioni delib. 10/04	69,688.25		
<b>fondo accessorie</b>	<b>607,205.95</b>	fondo indenn. accessorie	607,205.95
		<b>fondo storico, ex art. 38 CCNL '99</b>	<b>810,284.86</b>
		incrementi ex CCNL 19.04.2004	
		art. 29, c. 2 per notti e feste	81,760.08
		art. 29, c. 3 solo per 2002, 1,15€	-
		art. 29, c. 4 (art. 26 A.D.I.)	27,536.88
		art. 29, c. 4 (art. 27 SERT)	1,701.12
		art. 33, c. 2, lett. C (SERT)	5,405.63
		<b>PRIMO TOTALE FONDO</b>	<b>926,688.58</b>
		finanziam.regionale ADI	213,963.12
		INCREMENTI PER DOTAZ.ORGANICHE	8,408.39
		adeguamento fondo 2006-2007ex del 602/2007	45,377.23
		quota annua trasf.pers118 accordo dd.13.07.2007	190,144.55
		<b>PRIMO FONDO</b>	<b>1,384,581.87</b>
		<b>FONDO RISULTANTE</b>	<b>1,384,581.87</b>
		adeguamento per incremento forza (del. 528/2010)	65,623.80
		<b>NUOVO FONDO RISULTANTE</b>	<b>1,450,205.67</b>
		RIDUZIONI L. 122/2010	-
		<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>	<b>1,450,205.67</b>
		fondo per calcoli l. 122/10	1,450,205.67
		fondo 2010 ex accordo dd. 15.11.2011 al netto incremento per campagna vaccinale	1,454,077.07

**COMPARTO**  
**Fondo provvisorio**  
**per la classificazione del personale**  
**- ex art. 31 CCNL 19.04.2004 -**  
**(esercizio 2012)**

voci	esercizio 2012 provvisorio
fondo concordato	1,560,944.32
pro rata 2002 art. 40 CCNL '99 (da togliere per ricostruzione fondo)	-6,135.51
nuovo fondo concordato (applicazione art. 40 CCNL '99 fino a 31.12.05)	<u>1,554,808.81</u>
quota intera 2002	14,068.29
pro rata 2003	
quota intera 2003	17,229.00
pro rata 2004	
quota intera 2004	15,431.73
pro rata 2005	
quota intera 2005	16,485.30
pro rata 2006	
quota intera 2006	11,775.21
pro rata 2007	
quota intera 2007	17,352.94
corrispettivo 65 ore posizioni organizzative 2001 (art. 39, c.5 CCNL '99)	19,242.58
corrispettivo 65 ore posizioni organizzative 2003 (art. 39, c.5 CCNL '99)	8,795.33
corrispettivo 65 ore posizioni organizzative 2006 (art. 39, c.5 CCNL '99)	4,498.00
corrispettivo 65 ore posizioni organizzative 2006 (art. 39, c.5 CCNL '99) dal 2011	3,871.40
variazioni da CCNL 20.9.2001	
increment. 0,4% m.s.1999	66,101.87
trasf. 1,2% m.s.1999	198,305.60
increment. pro capite	71,060.34
r.i.a. cessati 2000	47,573.99
r.i.a. cessati 2001	27,001.32
r.i.a. cessati 2002	21,935.25
r.i.a. cessati 2003	11,510.55
r.i.a. cessati 2004	33,889.95
r.i.a. cessati 2005	14,404.99
r.i.a. cessati 2006	38,161.42
r.i.a. cessati 2007	34,619.13
r.i.a. cessati 2008	29,420.58
r.i.a. cessati 2009	21,709.31
r.i.a. cessati 2010	14,724.87
incremento dotazione organica	
dati 2002	21,076.07
dati 2003 pro rata	0.00
dati 2003 annui	101,954.87
coordinamenti	
accordo 13.11.2002	104,066.07
variazioni successive	20,141.82
trasferimenti a produttività 2002	
trasferimenti a produttività 2003	
<b>fondo storico, ex art. 39 CCNL '99</b>	<b><u>2,561,216.59</u></b>
art. 31 c. 3 - valore incremento fasce	40,103.31
art. 31 c. 4, lett. a 1 €2 per art. 18 i.g.	23,036.00
art. 31 c. 4, lett. a 2 €4,05 per art. 19 d amm.tecn.	46,647.90
art. 31 c. 4, lett. b (art. 32 risorse aggiuntive ulteriori 133,90€)	96,635.40
art. 31 c. 5, lett.a = art. 33, c. 1, diff. 0,4%su m.s.2001	
art. 31 c. 5, lett.a = art. 33, c. 1, diff.1,2%su m.s.2001	
art. 31 c. 5, lett. b indenn.profess.specifica	28,921.76
art. 31 c. 5, lett. C passaggi D DS Art. 19 b, c	
art. 33 c. 2, lett. A quota 0,12% per art. 28 pass. B BS	
art. 33 c. 2, lett. B quota 0,17% passaggi D DS Art. 19 b, c	30,631.91
<b>totale incrementi ex CCNL 19.04.2004</b>	<b><u>265,976.28</u></b>
<b>CONTRATTI SUCCESSIVI</b>	
incrementi da CIA '05	63,630.53
applicazione art. 5, c. 2 CCNL 5.06.2006 (adeguam. per nuovo val.fasce)	67,746.03
risorse ex art. 6 CCNL 5.06.2006, dal 2006	64,604.20
<b>PRIMO FONDO RISULTANTE</b>	<b><u>3,023,173.63</u></b>
incremento per passaggio 118 (ex del. 602 dd. 05.10.2007)	126,067.50
risorse ex art. 10 CCNL dd. 10.04.2008 (per fasce)	78,956.93
<b>FONDO RISULTANTE POST CCNL DD. 10.04.2008</b>	<b><u>3,228,198.06</u></b>
applicazione art. 9, c. 2 CCNL 31.07.2009 (adeguam. per nuovo val.fasce)	54,570.88
<b>FONDO RISULTANTE POST CCNL DD. 31.07.2009</b>	<b><u>3,282,768.94</u></b>
adeguamento fondo per incremento forza (del.528/2010)	151,468.46
<b>NUOVO FONDO RISULTANTE</b>	<b><u>3,434,237.40</u></b>
RIDUZIONI L. 122/2010	-
<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>	<b><u>3,434,237.40</u></b>
fondo per calcoli l. 122/10	2,665,437.40
fondo 2010 ex accordo dd. 15.11.2011	3,350,366.00
riduzioni ex art. 9, c.2 bis L.122/2010 (accordo dd. 15.11.2011)	
indennità tabellari	1,055,000.00
progressione orizzontale	1,595,437.40
riserva	15,000.00

Oggetto	Dati parziali	totali
fondo storico iniziale	322,919.79	
dotazione organica del. 329/02 e del. 10/04	58,415.57	
risorse regionali 5.3.01 tab. B - storicizzata	92,948.82	
trasferimento 15% art. 39, c. 4 a, CCNL '99	-48,437.98	
quota annua fondo storico consolidato da AOU TS (accordo dd. 13/07/2007)	33,308.93	
adeguamento fondo per incremento forza (delibera 528 dd.29/12/2010)	31,234.46	
risorse ex art. 32 CCNL '04 quota su 133,90€	22,000.00	
risorse ex art. 6 CCNL biennio 2004/2005 dd. 05.06.2006	67,000.00	
quota da AOU TS incremento ex art. 6 CCNL 2006 (accordo dd. 13/07/2007)	6,311.63	
<b>totale fondo storico consolidato</b>		<b>585,701.22</b>
risorse regionali incentivi lavoro notturno-festivo/turno/OTA-OSS/tutor	348,000.00	
risorse regionali	454,146.38	
<b>totale risorse regionali 2011</b>		<b>802,146.38</b>
trasferimenti ad altri fondi (a fondo accessorie per effetto dell'accordo dd. 12.02.2004 -a decorrere dall'esercizio 2004)	-25,000.00	
<b>totale trasferimenti</b>		<b>-25,000.00</b>
libera professione - fondo comune 2011		
altri fondi comuni da attiv. a pagamento 2011		
Applicazione art.43 L.449/97 (Convenzioni varie)		
<b>altri finanziamenti</b>		<b>0.00</b>
<b>residui fondi esercizio 2011</b>		
fondo art. 29		
fondo art. 31		
<b>Totale residui esercizio 2011</b>		<b>0.00</b>
quota 1% m.s. su consuntivo '01 (art. 30, c.3, lett.c CCNL 04)	180,187.69	
quota da AOU TS 1% monte salari 2001 - ex art. 30, c.3, lett.c) CCNL 2004 (accordo dd. 13/07/2007)	9,828.47	
<b>monte salari (correlato al pareggio di bilancio)</b>		<b>190,016.16</b>
<b>FONDO 2012 PROVVISORIO</b>		<b>1,552,863.76</b>
RIDUZIONI L. 122/2010		-
<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>		<b>1,552,863.76</b>
fondo per calcoli l. 122/10		750,717.38
fondo consolidato 2012		585,701.22
fondo consolidato 2010		585,701.22

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:54:17

IMPRONTA: 43C9A7A35CCB8A67A58B35F1746F75B477C4E757D8F0725ADAC7171B21C55D65  
77C4E757D8F0725ADAC7171B21C55D651F00AB610FB17B7E027AF63F6DE5CF8D  
1F00AB610FB17B7E027AF63F6DE5CF8D9CBC9A2ABC8B99E77AB04759E8979F68  
9CBC9A2ABC8B99E77AB04759E8979F687990ACA17E11A8CFC6976FFAE83133DA

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:59:56

IMPRONTA: 779F1F825DE8FD0E3A3F6B8AE0671E110B8EC7FADE2F69007B3776DBB3852D0D  
0B8EC7FADE2F69007B3776DBB3852D0D0952265E04BF8E2AC5E1EA085979835D  
0952265E04BF8E2AC5E1EA085979835DED73C12E6B04490567F94577B11136D5  
ED73C12E6B04490567F94577B11136D5FE0E6749484A60573AB02B4B0870589A

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:17:01

IMPRONTA: A5AFCFD6C84B18EC8CEE986992176771926B8423333DD6A1607A615E5A348AA5  
926B8423333DD6A1607A615E5A348AA58480E9A41913AE4BAA4A6CF96BFDDBC1E  
8480E9A41913AE4BAA4A6CF96BFDDBC1EC64318AB6C8F69CD3A745E44A72D50BD  
C64318AB6C8F69CD3A745E44A72D50BD4502137907E08E610DFD09C9F3F4712A

Fondo provvisorio  
Retribuzione di Risultato  
Dirigenza Medico Veterinaria  
**esercizio 2012**

componenti	esercizio 2012
fondo storico produttività	340,103.55
fondo storico prestazione individuale	6,263.18
risorse aggiuntive regionali tab. B	133,113.66
trasferimenti al fondo retribuzione di posizione ex art. 10, punti 1 e 2, C.I.A. '03, dal 2001	-293,479.22
trasferimenti al fondo retribuzione di posizione ex art. 10, punto 4, C.I.A. '03, dal 2001	-46,481.12
riduzione art. 47, c. 6 CCNL 8.6.2000	-15,560.86
riduzione art. 41 CCNL 03/11/2005	-131,995.44
incremento organico 2002 e 2003, anche per PASSAGGIO VI MEDICA	50,120.64
incremento ex art. 12, c. 3 CCNL 05/07/2006	18,171.92
adeguamento per effetto incremento dotazione organica (del.110/2009) dall'esercizio 2007	5,850.13
<b>art. 11, c. 1 CCNL 06/05/2010:</b> incremento ex art. 26 c. 2, secondo alinea CCNL 17/10/2008	22,722.14
<b>art. 11, c.2 CCNL 06/05/2010:</b> incremento € 145,70 per dirigente in servizio al 31/12/2007 (a decorrere dal 01/01/2009)	16,172.70
<b>fondo storico consolidato</b>	<b>105,001.28</b>
risorse aggiuntive regionali 2011	268,431.49
altri trasferimenti ex CCNL	0.00
<b>residui esercizi precedenti</b>	
retribuzione di posizione esercizio 2011	
competenze accessorie 2011	
<b>totale residui esercizi precedenti</b>	<b>0.00</b>
quota 1% monte salari 1997 (art. 52, c.5, lett. b CCNL dd. 08.06.2000)	32,787.66
<b>PRIMO FONDO RISULTANTE PROVVISORIO</b>	<b>406,220.43</b>
più, con riparto specifico:	
quota da libera professione 2011	
RIDUZIONI L. 122/2010	-2,915.46
<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>	<b>403,304.97</b>
fondo per calcoli l. 122/10	137,788.94
fondo consolidato 2010 ex accordo dd. 14.11.2011	105,001.29

Fondo provvisorio  
retribuzione posizione  
dirigenza medica e veterinaria  
(esercizio 2012)

