

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina

Relazione sulle performance

2015

19/7/2016 *Rob Secchia*
Mario Giampà
Roberto Uperla

1 Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda	4
Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi	
L'Organizzazione Aziendale	11
Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi	15
2 Gli obiettivi 2015	23
a. Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura ed all'organizzazione dei servizi	37
b. Patto tra Regione e i commissari straordinari/direttori generali degli enti del Servizio Sanitario Regionale	80
3 L'attività del periodo	88
Tabella indicatori LEA	105
4 La performance aziendale	107
a. La performance collettiva	107
b. La performance individuale	111

1. Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda

Il contesto istituzionale ed il territorio di riferimento



Il quadro di riferimento regionale che caratterizza l'esercizio 2015 è frutto di un profondo cambiamento innescato dalla L.R. n. 17 del 16 ottobre 2014 recante "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria".

Da un contesto che fino al 31/12/2014 risultava essere articolato in sei Aziende per i Servizi Sanitari, un'Azienda Ospedaliera, due Aziende Ospedaliere

Universitarie e due IRCCS, si passa, a far data dal 01/01/2015, ad un assetto descritto dagli Articoli 3, 4 e 5 comma 1, che si riportano di seguito in forma integrale:

<<

Art. 3

(Enti del Servizio sanitario regionale)

1. Per assicurare una piena e completa presa in carico della salute del cittadino e garantire la continuità dell'assistenza, nonché una maggiore efficienza, efficacia e uniformità nella gestione dei fattori produttivi, a decorrere dall'1 gennaio 2015 sono enti del Servizio sanitario regionale:

- a) le Aziende per l'assistenza sanitaria di cui all'articolo 5;
- b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine;
- c) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano;
- d) l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.

2. Le aziende di cui al comma 1, lettera b), assicurano un approccio integrato per una gestione sinergica della propria attività istituzionale con l'attività istituzionale rispettivamente dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5.

Art. 4

(Integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università)

1. Ai fini di cui all'articolo 3, comma 2, a decorrere dall'1 gennaio 2015 e per il periodo massimo di due anni:

- a) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario;
- b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario.

2. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, **entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" incorporano, rispettivamente, l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine** subentrando nelle relative funzioni, secondo modalità definite con protocolli d'intesa tra la Regione e le Università interessate, da stipularsi ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell' articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e successive modifiche. La Regione addiviene alla stipula definitiva dei suddetti protocolli sentita la Commissione consiliare competente. All'esito dell'incorporazione, le aziende assumono il nome,

rispettivamente, di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine" e, sulla base di quanto previsto dai citati protocolli d'intesa, esercitano, in modo unitario, coordinato e inscindibile, sia negli ospedali ad alta specializzazione che nelle attività distrettuali, dipartimentali e territoriali, le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché quelle di didattica e di ricerca, garantendo in particolare la continuità delle cure. Ciò al fine di migliorare il servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario, nel rispetto dei rispettivi ruoli e mandati, le funzioni e le attività del personale ospedaliero, del distretto e dell'Università.

3. *I protocolli d'intesa di cui al comma 2 devono avere la finalità di integrazione delle funzioni, evitando la duplicazione di reparti ospedaliero-universitari lì dove non sia necessitata da documentate esigenze epidemiologiche e/o organizzative.*

Art. 5

(Aziende per l'assistenza sanitaria)

1. Sono Aziende per l'assistenza sanitaria:

- a)** *l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con sede legale a Trieste;*
- b)** *l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", con sede legale a Gorizia, istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";*
- c)** *l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e di parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", con sede legale a Gemona del Friuli;*
- d)** *l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con sede legale a Udine;*
- e)** *l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", istituita mediante accorpamento dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, con sede legale a Pordenone.*

...omissis>>

Nelle more dell'incorporazione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 (AAS1) e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) di Trieste nell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata è stata quindi prevista una gestione commissariale unica per i due enti che hanno mantenuto tuttavia la loro autonomia. I rispettivi PAL/PAO delle due aziende sono stati quindi redatti in forma integrata e condividono gli obiettivi di sistema riferiti al territorio di pertinenza dell'AAS1 e, anche per il ruolo di riferimento e di hub svolto da alcune strutture delle aziende, all'intero territorio regionale.

Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 Triestina opera su un territorio di 211,82 kmq coincidente con la provincia di Trieste, con una popolazione complessiva di 236.186 abitanti (fonte SISSR), distribuiti in 6 comuni (Duino Aurisina, Monrupino, Muggia, San Dorligo della Valle, Sgonico, Trieste), 3 ambiti, suddivisi in 4 distretti.

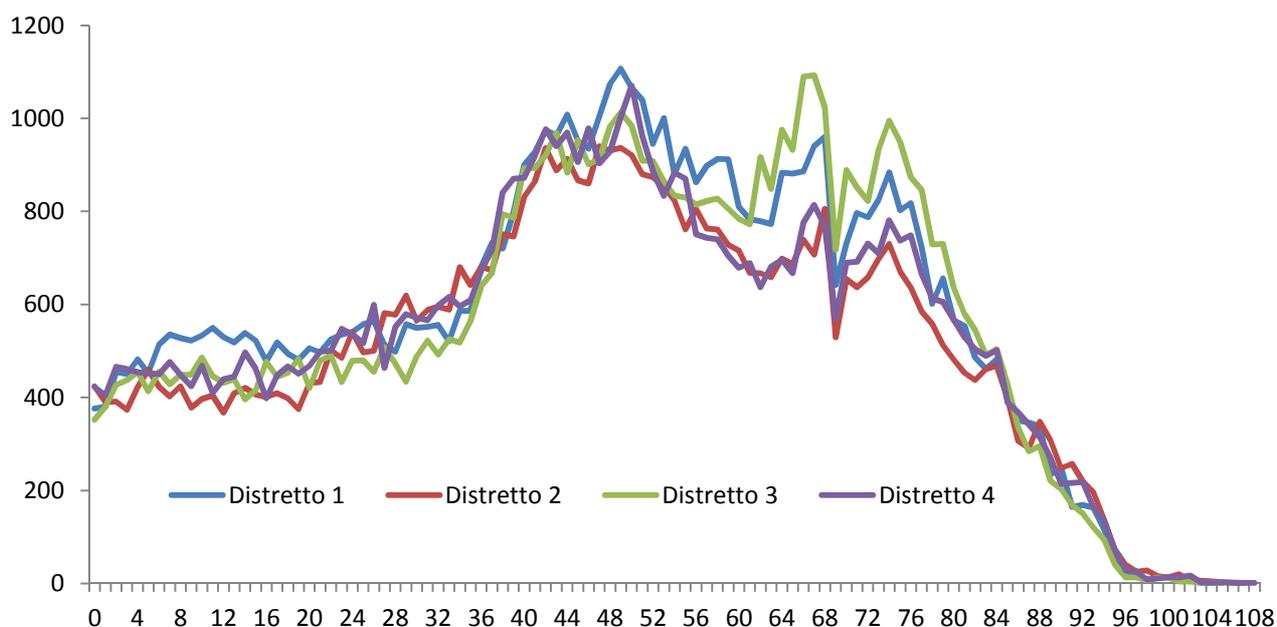
La distribuzione della popolazione per fasce di età è la seguente:

Popolazione al 1/1/2015	Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%
0-13	11.982	9,67	12.850	11,43	24.832	10,51
14-64	72.344	58,35	71.960	64,15	144.304	61,12
65-74	17.279	13,93	14.474	12,90	31.753	13,45
ultra75	22.394	18,06	12.903	11,52	35.297	14,91
Totale	123.999		112.187		236.186	

La distribuzione per fasce di popolazione per Distretto è la seguente:

Classi di età	Distretto 1						Distretto 2					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%										
0-13	3.318	10,33	3.507	11,78	6.825	11,02	2.702	9,27	2.962	11,30	5.664	10,23
14-64	18.947	58,88	18.987	63,82	37.934	61,25	17.269	59,16	17.362	66,33	34.631	62,54
65-74	4.413	13,70	3.920	13,18	8.333	13,46	3.807	13,06	3.039	11,62	6.846	12,37
ultra75	5.503	17,10	3.348	11,27	8.851	14,27	5.405	18,51	2.810	10,75	8.215	14,86
Totale	32.181		29.762		61.943		29.183		26.173		55.356	

Classi di età	Distretto 3						Distretto 4					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%										
0-13	2.938	9,36	3.111	10,81	6.049	10,07	2.986	9,68	3.236	11,89	6.222	10,72
14-64	17.832	56,71	17.706	61,53	35.538	59,01	18.107	58,74	17.755	65,13	35.862	61,76
65-74	4.988	15,85	4.359	15,14	9.347	15,51	4.048	13,12	3.150	11,55	7.198	12,39
ultra75	5.692	18,11	3.604	12,52	9.296	15,43	5.674	18,43	3.121	11,44	8.795	15,14
Totale	31.450		28.780		60.230		30.815		27.262		58.077	



Il quadro demografico di ASS1 (popolazione riferita al 1/1/2015 - anagrafe comunale, fonte SISR). Nella tabella e nei grafici che seguono si esprime in sintesi il confronto demografici tra AAS1, Distretti e regione FVG sui principali indicatori.