RETRIBUZIONE DI POSIZIONE ANNO 2012 - DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA		€uro
Fondo 1999, compreso trasferim. P.O. e quota 16% da retribuzione di risultato		1,301,104.16
trasferimento ulteriore quota 16%, derivante dalle risorse finanziarie aggiuntive regionali		46,481.12
<i>Art. 50 comma 2 biennio 98 - 99: retribuzione di posizione di cui:</i>		
lett. a)	la decorrere dal 1 gennaio 1999 da una quota degli eventuali minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale, concordata in contrattazione integrativa, nel rispetto dei risparmi aziendali prestabiliti in sede di definiti	
lett. b)	la decorrere dal 31 dicembre 1999 da una quota pari al 1,6% del monte salari annuo della dirigenza medico veterinaria calcolato con riferimento al 31 dicembre 1997	79,070.66
lett. c)	risorse derivanti dal fondo dell'art. 51 in presenza di stabile modifica e razionalizzazione dell'organizzazione dei servizi - anche a parità di organico	0.00
lett. d)	dagli assegni personali di cui agli artt. 38, 43 commi 2 e 3	68,497.68
comma 7	riduzione importi art. 47, c.6	-7,267.29
<i>Art. 53 biennio 98 - 99: retribuzione di posizione di cui:</i>		
comma 1	finanziamento per incremento dotazione organica: PASSAGGIO DELLA VI MEDICA DA AOTS	119,693.99
comma 1	finanziamento per ulteriore incremento dotazione organica	15,565.15
comma 1	adeguamento ex delibera 110/2009 dall'esercizio 2007	28,403.75
comma 1	adeguamento ex delibera 110/2009 dall'esercizio 2007	129,383.50
comma 1	adeguamento ex delibera 224/2011 dall'esercizio 2010	192,119.32
<i>Art. 9 comma 2 biennio 00-01: retribuzione di posizione di cui:</i>		
lett. a)	la decorrere dal 1 luglio 2000 di una quota, in ragione d'anno, pari allo 0,6% del monte salari annuo della dirigenza medico - veterinaria, calcolato con riferimento al 31 dicembre 1999	29,493.78
lett. b)	la decorrere dal 1 luglio 2001 di una quota, in ragione d'anno, pari 0,5% del monte salari annuo calcolato con riferimento al 31 dicembre 1999	24,578.15
lett. c)	la decorrere dal 1 luglio 2000 dalle risorse relative allo specifico trattamento economico di cui all'art. 47 comma 3.	0.00
comma 3	la decorrere dal 1 febbraio 2001 di una quota delle risorse derivanti dai risparmi sulla retribuzione individuale di anzianità dei dirigenti cessati dal servizio	294,241.02
<i>Art. 37 CCNL 10.02.2004</i>		
comma 1	la decorrere dal 1.01.2001, in ragione d'anno, il fondo è incrementato di una quota pari allo 0,32% del m.s. annuo calcolato al 31 dicembre 1999	15,219.48
<i>Artt. 37 - 40 CCNL 03/11/2005 (biennio 2002-2003)</i>		
comma 5	la decorrere dal 1 gennaio 2002 delle somme corrispondenti ai singoli incrementi spettanti a ciascun dirigente in relazione alle specifiche posizioni, moltiplicati per il numero degli stessi.	64,947.57
comma 5	la decorrere dal 1 gennaio 2003 delle somme corrispondenti ai singoli incrementi spettanti a ciascun dirigente in relazione alle specifiche posizioni, moltiplicati per il numero degli stessi.	106,671.93
<i>Art. 41 CCNL 03/11/2005 (biennio 2002-2003)</i>		
commi 2 e 3 secondo alinea	la decorrere dal 31 dicembre 2003, per € 5.806,93 e € 4.746,31, delle corrispondenti riduzioni in misura pro capite	-601,746.52
<i>Art. 5,6 CCNL 05/07/2006 (biennio 2004-2005)</i>		
comma 8	Rideterminazione della retribuzione di posizione minima unificata	73,167.68
<i>Art. 10 CCNL 05/07/2006 (biennio 2004-2005)</i>		
comma 4	la decorrere dal 31 dicembre 2005, €3,00 per 13 mensilità, per dirigente in servizio al 31.12.2003	3,939.00
<i>Art. 11 CCNL 05/07/2006 (biennio 2004-2005)</i>		
commi 6 e 7	risorse trasferite dal fondo per il trattamento accessorio dall'esercizio 2007 per la retribuzione di posizione variabile aziendale.	36,488.27
<i>Art. 24 CCNL 17/10/2008 (biennio 2006-2007)</i>		
comma 2	incremento ex artt. 20 e 21 a decorrere dall'1 gennaio 2007	114,731.62
<i>Art. 9 CCNL 06/05/2010 (biennio 2008-2009)</i>		
comma 2	incremento ex artt. 5 e 6 a decorrere dall'1 gennaio 2009	37,426.95
comma 3	a decorrere dal 01 gennaio 2009 € 215,80 annui per dirigente in servizio al 31 dicembre 2007	23,953.80
<b>FONDO 2012 PROVVISORIO</b>		<b>2,196,164.77</b>
RIDUZIONI L. 122/2010		-46,468.33
<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>		<b>2,149,696.44</b>
fondo per calcoli l. 122/10		2,196,164.77
fondo 2010		2,196,164.76



Fondo provvisorio trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro.  
Dirigenza Medica/Veterinaria  
- esercizio 2012 -

<b>Componenti</b>	<b>Esercizio 2012</b>
fondo storico	75,919.14
finanziamento per incremento dotazione organica: PASSAGGIO DELLA VI MEDICA DA AOTS quota annuale(accordo dd. 03/05/2004)	1,742.41
<b>PRIMO FONDO RISULTANTE</b>	<b>77,661.55</b>
incremento ex art. 55, comma 3 CCNL 03/11/2005	18,149.76
incremento MEDICI ex art. 11, c.2, I alinea CCNL 05/07/2006	16,254.94
incremento MEDICI ex art. 11, c.2, II alinea CCNL 05/07/2006	49,618.27
risorse in detrazione MEDICI ex art. 8, c. 4 CCNL 05/07/2006	-10,222.50
incremento VETERINARI ex art. 11, c.4, I alinea CCNL 05/07/2006	643.76
<b>SECONDO FONDO RISULTANTE</b>	<b>152,105.78</b>
applicazione art. 11, c. 6 e 7 CCNL 05/07/2006 dal 2007. Risorse trasferite al fondo della posizione dal 2007	-36,488.27
<b>TERZO FONDO RISULTANTE</b>	<b>115,617.51</b>
<b>applicazione art. 10, c.1 CCNL 06/05/2010:</b> consolida incremento ex art. 25, comma 2, secondo alinea CCNL dd. 17/10/2008 (€ 138,98 per dirig. Med.vet. 31/12/2005 per l'anno 2008)	15,148.82
<b>FONDO RISULTANTE</b>	<b>130,766.33</b>
RIDUZIONI L. 122/2010	-
<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>	<b>130,766.33</b>
fondo per calcoli l. 122/10	130,766.33
fondo 2010 in fase di deliberazione	130,766.33

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:54:29

IMPRONTA: 47D4C71ACFFEC9A635F9B0642F2D74574AAD1A33948BFA87CC759D3B3AE93F68  
4AAD1A33948BFA87CC759D3B3AE93F682B71292A92191BA29E8372CFEC3E5C02  
2B71292A92191BA29E8372CFEC3E5C02CE1B24A24BC6BB67457D846C9F98BE3A  
CE1B24A24BC6BB67457D846C9F98BE3A2D7315788F9D45729BE90A4572B0F538

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:00:10

IMPRONTA: 0C6F94CAB056CFAD0E1C4792BCD85F3B3209ACA7729BF47F0C61DFF2316669DB  
3209ACA7729BF47F0C61DFF2316669DB018CD9ADED2BDFE105F7993BD790AD41  
018CD9ADED2BDFE105F7993BD790AD41B663E29550EEFDB355A60298862AA33F  
B663E29550EEFDB355A60298862AA33FFF52E0B0FDEDE79FCD604EC324CEC70

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:17:16

IMPRONTA: 2EB8C0F075AF9BD7DC2EB1CBD11AD284210596E5F96229CEE10BC872BC26BFDC  
210596E5F96229CEE10BC872BC26BFDC83D46DBA98BBFEA118822212AA97CC4C  
83D46DBA98BBFEA118822212AA97CC4C0E65D5C4FB7CABA6165DA8BDCE2BDB41  
0E65D5C4FB7CABA6165DA8BDCE2BDB41215DD748875FC45D0F58855C41BC9D04

<b>Componenti</b>	<b>Esercizio 2012</b>
fondo storico	21,421.08
incremento a decorrere dal 01/01/2003, per pronta disponibilità (ex art. 10, c. 6 cia dd.01/12/2003)	4,800.00
adeguamento quota intera per incremento dotazione organica es. 2000 e ss. (art. 11, c.2 cia dd. 01/12/2003)	1,350.00
incremento quota intera per istituzionalizzazione pronta disponibilità "C'entro per Poco" (art. 11 cia dd.01/12/2003)	5,681.50
<b>PRIMO FONDO RISULTANTE</b>	<b>33,252.58</b>
incremento ex art. 50, comma 3 CCNL 03/11/2005	4,577.76
incremento ex art. 10, c. 2 CCNL 05/07/2006	3,146.00
<b>SECONDO FONDO RISULTANTE</b>	<b>40,976.34</b>
applicazione art. 10, c.4 CCNL 05/07/2006. Risorse trasferite al fondo della posizione dirigenza sanitaria dal 2007	-10,000.00
<b>TERZO FONDO RISULTANTE</b>	<b>30,976.34</b>
<b>applicazione art.9, c.1 CCNL 06/05/2010:</b> incremento ex art. 26, c.2, secondo alinea CCNL 17/10/2008 (117,91 € per dirigente al 31/12/2005 per l'anno 2008)	7,310.42
<b>FONDO RISULTANTE</b>	<b>38,286.76</b>
RIDUZIONI L. 122/2010	-
<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>	<b>38,286.76</b>
fondo per calcoli l. 122/10	38,286.76
fondo 2010	38,286.76

RETRIBUZIONE DI POSIZIONE ANNO 2012 - DIRIGENZA RUOLI PTA		
quota storica (compresi trasferimenti)		€ 96,150.45
trasferimento ex art. 10, punto 3 - quota per dirigenza P.T.A		€ 2,734.37
<i>Art. 50 comma 2 biennio 98 - 99 di cui:</i>		
<b>lett. a)</b>	a decorrere dal 1 gennaio 1999 da una quota degli eventuali minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale	€ -
<b>lett. c)</b>	risorse derivanti dal fondo dell'art. 51 in presenza di stabile modifica e razionalizzazione dell'organizzazione dei servizi - anche a parità di organico. Le risorse sono attribuite al fondo tenuto conto del ruolo di provenienza dei dirigenti interessati	€ -
<i>Art. 50 comma 3 biennio 98 - 99 di cui:</i>		
<b>lett. a)</b>	a decorrere dal 31 dicembre 1999 una quota pari al 6% del minor importo del finanziamento a carico del pertinente capitolo di bilancio, derivante a parità di funzioni, dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale dirigenziale	€ -
<b>lett.b)</b>	maturato economico di cui all'art. 44, comma 2, lett. B) del CCNL 5.12.1996 dei dirigenti cessati dal servizio a decorrere dal 1 gennaio 1998	€ -
<b>lett.c)</b>	a decorrere dal 31 dicembre 1999 da una quota pari all'1,12% del monte salari annuo calcolato con riferimento al 31 dicembre 1997 del personale interessato	€ 5,627.25
<b>lett.d)</b>	l'importo annuo della retribuzione individuale di anzianità dei dirigenti comunque cessati dal servizio a decorrere dall'1 gennaio 1998, finalizzato all'applicazione dell'art. 42	€ 12,683.95
adeguamento quota intera per incremento dotazione organica es. 2000 e ss. (ex art. 11 cia dd.01/12/2003)		€ 17,903.84
adeguamento fondo ex delibera 112/2009		€ 95,833.55
adeguamento fondo ex delibera 112/2009		€ 24,090.45
adeguamento fondo ex delibera 224/2011		€ 23,105.19
<i>Art. 8 comma 3, biennio 00-01:</i>		
<b>lett a)</b>	risorse derivanti dal fondo dell'art. 9, comma 1, in presenza di stabile modifica e razionalizzazione dell'organizzazione dei servizi - anche a parità di organico. Le risorse sono attribuite al fondo tenuto conto del ruolo di provenienza del personale	€ -
<b>lett.b)</b>	del maturato economico di cui all'art. 44, comma 2, lett. B) del CCNL 5 dicembre 1996 dei dirigenti cessati dal servizio a decorrere dall'1 gennaio 2000	€ -
<b>lett. c)</b>	dell'importo annuo della retribuzione individuale di anzianità dei dirigenti comunque cessati dal servizio a decorrere dall'1 gennaio 2000	€ 10,497.28
<b>lett.a1)</b>	a decorrere dal 1 luglio 2000 di una quota, in ragione d'anno, pari allo 0,37% del monte salari annuo della dirigenza interessata, calcolato con riferimento al 31 dicembre 1999	€ 1,973.16
<b>lett.a1)</b>	a decorrere dal 1 luglio 2001 di una quota, in ragione d'anno, pari allo 0,35% del monte salari annuo della dirigenza interessata, calcolato con riferimento al 31 dicembre 1999	€ 1,866.51
<b>comma 4</b>	risorse regionali pari all'1,7% del m.s.	€ 8,310.40
<i>Art. 36 CCNL 10.02.2004</i>		
<b>comma 1</b>	a decorrere dal 1.01.2001, in ragione d'anno, il fondo è incrementato di una quota pari allo 0,15% del m.s. annuo calcolato al 31 dicembre 1999	812.86
<i>Art.39-40 comma 2 CCNL 03/11/2005, biennio 2002/2003:</i>		
<b>comma 5</b>	a decorrere dal 1 gennaio 2002, della somma corrispondente ai singoli incrementi spettanti a ciascun dirigente, in relazione alle specifiche posizioni moltiplicati, per il numero degli stessi.	€ 6,032.00
<i>Artt. 39 - 40 comma 3, CCNL 03/11/2005, biennio 2002/2003</i>		
<b>comma 5</b>	a decorrere dal 1 gennaio 2003, della somma corrispondente ai singoli incrementi spettanti a ciascun dirigente, in relazione alle specifiche posizioni moltiplicati, per il numero degli stessi.	€ 12,407.20
<i>Artt. 42- 43 CCNL 03/11/2005, biennio 2002/2003</i>		
<b>comma 2 e 3 secondo alinea</b>	a decorrere dal 31 dicembre 2003, per € 6.152,16, € 4.322, 64 ed € 4.658,83 delle corrispondenti riduzioni in misura pro capite.	-86,130.24
<i>Artt. 5.6, CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 8</b>	Rideterminazione della retribuzione di posizione minima unificata	17,106.82
<i>Art.9 CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 4</b>	a decorrere dal 31 dicembre 2005, per € 3,00 per 13 mensilità per dirigente in servizio al 31/12/2003	546.00
<i>Art.9 CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 5</b>	a decorrere dal 31 dicembre 2005, per € 3,00 per 13 mensilità per dirigente in servizio al 31/12/2003	546.00
<i>Art.25 CCNL 17/10/2008</i>		
<b>comma 2</b>	incrementi artt. 22 e 23	10,580.08
<i>Art. 8 CCNL 06/05/2010</i>		
<b>comma 2</b>	incrementi artt. 5 e 6	8,703.86
<b>TOTALE FONDO 2012 PROVVISORIO</b>		<b>€ 271,380.98</b>
RIDUZIONI L. 122/2010		€ -
<b>NUOVO FONDO 2011 PROVVISORIO</b>		<b>€ 271,380.98</b>
fondo per calcoli l. 122/10		€ 271,380.98
fondo 2010		€ 271,380.98

RETRIBUZIONE DI POSIZIONE ANNO 2012 - DIRIGENZA RUOLO SANITARIO		
quota storica (compresi trasferimenti) ex art 10, punti 1, 2, 4, 5		€ 276,140.65
trasferimento ex art. 10, punto 3 - quota per sanitari		€ 7,853.00
<b>QUOTA TRASFERITA AL FONDO DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE, ART. 52 CCNL '05</b>		-5,488.73
<i>Art. 50 comma 2 biennio 98 - 99 di cui:</i>		
<b>lett. a)</b>	a decorrere dal 1 gennaio 1999 da una quota degli eventuali minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale, concordata in contrattazione integrativa, nel rispetto dei risparmi aziendali prestabili in sede di definiti	€ -
<b>lett. b)</b>	a decorrere dal 31 dicembre 1999 da una quota pari al 0,94 % del monte salari dei dirigenti del ruolo sanitario calcolato con riferimento al 31 dicembre 1997, da accantonare per le finalità di cui all'art. 42.	€ 17,578.48
<b>lett. c)</b>	risorse derivanti dal fondo dell'art. 51 in presenza di stabile modifica e razionalizzazione dell'organizzazione dei servizi - anche a parità di organico. Le risorse sono attribuite al fondo tenuto conto del ruolo di provenienza del personale interessato	€ -
<b>lett.d)</b>	dagli assegni personali di cui agli artt. 39 che confluiscono nel fondo dei dirigenti sanitari	€ 6,837.89
<b>lett.e)</b>	l'importo annuo della retribuzione individuale di anzianità dei dirigenti comunque cessati dal servizio a decorrere dall'1 gennaio 1998, finalizzato all'applicazione dell'art. 42.	€ 3,185.16
riduzione ex art. 47 CCNL dd. 08/06/2000 biennio 1998-1999		-2,337.79
adeguamento quota intera per incremento dotazione organica es. 2000 e ss. (ex art. 11 cia dd. 01/12/2003)		€ 8,951.92
<i>Art. 53 biennio 98 - 99:</i>		
adeguamento fondo ex delibera 112/2009		€ 18,929.81
adeguamento fondo ex delibera 112/2009		€ 29,449.68
adeguamento fondo ex delibera 224/2011		€ 32,244.67
<i>Art. 8 comma 2, biennio 00-01:</i>		
<b>lett. a)</b>	a decorrere dall'1 gennaio 1999 da una quota degli eventuali minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale, concordata in contrattazione integrativa, nel rispetto dei risparmi aziendali prestabili in sede di definiti	€ -
<b>lett.b)</b>	risorse derivanti dal fondo dell'art. 9 in presenza di stabile modifica e razionalizzazione dell'organizzazione dei servizi - anche a parità di organico. Le risorse sono attribuite al fondo tenuto conto del ruolo di provenienza del personale interessato a	€ -
<b>lett.c)</b>	gli assegni personali di cui all'art. 39 che confluiscono nel fondo dei dirigenti sanitari	€ -
<b>lett. d)</b>	a decorrere dal 1 luglio 2000 dalle risorse relative allo specifico trattamento economico di cui all'art. 47, comma 3	€ -
<b>lett.a1)</b>	a decorrere dal 1 luglio 2000 di una quota, in ragione d'anno, pari allo 0,34% del monte salari annuo della dirigenza del ruolo sanitario, calcolato con riferimento al 31 dicembre 1999	€ 6,236.01
<b>lett.b1)</b>	a decorrere dal 1 luglio 2001 di una quota, in ragione d'anno, pari allo 0,31% del monte salari annuo della dirigenza del ruolo sanitario, calcolato con riferimento al 31 dicembre 1999.	€ 5,685.77
<b>lett.c1)</b>	a decorrere dal 1 luglio 2000 con le risorse di cui all'art. 47, commi 3 e 6 del CCNL stipulato in data 8.06.2000	€ -
<b>lett.d1)</b>	a decorrere dal 1 febbraio 2001 di una quota rappresentata dalle risorse derivanti dai risparmi sulla retribuzione individuale di anzianità dei dirigenti cessati dal servizio	€ 3,549.13
<b>comma 4</b>	risorse regionali pari all'1,7% m.s. (da 1.02.2001)	€ 31,180.04
<i>Art. 36 CCNL 10.02.2004</i>		
<b>comma 1</b>	a decorrere dal 1.01.2001, in ragione d'anno, il fondo è incrementato di una quota pari allo 0,15% del m.s. annuo calcolato al 31 dicembre 1999	2,795.66
<i>Artt. 37-38 commi 2,3 CCNL 03/11/2005, biennio 2002/2003</i>		
<b>comma 5</b>	a decorrere dal 1° gennaio 2002 della somma corrispondente ai singoli incrementi spettanti a ciascun dirigente in relazione alle specifiche posizioni moltiplicati per il numero degli stessi.	€ 13,781.32
<b>comma 5</b>	a decorrere dal 1° gennaio 2003 della somma corrispondente ai singoli incrementi spettanti a ciascun dirigente in relazione alle specifiche posizioni moltiplicati per il numero degli stessi.	€ 26,526.79
<i>Art. 41 CCNL 03/11/2005</i>		
<b>commi 2 e 3 secondo alinea</b>	a decorrere dal 31 dicembre 2003, per € 6.043.73 e € 4.359.91, delle corrispondenti riduzioni in misura pro capite	-238,682.28
<i>Artt. 3 CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 8</b>	Rideterminazione della retribuzione di posizione minima unificata	26,734.30
<i>Art.9 CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 4</b>	a decorrere dal 31 dicembre 2005, per € 3,00 per 13 mensilità per dirigente in servizio al 31/12/2003	1,638.00
<i>Art.9 CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 5</b>	a decorrere dal 31 dicembre 2005, per € 3,00 per 13 mensilità per dirigente in servizio al 31/12/2003	1,638.00
<i>Art.10 CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 4</b>	risorse trasferite dal fondo per il trattamento accessorio dall'esercizio 2007	10,000.00
<i>Art.25 CCNL 17/10/2008</i>		
<b>comma 2</b>	incrementi art. 20	18,143.13
<i>Art.8 CCNL 06/05/2010</i>		
<b>comma 2</b>	incrementi art. 3	7,830.26
<b>TOTALE FONDO 2012 PROVVISORIO</b>		<b>€ 310,400.87</b>
RIDUZIONI L. 122/2010		-€ 6,552.59
<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>		<b>€ 303,848.28</b>
fondo per calcoli l. 122/10		€ 310,400.87
fondo 2010		€ 310,400.87

Fondo provvisorio  
Retribuzione di Posizione  
DIRIGENTI PROFESSIONI SANITARIE  
(esercizio 2012)

RETRIBUZIONE DI POSIZIONE ANNO 2012 - DIRIGENZA PROFESSIONI SANITARIE		€uro
Fondo EX ARTT. 41 E 42, CCNL 10.02.2004 E ART. 52 CCNL 3.11.2005		5,488.73
<i>Artt. 3 CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 8</b>	Rideterminazione della retribuzione di posizione minima unificata	1,284.01
<i>Art.9 CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 4</b>	a decorrere dal 31 dicembre 2005, per € 3,00 per 13 mensilità per dirigente in servizio al 31/12/2003	39.00
<i>Art.9 CCNL 05/07/2006</i>		
<b>comma 5</b>	a decorrere dal 31 dicembre 2005, per € 3,00 per 13 mensilità per dirigente in servizio al 31/12/2003	39.00
<i>Art.25 CCNL 17/10/2008</i>		
<b>comma 2</b>	incremento del fondo per effetto dei valori previsti dall' art. 23.	1,241.37
<i>Art. 8 CCNL 06/05/2010</i>		
<b>comma 2</b>	incremento del fondo per effetto dei valori previsti dall' art. 6	2,390.18
<i>art. 53 CCNL 08/06/2000</i>		
	adeguamento fondo ex delibera 224/2011	23,883.94
	<b>FONDO 2012 PROVVISORIO</b>	<b>34,366.23</b>
	RIDUZIONI L. 122/2010	-
	<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>	<b>34,366.23</b>
	fondo per calcoli l. 122/10	34,366.23
	fondo 2010	34,366.23

Fondo provvisorio  
Retribuzione di Risultato  
Dirigenza S.P.T.A. e professioni sanitarie  
(art. 27 CCNL dd. 17/10/2008)  
**esercizio 2012**

componenti	esercizio 2012
fondo storico produttività	407,403.69
fondo storico prestazione individuale	4,045.14
trasferimenti al fondo retribuzione di posizione	-147,071.43
trasferimenti al fondo retribuzione di posizione ex art. 10, punto 3, C.I.A. '03, dal 2001	-10,587.37
trasferimenti al fondo competenze accessorie (ex art. 10, c.2, punto 6, cia dd.01.12.2003), dal 2003	-4,800.00
riduzione art. 47, c. 6 CCNL dd. 08/06/2000	-9,564.64
incremento dotazione organica, ex art. 53 a regime ex. art. 11 contratto int. az. dd. 1.12.2003	26,102.10
Riduzione artt. 41-43 CCNL 03/11/2005	-57,871.36
Riduzione per istituzione fondo dirigenti professioni sanitarie ex artt. 41 CCNL '04 e 52 CCNL '05 (tabella 21 contratto integrativo aziendale dd. 19/12/2007 dirigenti professioni sanitarie)	-3,608.60
fondo storico consolidato ex tabella 21 contratto integrativo aziendale dd. 19/12/2007 dirigenti professioni sanitarie	3,901.23
Incremento ex art. 11, comma 3 CCNL dd. 05/07/2006	13,384.28
adeguamento fondo ex del. 112/2009	22,492.95
<b>art. 10, c. 1 CCNL 06/05/2010:</b> incremento ex art. 27 CCNL 17/10/2008 dirigenza SPTA	10,792.73
<b>art. 10, c. 1 CCNL 06/05/2010:</b> incremento ex art. 27 CCNL 17/10/2008 dirigenza professioni sanitarie	176.93
<b>art. 10, c. 2 CCNL 06/05/2010:</b> incremento € 120,90 per dirigente in servizio al 31/12/2007 (a decorrere dal 01/01/2009)	7,374.90
<b>fondo storico consolidato</b>	<b>262,170.55</b>
risorse aggiuntive regionali 2011	161,911.06
<b>totale risorse aggiuntive esercizio 2011</b>	<b>161,911.06</b>
quota 1% monte salari 1997 (art. 52, comma 5, lett. B, CCNL dd. 08.06.2000, come confermato dall'art. 51, comma 2, primo alinea CCNL dd. 03.11.2005)	14,885.48
<b>Residui esercizi precedenti</b>	
residui fondo di posizione, esercizio 2011	
residui fondo accessorie - esercizio 2011	
<b>Totale residui</b>	<b>-</b>
quota derivante da attività libero professionale 2010 e sperimentazione (ex del.893/99)	
<b>PRIMO FONDO RISULTANTE</b>	<b>438,967.10</b>
RIDUZIONI L. 122/2010	-1,063.26
<b>NUOVO FONDO 2012 PROVVISORIO</b>	<b>437,903.83</b>
fondo per calcoli l. 122/10	277,056.04
fondo storico consolidato ex accordo dd. 14.11.2011	262,170.55

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:54:41

IMPRONTA: 63CDAF718CC0A645848E7847AC1D04FE97B4773BC6D65D1F84CBE150D2CC06FA  
97B4773BC6D65D1F84CBE150D2CC06FA85DC49C912735983F3703D6B7BDE67A8  
85DC49C912735983F3703D6B7BDE67A8D5B01F42D2945DB19A5308B56974A84D  
D5B01F42D2945DB19A5308B56974A84D6EDE42DF9C80BDDDB06741BA476F49B6D

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:00:25

IMPRONTA: 99FD8125379623048EAE87E79BE5AF54E938050DB7537BF3A401E60E55434614  
E938050DB7537BF3A401E60E554346142D28A84A202F6F3873A75565DA1E13CD  
2D28A84A202F6F3873A75565DA1E13CDA534FD72DFB4DF497742073D281769F4  
A534FD72DFB4DF497742073D281769F42952DEDBFE3C416791F25F5CFFB4F831

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:17:32

IMPRONTA: 475A5FED43B13AABABC40C69ADC4BAB17C9F18154D1EACEEADBF47A9DA70818E  
7C9F18154D1EACEEADBF47A9DA70818E04EB154171D866198F8A1CB8A94B15B2  
04EB154171D866198F8A1CB8A94B15B2264278C8E260535F701B1B13A4179C4F  
264278C8E260535F701B1B13A4179C4F9B56F4185B21846B1F2305D1B895E0C4



## PROPOSTA DI PIANO AZIENDALE DEGLI INVESTIMENTI 2012

A fronte di una disponibilità di € 949.400,00 si propone di destinare una quota di € 500.000,00 agli interventi edili-impiantistici e la quota residua di € 449.400,00 all'acquisto di attrezzature biomediche, informatiche e tecnico-economiche.

La somma destinata agli interventi edili, vista la modesta entità, sarà utilizzata interamente per l'esecuzione della manutenzione straordinaria e dell'adeguamento degli immobili alla prevenzione incendio con l'installazione di sistemi di rilevazione fumi, di idranti e nasp; con l'adeguamento delle vie di fuga e completamento della compartimentazioni.

L'entità della somma destinata agli acquisti di attrezzature risulta modesta rispetto alle richieste avanzate dalle strutture aziendali, pertanto si provvederà ad accogliere solo le richieste ritenute urgenti e indifferibili.

## PIANO INVESTIMENTI 2011 CONSOLIDATO

La somma, consolidata, disponibile per investimenti nel 2011 come indicato nella scheda sintetica, è pari ad € 1.479.500,00. Di tale somma 819.000,00 euro sono stati destinati agli interventi edili impiantistici e 660.500,00 euro agli acquisti di attrezzature biomediche, informatiche e tecnico-economiche.

Il patrimonio immobiliare aziendale risulta molto diversificato con strutture datate che necessitano di continui interventi di manutenzione straordinaria che risultano molto onerosi.