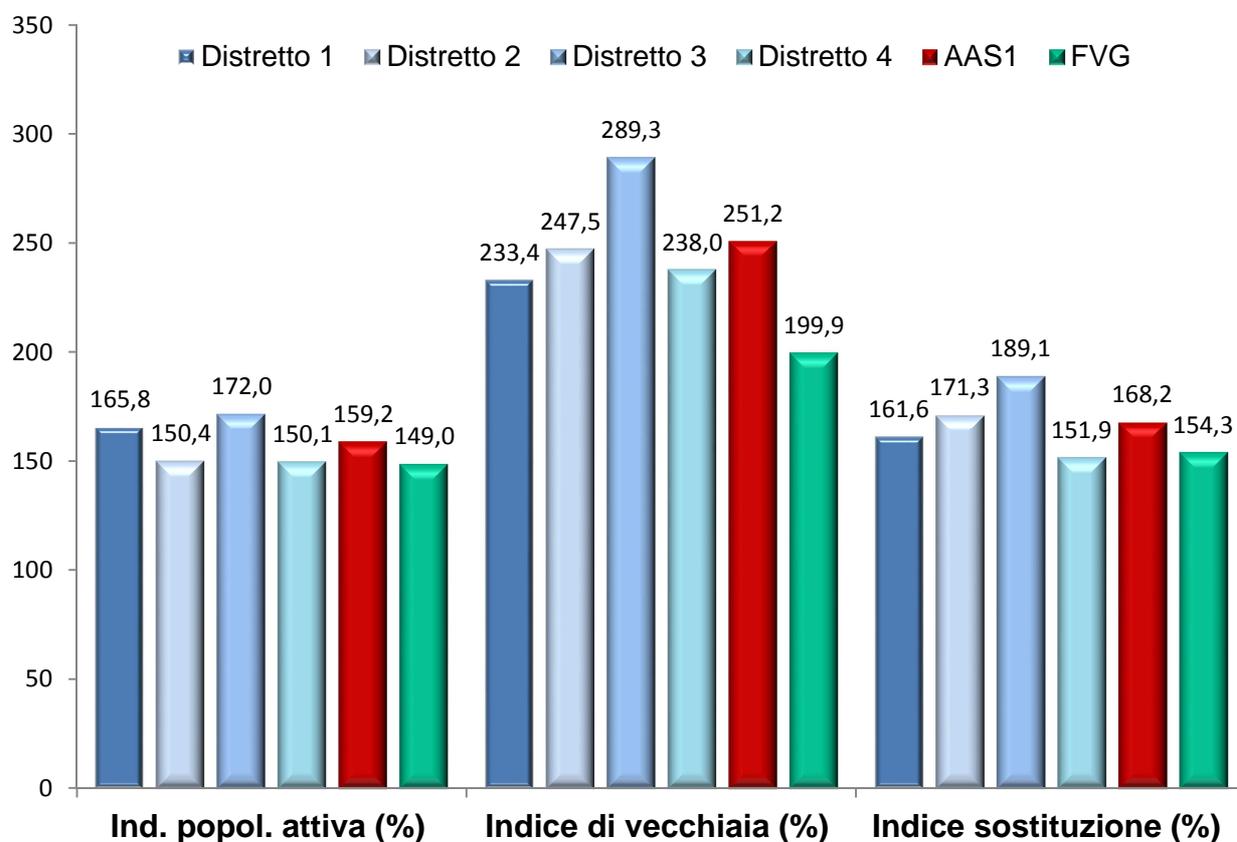
INDICATORI	DISTRETTO 1	DISTRETTO 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	ASS1	FVG
Ind. dip. giovanile (%)	19,69	17,79	18,34	19	18,74	20,15
Ind. dip. senile (%)	45,95	44,03	53,05	45,22	47,07	40,28
Ind. popol. attiva (%)	165,8	150,35	171,98	150,07	159,18	148,98
Indice di carico (%)	23,08	22,59	23,66	23,67	23,28	24,43
Indice di dipendenza (%)	65,65	61,81	71,39	64,22	65,81	60,43
Indice di fecondità (%)	4,05	4,79	4,06	4,53	4,4	4,58
Indice di vecchiaia (%)	233,35	247,51	289,26	238,03	251,24	199,87
Indice sostituzione (%)	161,57	171,34	189,13	151,93	168,15	154,32

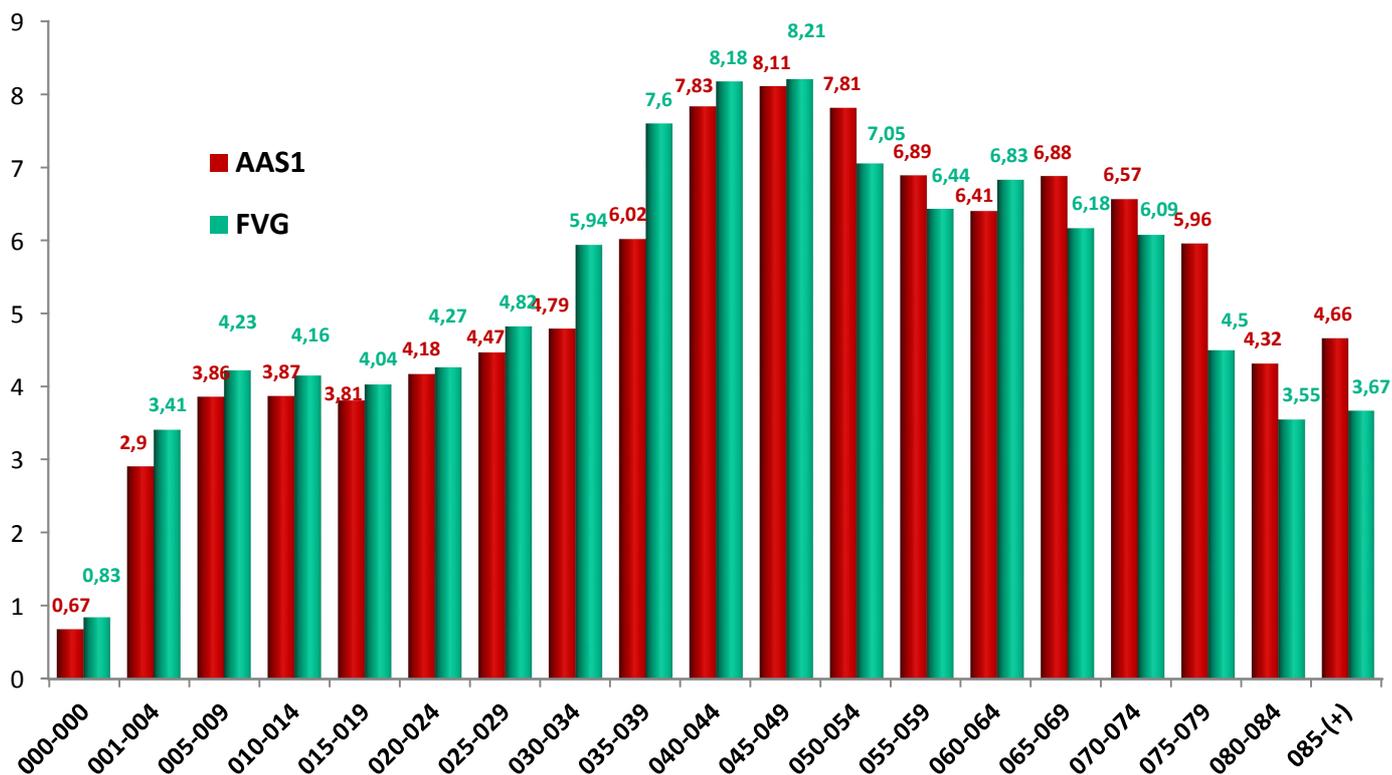
Si segnala come AAS1 presenti un indice di vecchiaia che supera di oltre 50 punti la media regionale. Ciò a fronte di una popolazione ultra 65enne che ha superato oramai la soglia del 28% del totale della popolazione residente (+3,27% rispetto al valore del FVG), e quella ultra settantacinquenne che sfiora il 15% (+2,33% rispetto al dato FVG). In

generale da tutti i confronti il quadro demografico di AAS1 è pesantemente più sfavorevole rispetto al contesto regionale.

Ciò risulta fondamentale per una corretta interpretazione dei risultati della performance aziendale per l'anno 2015.

Classi di eta	AAS1		FVG		Differenza %
	valore	%	valore	%	
0-14	26.688	11,3	154.161	12,56	-1,26
15-64	142.448	60,31	764.945	62,33	-2,02
65-74	31.753	13,44	153.433	12,5	0,94
Over 65	67.050	28,38	308.129	25,11	3,27
Over 75	35.297	14,94	154.696	12,61	2,33
TOTALE	236.186	100	1.227.235	100	





La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2015 è pari a 100.403 unità (54.455 per motivi di reddito, 77.089 per altri motivi). Nella tabella che segue in sintesi e per tipologia i quadro delle esenzioni al 1/1/2015 e al 1/1/2016:

	1/1/2015		1/1/2016	
	Esenti	Esenzioni	Esenti	Esenzioni
Gravidanza	930	970	898	950
AFIR	66	66	67	67
Invalidità	18.345	19.193	18.305	19.153
Malattie rare	2.379	2.431	2.544	2.598
Patologia	65.023	94.539	65.829	96.062
ISEE contrib. Reg.	-	-	1.733	1.733
Reddito	53.213	54.919	54.455	56.108
Non Reddito	74.959	117.199	77.089	120.563
TOTALE	98.720	173.681	100.403	176.481

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi

I dati sulla popolazione assistita (scelte MMG e PLS) e sulla sua scomposizione per fasce d'età non sono perfettamente coerenti con quelli esposti nel QUADRO G del Modello FLS 11. È evidente che tale popolazione assistita non può coincidere con la popolazione residente alla medesima data in quanto tra gli assistiti sono presenti anche pazienti domiciliati e non residenti, che hanno scelto il MMG o il PLS sul territorio Aziendale, mentre tra i residenti ci sono persone che possono non avere scelto il MMG o il PLS in Azienda.

I dati relativi alla popolazione assistita, sopra riportati, utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard, differiscono da quelli ISTAT. In particolare, la popolazione ISTAT è pari a 236.073 unità, la popolazione utilizzata dalla Regione per il riparto è pari a 236.186 unità.

MODELLO FLS 11 Anno 2015 (scelte MMG e PLS)	ASSISTIBILI AL 1/1/2015			ASSISTIBILI AL 1/1/2016			
		Maschi	Femmine	Totale		Maschi	Femmine
0 - 13	12.619	11.778	24.397	0 - 13	12.546	11.664	24.210
14- 64	71.692	72.014	143.706	14- 64	71.685	71.489	143.174
65- 74	14.618	17.277	31.895	65- 74	14.345	17.029	31.374
Oltre 75	12.981	22.410	35.391	Oltre 75	13.435	22.689	36.124
Totale	111.910	123.479	235.389	Totale	11.2011	12.2871	234.882

La popolazione esente da ticket al 1/1/2015 non è coerente con quanto fornito nel modello FLS11 quadro H che riporta un totale di teste pari a 94.798 mentre coincide il dato al 1/1/2016 che conta 100.403 persone esenti. Il dato al 1/1 /2015 differisce dal modello FLS11 per via di aggiornamenti successivi ai sistemi informativi.

MODELLO FLS 11 Anno 2015 (scelte MMG e PLS)	Codice Regione	Codice USL	Anno	Età	Altri motivi
	060	201	AL 1/1/2015	50.751	44.047
	060	201	AL 1/1/2016	54.455	45.948

L'Organizzazione Aziendale

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria N. 1 Triestina (AAS1) adotta il seguente modello organizzativo, come definito nell'Atto Aziendale:

http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/docs/atto_aziendale_391_2012.pdf

“L'Azienda dà attuazione al principio di esplicita ed adeguata distinzione fra le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo da un lato e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione di competenze e di responsabilità dell'organo di governo e quelle della dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione e della massima valorizzazione della dirigenza e di tutte le risorse professionali.

Le funzioni ed i compiti di cui al comma precedente sono oggetto di specifica definizione con atto di organizzazione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità, dirigenziale e non, nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna.

L'Azienda, con atto separato, indica missione e area di responsabilità di ogni incarico organizzativo aziendale, dirigenziale e non, ed attua un sistema permanente di valutazione dell'attività e delle prestazioni sanitarie, tecniche ed amministrative.

Le attribuzioni dei dirigenti apicali e non, costituiscono quindi un ambito esclusivo e diretto di competenza per materia.

Resta ferma la potestà in capo al Direttore Generale di devolvere le funzioni proprie delegabili con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, secondo principi e modalità da formalizzare, che faranno riferimento al principio della delega.

Il modello aziendale si definisce quindi di direzione per obiettivi.

Al fine di realizzare il modello organizzativo prefigurato, la gestione dell'Azienda è informata a criteri di programmazione, sulla base delle linee del Piano Sanitario Regionale e della pianificazione strategica.

Il modello di programmazione cui fa riferimento l'Azienda è quello della programmazione negoziata.

Strumento fondamentale del sistema direzionale di programmazione e controllo è rappresentato dal processo di budget, anche in riferimento al complesso delle responsabilità direzionali (risultati raggiunti in rapporto alle risorse impiegate) e delle responsabilità operative ai vari livelli.

Il modello organizzativo prevede un elevato livello di integrazione e interazione tra le strutture aziendali sanitarie e amministrative, e in particolare all'interno delle medesime e reciprocamente tra di esse.

L'Azienda persegue le proprie finalità agendo mediante atti di diritto privato, salvo nei casi in cui la legge le attribuisca espressamente poteri pubblicistici, come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo.

Gli atti di diritto privato sono adottati nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione delle attività aziendali.”

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" pone i bisogni delle persone che si rivolgono ad essa al centro della propria attività e, nel farlo, si ispira ai seguenti principi fondamentali:

Eguaglianza ed imparzialità

Diritti, doveri, opportunità e trattamenti imparziali per tutti i cittadini che accedono alle strutture sanitarie, a prescindere da nazionalità, etnia, religione, orientamenti sessuali, condizioni psicofisiche e socioeconomiche.

Giustizia ed equità

L'Azienda agisce secondo criteri di obiettività e giustizia e gestisce le risorse che le sono conferite in vista di una distribuzione equa, in funzione dei bisogni espressi dalle comunità assistite e da ogni singolo utente.

Continuità

I servizi dell'AAS1 devono garantire la regolarità e la continuità dell'erogazione del servizio.

Autonomia e diritto di scelta

Le persone devono poter decidere liberamente sulla propria salute. Ciò si ottiene grazie ad una comunicazione efficace, corretta ed esaustiva, tale da incrementare costantemente la possibilità di scelta e di autodeterminazione dei singoli. L'azienda rispetta il diritto dell'utente di scegliere liberamente la struttura sanitaria cui desidera accedere e ne facilita l'esercizio.

Partecipazione

Il cittadino è parte attiva nei processi di cura e di promozione della salute, e l'Azienda considera suo compito, non solo informarlo su temi sanitari, ma anche ascoltarlo, nella convinzione che consapevolezza, informazione e partecipazione, anche in forma organizzata, aumentino la qualità complessiva del sistema sanitario. L'Azienda, al fine di promuovere ogni forma di partecipazione, garantisce il perseguimento della semplificazione delle procedure ed un'informazione completa e trasparente e si impegna a favorire l'accesso alle informazioni e a migliorare il servizio in termini di tempestività e di correttezza dei comportamenti.

Integrità ed etica professionale

Tutti gli operatori dell'Azienda sono impegnati a svolgere la propria attività nel rispetto della dignità e della salute delle persone, facendo riferimento ai principi contenuti nei codici deontologici specifici per le diverse professionalità.

Appropriatezza

L'Azienda sceglie di realizzare i servizi adeguati ai bisogni della comunità e del singolo.

Efficacia

Le strutture aziendali e tutti gli operatori sono impegnati nello sviluppo permanente dell'efficacia della loro azione nel presidiare la salute delle comunità e del singolo.

Efficienza

Tutte le strutture aziendali operano alla luce del principio dell'efficienza, che significa impiego ottimale delle risorse disponibili finalizzato al raggiungimento del massimo risultato.

Qualità

L'Azienda ispira la sua azione alla prassi del miglioramento continuo della qualità dei servizi. Per quanto riguarda tutta l'attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, il personale dell'Azienda è impegnato a rispettare protocolli scientifici e linee guida condivise a livello internazionale che tengono conto delle evidenze scientifiche più recenti, realizzati correttamente e con il rispetto dell'utente al fine di ottenere i migliori esiti di salute e il miglior alleviamento delle sofferenze possibile.

Diffusione dell'assistenza di primo livello

Allo scopo di assicurare in modo generalizzato e coordinato la promozione e la tutela della salute in maniera omogenea a tutto il territorio.

Responsabilità sociale

L'Azienda è impegnata a ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività, a favorire e tutelare l'ambiente sociale del proprio territorio, a promuovere in tutta l'organizzazione interna condizioni di lavoro rispettose della dignità e delle aspirazioni delle persone.

Per ulteriori riferimenti si rimanda al sito istituzionale in cui è possibile visionare la Carta dei Servizi: http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/docs/carta_dei_servizi.pdf

L'organigramma di AAS1 è riportato di seguito e sul sito istituzionale aziendale: http://www.ass1.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/#sthash.yt73Zw6l.dpuf

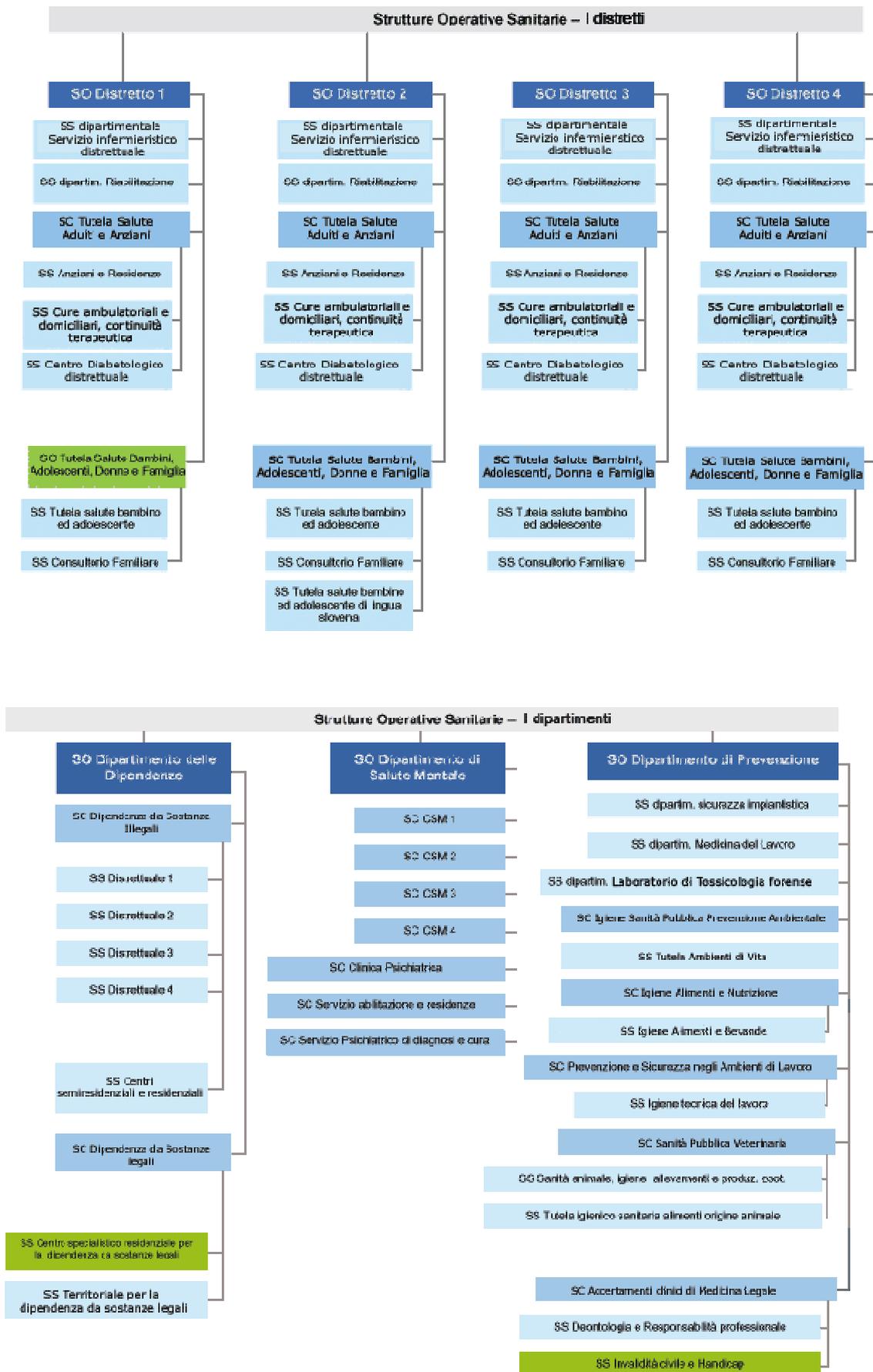
La struttura organizzativa aziendale viene definita mediante la classificazione di tutte le articolazioni in Strutture Operative (S.O.), Strutture complesse (S.C.), Strutture semplici (S.S.).