Relativamente al piano 2011 non si ritiene di apportare modifiche al piano originario. Si evidenziano in particolare i lavori riguardanti:

- la realizzazione del nuovo Centro Elaborazione Dati con un costo presunto di circa 380.000,00 euro (ambienti e hardware) il cui inizio lavori è previsto nel primo trimestre 2012,
- la manutenzione straordinaria dell'impianto di riscaldamento di via Farneto con la sostituzione delle caldaie e l'intercettazione delle linee di alimentazione dei vari piani, di cui è già in corso la progettazione.

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:54:53

IMPRONTA: 44B87FCE00A6729CAF1F3A1B86CD9D2BBEE852796D10879C6B1A854F0655EB3B  
BEE852796D10879C6B1A854F0655EB3BAF41CEC1847E5B37B3801920AAD52862  
AF41CEC1847E5B37B3801920AAD52862797E2DC33394DF60C3FE8D243D664475  
797E2DC33394DF60C3FE8D243D66447542EEC912E82BEE09AD61F70136295F81

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:00:42

IMPRONTA: 2F267A63C856803EAE32A81F5EC4A8A3F0897E276C307640A7FB223EDF240906  
F0897E276C307640A7FB223EDF24090676F53D97B9772792DBFEF06AF0D439D0  
76F53D97B9772792DBFEF06AF0D439D05BDD1C9F84D8D3E5FC373A9FB30754D8  
5BDD1C9F84D8D3E5FC373A9FB30754D89DB36D38AFB4A05FDB2F1022D703BE30

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:17:47

IMPRONTA: 98AE8847F4AC11E4AAE81A79E538FAC9568223673C1160D4D9E31CD96CCC97C2  
568223673C1160D4D9E31CD96CCC97C23A94921175CDD3AC60DC016A36681644  
3A94921175CDD3AC60DC016A36681644AFE2A93AAAE75CDE885425CC9A8D1EC4  
AFE2A93AAAE75CDE885425CC9A8D1EC44F56601E57F3B7710AE92F49142D2D9F

Piano degli investimenti di rilievo aziendale - anno 2011 -

INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI	Importo totale
<b>Strutture territoriali e direzionali</b>	
Manutenzione straordinaria presidi vari (DSM residenza Luxemburg, D1 Stock, D3 Valmaura, via Farneto, canile via Orsera)	229.0
Manutenzione straordinaria impianto di riscaldamento FARNETO	210.0
Predisposizione nuovo CED aziendale	380.0
<b>Totale interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale:</b>	<b>819.0</b>

di cui:	CCR ril. aziendale
	819.0
	<b>819.0</b>

BENI MOBILI E TECNOLOGIE	Importo totale
<b>Strutture territoriali e direzionali</b>	
Biomediche	110.0
Informatiche	195.5
Altre	355.0
<b>Totale beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale:</b>	<b>660.5</b>

di cui:	CCR ril. aziendale	Fondi propri
	581.0	79.5
	<b>581.0</b>	<b>79.5</b>

**A) Totale rilievo aziendale:** 1,479.5

aut GR	Descrizione attrezzatura	Struttura	Quantità	Importo
-	Arredo sedi ristrutturate (nuova sede DDD, CSM Aurisina)		-	100.0

Copertura finanziaria del piano degli investimenti	
CC regionale: quota di rilievo aziendale	1,400.0
CC regionale: quota di rilievo regionale	-
Fondi statali	-
Risorse proprie	79.5
Alienazioni	-
Contributo di Tesoreria	20.0
Donazioni	30.0
Altro	29.5
	<b>1,479.5</b>

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:55:05

IMPRONTA: 3549608CD887E20F8979B27EDE37F9F4AB1C29E23583FBED0C91BFE45AB43190  
AB1C29E23583FBED0C91BFE45AB4319042FEF2B8BAD93DA3FA561DF88EC3FAAA  
42FEF2B8BAD93DA3FA561DF88EC3FAAA0AACFC77F168F0C937C25EA88569CC17  
0AACFC77F168F0C937C25EA88569CC17D707D86BA5FA6A34CAC065D6D3293BBB

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:00:56

IMPRONTA: 2B598B438CFB759DB377F206B855035EFE47CFF7170E42FFB56488EB7C9DBE5C  
FE47CFF7170E42FFB56488EB7C9DBE5C591D7733F66899877FA631599B49B033  
591D7733F66899877FA631599B49B0332ECB5FE25699B615C261BCA7D865D7E7  
2ECB5FE25699B615C261BCA7D865D7E715122D2997D0ADCA82538A35DA771AD4

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:18:02

IMPRONTA: 35B45C8322CE1EFDFE5FAD6D5A7CC770B3F3C59CBFC1E65BB21D3181C5EF7634  
B3F3C59CBFC1E65BB21D3181C5EF76345C88DE8DACFCF87854889D653E2D4B8B  
5C88DE8DACFCF87854889D653E2D4B8B0E0D49271004CA03B1568007A40EAF4F  
0E0D49271004CA03B1568007A40EAF4FBD3906E037CDC291BCEDA81D2188C2ED

Proposta di piano degli investimenti di rilievo aziendale - anno 2012 -	<b>INTERVENTI EDILI IMPIANTISTICI</b>	<b>Importo totale</b>	<b>CCR</b>	
	<b>Strutture territoriali e direzionali</b>		<b>ril. aziendale</b>	
	Manutenzione straordinaria e adeguamento alle norme di prevenzione incendi in vari presidi (DSM residenza Luxemburg, D1 Stock, D3 Valmaura, via Farneto, canile via Orsera)	500.0		
	<b>Totale interventi edili e impiantistici di rilievo aziendale</b>	<b>500.0</b>	<b>500.0</b>	
	<b>BENI MOBILI E TECNOLOGIE</b>	<b>Importo totale</b>	<b>CCR</b>	
	<b>Strutture territoriali e direzionali</b>		<b>ril. aziendale</b>	
	Biomediche	149.4		
	Informatiche	150.0		
Altre	150.0			
<b>Totale beni mobili e tecnologie di rilievo aziendale</b>	<b>449.4</b>	<b>441.5</b>		
		<b>Fondi propri</b>		
		<b>7.9</b>		
<b>A) Totale rilievo aziendale:</b>		<b>949.4</b>		

aut GR	Descrizione attrezzatura	Struttura	Quantità	Importo
-			-	

<b>Copertura finanziaria del piano degli investimenti</b>	
<b>CC regionale: quota di rilievo aziendale</b>	<b>941.5</b>
<b>CC regionale: quota di rilievo regionale</b>	<b>-</b>
<b>Fondi statali</b>	<b>-</b>
<b>Risorse proprie</b>	<b>7.9</b>
Alienazioni	-
Contributo di Tesoreria	
Donazioni	
Altro	7.9
	<b>949.4</b>

<b>Conto capitale regionale rilievo aziendale (k€)</b>	941.5
--	-------

<b>Risorse proprie (k€)</b>	<b>7.9</b>
Alienazioni	
Contributo Tesoreria	
Donazioni	
Utili di esercizi precedenti	7.9
Altro (da specificare)	

<b>Utilizzo previsto per le risorse proprie</b>		<b>Importo (k€)</b>
rilievo aziendale	edilizia e impianti	
	beni mobili e tecnologie	7.9
		<b>7.9</b>

Nel caso in cui l'Azienda intenda utilizzare risorse proprie per investimenti di rilievo regionale,  
va compilata la seguente tabella:

rilievo regionale	edilizia e impianti	
	beni mobili e tecnologie	
		-

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:55:17

IMPRONTA: 262309C7F1A29EECD9C36C6454ABAE4AB76A3CF2D7D3F7ECA4B0503344F05C8  
AB76A3CF2D7D3F7ECA4B0503344F05C87DDC2C72AF36B019E13E083C7FF14C9B  
7DDC2C72AF36B019E13E083C7FF14C9B477473AC6C53144089FAEF3D1166C860  
477473AC6C53144089FAEF3D1166C860780FA643ECEF5E3D0BEF5C9FA4DBB2DE

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:01:10

IMPRONTA: B192C22B744B743CBB9A5FE7D3A27430F7B60B03CFE82BF9C954AF6CB4225B64  
F7B60B03CFE82BF9C954AF6CB4225B644D29E97E3DCE240590B0B1A9A2A00CE2  
4D29E97E3DCE240590B0B1A9A2A00CE2A7DEDC2898CA09D5A7681907065935DA  
A7DEDC2898CA09D5A7681907065935DA208640C2CDCCF3FDA86FEAF83DBE2890

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:18:18

IMPRONTA: 512828B28808DC762597FD5FBE2E7F764FE46168E8D5AE9523B78679097F726A  
4FE46168E8D5AE9523B78679097F726AB3463CD8CFDE42E618C3079B19851E7B  
B3463CD8CFDE42E618C3079B19851E7B74A130F69CAF5FF291583E023EC57476  
74A130F69CAF5FF291583E023EC5747686840BB8BDB0777CEFE78850CCA0FB88

	<b>CONTO ECONOMICO PREVISIONALE</b>	<b>STIMA ESERCIZIO IN CHIUSURA</b>	<b>BUDGET 2012</b>
<b>A)</b>	<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>		
<b>1</b>	Contributi d'esercizio		
	a) Da Regione per attività indistinta	396,673,827	401,788,991
	b) Da Regione per attività finalizzata	11,578,432	12,652,526
	c) Da Regione per attività di interesse Regionale	5,249,877	5,472,117
	d) Altri contributi	690,045	619,000
<b>2</b>	Ricavi per prestazioni ad aziende del SSN		
	a) <i>Prestazioni in regime di ricovero</i>	1,202,230	1,200,000
	b) <i>Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche</i>	641,588	709,934
	c) <i>Altre prestazioni</i>	455,000	490,000
<b>3</b>	Ricavi per altre prestazioni		
	a) <i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie</i>	1,070,000	950,000
	b) <i>Concorsi, recuperi, rimborsi per attività tipiche</i>	1,522,000	1,463,000
	c) <i>Altri ricavi propri operativi</i>	2,101,000	2,001,432
	d) <i>Altri ricavi propri non operativi</i>	171,000	223,000
<b>4</b>	Costi capitalizzati	3,147,000	3,210,000
	<b>TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	<b>424,501,999</b>	<b>430,780,000</b>
<b>B)</b>	<b>COSTI DELLA PRODUZIONE</b>		
<b>1</b>	Acquisti		
	a) <i>Sanitari</i>	(16,431,000)	(17,326,000)
	b) <i>Non sanitari</i>	(849,000)	(861,000)
<b>2</b>	Acquisti di servizi		
	a) <i>Prestazioni in regime di ricovero</i>	(148,201,850)	(148,888,335)
	b) <i>Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche</i>	(57,095,475)	(60,255,373)
	c) <i>Farmaceutica</i>	(52,710,000)	(51,860,000)
	d) <i>Medicina di base</i>	(23,000,000)	(23,000,000)
	e) <i>Altre convenzioni</i>	(35,951,000)	(37,389,000)
	f) <i>servizi appaltati</i>	(13,662,422)	(13,560,422)
	g) <i>manutenzioni</i>	(1,925,000)	(2,026,000)
	h) <i>Utenze</i>	(1,113,000)	(1,140,000)
	i) <i>Rimborsi-assegni, contributi e altri servizi</i>	(4,065,000)	(6,246,955)
<b>3</b>	Godimento di beni di terzi	(718,000)	(702,000)
<b>4</b>	Costi del personale		
	a) <i>Personale sanitario</i>	(42,681,000)	(41,809,000)
	b) <i>Personale professionale</i>	(380,000)	(404,000)
	c) <i>Personale tecnico</i>	(7,475,000)	(7,480,000)
	d) <i>Personale amministrativo</i>	(6,937,000)	(7,028,000)
	e) <i>Altri costi del personale</i>	(1,956,000)	(1,978,000)
<b>5</b>	Costi generali ed oneri diversi di gestione	(5,661,252)	(5,795,915)
<b>6</b>	Ammortamenti e svalutazioni		
	a) <i>ammortamento delle immobilizzazioni immateriali</i>	(52,000)	(10,000)
	b) <i>ammortamento delle immobilizzazioni materiali</i>	(3,245,000)	(3,350,000)
	c) <i>altre svalutazioni delle immobilizzazioni</i>	0	0
	d) <i>svalutazione dei crediti e delle disponibilità liquide</i>	0	0
<b>7</b>	Variazione delle rimanenze	0	0
<b>8</b>	Accantonamenti per rischi	(430,000)	(10,000)
<b>9</b>	Altri accantonamenti		
	<b>TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE</b>	<b>(424,538,999)</b>	<b>(431,120,000)</b>



## A.S.S. n° 1 "Triestina"

	<b>DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZ.</b>	<b>(37,000)</b>	<b>(340,000)</b>
<b>C)</b>	<b>PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>		
1	Proventi	600,000	600,000
2	Oneri	(170,000)	(170,000)
	<b>TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI</b>	<b>430,000</b>	<b>430,000</b>
	<b>TOTALE PARTITE STRAORDINARIE</b>	<b>397,000</b>	<b>0</b>
	<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A - B ± C)</b>	<b>790,000</b>	<b>90,000</b>
	Imposte sul reddito dell'esercizio	(90,000)	(90,000)
	<b>UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO</b>	<b>700,000</b>	<b>0</b>

Piano dei conti di alimentazione per gli schemi di budget			Stima esercizio in chiusura	Budget 2012
		<b>COSTI</b>		
300		ACQUISTI DI PRODOTTI SANITARI		
	100	0 Prodotti farmaceutici	13,700,000	13,900,000
	110	0 Prodotti dietetici	365,000	375,000
	200	0 Mat. per la profilassi igienico-sanitaria		
	300	0 Mat. diagnostici/prodotti chimici per assist.	525,000	540,000
	310	0 Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, EC	1,000	1,000
	400	0 Presidi chirurgici e mater. sanit. per ass.	1,750,000	1,830,000
	410	0 Ossigeno	70,000	660,000
	500	0 Materiali protesici		
	510	0 Materiali per emodialisi per assistenza		
	600	0 Prodotti sanitari per uso veterinario	20,000	20,000
305		ACQUISTI DI PRODOTTI NON SANITARI		
	100	0 Prodotti alimentari	43,000	40,000
	200	0 Mat. di guardaroba, di pulizia e di convivenza	200,000	200,000
	300	0 Combustibili	1,000	1,000
	400	0 Carburanti e lubrificanti	215,000	230,000
	500	0 Cancelleria e stampati	200,000	210,000
	600	0 Materiali di consumo per l'informatica	120,000	110,000
	700	0 Materiale didattico, audiovisivo e fotografico	15,000	15,000
	800	0 Acquisti di materiali e accessori per manutenzione		
		10 Materiali ed accessori sanitari	15,000	15,000
		20 Materiali ed accessori non sanitari	15,000	15,000
	900	0 Altri prodotti	25,000	25,000
310		MANUTENZIONI		
	200	0 Servizi per manutenzione di strutture edilizie		
		10 Impianti di trasmissione dati e telefonia	122,000	135,000
		20 Impiantistica varia	400,000	250,000
		30 Edilizia muraria	800,000	850,000
		40 Altro	280,000	375,000
	300	0 Servizi per manutenzione di attrezz. sanitarie	2,000	5,000
	400	0 Servizi per manutenzione di altri beni		
		10 Attrezzature tecnico-economiche	20,000	25,000
		20 Attrezzature informatiche	30,000	115,000
		30 Software	20,000	20,000
		40 Automezzi	250,000	250,000
		50 Altro	1,000	1,000
315		ACQUISTI DI SERVIZI		
	100	0 Lavanderia	110,000	100,000
	200	0 Pulizia	1,790,000	1,600,000
	300	0 Mensa	1,260,000	1,385,000
	400	0 Riscaldamento	1,400,000	1,200,000
	500	0 Servizi di elaborazione dati		
		10 Servizio informatico sanitario regionale (SISR)	3,232,422	3,232,422
		20 Elaborazione ricette prescrizioni		200,000
		90 Altri servizi di elaborazione		
	600	0 Servizi di trasporto		
		10 Autoambulanza	1,950,000	1,950,000
		20 Eliambulanza		
		90 Altri servizi di trasporto	650,000	650,000
	700	0 Smaltimento rifiuti	178,000	180,000
	800	0 Servizi di vigilanza	75,000	78,000
	900	0 Altri servizi		
		10 Lavorazione plasma		
		20 Servizi religiosi		
		50 Consulenze sanitarie da professionisti	5,000	15,000
		51 Oneri sociali su consulenze sanitarie da professionisti da privato		
		60 Lavoro interinale sanitario		
		61 Lavoro interinale non sanitario		
		90 Altri servizi sanitari da pubblico	10,000	5,000
		91 Altri servizi sanitari da privato	480,000	540,000
		92 Altri servizi non sanitari da pubblico		
		93 Altri servizi non sanitari da privato	2,527,000	2,440,000
		94 Altri servizi socio - assistenziali da pubblico		
		95 Altri servizi socio - assistenziali da privato		
320	0	0 CONVENZIONI PER ASSISTENZA SANITARIA DI BASE		
	100	0 Conv. per ass. medico generica		
		10 Quota capitaria nazionale	11,350,000	11,350,000
		11 Compensi da fondo ponderazione	650,000	650,000
		12 Compensi da fondo qualità dell'assistenza	1,880,000	1,880,000
		13 Compensi da fondo quota capitaria regionale	635,000	635,000
		14 Compensi extra derivanti da accordi nazionali	400,000	400,000
		15 Compensi da accordi regionali	900,000	900,000
		16 Compensi da accordi aziendali	325,000	325,000
		20 Oneri sociali	1,700,000	1,700,000
		30 Premi assicurativi malattia	60,000	60,000
		40 Formazione	100,000	100,000
		50 Altre competenze	30,000	30,000
		60 Accantonamento da fondo ponderazione	90,000	90,000
		61 Accantonamento da fondo qualità dell'assistenza	130,000	130,000
		62 Accantonamento da fondo quota capitaria regionale	35,000	35,000
	200	0 Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna		
		10 Compensi fissi	680,000	680,000
		15 Compensi da accordi regionali	105,000	105,000
		16 Compensi da accordi aziendali	155,000	155,000
		20 Oneri sociali	97,000	97,000

<b>Piano dei conti di alimentazione per gli schemi di budget</b>			<b>Stima esercizio in chiusura</b>	<b>Budget 2012</b>
	30	Premi assicurativi malattia	6,000	6,000
250	0	Conv. per emergenza sanitaria territoriale		
	10	Compensi fissi	170,000	170,000
	15	Compensi da accordi regionali	75,000	75,000
	16	Compensi da accordi aziendali	15,000	15,000
	20	Oneri sociali	25,000	25,000
	30	Premi assicurativi malattia	2,000	2,000
300	0	Conv. per ass. guardia medica turistica		
	10	Compensi		
	20	Oneri sociali		
	30	Premi assicurativi malattia		
400	0	Conv. per ass. pediatria		
	10	Quota capitaria nazionale	2,330,000	2,330,000
	11	Compensi da fondo ponderazione	70,000	70,000
	12	Compensi da fondo qualità dell'assistenza	260,000	260,000
	13	Compensi da fondo quota capitaria regionale	68,000	68,000
	14	Compensi extra derivanti da accordi nazionali	80,000	80,000
	15	Compensi da accordi regionali	175,000	175,000
	16	Compensi da accordi aziendali	15,000	15,000
	20	Oneri sociali	285,000	285,000
	30	Premi assicurativi malattia	6,000	6,000
	40	Formazione	3,000	3,000
	50	Altre competenze	1,000	1,000
	60	Accantonamento da fondo ponderazione	45,000	45,000
	61	Accantonamento da fondo qualità dell'assistenza		
	62	Accantonamento dal fondo quota capitaria regionale		
500	0	Conv. per ass. farmaceutica		
	10	Prodotti farmaceutici e galenici	47,000,000	46,250,000
	20	AFIR	5,700,000	5,600,000
600	0	Conv. per ass. ostetrica ed infermieristica		
700	0	Conv. per ass. domiciliare		
800	0	Oneri sociali e premi assicurativi malattia		
	10	Oneri sociali	27,000	27,000
	20	Premi assicurativi malattia		
900	0	Altri costi		
	10	Contributi farmacie rurali ed Enpaf	10,000	10,000
	20	Compensi distribuzione per conto		
	90	Altri costi	20,000	20,000
325	0	0	CONVENZIONI SANITARIE PER ASSISTENZA SPECIALISTICA	
100	0	Assistenza medico specialistica interna		
	10	Compensi fissi	1,560,000	1,560,000
	11	Compensi da fondo ponderazione	255,000	255,000
	12	Compensi extra derivanti da accordi nazionali		
	15	Compensi da accordi regionali	132,000	132,000
	16	Compensi da accordi aziendali	30,000	30,000
	20	Oneri sociali	288,000	288,000
	30	Altre competenze	5,000	5,000
	60	Accantonamento da fondo ponderazione		
200	0	Convenzioni altre professionalità		
	10	Compensi fissi	310,000	310,000
	11	Compensi da fondo ponderazione	60,000	60,000
	12	Compensi extra derivanti da accordi nazionali	20,000	20,000
	15	Compensi da accordi regionali	24,000	24,000
	16	Compensi da accordi aziendali		
	20	Oneri sociali	62,000	62,000
	30	Altre competenze	2,000	2,000
	60	Accantonamento da fondo ponderazione		
300	0	Medicina fiscale	226,000	
400	0	Accantonamento al fondo SUMAI		
	10	Accantonamento al fondo SUMAI - Specialisti ambulatoriali	120,000	120,000
	20	Accantonamento al fondo SUMAI - altre professionalità	25,000	25,000
900	0	Altre convenzioni sanitarie per assistenza specialistica		
	10	Compensi		
	20	Oneri sociali		
330	0	0	CONVENZIONI SANITARIE PER ASSISTENZA RIABILITATIVA E INTEGRATIVA	
100	0	Assist. protesica art. 26, c. 3 L. 833/78 e DM 2/3/84	2,400,000	2,500,000
200	0	Assist. riabil. in Istituti come schema tipo art. 26 L.833/78		
	10	In regime di ricovero	330,000	300,000
	20	In regime ambulatoriale	280,000	325,000
300	0	Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti	1,830,000	1,900,000
400	0	Assist. riabil. residenz. e integrativa territoriale per malati e disturbati mentali	3,946,000	4,350,000
500	0	Assist. riabil. residenz. e integr. territ. per anziani non autosufficienti e disabili	19,360,000	20,655,000
600	0	Assistenza termale e diversa	50,000	50,000
700	0	Convenzioni per attività di consultorio familiare	31,000	34,000
800	0	Oneri sociali convenzioni per assistenza riabilitativa e integrativa		
900	0	Altre convenzioni sanitarie per assistenza riabilitativa e integrativa		
	10	Fornitura ausili per incontinenti	5,000	5,000
	20	Ossigenoterapia domiciliare	1,100,000	550,000
	30	Attività socio - assistenziali	700,000	917,000
	90	Altre convenzioni	2,800,000	2,910,000
335	0	0	PRESTAZIONI DA AZIENDE DEL S.S.R.	
100	0	Prestazioni di ricovero		
	10	Compensate in mobilità regionale	118,441,153	119,117,638
	20	Fatturate (regionale)		
200	0	Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche		
	10	Compensate in mobilità regionale	34,716,807	38,206,705
	20	Fatturate (regionale)	110,000	30,000
210	0	Acquisto di distribuzione farmaci di File F, distribuzione diretta e primo ciclo	4,000,000	3,950,000
250	0	Prestazioni di trasporto da Aziende del SSR		
300	0	Prestazioni amministrative e gestionali	312,000	660,000
400	0	Consulenze		

<b>Piano dei conti di alimentazione per gli schemi di budget</b>			<b>Stima esercizio in chiusura</b>	<b>Budget 2012</b>
	10	Consulenze sanitarie da Aziende della Regione	155,000	190,000
	20	Consulenze non sanitarie da Aziende della Regione	5,000	5,000
340	0 0	PRESTAZIONI DA AZIENDE EXTRAREGIONALI DEL S.S.N.		
	100 0	Prestazioni di ricovero		
	10	Compensate in mobilità extra regionale	7,320,697	7,320,697
	20	Fatturate (extra regionale)	40,000	50,000
	30	per attività extra regionale soggetti privati	1,200,000	1,200,000
	200 0	Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche		
	10	Compensate in mobilità extra regionale	1,505,154	1,505,154
	20	Fatturate (extra regionale)	1,000	1,000
	30	per attività extra regionale soggetti privati	100,000	100,000
	210 0	Prestazioni servizi MMG, PLS, continuità assistenziale extra reg.le	59,411	59,411
	220 0	Acquisto servizi sanitari per farmaceutica	180,169	180,169
	230 0	Acquisto di distribuzione farmaci di File F, distribuzione diretta e primo ciclo	533,789	533,789
	240 0	Prestazioni termali		
	10	compensate in mobilità extra regionale	271,922	271,922
	20	per attività extra regionale soggetti privati		
	250 0	Prestazioni di trasporto	71,186	71,186
	300 0	Altre prestazioni		
	400 0	Consulenze		
	10	Consulenze sanitarie da aziende extra regionali		
	20	Consulenze non sanitarie da aziende extra regionali		
345	0 0	PRESTAZIONI DA STRUTTURE SANITARIE		
	100 0	Prestazioni di ricovero		
	10	Da Case di Cura private	21,200,000	21,200,000
	20	Da IRCCS privati		
	30	Da altri soggetti privati		
	200 0	Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche		
	10	Da Case di Cura private	9,696,037	9,546,037
	20	Da IRCCS privati		
	30	Da altri soggetti privati	5,850,000	5,800,000
	300 0	Altre prestazioni	5,000	5,000
	400 0	Consulenze		
350	0 0	RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI		
	100 0	Rimborsi per ricoveri in Italia		
	200 0	Rimborsi per ricoveri all'estero	50,000	50,000
	300 0	Rimborsi per altra assistenza sanitaria	15,000	15,000
	400 0	Contributi agli assistiti		
	10	Contributi ai nefropatici	820,000	850,000
	20	Contributi ai donatori di sangue lavoratori autonomi	1,000	1,000
	90	Altri contributi agli assistiti	184,000	160,000
	99	Per attività socio - assistenziale	210,000	164,000
	500 0	Contributi ad associazioni	556,000	560,000
	600 0	Contributi ad enti	20,000	17,000
	700 0	Rimborsi per responsabilità civile		
	800 0	Rimborso per attività sovrazendali	1,422,000	2,209,955
	900 0	Altri contributi e rimborsi	305,000	1,345,000
355	0 0	GODIMENTO DI BENI DI TERZI		
	100 0	Locazioni passive		
	10	Locazioni passive	336,000	286,000
	20	Spese condominiali	40,000	31,000
	200 0	Canoni hardware e software	52,000	90,000
	300 0	Canoni noleggio apparecchiature sanitarie	90,000	90,000
	400 0	Canoni fotocopiatrici	35,000	40,000
	500 0	Canoni noleggio automezzi	5,000	5,000
	600 0	Canoni di leasing operativo		
	700 0	Canoni di leasing finanziario	150,000	150,000
	900 0	Altri costi per godimento beni di terzi	10,000	10,000
410	0 0	PERSONALE RUOLO SANITARIO		
	100 0	Competenze fisse		
	10	Dirigenza medica e veterinaria	6,981,000	6,871,000
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	2,916,000	2,813,000
	30	Comparto	14,454,000	14,114,000
	110 0	Competenze fisse da Fondi contrattuali		
	10	Dirigenza medica e veterinaria	2,196,000	2,150,000
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	390,000	386,000
	30	Comparto	2,434,000	2,442,000
	200 0	Competenze accessorie		
	10	Dirigenza medica e veterinaria	101,000	101,000
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	10,000	10,000
	30	Comparto	958,000	958,000
	300 0	Incentivi		
	10	Dirigenza medica e veterinaria	415,000	403,000
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	347,000	345,000
	30	Comparto	900,000	891,000
	400 0	Straordinari		
	10	Dirigenza medica e veterinaria	30,000	30,000
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	1,000	1,000
	30	Comparto	131,000	131,000
	500 0	Altre competenze		
	10	Dirigenza medica e veterinaria	53,000	70,000
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	23,000	25,000
	30	Comparto	214,000	155,000
	600 0	Consulenze a favore di terzi, rimborsate		
	10	Dirigenza medica e veterinaria	54,000	40,000
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	42,000	25,000
	30	Comparto	50,000	40,000
	700 0	Oneri sociali		
	10	Dirigenza medica e veterinaria	2,748,000	2,667,000