L'organigramma aziendale è relativo alla classificazione delle articolazioni aziendali e ad esso si associa l'elencazione delle funzioni e delle competenze di ciascuna articolazione.

a) articolazione aziendale:

- ✓ **Commissario Straordinario**
- **Direzione strategica**
 - Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale
 - Programmazione strategica
 - Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP
- ✓ **Direzione Amministrativa**
 - Funzione Interaziendale Gestione Stabilimenti
 - Funzione Interaziendale Informatica e Telecomunicazioni
 - Logistica e Servizi Generali
 - Affari generali
 - Finanza e controllo
 - Gestione e valorizzazione del personale
- ✓ **Direzione Sanitaria**
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Distretto 1
 - Distretto 2
 - Distretto 3
 - Distretto 4
 - Funzione Interaziendale Direzione Infermieristica
 - Farmacia
 - Attività sanitarie convenzionate
 - Centro Cardiovascolare
 - Centro Sociale Oncologico
 - Servizio riabilitativo aziendale
 - Sistema 118
- ✓ **Direzione Sociosanitaria**
 - Gestione attività di tirocinio
 - Integrazione lavorativa per persone con disabilità l. 68/99
 - Laboratorio di welfare partecipativo
- ✓ Collegio di Direzione
- ✓ Collegio sindacale
- ✓ Organismi collegiali

b) articolazione delle Direzioni e delle strutture operative:



Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

Assistenza Ospedaliera

Nel territorio di riferimento sono presenti due aziende pubbliche, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste (AOUTS) e un ospedale infantile, l'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Speciale Burlo Garofalo.

L'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina non dispone di presidi a gestione diretta, eccezion fatta per i 6 posti letto attribuiti alla S.C. SPDC del DSM presso l'Ospedale Maggiore di AOUTS e 3 case di cura convenzionate: Salus, Sanatorio Triestino e Pineta del Carso.

I posti letto convenzionati sono pari a 232 unità, a seguito degli accordi rinnovati nel corso del 2015, distribuiti come di seguito specificato:

Casa di Cura convenzionata	Posti letto
Pineta del Carso	100
Pneumologia/fisiopatologia respiratoria	8
Riabilitazione	92
Salus Policlinico Triestino	60
medicina interna	18
chirurgia gener. - endoscopia digestiva	14
oculistica	2
ORL	8
ortopedia	18
Sanatorio Triestino	72
medicina interna	7
chirurgia generale	20
urologia/andrologia	14
oculistica	6
ginecologia	7
ortopedia/traumatologia	18
Totale posti letto	232

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi

I dati sopra riportati non sono coerenti con quanto riportato nei modelli ministeriali di rilevazione dei flussi, come risulta dalla tabella sottostante, perché la rilevazione è antecedente alla stipula dei nuovi accordi:

Codice struttura	Denominaz.	Codice disciplina	Degenza ordinaria	Day hospital	Day surgery	Totale
060029	Sanatorio Triestino	02	0	6	0	6
		08	2	0	0	2
		09	12	0	0	12
		26	10	0	0	10
		34	2	0	0	2
		36	12	0	0	12
		37	4	0	0	4
		43	6	0	0	6
		98	0	0	26	26
060032	Pineta del Carso	56	96	0	0	96
		68	12	0	0	12
060033	Salus	09	10	5	0	15
		26	21	2	0	23
		34	1	1	0	2
		36	10	3	0	13
		37	2	2	0	4
		38	6	2	0	8
060029	Sanatorio Triestino		48	6	26	80
060032	Pineta del Carso		108	0	0	108
060033	Salus		50	15	0	65
	Totale		206	21	26	253

Assistenza Territoriale

Stato dell'arte

L'azienda nel 2015 ha operato mediante 46 presidi a gestione diretta e 50 strutture convenzionate. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

Per le strutture a gestione diretta:

Tipo struttura/ Tipo assistenza	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consulorio	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza ai disabili fisici
Ambulatorio Laboratorio	14	1					
Struttura residenziale					6	1	1
Struttura semiresidenziale					6		
Altro tipo di struttura	7	1	1	7		4	

AAS1 non dispone di istituti o centri di riabilitazione ex art.26 L.833/78.

Per le strutture convenzionate:

Tipo struttura/ Tipo assistenza	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Assistenza psichiatrica	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	12	6	3				
Struttura residenziale				5	15	6	1
Struttura semiresidenziale				1	4		
Altro tipo di struttura	1	1					

AAS1 dispone di un Centro riabilitativo convenzionato per riabilitazione ambulatoriale e domiciliare ex art.26 L.833/78.

I medici di medicina generale (MMG) convenzionati con AAS1 al 1/1//2015 erano 189, mentre i pediatri di libera scelta (PLS) 21. Al 31/12/2015 erano rispettivamente 182 e 20.

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

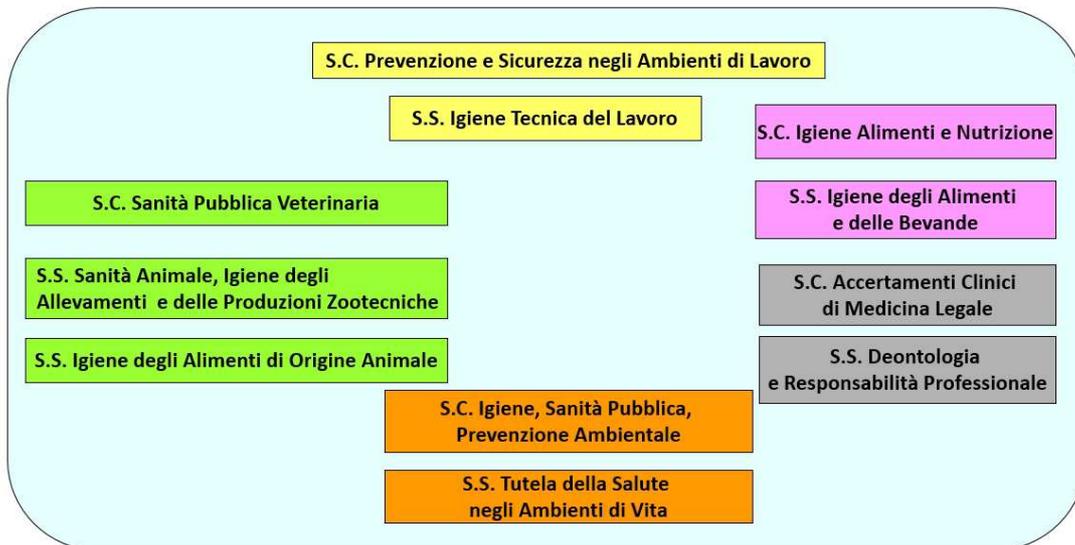
MODELLO STS 11 Anno 2015	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate, sulla tipologia e il tipo di assistenza erogata, sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS 11
MODELLO RIA 11 Anno 2015	I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate ex art 26 L 833/78 sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli RIA 11
MODELLO FLS 12 Anno 2015	I dati esposti relativi a medici di base e pediatri sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai quadri E e F del modello FLS 12

Prevenzione

Stato dell'arte

Il Dipartimento risponde del suo operato al Direttore Generale e la sua attività viene svolta in conformità alla programmazione effettuata dalla Direzione Generale. Si rapporta quindi costantemente con le altre Strutture Aziendali e collabora con gli altri Dipartimenti territoriali per la realizzazione di specifici progetti, al fine di dare una risposta multidisciplinare ed integrata ai problemi di salute della collettività. Si rapporta e collabora con i Distretti, sia in fase di programmazione delle attività che nella gestione di situazioni critiche contingenti. Le strutture Operative del Dipartimento di Prevenzione assicurano alla Direzione del Distretto un'informazione tempestiva e adeguata in ordine a problematiche locali rilevanti di sanità pubblica, spesso a carattere d'urgenza, che possono avere un forte impatto sul territorio o sulla collettività. Dipartimento di Prevenzione e Distretti collaborano inoltre all'attuazione dei piani territoriali con particolare riferimento alle azioni a rilevanza istituzionale a valenza interdipartimentale e di particolare rilevanza per il territorio.

Il Dipartimento di Prevenzione si articola nelle seguenti Strutture:

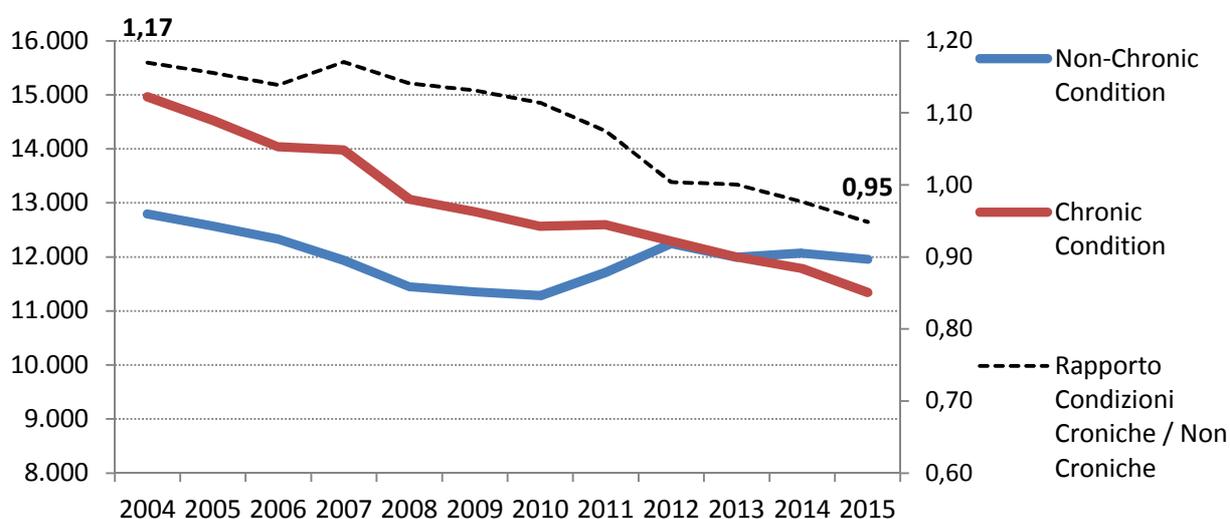


Caratteristiche ed evoluzione dello scenario in cui l'Azienda si trova ad operare