<b>Piano dei conti di alimentazione per gli schemi di budget</b>				<b>Stima esercizio in chiusura</b>	<b>Budget 2012</b>
	20		Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	1,027,000	986,000
	30		Comparto	5,586,000	5,475,000
415	0	0	PERSONALE UNIVERSITARIO		
	100	0	Competenze fisse		
		10	Competenze fisse personale universitario		
		20	Indennità personale universitario (De Maria)	150,000	150,000
	200	0	Competenze accessorie		
	300	0	Incentivi		
	400	0	Straordinari		
	500	0	Altre competenze		
	600	0	Consulenze a favore di terzi rimborsate		
	700	0	Oneri sociali	65,000	65,000
420	0	0	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE		
	100	0	Competenze fisse	131,000	157,000
	110	0	Competenze fisse da Fondi contrattuali	81,000	81,000
	200	0	Competenze accessorie	21,000	21,000
	300	0	Incentivi	29,000	29,000
	400	0	Straordinari	1,000	1,000
	500	0	Altre competenze	5,000	5,000
	600	0	Consulenze a favore di terzi, rimborsate	20,000	17,000
	700	0	Oneri sociali	92,000	93,000
430			PERSONALE RUOLO TECNICO		
	100	0	Competenze fisse		
		10	Dirigenza	134,000	124,000
		20	Comparto	4,602,000	4,637,000
	110	0	Competenze fisse da Fondi contrattuali		
		10	Dirigenza	19,000	18,000
		20	Comparto	343,000	344,000
	200	0	Competenze accessorie		
		10	Dirigenza	5,000	5,000
		20	Comparto	285,000	285,000
	300	0	Incentivi		
		10	Dirigenza	21,000	21,000
		20	Comparto	338,000	334,000
	400	0	Straordinari		
		10	Dirigenza		
		20	Comparto	58,000	57,000
	500	0	Altre competenze		
		10	Dirigenza	2,000	2,000
		20	Comparto	58,000	48,000
	600	0	Consulenze a favore di terzi, rimborsate		
		10	Dirigenza	1,000	1,000
		20	Comparto	19,000	14,000
	700	0	Oneri sociali		
		10	Dirigenza	65,000	61,000
		20	Comparto	1,525,000	1,529,000
440			PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO		
	100	0	Competenze fisse		
		10	Dirigenza	433,000	508,000
		20	Comparto	3,757,000	3,765,000
	110	0	Competenze fisse da Fondi contrattuali		
		10	Dirigenza	127,000	125,000
		20	Comparto	645,000	648,000
	200	0	Competenze accessorie		
		10	Dirigenza	2,000	2,000
		20	Comparto	4,000	4,000
	300	0	Incentivi		
		10	Dirigenza	44,000	43,000
		20	Comparto	332,000	328,000
	400	0	Straordinari		
		10	Dirigenza		
		20	Comparto	15,000	15,000
	500	0	Altre competenze		
		10	Dirigenza	5,000	5,000
		20	Comparto	55,000	45,000
	600	0	Consulenze a favore di terzi, rimborsate		
		10	Dirigenza	1,000	1,000
		20	Comparto	5,000	4,000
	700	0	Oneri sociali		
		10	Dirigenza	156,000	177,000
		20	Comparto	1,356,000	1,358,000
445	0	0	ACCANTONAMENTI RELATIVI AL PERSONALE		
	50	0	Accantonamento per voci Fisse		
		10	Dirigenza medica e veterinaria		
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		
		30	Comparto		
	100	0	Accantonamento per voci fisse da fondi contrattuali		
		10	Dirigenza medica e veterinaria		
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		
		30	Comparto		
	200	0	Accantonamento per voci accessorie e straordinari		
		10	Dirigenza medica e veterinaria		
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		
		30	Comparto		
	300	0	Accantonamento per incentivazioni		
		10	Dirigenza medica e veterinaria		
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		
		30	Comparto		
	400	0	Accantonamento al fondo oneri per personale in quiescenza		

<b>Piano dei conti di alimentazione per gli schemi di budget</b>			<b>Stima esercizio in chiusura</b>	<b>Budget 2012</b>
	10	Dirigenza medica e veterinaria		
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		
	30	Comparto	50,000	50,000
500	0	Accantonamento oneri sociali		
	10	Dirigenza medica e veterinaria		
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		
	30	Comparto		
900	0	Accantonamento al fondo altri oneri da liquidare		
	10	Dirigenza medica e veterinaria		
	20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		
	30	Comparto		
990	0	Altri accantonamenti		
450	0	ALTRI COSTI DEL PERSONALE		
	50	Personale esterno con contratto di diritto privato		
	10	Personale esterno con contratto di diritto privato - area sanitaria		
	20	Personale esterno con contratto di diritto privato - area non sanitaria		
100	0	Rimborsi spese	1,000	1,000
150	0	Personale comandato da altri enti		
	10	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando ad Aziende	75,000	75,000
	20	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando ad altri enti	300,000	300,000
	30	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando ad aziende sanitarie extra regionali		
	40	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando ad Aziende	100,000	100,000
	50	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando ad altri	25,000	25,000
	60	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando ad aziende sanitarie extra regionali		
	70	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando ad altri	30,000	30,000
200	0	Oneri sociali su "altri costi del personale"	150,000	155,000
250	0	Oneri sociali personale in quiescenza		
300	0	Costo del personale tirocinante		
	10	Costo del personale tirocinante - area sanitaria		
	20	Costo del personale tirocinante - area non sanitaria		
350	0	Costo del personale religioso	24,000	24,000
400	0	Costo contrattisti		
	10	Costo contrattisti - area sanitaria	29,000	18,000
	20	Costo contrattisti - area non sanitaria	64,000	57,000
	30	Costo contrattisti - ricerca corrente		
	40	Costo contrattisti - ricerca finalizzata	243,000	175,000
450	0	Costo obiettori di coscienza		
500	0	Costo borsisti		
	10	Costo borsisti - area sanitaria	25,000	25,000
	20	Costo borsisti - area non sanitaria		
	30	Costo borsisti - ricerca corrente		
	40	Costo borsisti - ricerca finalizzata		13,000
600	0	Indennità per commissioni varie		
	10	Indennità per commissioni sanitarie	400,000	450,000
	20	Indennità per commissioni non sanitarie	5,000	5,000
700	0	Accantonamento ai fondi oneri differiti		
750	0	Aggiornamento personale dipendente		
	10	Aggiornamento personale dipendente - da soggetti pubblici	75,000	75,000
	20	Aggiornamento personale dipendente - da soggetti privati	200,000	200,000
800	0	Compensi ai docenti	150,000	190,000
850	0	Assegni di studio agli allievi		
900	0	Altri costi del personale		
	10	Premi di assicurazione personale dipendente	5,000	5,000
	20	Compensi da sperimentazioni		
	90	Altri costi del personale	5,000	5,000
455	0	COSTI DI ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALI AMBULATORIALI		
	101	Compensi diretti per attività libero professionali dirigenti sanitari	195,000	195,000
	102	Compensi diretti al personale di supporto	10,000	10,000
	103	Accantonamenti al fondo oneri differiti per attività libero professionale	30,000	30,000
456	0	COSTI DI ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALI DI RICOVERO		
	101	Compensi diretti per attività libero professionali dirigenti sanitari		
	102	Compensi diretti al personale di supporto		
	103	Accantonamenti al fondo oneri differiti per attività libero professionale		
457	0	COSTI PER ACQUISTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE RICHIESTE DALL'AZIENDA		
	101	Compensi diretti per attività libero professionali dirigenti sanitari	5,000	5,000
	102	Compensi diretti al personale del comparto	165,000	225,000
460	0	COMPENSI AGLI ORGANI DIRETTIVI		
	100	Indennità	408,000	405,000
	200	Rimborso spese	2,000	2,000
	300	Oneri sociali	83,000	83,000
461	0	COMPENSI AL COLLEGIO DEI REVISORI		
	100	Indennità	102,000	102,000
	200	Rimborso spese		
	300	Oneri sociali		
465	0	SPESE GENERALI E AMMINISTRATIVE		
	100	Spese di rappresentanza	1,000	1,000
	150	Pubblicità e inserzioni	39,000	60,000
	200	Consulenze legali	100,000	130,000
	210	Altre spese legali	40,000	50,000
	250	Spese postali	100,000	100,000
	300	Bolli e marche	6,000	6,000
	350	Abbonamenti e riviste	75,000	80,000
	400	Premi di assicurazione		
	10	Premi di assicurazione - R.C. professionale	10,000	10,000
	20	Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	190,000	185,000
450	0	Consulenze fiscali, amministrative e tecniche	140,000	155,000
460	0	Oneri sociali su consulenze fiscali, amministrative e tecniche		5,000

<b>Piano dei conti di alimentazione per gli schemi di budget</b>			<b>Stima esercizio in chiusura</b>	<b>Budget 2012</b>
500	0	Libri	7,000	5,000
550	0	Contravvenzioni	2,000	1,000
900	0	Altre spese generali e amministrative	30,000	30,915
470	0	UTENZE		
100	0	Energia elettrica	535,000	550,000
200	0	Acqua	100,000	100,000
300	0	Spese telefoniche	400,000	415,000
400	0	Gas	25,000	25,000
500	0	Internet	22,000	20,000
600	0	Canoni radiotelevisivi	6,000	6,000
700	0	Banche dati	25,000	24,000
900	0	Utenze varie		
480	0	AMMORTAMENTI IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI		
100	0	Costi di impianto e ampliamento		
200	0	Costi di ricerca, sviluppo e pubblicità		
300	0	Dir. di brev. e dir. di utilizz. delle opere d'ingegno	52,000	10,000
400	0	Concessioni, licenze, marchi e diritti simili		
482	0	AMMORTAMENTI IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI		
200	0	Fabbricati		
	10	Fabbricati disponibili	1,730,000	1,750,000
	20	Fabbricati indisponibili		
300	0	Impianti e macchinari	350,000	350,000
410	0	Attrezzature sanitarie	205,000	205,000
500	0	Ammortamento mobili e arredi	280,000	295,000
600	0	Ammortamento automezzi	230,000	300,000
700	0	Ammortamento altri beni	450,000	450,000
485	0	SVALUTAZIONI		
100	0	Svalutazione immobilizzazioni		
200	0	Svalutazione crediti		
300	0	Svalutazione magazzino		
	10	Scorte sanitarie		
	20	Scorte non sanitarie		
900	0	Altre svalutazioni		
487	0	ACCANTONAMENTI PER RISCHI		
100	0	Accantonamenti al fondo imposte e tasse		
200	0	Accantonamenti al F.do per rinnovi contrattuali		
	10	Acc.ti rinnovo convenzioni personale convenzionato		
	20	Acc.ti rinnovi contrattuali dirigenza medica e veterinaria		
	30	Acc.ti rinnovi contrattuali dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie, professionale, tecnico e amministrativo		
	40	Acc.ti rinnovi contrattuali comparto		
300	0	Accantonamenti al fondo equo indennizzo	10,000	10,000
400	0	Accantonamento al F.do rischi su liti, arbitraggi e risarcimenti		
	10	Acc.ti per cause civili ed oneri processuali	300,000	
	20	Acc.ti per contenziosi personale dipendente		
	30	Acc.ti per accordi bonari		
500	0	Accantonamenti al Fondo retribuzioni integrative organi direttivi, di controllo e di indirizzo		
900	0	Accantonamenti per altri rischi	120,000	
500	0	ONERI FINANZIARI		
100	0	Inter. pass. per antic. di tesoreria		
200	0	Inter. pass. su mutui		
300	0	Interessi passivi per altre forme di credito di cui art.3, comma 5 lettera f), punto 2 d.lgs 502/92		
400	0	Spese bancarie	5,000	5,000
500	0	Interessi moratori		
600	0	Interessi legali		
700	0	Spese di incasso		
900	0	Altri oneri finanziari	165,000	165,000
510	0	SOPRAVVENIENZE PASSIVE		
100	0	Sopravvenienze passive		
	10	Sopravvenienze passive v/ASL-AO, IRCCS, Policlinic della Regione per mobilità regionale		
	11	Alter sop. passive v/ASL-AO, IRCCS, Policlinici della Regione		
	12	Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extra regionale	343,000	
	13	Sopravvenienze passive relative al personale - dirigenza medica e veterinaria		
	14	Sopravvenienze passive relative al personale - dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		
	15	Sopravvenienze passive relative al personale - comparto	19,000	
	16	Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	197,000	
	17	Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	12,000	
	18	Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestazioni sanitarie	3,000	
	19	Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	126,000	
	20	Arrotondamenti passivi	1,000	
	30	Sconti ed abbuoni passivi		
	40	Rivalutazioni monetarie		
	90	Altre sopravvenienze passive	651,000	
200	0	Differenze passive di cambio		
300	0	Insussistenze dell'attivo		
	10	Insussistenze dell'attivo v/ASL-AO, IRCCS e Policlinici della Regione		
	15	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative alla mobilità extra regionale		
	20	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative al personale dipendente		
	25	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		
	30	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		
	35	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative all'acquisto di prestazioni sanitarie	13,000	
	40	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		
	90	Altre insussistenze dell'attivo v/terzi	7,000	
520	0	MINUSVALENZE		
100	0	Minusvalenze da alienazioni ordinarie di immobilizzazioni		
200	0	Minusvalenze da alienazioni straordinarie di immobilizzazioni	15,000	

<b>Piano dei conti di alimentazione per gli schemi di budget</b>			<b>Stima esercizio in chiusura</b>	<b>Budget 2012</b>
530	0	0	<b>IMPOSTE E TASSE</b>	
	100	0	<b>IRES</b>	
		10	IRES su attività istituzionale	
		20	90,000	90,000
			IRES su attività commerciale	
	150	0	<b>IRAP</b>	
		10	IRAP personale dipendente	
		20	3,947,252	3,975,000
			IRAP collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	
		20	125,000	125,000
		30	IRAP attività libero professionale	
		30	20,000	25,000
		40	IRAP attività commerciali	
	200	0	Imposte di registro	
			5,000	5,000
	300	0	Imposte di bollo	
			25,000	30,000
	400	0	Tasse di concessione governative	
	500	0	Imposte comunali	
			184,000	200,000
	600	0	Dazi	
			Tasse di circolazione automezzi	
			5,000	5,000
	800	0	Permessi di transito e sosta	
			5,000	5,000
	900	0	Imposte e tasse diverse	
			10,000	15,000
540	0	0	<b>VARIAZIONE DELLE RIMANENZE</b>	
	100	0	Variazione delle riman. di materiale sanitario	
	200	0	Variazione delle riman. di materiale non-sanitario	
570	0	0	<b>SVALUTAZIONI PER RETTIFICHE DI VALORE DELLE ATTIVITA' FINANZIARIE</b>	
	100	0	Svalutazioni per rettifiche di valore delle attività finanziarie	
			<b>RICAVI</b>	
600	0	0	<b>CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO DA REGIONE</b>	
	100	0	Quota capitaria	
			396,673,827	401,788,991
	200	0	Complessità	
	300	0	Ricerca	
	400	0	Didattica	
	500	0	Revisione finanziamento	
	600	0	Contributi d'esercizio finalizzati	
		10	Contributi per anziani non autosufficienti	
		20	7,780,000	8,120,000
		20	Contributi da Regione per attività sociale	
		90	Altri contributi finalizzati	
			3,798,432	4,532,526
	900	0	Altri contributi in conto esercizio (contributi per spese sovraziendali)	
			Altri contributi da F.do Sanitario Regionale per attività sovraziendali	
		10	3,827,877	3,262,162
			Altri contributi da F.do Sanitario Regionale per sovraziendali delegate	
		20	1,422,000	2,209,955
		90	Altri contributi in conto esercizio da Regione	
610	0	0	<b>ALTRI CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO</b>	
	100	0	Da Amministrazioni Statali	
		10	Da Ministero della Sanità	
		11	Da Ministero della Sanità vincolati	
		20	Da Ministero dell'Università	
		30	Da Ministero della Difesa	
		90	Da altre amministrazioni statali	
			18,900	25,000
	200	0	Da Altri Enti	
		10	Da Comuni per attività socio assistenziale territoriale delegata	
		20	417,000	430,000
		20	Da Provincia	
			42,395	
		30	Contributi da soggetti privati	
			10,000	
		90	Contributi da Altri Enti	
			201,750	164,000
620	0	0	<b>RICAVI PER PRESTAZIONI</b>	
	100		Prestazioni ad aziende sanitarie della Regione	
		10	Rimborso per prestazioni in regime di ricovero (DRG)	
			2,230	
		11	Rimborso per prestazioni fatturate in regime di ricovero (DRG)	
		20	Rimborso per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	
			48,922	107,756
		21	Rimborso per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche fatturate	
			83,000	83,000
		22	Rimborso per prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	
		23	Rimborso per prestazioni di File F, distribuzione diretta e primo ciclo	
			5,000	
		30	Prestazioni amministrative e gestionali	
			450,000	485,000
		40	Consulenze sanitarie	
		45	Consulenze non sanitarie	
		50	Prov. per prest. libero-professionali - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c) d) ed art. 57-58) (ASL/AO, IRCCS e Policlinici c	
		55	Prov. per prest. libero-professionali - Altro (ASL/AO, IRCCS e Policlinici della Regione)	
	200		Prestazioni ad aziende sanitarie extra - regionali	
		10	Rimborso per prestazioni in regime di ricovero (DRG)	
		20	Rimborso per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	
			33,910	49,200
		30	Prestazioni amministrative e gestionali	
		40	Consulenze sanitarie	
		45	Consulenze non sanitarie	
	250	0	Altre prestazioni ad aziende sanitarie extra regionali	
		5	Rimborso per prestazioni di psichiatria non soggette a compensazione (residenziale e semiresidenziale)	
		10	Rimborso per prestazioni di File F, distribuzione diretta e primo ciclo	
			8,000	
		15	Rimborso per prestazioni servizi MMG, PLS, continuità assistenziale e	
			80,131	81,073
		20	Rimborso per prestazioni farmaceutica convenzionata extra reg.le	
			282,625	288,905
		25	Rimborsi per prestazioni termali	
		30	Rimborsi per prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso extra reg.le	
		35	Altre prestazioni sanitarie extra reg.le	
		40	Rimborso per prestazioni di ass. riabilitativa non soggetta a compensazioni extra reg.li	
		45	Rimborso per altre prestazioni di ricovero non soggette a compensazione extra reg.le (fatturazione diretta)	
		50	Rimborso per altre prestazioni ambulatoriali non soggette a compensazione extra reg.le (fatturazione diretta)	
			5,000	5,000
	300	0	Prestazioni ad altri soggetti pubblici	
	400	0	Mobilità attiva internazionale	
	500	0	Prestazioni erogate da soggetti privati per extra regione	
		10	Rimborso per prestazioni in regime di ricovero (DRG)	
			1,200,000	1,200,000
		20	Rimborso per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	
			100,000	100,000
		30	Rimborso per prestazioni di File F, distribuzione diretta e primo ciclo	
		90	Rimborso per altre prestazioni sanitarie	



Piano dei conti di alimentazione per gli schemi di budget				Stima esercizio in chiusura	Budget 2012
630	0	0	PRESTAZIONI IN FAVORE DI ALTRI		
	100	0	Prestazioni di natura ospedaliera		
		10	Prestazioni di ricovero		
		20	Differenze alberghiere camere speciali		
		30	Usa telefono e TV		
		40	Retta accompagnatori		
		50	Maggiorazione per scelta medico specialista		
		60	Prestazioni ambulatoriali		
		70	Prov. per prest. libero-professionali		
		80	Servizio di Pronto Soccorso		
		85	Trasporti in ambulanza	50,000	30,000
		90	Altre prestazioni		
	200		Prestazioni di natura territoriale		
		5	Rette R.S.A.		
		10	Servizio Medicina del lavoro	100,000	105,000
		15	Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro	15,000	15,000
		20	Servizio Igiene e Sanità pubblica	50,000	45,000
		25	Servizio Igiene dell'abitato e dell'abitazione	55,000	55,000
		30	Servizio Igiene degli alimenti	130,000	110,000
		35	Servizio Disinfezioni, disinfestazioni, derattizzazioni	55,000	55,000
		40	Servizio Chimico ambientale		
		45	Servizio Biotossicologico		
		50	Servizio Impiantistico antinfortunistico	300,000	300,000
		55	Servizio Fisico ambientale	30,000	15,000
		60	Diritti veterinari	130,000	140,000
		65	Sanzioni amministrative	110,000	100,000
		66	Sanzioni amministrative in materia lavoro	300,000	300,000
		70	Servizio medicina legale: visite mediche e certificazioni	185,000	175,000
		75	Servizio medicina legale: visite med fiscali lav. dipend.	20,000	25,000
		90	Altre prestazioni di natura territoriale	155,000	140,000
	250	0	Proventi per prestazioni libero professionali		
		10	Prov. per prest. libero-professionali - Area ospedaliera		
		20	Prov. per prest. libero-professionali - Area specialistica	250,000	250,000
		30	Prov. per prest. libero-professionali - Area sanità pubblica		
		40	Prov. per prest. libero-professionali - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c) d) ed art. 57-58)		
		50	Prov. per prest. libero-professionali - Altro		
	300	0	Prestazioni amministrative e gestionali		
	400	0	Consulenze	90,000	100,000
640	0	0	PROVENTI E RICAVI DIVERSI		
	100	0	Ticket		
		10	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	950,000	950,000
		20	Ticket sul pronto soccorso		
		90	Ticket altro	120,000	
	200	0	Diritti per rilascio certificati, cartelle cliniche e fotocopie	1,000	1,432
	300	0	Corrispettivi per diritti sanitari		
	400	0	Sperimentazioni	60,000	25,000
	500	0	Cessione plasma		
	600	0	Cessione liquidi di fessaggio, rottami e materiali diversi		
	700	0	Ricavi per cessione beni ad aziende del SSR		
	900	0	Altri proventi e ricavi diversi		
		10	Ricavi c/transitorio		
		80	Ricavi per bilanciamento costi finalizzati		
		90	Altri proventi e ricavi diversi	15,000	15,000
650	0	0	CONCORSI, RIVALSE, RIMBORSI SPESE		
	100	0	Concorsi		
		10	Da parte del personale nelle spese per vitto, vestiario e alloggio	60,000	60,000
		20	Da privati per attività in favore di minori, disabili ed altri		
		30	Da comuni per integrazione rette in R.S.A.		
	200	0	Rivalse, rimborsi e recuperi		
		5	Recuperi per azioni di rivalsa per prestazioni sanitarie		
		10	Recuperi per altre azioni di rivalsa	1,000	1,000
		15	Rimborso spese di bollo	15,000	16,000
		20	Recupero spese di registrazione	1,000	2,000
		25	Recupero spese legali		
		30	Recupero spese telefoniche	2,000	4,000
		35	Recupero spese postali	1,000	1,000
		40	Tasse ammissione concorsi	14,000	5,000
		45	Rimborso spese condominiali	60,000	60,000
		50	Rimborso vitto e alloggio da non dipendenti	10,000	7,000
		55	Rimborso personale comandato	150,000	225,000
		56	Rimborso personale comandato v/altri Enti pubblici	210,000	210,000
		57	Rimborso personale comandato v/ Regione	120,000	150,000
		60	Rimborso INPS donatori di sangue		
		65	Rimborso INAIL infortuni personale dipendente	60,000	70,000
		70	Rimborso spese viaggio e soggiorno su consulenze		
		71	Rimborso contributi su consulenze	3,000	2,000
		90	Altre rivalse, rimborsi , recuperi	815,000	650,000
660	0	0	RICAVI EXTRA-OPERATIVI		
	100	0	Ricavi da patrimonio		
		10	Locazioni attive	80,000	80,000
		90	Altri ricavi da patrimonio		
	200	0	Cessione gestione esercizi pubblici e macchine distributrici	68,000	68,000
	300	0	Compensi per gestione telefono pubblico		
	400	0	Donazioni e lasciti	10,000	20,000
	900	0	Altri ricavi extra-operativi	12,000	55,000
670	0	0	SOPRAVVENIENZE ATTIVE		
	100	0	Sopravvenienze attive		
		10	Sopravvenienze attive v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	14,000	
		11	Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	277,000	

<b>Piano dei conti di alimentazione per gli schemi di budget</b>			<b>Stima esercizio in chiusura</b>	<b>Budget 2012</b>
	12	Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale	25,000	
	13	Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di ba	182,000	
	14	Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialisti	1,000	
	15	Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da	147,000	
	16	Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	101,000	
	17	Altre sopravvenienze attive v/terzi	803,000	
	20	Arrotondamenti attivi	1,000	
	30	Sconti ed abbuoni attivi		
200	0	Differenze attive di cambio		
300	0	Insussistenze del passivo		
	10	Insussistenze del passivo v/Asl-AO, IRCCS, Policlinici della Regione	21,000	
	15	Insussistenze del passivo v/terzi relative alla mobilità extraregionale		
	20	Insussistenze del passivo v/terzi relative al personale		
	25	Insussistenze del passivo v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		
	30	Insussistenze del passivo v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		
	35	Insussistenze del passivo v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanitarie da operatori accreditati		
	40	Insussistenze del passivo v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		
	45	Altre Insussistenze del passivo v/terzi	212,000	
680		PLUSVALENZE		
100	0	Plusvalenze da alienazioni ordinarie di immobilizzazioni	1,000	
200	0	Plusvalenze da alienazioni straordinarie di immobilizzazioni		
690	0	ACCANTONAMENTI UTILIZZATI NELL'ESERCIZIO		
100	0	Utilizzo fondi rischi		
200	0	Utilizzo fondo svalutazione immobilizzazioni		
300	0	Utilizzo fondo svalutazione magazzino		
400	0	Utilizzo fondo svalutazione crediti		
700		COSTI CAPITALIZZATI		
100	0	Incremento immobilizzazioni immateriali		
200	0	Incremento immobilizzazioni materiali		
300	0	Utilizzo quota di contributi in conto capitale		
	10	per investimenti da Regione	2,832,000	2,895,000
	20	per investimenti dallo Stato		
	90	per investimenti da altre poste di patrimonio netto	315,000	315,000
710		INTERESSI ATTIVI		
100	0	Interessi attivi su depositi ed eccedenze di cassa		
	10	Su depositi bancari		
	20	Su depositi postali		
	30	Su c/tesoreria	600,000	600,000
200	0	Interessi attivi su titoli		
300	0	Altri interessi attivi		
720	0	RIVALUTAZIONI PER RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		
100	0	Rivalutazioni per rettifiche di valore di attività finanziarie		