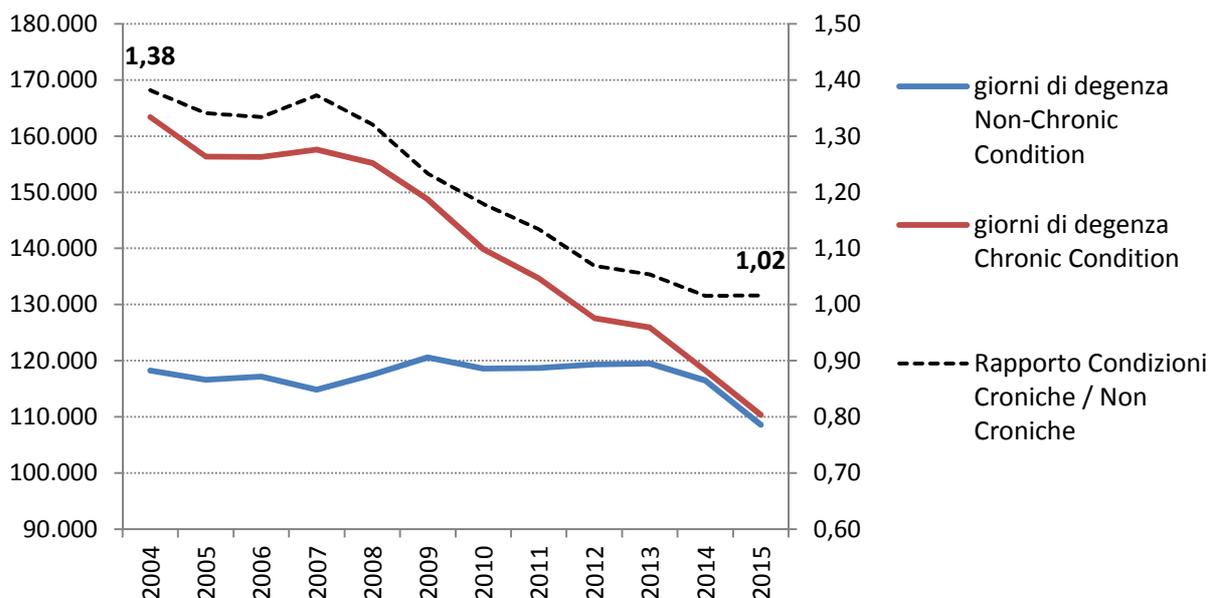
Come noto lo scenario in cui opera l'Azienda è contraddistinto dall'incremento della speranza di vita dei residenti, in un contesto caratterizzato da indici socio-demografici unici in Italia. La provincia di Trieste, infatti, è la più anziana d'Italia e presenta un indice di vecchiaia pari a 249/100. Anche l'indice di dipendenza strutturale (residenti attivi/non attivi) è di sei punti superiore alla media regionale e di oltre 10 superiore a quella italiana. La proporzione di ultrasessantacinquenni nella popolazione triestina ha superato il 29%. Questi indici socio-demografici contribuiscono all'incremento del numero di persone affette da patologie croniche (una persona su tre ha almeno una patologia cronica; due su 5 sono affette contemporaneamente da due o più malattie croniche).

Ciò si riflette sulla tipologia dei ricoveri, in quanto è evidente il peso relativo delle patologie croniche sul totale delle dimissioni, che ha un riflesso su degenza ed esiti.

Tuttavia tale rapporto, negli ultimi dieci anni, è in costante diminuzione. Il rapporto tra dimissioni ordinarie per condizioni di cronicità e condizioni acute (non croniche) era pari a 1,17 nel 2004. Nel 2015 è pari a 0,95.



Lo stesso, in maniera più marcata, si è verificato relativamente alle giornate di degenza. Il successivo grafico evidenzia la costante e rilevante diminuzione delle giornate di degenza ordinarie per gruppo di patologie, croniche e non. Il rapporto tra giornate di degenza cumulate da pazienti dimessi per una condizione di cronicità rispetto a chi era dimesso con una condizione non cronica era di 1,38 nel 2004. Questo rapporto è sceso a 1,02 nel 2014 e nel 2015, ossia si è ridotto del 30%.



La degenza media per i pazienti con una condizione cronica come diagnosi principale era di 10 giorni nel 2014 e si è ridotta a 9,7 giorni nel corso del 2015. Per le condizioni non croniche la degenza è di poco superiore ai 9 giorni. Nel complesso si sono risparmiate quasi 16.000 giornate di degenza ordinaria.

Una dimissione su tre presenta almeno un'altra condizione cronica oltre la diagnosi principale (Indice di Charlson, dati SDO 2015). Quasi il 14% dei dimessi ha due o più condizioni di cronicità associate ad una diagnosi principale diversa (chirurgica o medica, in acuzie).

Un dato rilevante è, per esempio, che il diabete mellito è diagnosi secondaria nel 9,4% dei dimessi, seguita dalla BPCO (bronco-pneumopatia cronica ostruttiva) con il 6,1%. Uno scompenso cardiaco congestizio si associa ad altre diagnosi di ricovero nel 5,1%.

Pertanto, la comorbidità associata alle patologie acute è rilevante, così come la prevalenza delle patologie croniche trattate in ospedale.

Come si evincerà anche dalla lettura del resto del documento, l'avvio dei percorsi di cura integrati o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per i pazienti residenti in Provincia di Trieste già precedentemente elaborati nel corso del 2014 si inseriscono in questo contesto operativo ospedaliero. I principali PDTA sui quali si sono confrontati operatori di AAS1, Burlo e AOUTs, spesso coinvolgendo le Associazioni dei pazienti sono stati quelli per le donne con cancro alla mammella, BPCO, scompenso cardiaco, ictus, mesotelioma pleurico, frattura del femore e protesi d'anca. A questi si è associato un

tavolo tecnico che ha definito il percorso attuativo per la gestione dei pazienti diabetici. La metodologia di lavoro ha permesso ai professionisti di considerare il trattamento della persona ammalata ed il suo problema di salute in modo cooperativo, sperimentando pertanto una prima forma di integrazione clinica sul “micro livello” operativo. Questo a dimostrazione che l’assistenza richiede frequentemente il contributo di più attori all’interno di un sistema molto complesso. Le esperienze hanno mirato a valutare la congruità delle attività rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili. In altri termini, nel corso del 2015 è stato possibile comparare il percorso teorico (ideale) tracciato sulla carta con quello praticato realmente nel territorio triestino.

2. Gli obiettivi 2015

Premessa

Nel rimandare per i dettagli alla lettura degli schemi di sintesi relativi ai risultati conseguiti a margine delle progettualità per l'esercizio 2015 e dei cosiddetti "obiettivi di Patto" di seguito riportati, si ritiene utile, in questa sede, fornire una visione d'insieme riprendendo lo schema descrittivo degli assi prioritari della strategia di sistema condivisa tra AAS 1 e AOUTs riassunti nei rispettivi PAL/PAO.

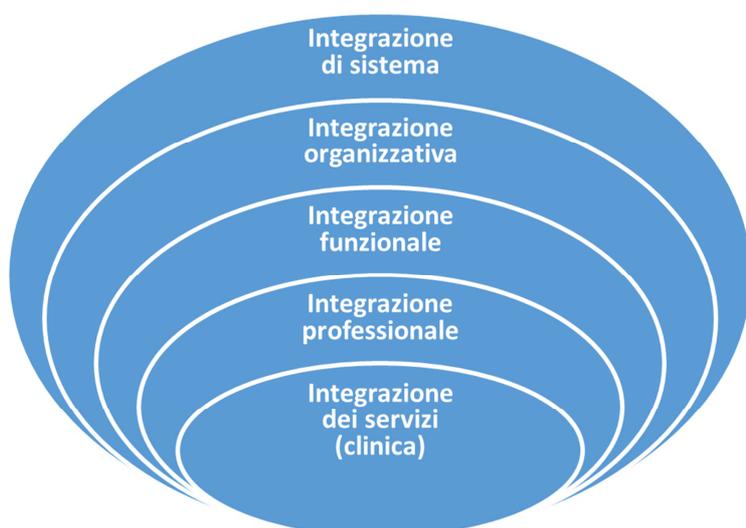
Strategia e risultati 2015

Tale strategia è riassunta nella seguente infografica:

Integrazione		
Continuità assistenziale (sviluppo ed applicazione di PDTA integrati ospedale-territorio che permettano alle aziende di promuovere una logica di rete)	Gestione della cronicità per favorire il passaggio dalla medicina d'attesa alla presa in carico (integrazione MMG, assistenza distrettuale e specialisti ospedalieri)	
Appropriatezza ed efficienza nell'attività di ricovero		
potenziare e rendere più efficiente il filtro attuato dal Pronto Soccorso	governo dei posti letto e riduzione del fenomeno dei «fuori reparto»	garantire performance in linea con gli standard regionali e nazionali
Coadiuvare le attività di riorganizzazione e le progettualità previste dalla Programmazione regionale con particolare riferimento all'avvio dell'ASUI ed alle funzioni di laboratorio/microbiologia (Area Vasta)		
Investimenti		
Strutture edilizie	Attrezzature	
Accurata gestione delle risorse		

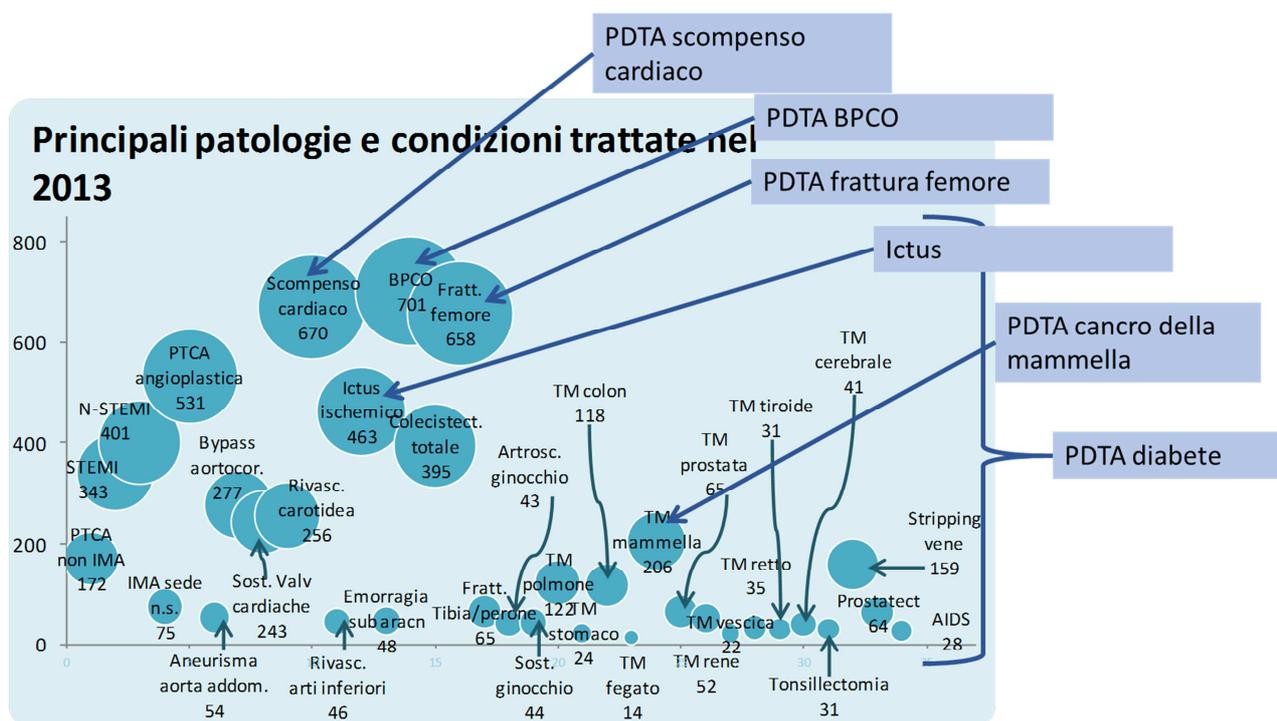
In quanto all'**integrazione** si sottolinea che il perfezionamento del percorso definito dalla riforma del SSR in merito all'attivazione della nuova ASUI, era inteso non come mera