## BUDGET DELLO STATO PATRIMONIALE

Attivo	PARZIALI		SITUAZIONE AL 31/12/2011	PARZIALI		BUDGET 2012
	Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi		Entro 12 mesi	Oltre 12 mesi	
<b>A) IMMOBILIZZAZIONI</b>						
<b>I. Immobilizzazioni immateriali nette</b>						
1 Costi d'impianto e di ampliamento			0			0
2 Costi di ricerca, sviluppo e di pubblicità			0			0
3 Diritti di brevetto industr. e di utilizz. delle opere dell'ingegno			10,000			0
4 Concessioni, licenze, marchi e diritti simili			0			0
5 Immobilizzazioni in corso e acconti			0			0
<b>Totale immobilizzazioni immateriali nette (I)</b>			<b>10,000</b>			<b>0</b>
<b>II. Immobilizzazioni materiali nette</b>						
1 Terreni			1,360,000			1,360,000
2 Fabbricati			47,600,000			46,100,000
3 Impianti e macchinario			1,680,000			1,580,000
4 Attrezzature sanitarie			875,000			810,000
5 Mobili e arredi			815,000			570,000
6 Automezzi			360,000			160,000
7 Altri beni			1,150,000			860,000
8 Immobilizzazioni in corso e acconti			350,000			350,000
<b>Totale immobilizzazioni materiali nette (II)</b>			<b>54,190,000</b>			<b>51,790,000</b>
<b>III. Immobilizzazioni finanziarie</b>						
1 Crediti			7,150,000			6,650,000
2 Titoli		7,150,000	0		6,650,000	0
<b>Totale immobilizzazioni finanziarie (III)</b>			<b>7,150,000</b>			<b>6,650,000</b>
<b>TOTALE IMMOBILIZZAZIONI (A)</b>			<b>61,350,000</b>			<b>58,440,000</b>
<b>B) ATTIVO CIRCOLANTE</b>						
<b>I. Rimanenze</b>						
1 Sanitarie			850,000			850,000
2 Non sanitarie			150,000			150,000
<i>meno: fondo svalutazione magazzino</i>						
<b>Totale rimanenze (I)</b>			<b>1,000,000</b>			<b>1,000,000</b>
<b>II. Crediti da:</b>						
1 Regione	10,000,000		10,000,000	9,000,000		9,000,000
4 Comune	50,000		50,000	10,000		10,000
Verso altri	8,250,000		8,250,000	8,000,000		8,000,000
<i>meno: fondo svalutazione crediti</i>	(500,000)		( 500,000)	(500,000)		( 500,000)
<b>Totale crediti (II)</b>			<b>17,800,000</b>			<b>16,510,000</b>
<b>III. Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni</b>						
1 Titoli a breve						
<b>Totale att. fin. che non costituiscono imm.ni (III)</b>			<b>0</b>			<b>0</b>
<b>IV. Disponibilità liquide</b>						
Disponibilità liquide			50,800,000			49,300,000
<b>Totale disponibilità liquide (IV)</b>			<b>50,800,000</b>			<b>49,300,000</b>
<b>TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE</b>			<b>69,600,000</b>			<b>66,810,000</b>
<b>C) RATEI E RISCONTI</b>						
1 Ratei attivi			5,000			5,000

2	Risconti attivi		145,000	145,000
	<b>TOTALE RATEI E RISCONTI</b>		<b>150,000</b>	<b>150,000</b>
	<b>TOTALE ATTIVO</b>		<b>131,100,000</b>	<b>125,400,000</b>

<b>Passivo</b>		<b>PARZIALI</b>		<b>SITUAZIONE AL 31/12/2011</b>	<b>PARZIALI</b>		<b>BUDGET 2012</b>
A)	<b>PATRIMONIO NETTO</b>						
I.	Fondo di dotazione			26,908,000			26,508,000
II.	Contributi c/capitale da Regione indistinti			11,500,000			9,800,000
III.	Contributi c/capitale da Regione vincolati						
IV.	Altri contributi in c/capitale			300,000			270,000
V.	Contributi per ripiani perdite						
VI.	Riserve di rivalutazione			5,487,000			5,487,000
VII.	Altre riserve			12,400,000			12,130,000
VIII.	Utili (perdite) portati a nuovo			705,000			1,405,000
IX.	Utile (Perdita) dell'esercizio						0
	<b>TOTALE PATRIMONIO NETTO</b>			<b>57,300,000</b>			<b>55,600,000</b>
B)	<b>FONDI PER RISCHI E ONERI</b>						
1	Fondi per imposte			318,000			318,000
2	Fondi per oneri al personale da liquidare			6,582,000			3,492,000
3	Fondi per rischi			2,800,000			2,800,000
4	Altri fondi			4,000,000			2,645,000
	<b>TOTALE FONDI PER RISCHI E ONERI</b>			<b>13,700,000</b>			<b>9,255,000</b>
C)	<b>PREMIO DI OPEROSITA' MEDICI SUMAI</b>			<b>2,200,000</b>			<b>2,345,000</b>
D)	<b>DEBITI</b>	<i>Entro 12 mesi</i>	<i>Oltre 12 mesi</i>		<i>Entro 12 mesi</i>	<i>Oltre 12 mesi</i>	
1	Mutui			0			0
7	Debiti verso fornitori	25,000,000		25,000,000	25,000,000		25,000,000
8	Debiti verso istituti di credito			0			0
	Altri debiti	32,600,000		32,600,000	32,900,000		32,900,000
	<b>TOTALE DEBITI</b>			<b>57,600,000</b>			<b>57,900,000</b>
E)	<b>RATEI E RISCONTI</b>						
1	Ratei passivi			50,000			50,000
2	Risconti passivi			250,000			250,000
	<b>TOTALE RATEI E RISCONTI</b>			<b>300,000</b>			<b>300,000</b>
	<b>TOTALE PASSIVO E NETTO</b>			<b>131,100,000</b>			<b>125,400,000</b>

<b>Conti d'ordine</b>		<b>STIMA ESERCIZIO IN CHIUSURA</b>		<b>BUDGET 2012</b>
RISCHI				
IMPEGNI		250,000		100,000
GARANZIE		6,000,000		6,000,000
BENI DI TERZI		630,000		630,000
BENI PRESSO TERZI		400,000		400,000

**PROSPETTO PREVENTIVO DEI FABBISOGNI E DELLE COPERTURE**

FABBISOGNI				COPERTURE		
<i>GESTIONE PREGRESSA</i>				B.IV	Disponibilità liquide iniziali	50,800,000
<i>FLUSSI FINANZIARI INDOTTI DALLA GESTIONE ECONOMICA</i>		<i>Costi della produzione</i>			<i>Valore della produzione</i>	
	B.1	Acquisti di beni	18,187,000	A.1	Contributi d'esercizio	420,532,634
	B.2	Acquisti di servizi	344,221,085	A.2	Ricavi per prestazioni ad aziende del SSN	2,399,934
	B.3	Godimento di beni di terzi	702,000	A.3	Ricavi per altre prestazioni	4,637,432
	B.4	Costi del personale	58,699,000	C.2	Proventi finanziari	600,000
	B.5	Costi generali ed oneri diversi di gestione	5,885,915			
	C.1	Oneri finanziari	170,000			
<i>VARIAZIONI DEL CAPITALE CIRCOLANTE</i>		<i>Rettifiche</i>			<i>Rettifiche</i>	
	B.7	Incremento delle rimanenze		B.7	Decremento delle rimanenze	
	B.II	Incremento dei crediti		0 B.II	Decremento dei crediti	1,290,000
	D	Decremento dei debiti (escluso mutui)		0 D	Incremento dei debiti (escluso mutui)	300,000
	C	Ratei e risconti attivi		0 E	Ratei e risconti passivi	0
	B.2	Decrem. f.di oneri al person. da liquidare	4,505,000	B.2	Increm. f.di oneri al person. da liquidare	
<i>GESTIONE IMMOBILIZZAZIONI</i>	A.I	Acquisizioni di immobilizz. immateriali		0 A	Contributi in c/capitale	1,560,000
	A.II	Acquisizioni di immobilizz. materiali	950,000	A.II	Dismissioni di immobiliz. materiali	0
	A.III	Incremento di immobiliz. finanziarie		0 A.III	Decremento di immobiliz. finanziarie	500,000
	D.1	Decremento debiti per mutui		0 D.1	Incremento debiti per mutui	0
		<b>TOTALE FABBISOGNI</b>	<b>433,320,000</b>		<b>TOTALE COPERTURE</b>	<b>482,620,000</b>
<b>SALDO FINANZIARIO NETTO</b>			<b>49,300,000</b>			

**Budget di tesoreria**

<b>VOCI</b>	<b>G</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>G</b>	<b>L</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>
<b>Disponibilità liquide iniziali</b>	<b>50,800,000</b>	<b>44,984,894</b>	<b>47,265,886</b>	<b>44,846,878</b>	<b>42,463,470</b>	<b>40,994,262</b>	<b>44,342,152</b>	<b>48,875,960</b>	<b>54,109,768</b>	<b>50,287,576</b>	<b>50,421,384</b>	<b>48,855,192</b>
Istituto tesoriere												
Cassa												
<b>ENTRATE</b>												
Incasso dei crediti iniziali	200,000	162,000	220,000	151,600	290,800	270,000	570,000	520,000	570,000	570,000	270,000	
<b>Contributi in c/esercizio</b>												
Quota capitolaria	19,523,992	19,523,992	19,523,992	19,523,992	19,523,992	24,436,890	20,342,808	20,342,808	20,342,808	20,342,808	20,342,808	20,342,808
Complessità												
Ricerca												
Didattica												
Contributi finalizzati							5,600,000					
Altri contr. in c/es.												
<b>Ricavi per prestazioni</b>												
Prestazioni in regime di ricovero												
Prestazioni ambulat. e diagnost.												
<b>Entrate proprie</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>	<b>400,000</b>
Prest. di ricov. ad az. del Serv. San.												
Prest.amb. diagn.ad az. del Serv. San.												
Prestazioni in favore di altri												
Ticket												
Altri proventi e ricavi diversi												
Concorsi, rivalse e rimborsi spese												
Locazioni attive												
Altri ricavi extra-operativi												
Contributi in c/capitale												670,000
Alienazione cespiti												
Interessi attivi			110,000			110,000			110,000			110,000
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>20,123,992</b>	<b>20,085,992</b>	<b>20,253,992</b>	<b>20,075,592</b>	<b>20,214,792</b>	<b>25,216,890</b>	<b>26,912,808</b>	<b>21,262,808</b>	<b>21,422,808</b>	<b>21,312,808</b>	<b>21,012,808</b>	<b>21,522,808</b>
<b>USCITE</b>												
Pagamento dei debiti iniziali	11,749,098	1,426,000	2,684,000	1,960,000	1,305,000	500,000	500,000	500,000				
<b>Acquisti di beni</b>	<b>800,000</b>	<b>1,200,000</b>	<b>1,400,000</b>	<b>1,400,000</b>	<b>1,400,000</b>	<b>1,400,000</b>	<b>1,400,000</b>	<b>1,400,000</b>	<b>1,200,000</b>	<b>1,200,000</b>	<b>1,400,000</b>	<b>1,000,000</b>
Beni di consumo sanitari												
Materiali sanitari per manutenzione												
Beni di consumo non sanitari												
Materiali non sanitari per manutenz.												

## A.S.S. n° 1 "Triestina"

<b>Acquisti di servizi</b>	6,300,000	10,000,000	14,000,000	14,000,000	14,000,000	15,500,000	15,500,000	10,000,000	20,000,000	15,000,000	17,000,000	14,000,000
Prestazioni in regime di ricovero												
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche												
Farmaceutica												
Medicina di base												
Altre convenzioni												
Servizi appaltati												
Manutenzioni												
Utenze												
Rimborsi assegni, contributi e altri serv.												
<b>Costi del personale</b>	6,400,000	4,600,000	4,000,000	4,600,000	4,500,000	4,000,000	4,500,000	3,700,000	3,600,000	4,500,000	3,700,000	5,600,000
Competenze fisse												
Competenze accessorie												
Incentivi												
Altre competenze												
Consulenze a favore di terzi, rimborsate												
Oneri sociali												
Personale est. con contratto di dir priv.												
Altri costi del personale												
<b>Costi d'es. att. lib. prof. e cam. a pagam.</b>	10,000	19,000	19,000	19,000	19,000	19,000	19,000	19,000	5,000	19,000	19,000	19,000
Compensi diretti per attiv. dirig. sanitari												
Compensi diretti al person. di supporto												
<b>Costi gen.li e oneri diversi di gestione</b>	680,000	530,000	540,000	450,000	430,000	420,000	430,000	380,000	410,000	430,000	430,000	429,000
Compensi agli organi direttivi												
Compensi al collegio dei revisori												
Spese per il funzionamento delle scuole												
Spese generali												
Utenze												
<b>Utilizzo fondi</b>		30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
Fondo SUMAI												
Fondi per imposte												
Fondi per oneri al personale da liquidare												
Acquisto di immobilizzazioni												
Interessi passivi												
<b>TOTALE USCITE</b>	<b>25,939,098</b>	<b>17,805,000</b>	<b>22,673,000</b>	<b>22,459,000</b>	<b>21,684,000</b>	<b>21,869,000</b>	<b>22,379,000</b>	<b>16,029,000</b>	<b>25,245,000</b>	<b>21,179,000</b>	<b>22,579,000</b>	<b>21,078,000</b>
<b>Saldo mensile</b>	<b>(5,815,106)</b>	<b>2,280,992</b>	<b>(2,419,008)</b>	<b>(2,383,408)</b>	<b>(1,469,208)</b>	<b>3,347,890</b>	<b>4,533,808</b>	<b>5,233,808</b>	<b>(3,822,192)</b>	<b>133,808</b>	<b>(1,566,192)</b>	<b>444,808</b>
<b>Saldo progressivo</b>	<b>44,984,894</b>	<b>47,265,886</b>	<b>44,846,878</b>	<b>42,463,470</b>	<b>40,994,262</b>	<b>44,342,152</b>	<b>48,875,960</b>	<b>54,109,768</b>	<b>50,287,576</b>	<b>50,421,384</b>	<b>48,855,192</b>	<b>49,300,000</b>

# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 30/12/2011 12:55:29

IMPRONTA: 9BEE06387906B9F87951DFE4B1DD630714FB3E2F433641BEE525FAD22FDFC263  
14FB3E2F433641BEE525FAD22FDFC2634643CA766AB898E39EF4FD66EE24AA19  
4643CA766AB898E39EF4FD66EE24AA19FE5D60330260A6B07A6353A76B644C55  
FE5D60330260A6B07A6353A76B644C558174308639F9FB9E78E32390983F9A83

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:01:23

IMPRONTA: 9DE81B840CAC5AB5A8FB58600D06B618E57727A3FB1B7950D92FB4CA03926F11  
E57727A3FB1B7950D92FB4CA03926F118E2D93E19D679567913590A2B23F2B37  
8E2D93E19D679567913590A2B23F2B3770E8FCB580CD59FFFD4C86DCF9371585  
70E8FCB580CD59FFFD4C86DCF937158548A0D5CC21B311C2193F5763491EC8EF

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 30/12/2011 13:18:33

IMPRONTA: 680963438F59C710BE98F9B56E23EEE1582DCFC3548CD4979DB050CBD5EEBF2E  
582DCFC3548CD4979DB050CBD5EEBF2EAB6C35CE09250A01317B3B6A201BF32D  
AB6C35CE09250A01317B3B6A201BF32D6DAAD80D3ED58FBC1A116039B6A147A7  
6DAAD80D3ED58FBC1A116039B6A147A799C0C83832B1EA3A5CDFE739364E1635