applicazione di quanto previsto dalla Legge di riforma ma come avvio di un nuovo modello di sanità che da un lato andasse ad estendere l'integrazione dell'attività di didattica e ricerca anche nel settore dei servizi sanitari territoriali e, dall'altro, attivasse percorsi di semplificazione di un'organizzazione figlia dello



sviluppo separato di due Aziende. Il perfezionamento formale di tale attività, seguendo una tempistica scandita dai necessari passaggi istituzionali di natura sovra-aziendale, come noto (si vedano le Linee per la gestione del SSR nel 2016) è previsto avvenga nel corso dell'esercizio 2016. Tuttavia, le due aziende, come da piano, hanno avviato azioni propedeutiche di verifica e confronto dei rispettivi modelli operativi nei diversi settori dall'area clinico-sanitaria a quelle tecnico amministrative di supporto, con l'obiettivo di agevolare l'avvio dell'ASUI.

Per quanto attiene il potenziamento della **continuità clinico/assistenziale** (inteso come lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali –PDTA- condivisi capaci di usare nella maniera ottimale e più appropriata le risorse di entrambe le Aziende), questo prevedeva il coinvolgimento di tutte le realtà operative ospedaliere (Dipartimenti, Reparti, Servizi) e quelle territoriali (Distretti, Dipartimenti, CCV, CSO, 118, inclusi i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) con le loro nuove forme associative, le strutture intermedie –RSA, Hospice-).



Altrettanto importante il correlato tema della **gestione della cronicità**, che prevedeva il passaggio da una medicina di attesa ad una presa in carico sviluppata a seconda della complessità con l'individuazione di percorsi personalizzati (se del caso secondo il Cronic Care Model con l'individuazione del case manager) nei quali siano coinvolti i MMG, le strutture di assistenza distrettuale e gli specialisti ospedalieri di riferimento. Per questi

pazienti deve essere prevista l'organizzazione di percorsi brevi di diagnostica specialistica e strumentale per evitare accessi impropri e attese al Pronto Soccorso.

Molto importante lo sviluppo della collaborazione con i Servizi Sociali dei Comuni già prevista dai Piani di Zona;

Di fatto, quanto sopra poneva l'enfasi sull'applicazione dei PDTA già elaborati nel corso del 2014 tra i professionisti delle due aziende (e in alcuni casi anche con la collaborazione dell'ASS2 e del Burlo), programmando attività informative/formative e monitoraggi dei risultati basati su specifici indicatori.

Nel 2015 AAS1 e AOUST (anche in collaborazione con IRCCS Burlo) hanno sviluppato, con gruppi di lavoro comuni, i PDTA su alcune patologie di grande impatto, definendo anche sinergie e responsabilità, criteri di appropriatezza, obiettivi sanitari da raggiungere assieme.

In pratica la scelta strategica è quella di non pensare in termini di somma matematica di diverse organizzazioni (Reparti, Dipartimenti, Distretti, ecc.) ma di spingere verso una armonica collaborazione di professionisti che agiscono sulla base di scelte comuni con l'attivazione, anche formale, di reti basate sui percorsi di salute delle persone.

I percorsi, selezionati con una logica di priorità ed i principali risultati conseguiti nel 2015, sono riportati nella seguente figura:

	Formazione/ Informazione	Principali RISULTATI (in ospedale)
PDTA scompenso cardiaco	2 incontri	Ricoveri invariati; +0,2 gg degenza media;
PDTA BPCO	3 incontri	-14% ricoveri (tutte le età); -0,2 gg degenza media;
PDTA frattura femore	10 incontri	70% di 65+ anni operati <48h; -4 gg degenza;
PIC ictus	8 incontri	77 trombolisi effettuate a dicembre 2015; -1,6 gg degenza;
PDTA cancro della mammella	1 incontro	+16% ricoveri; degenza media invariata;
PDTA diabete	4 incontri	-26% ricoveri; +1 g degenza media;

Per il 2016 si intende proseguire sulla strada della costruzione di reti clinico assistenziali e percorsi a partire dai bisogni reali della popolazione, per offrire garanzie di continuità, sicurezza ed eccellenza coinvolgendo appieno i professionisti ospedalieri e territoriali. In tal senso, i settori prioritari saranno:

- gli interventi sulla rete a sostegno delle persone con diabete, sulla rete del dolore e sulla rete delle cure palliative
- la continuazione nella costruzione, già iniziata a livello regionale, delle reti ictus, rene e fegato.

Si è partecipato attivamente al gruppo tecnico regionale relativo al potenziamento dell'odontoiatria sociale (per il quale l'AOUTs è stata individuata quale Ente gestore del relativo finanziamento sovra-aziendale) mettendo a disposizione del gruppo l'esperienza maturata negli anni nell'ambito di uno specifico progetto aziendale frutto dell'integrazione dell'attività didattica e assistenziale nella SC (UCO) Clinica odontoiatrica e stomatologica dell'AOUTs. Il lavoro effettuato a supporto dei tavoli regionali ha permesso di avviare il progetto nel corso del 2016.

Sempre nel settore sanitario, l'attività di riorganizzazione del settore del **Laboratorio** relativamente al quale la LR 17/2015 prevede per l'Ospedale di Cattinara un ruolo di hub di Area Vasta Giuliano Isontina è stata portata avanti sia sul fronte istituzionale (è stato siglato un primo accordo tra AOUTs e IRCCS Burlo Garofolo per l'avvio nel 2016 della riorganizzazione delle attività di Medicina di Laboratorio) sia sotto il profilo logistico-strutturale (sono state avviate le azioni di riorganizzazione logistica, strutturale e informatica dei laboratori dell'AOU propedeutiche all'acquisizione della funzione di hub)

Infine, per quanto attiene invece le aree dei **servizi tecnico-amministrativi di supporto**, si evidenzia che, al fine dell'integrazione è stato avviato un percorso fra le due Aziende per il confronto delle attività rispettivamente svolte, delle procedure, dei regolamenti, degli standard operativi, delle risorse umane, delle dotazioni informatiche.

Sono state quindi poste in essere le azioni necessarie all'avvio di una gestione sinergica dell'attività istituzionale prevista peraltro anche dalla programmazione regionale, con l'obiettivo di addivenire, in una prima fase, ad una convenzione per la gestione unificata dei servizi in oggetto, che consentisse l'allineamento progressivo delle politiche e delle procedure delle funzioni di competenza. In particolare, tale percorso ha sinora riguardato

l'approvvigionamento dei Farmaci, ambito che riveste particolari complessità in quanto coinvolge istituzionalmente anche le rispettive Farmacie delle due aziende, nonché la logistica di Magazzino. Nel corso del 2015 è stata studiata congiuntamente la futura fase di unificazione dei magazzini attivi nelle due Aziende, anche quale attività propedeutica al previsto successivo inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato EGAS. E' stata svolta una accurata ricognizione complessiva del patrimonio immobiliare dedicato a tali funzioni, pervenendo infine alla scelta di destinare il comprensorio di via Travnik quale nuova sede; i relativi adeguamenti edili e impiantistici sono stati resi possibili grazie alle risorse individuate dall'Azienda, che ha richiesto e ottenuto la specifica autorizzazione regionale al relativo impiego.

Ulteriori attività svolte congiuntamente e nell'ottica dell'obiettivo in argomento sono quelle relative alle anagrafiche dei **beni**, alla condivisione dei fabbisogni per i nuovi appalti economici (ristorazione, asilo nido, etc.), all'avvio di procedure di gara comuni, alla gestione condivisa delle manutenzioni delle apparecchiature biomedicali.

Le attività di cui sopra hanno successivamente permesso nel 2016 il trasferimento del cosiddetto "Magazzino Scorte varie" dell'AOUTs nella nuova sede di Via Travnik e l'avvio dal mese di febbraio delle funzioni interaziendali con apicalità unica dei servizi di Farmacia, Logistica, Gestione Stabilimenti e Informatica/telecomunicazioni

In merito all'**appropriatezza** ed all'**efficienza dell'attività di ricovero**, con un approccio integrato tra le Aziende, nel 2015 sono state avviate azioni che hanno portato ad evidenti risultati consentendo di ridurre la pressione su Pronto Soccorso e reparti (in particolare di medicina interna) e, ad un tempo, di avviare le riorganizzazioni strutturali (in particolare dotazione di posti letto) previste dalla Riforma del SSR e dai nuovi assetti logistici conseguenti anche alla ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara.

Tra le azioni poste in essere in tal senso, si ritiene opportuno richiamare l'attenzione sulle seguenti:

- integrazione con il territorio (vedi sopra anche continuità assistenziale e gestione della cronicità)
- avvio dei PDTA elaborati nel 2014 per
- riduzione degenze
- riduzione accessi evitabili
- riduzione ricoveri

- valutazione del punto di vista dei pazienti
- inserimento degli “assistenti di sala” presso il PS Ospedale di Cattinara per coadiuvare l’equipe nella gestione dei pazienti. Un’indagine condotta a fine anno ha permesso di rilevare come il 96% degli intervistati abbia giudicato “utile” il supporto fornito da queste figure;
- potenziamento del PS (+ 1 ambulatorio; +3 medici, +3 Infermieri): tali interventi sono stati posti in essere al fine di migliorare principalmente la logistica riconosciuta come una delle criticità della sede di Cattinara;
- riorganizzazione Medicina d’Urgenza (+7 posti letto) al fine di potenziare le possibilità di accoglimento dal PS del paziente critico (ancora da stabilizzare sotto il profilo clinico) da parte di questa strutture e quindi liberare risorse nel PS stesso;
- riorganizzazione del DAI di Medicina Interna (accoglimento condiviso esteso sulle 24 ore 7 giorni su 7, riorganizzazione logistica Bassa Intensità di Cure con trasferimento della stessa presso l’ospedale di Cattinara e della Clinica medica) finalizzato a massimizzare l’efficienza dello stesso;
- attivazione e potenziamento dei percorsi brevi per ridurre ulteriormente la pressione sul PS (odontostomatologico, oculistico, urologico, otorinolaringoiatrico, dermatologico, chirurgia plastica)
- potenziamento delle ortopedie con attivazione della guardia attiva nel mese di maggio 2015 (+2 medici)
- miglioramento di alcuni indicatori di funzionalità ospedaliera

Altre azioni che pur non coinvolgendo le aree critiche hanno sicuramente coadiuvato le iniziative di cui sopra e si sono sviluppate in area chirurgica:

- riorganizzazione logistica delle funzioni di chirurgia generale, plastica e toracica
- redistribuzione delle sedute operatorie sulla base delle liste d’attesa (governo delle liste d’attesa)

Altre ancora si sono sviluppate nell’ambito dei setting assistenziali alternativi al ricovero (es. governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali)

Per quanto riguarda il **potenziamento dell’attività territoriale**, oltre alle azioni già descritte finora svolte in sinergia con AOUTS, sono state approvate e concordate con i MMG le nuove AFT e si ricorda che è già operativo il primo CAP a Muggia, che opera in sinergia con il Distretto 3 sulla base di obiettivi e indicatori condivisi. E’ stato attivato un

percorso garantito per la terapia del dolore in attesa della formalizzazione della rete integrata. E' stata attivata la REMS che ha già ospitato nel 2015 persone provenienti da altri territori. Si rimanda alle pagine successive per la puntuale illustrazione dei dati di attività e per l'evidenza del raggiungimento degli obiettivi del PAL 2015.

Per quanto attiene infine la gestione delle risorse, si ritiene di porre in evidenza quanto segue:

- 1) Gli accordi relativi alla ripartizione del finanziamento tra le due aziende (AAS1 e AOUTs), come esplicitato in sede di preventivo, hanno seguito una logica di equilibrio di sistema, anticipando quindi, nella sostanza, l'assetto previsto istituzionalmente per la futura ASUI;
- 2) Anche nel 2015, entrambe le aziende hanno assicurato l'equilibrio di bilancio in un contesto di finanziamenti articolato e complesso (per i dettagli si veda più avanti la sezione dedicata alla gestione economica) data la compresenza di fenomeni difficilmente gestibili a livello aziendale (es. introduzione dei nuovi farmaci ad altissimo costo per pazienti affetti da HCV) e vincoli gestionali, peraltro rispettati, sopravvenuti anche in corso d'esercizio ("spending review 2015");

In un simile contesto, gli sviluppi sopra descritti a livello di strutturale e logistico, hanno necessariamente trovato la loro fonte di finanziamento nei recuperi di efficienza dagli stessi indotti. Primo fra tutti, la considerevole riduzione delle giornate di degenza legata all'appropriatezza garantita sia dai servizi territoriali sia da quelli ospedalieri. Ciò è reso evidente anche dalle dinamiche registrate dalla dotazione di personale, che pur a fronte di potenziamenti introdotti in alcune aree, non registra nel totale alcun incremento e rispetta il vincolo gestionale del tetto sui costi relativi alle cosiddette "voci fisse" (pari ai costi 2012 ridotti dell'1%).

I vincoli operativi

Agli obiettivi strategici di Sistema sopra descritti, si aggiungono e, in parte, si sovrappongono i vincoli operativi fissati dalle “Linee per la gestione del SSR 2015” (DGR 394/2015) considerati - alla stregua dell’equilibrio di bilancio - prerequisito per la successiva valutazione degli Obiettivi di Patto di cui alla DGR 1364/2015. Tali vincoli sono di seguito riassunti:

1. Per la Farmaceutica ospedaliera; le aziende non in linea con gli standard NISAN (IRCCS Burlo Garofolo, AAS2, AAS3, AAS4 e AAS5), dovranno ridurre la farmaceutica ospedaliera del 2% rispetto al costo 2014. Per la Farmaceutica territoriale dovrà essere rispettato il valore indicato come criterio di costruzione del finanziamento.
2. Per i Dispositivi medici, le aziende non in linea con gli standard NISAN (IRCCS Burlo Garofolo e CRO, AAS3 e AOUUD) dovranno ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2014 (proiezione annuale dei primi 9 mesi presente nel III rendiconto).
3. Il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non può superare le 4 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.
4. Il tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda non deve superare il 140 per mille.
5. Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell’anno 2014; le Aziende adotteranno come priorità di intervento quelle connesse con la sicurezza delle strutture e degli impianti.
6. La completa attuazione di quanto disposto dal DL 6-7-2012, n. 95 e s.m.i., art. 15, comma 13 relativamente ai beni e servizi.
7. mantenimento dei costi per voci fisse del personale dipendente al di sotto di quello registrato nel 2012 ridotto dell’1%;
8. riduzione delle prestazioni aggiuntive al di sotto del 50% della spesa 2012 (salvo autorizzazione esplicita dell’Amministrazione regionale al supero di tale limite.)

In quanto al vincolo operativo di cui al punto 1

Nel 2015 il costo pro-capite della spesa farmaceutica territoriale (convenzionata+DPC) si attesta a **154,57€**, al di sotto della media regionale (159,40€). Nel 2015 AAS1 ha ridotto il costo pro capite (-0,45€) nella farmaceutica territoriale, in controtendenza rispetto alla Regione FVG, cercando di coniugare l'innovazione terapeutica con la sostenibilità.

Risultato sostanzialmente raggiunto.

Nel 2015 il costo pro-capite per la farmaceutica territoriale diretta si attesta in AAS1 a **51,20€**, il valore più basso in Regione e ben al di sotto della media regionale (62,04€).

Tuttavia tale dato è inficiato dalla spesa per i farmaci per l'HCV.

Se si calcola il valore pro-capite per la farmaceutica diretta, ad esclusione dei farmaci per l'HCV, l'AAS1 raggiunge ampiamente l'obiettivo attestandosi a **43,04€**.

Alla luce di quanto sopra si ritiene che il vincolo sia rispettato.

In quanto al vincolo di cui al punto 2 sui dispositivi medici, entrambe le aziende risultano esserne esentate in quanto in linea con i consumi standard definiti dalla Regione.

Relativamente al punto 3, ovvero al vincolo sul numero di prestazioni ambulatoriali, i dati 2015 rilevano 4,01 prestazioni pro-capite (popolazione pesata) a fronte di un tetto stabilito di 4 prestazioni pro-capite. Alla luce di quanto sopra si ritiene che il vincolo sia rispettato.

Per quanto concerne il punto 4, relativo al tasso di ospedalizzazione, i dati 2015 permettono una stima per i residenti nell'ambito territoriale di AAS1 di un tasso pari al 132,88‰ a fronte di un tetto stabilito del 140‰. Il vincolo è stato quindi rispettato.

Per quanto concerne il punto 5

Manutenzione impianti di trasmissione dati e telefonia: 2014 = € 163.287; 2015 = € 89.740

Manutenzione impiantistica varia: 2014 = € 495.087; 2015 = € 503.821

Manutenzione edile: 2014 = € 557.721; 2015 = € 385.829

Per quanto concerne il punto 6, relativo alla completa attuazione di quanto disposto dal DL 6-7-2012, n. 95 e s.m.i., art. 15, comma 13 relativamente ai beni e servizi, si ritiene necessario evidenziare che, in corso d'esercizio sono intervenute in materia normative statali (art. 9-ter D.L. 78/2015 convertito dalla L. 125/2015 "Spending Review 2015") e conseguenti atti e direttive regionali (DGR 1813/2015 e Decreto 862/SPS dd 21/10/2015 del Direttore della DCSISSPSF). Con decreto CS 107 dd 29/02/2016, inoltrato alla competente Direzione Centrale, si è atteso ad una ricognizione dello stato di avanzamento delle azioni poste in essere dall'AAS1 a margine della sopra richiamata normativa, cui l'Azienda ha dato e continua a dare piena adesione. Si riporta di seguito l'aggiornamento

di tale ricognizione unitamente una breve descrizione della cronologia degli atti intervenuti. Alla luce di quanto di seguito riportato si ritiene che il vincolo operativo sia stato pienamente rispettato.

Per quanto concerne il punto 7 si rappresenta che la manovra del personale è avvenuta nel pieno rispetto del previsto limite dell'1% 2012, anche senza tener conto delle voci di costo definite giustificative dalle indicazioni di cui alla DGR n. 394 dd. 06.03.2015 e di cui alla DGR 1363 dd. 10.07.2015.

Per quanto concerne il punto 8 si riportano gli importi acquistati per le prestazioni aggiuntive nel 2015, distinti per area negoziale, con evidenza degli oneri a parte:

COMPARTO € 97.558,29 – oneri € 33.169,82

DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA € 20.535,00 – oneri € 1.745,48

Totale complessivo € 118.093,29 – oneri € 34.915,29

Rispetto al tetto massimo consentito per il 2015, pari ad € 101.570,00, va evidenziato quanto segue. Nell'ambito dell'attività per le quali è risultato indispensabile il ricorso all'acquisto di prestazioni aggiuntive nel 2015, si rilevano la presa in carico di utenti tossicodipendenti e la gestione dei farmaci stupefacenti, presso il Presidio Sanitario della Casa Circondariale di Trieste, e l'attività accertativa SC Dipendenze Sostanze Illegali.

Orbene, si precisa che per quanto concerne l'attività presso la Casa Circondariale di Trieste, l'acquisto delle prestazioni aggiuntive è stato oggetto di idonea autorizzazione da parte della Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio Sanitaria, Politiche Sociali e Famiglia (Nota Prot. N° 10631 dd. 05.06.2015) per un totale di 1825 ore, pari a € 68.072,50 (al netto degli oneri riflessi).

L'attività accertativa svolta da parte della SC Dipendenze Sostanze Illegali del Dipartimento delle Dipendenze, comprende invece prestazioni a tariffa regionale piena fatturate direttamente a privati, ditte ed imprese del territorio.

Si riporta il dettaglio delle prestazioni acquistate nel 2015 per le attività sopra citate:

COMPARTO

Presidio sanitario Casa Circondariale di Trieste: € 67.149,33 – oneri € 22.830,77.

Attività accertativa SC Sostanze Illegali DDD: € 30.408,96 – oneri € 10.339,05.

DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA

Attività accertativa SC Sostanze Illegali DDD: € 20.535,00 – oneri € 1.745,48

Totale complessivo € 118.093,29 – oneri € 34.915,29

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

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

Rinegoziazioni dei contratti in essere con i fornitori

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

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

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

Gli esiti delle azioni perseguite sono in sintesi i seguenti:

Ditta	Contratto	Risparmi previsti 2016 su base annuale (con IVA)	Note	Riferimenti
CNS - CLU	Servizio pulizie (compreso dismissione sporzionamento pasti CSM Duino Aurisina)	€ 31.790	2,65% riduzione	Prot. n. 55558 dd. 20.11.15
Agricola Monte San Pantaleone	Servizio manutenzione aree verdi (Parco S. Giovanni e altre sedi)	€ 6.700	5%	Contratto Egas in proroga fino al 30/04 + ulteriore proroga fino 31.10
RTI Allegretto – Ulisse expert	Servizio logistica traslochi	€ 1.000	5% sulla fattura a consuntivo mensile servizi extra canone, traslochi e trasporti	Prot. n. 2388 dd. 19.1.16
CNS – Descò	Servizio ristorazione	€ 10.750	Riduzione 1 pasto/die per CSM	a) In corso di definizione – decorre da marzo
		€ 6.309,40		b) Centro Diurno Aurisina (dismesso affidamento pasti, aumentato x n. 2 pasti per turnisti, si diminuisce sub a) n. 1 pasto/die per tutti CSM)
SIEMENS	Manutenzioni centrali telefoniche	€ 34.987		DET.746/2014 DET.670/2015
AVAYA				DET.746/2014 DET.674/2015
TOTALE		€ 91.537		

Tetto privati accreditati.

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

Riorganizzazione Logistica Magazzino.

Anche tale attività rientrava nella programmazione delle due Aziende nel 2015, nel corso del quale sono stati avviati da AOUST i lavori di adattamento del comprensorio di Via Travnik per l'accoglimento del "magazzino unico scorte varie". Per AAS1 ciò comporta una graduale rientro degli spazi p

er prima la dismissione dell'affitto del magazzino di Via Ressel. Il contratto non è stato prorogato e si conclude il 29.2.16.

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

Altre azioni.

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

Noleggio postazioni alle Farmacie

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

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

2.A - Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura ed all'organizzazione dei servizi

Schema di sintesi dei livelli di raggiungimento degli obiettivi correlati alle linee progettuali

Relativamente agli obiettivi di esercizio, si riporta di seguito la rappresentazione sintetica dei risultati inerenti la pianificazione annuale così come definita nel PAO aziendale e nei provvedimenti che hanno informato la programmazione regionale.

1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Nuovi atti aziendali

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

Attuazione al 31.12.2015:

In linea

3.1.2 Protocolli d'intesa

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

Attuazione al 31.12.2015:

In linea

3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

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

Attuazione al 31.12.2015:

L'Azienda ha sempre partecipato agli incontri organizzati dall'Egas o nella persona del Da o di suo delegato.

3.1.4 Centrale operativa 118 unica e sistema dell'emergenza urgenza

- AAS 1 per quanto di competenza parteciperà alle attività previste dalla programmazione regionale
- **Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali relativa alla definizione organizzativa della C.O. 118 unica**

Attuazione al 31.12.2015:

La presenza è stata assicurata dal responsabile del 118 o dalla direzione infermieristica 118 a tutti i gruppi di lavoro e a tutti gli incontri istituiti dalla Regione per la definizione organizzativa della CO 118 unica sia a livello di analisi dell'applicativo software, sia dell'applicativo per il dispatch, che di comunicazioni radio e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

3.1.7 Posti letto

AAS 1 collaborerà con AOUTS alle attività di riconversione dei posti letto ospedalieri e all'adeguamento dell'assistenza primaria secondo quanto previsto dagli standard degli allegati 1 e 2 della DGR 2673/2014.

In particolare si prevede l'attivazione di una RSA intraospedaliera a gestione territoriale con sede presso il Presidio del Maggiore mediante la riconversione di 30 posti letto.

Attuazione al 31.12.2015:

In considerazione della necessità di utilizzo degli spazi previsti per l'insediamento della nuova RSA nel comprensorio dell'Ospedale Maggiore trasferendovi temporaneamente attività ospedaliere per permettere i lavori nell'Ospedale di Cattinara, si è costretti a rimandare l'attivazione della prevista RSA.

3.2 PREVENZIONE

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

Più realistico appare l'obiettivo di mantenere i tassi di copertura raggiunti nel corso del 2014, nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi esavalente: 91,1%; 1 dose MMR: 83%; anti Varicella: 37,6%), perseguendo

l'integrazione dell'attività con i Distretti, i PLS e i MMG, sulla base del monitoraggio delle coperture vaccinale per PLS / MMG. L'occasione del richiamo decennale della Vaccinazione antitetano-difterite-pertosse degli adolescenti, rappresenterà l'occasione per proporre la Vaccinazione contro la varicella e contro il meningococco. L'azione di informazione rivolta alla popolazione sarà rafforzata anche attraverso la ricerca della collaborazione dei media. Verranno sempre monitorate le reazioni avverse ai vaccini.

Attuazione al 31.12.2015:

tassi di copertura vaccinale raggiunti:
3 dosi esavalente: 89,4%;
1 dose MMR: 81,6%;
anti Varicella: 56,1%

Motivazioni scostamento dal risultato atteso:

Pur avendo consolidato la stretta collaborazione con i Distretti, i PLS e l'IRRCS Burlo Garofolo, anche attivando un tavolo permanente per la promozione delle vaccinazioni nei bambini di età 0-6, ed avendo effettuato numerosi interventi sui media, oltre che un confronto costante con gli operatori impegnati nel percorso vaccinale, il trend in diminuzione delle adesioni non è diminuito, fatto comune a livello nazionale e regionale. E' stato ottenuto tuttavia un netto miglioramento per quanto riguarda la copertura vaccinale per la varicella.

Il monitoraggio delle reazioni avverse ai vaccini è stato puntualmente effettuato (18 reazioni su 1.738 dosi)

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

Attuazione al 31.12.2015:

L'attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze è stata effettuata, si ricorda le specifiche attività formative svolte:

- 24/6 incontro esplicativo e formativo preliminare con gli operatori sanitari del Centro MST;
- 4 giornate di formazione sulla gestione della seduta vaccinale con esercitazione sul campo per il personale infermieristico del MST;
- 3 giornate di formazione pratica del medico del Centro MST.

Il 14/10 è iniziata l'attività vaccinale presso il centro MST, che ha garantito l'offerta al 100% dei soggetti a rischio che si sono rivolti al centro stesso.

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

- L'attività di prevenzione dei rischi legati alla movimentazione manuale di carichi, in particolare nell'ambito del porto di Trieste ha portato all'importante risultato di attivare un percorso ausiliato della movimentazione dei sacchi di caffè verde, nell'ambito della collaborazione con le aziende e le istituzioni operanti in ambito portuale (esperienza unica in ambito portuale a livello nazionale). E' stata inoltre prodotta una relazione, che è stata messa a disposizione delle Istituzioni, delle aziende e delle organizzazioni dei lavoratori operanti in ambito portuale
- Sono stati effettuati sopralluoghi ed incontri con gli RSPP ed i medici competenti dello stabilimento Siderurgica Triestina S.p.A., sono stati discussi ed elaborati i risultati dei monitoraggi ambientale e biologico relativi a tutto lo stabilimento, effettuando anche un confronto con i dati relativi all'ultimo decennio per quanto riguarda il reparto, a maggior rischio, della cokeria.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Gli strumenti procedurali sviluppati nel corso del 2014 sono stati applicati in più di 20 cantieri e l'attività di vigilanza nelle attività di montaggio e smontaggio dei palchi per lo spettacolo, in collaborazione con le Istituzioni e gli Enti presenti nel territorio, è stata svolta adottando la nuova normativa nazionale di riferimento sviluppata con il contributo della nostra Azienda.

La SCPSAL proseguirà l'attività di informazione ed formazione ed assistenza sui principali aspetti della prevenzione e sicurezza sul lavoro, collaborando con gli altri SPSAL regionali e le Istituzioni. Saranno perseguiti inoltre la raccolta e lo scambio di informazioni finalizzate alla prevenzione con i centri di riferimento istituzionali.

Attuazione al 31.12.2015:

Gli strumenti procedurali sviluppati nel corso del 2014 sono stati applicati in più di 20 cantieri e l'attività di vigilanza nelle attività di montaggio e smontaggio dei palchi per lo spettacolo, in collaborazione con le Istituzioni e gli Enti presenti nel territorio, è stata svolta adottando la nuova normativa nazionale di riferimento sviluppata con il contributo della nostra Azienda. . Lo scambio di informazioni tra INAIL e Direzione Territoriale del Lavoro viene garantito attraverso report periodici.

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

Attuazione al 31.12.2015:

L'archivio è stato aggiornato con la documentazione raccolta dalla SCPSAL dopo il 2009 e gli specifici dati raccolti nell'ambito del Registro Regionale Tumori

La **prevenzione degli incidenti domestici**, linea di lavoro che ha visto questa azienda quale referente a livello regionale e nazionale, proseguirà sviluppando attività formative orientate al target anziani e bambini, con il coinvolgimento degli stakeholder, dei care giver e degli operatori istituzionali. Proseguirà l'attività legata ai progetti OKKIO, PASSI e PASSI d'argento e i risultati emersi verranno condivisi con la cittadinanza (incontri pubblici) e gli stakeholder, in particolare Federsanità-ANCI, AUSER, ANTEAS.

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

Attuazione al 31.12.2015:

L'attività relativa ai progetti OKKIO, PASSI e PASSI d'argento, e quella del programma Guadagnare Salute è stata svolta nei termini programmati e le informazioni sono state diffuse attraverso i portali di AAS1, AOUTS ed Epicentro, oltre che la diffusione a mezzo twitter e Facebook. La specifica attività mirata alla prevenzione dell'eccesso ponderale è stata perseguita anche attraverso la diffusione di informazioni presso l'ambulatorio Obesità e Sindrome Metabolica della Clinica Medica dell'AOUTS.

Sono stati impostati percorsi di collaborazione che hanno visto, nel corso degli incontri effettuati, il coinvolgimento degli stakeholder, dei care giver e degli operatori istituzionali, tra cui anche i Medici di Medicina Generale. E' stato prodotto e diffuso via WEB il documento informativo "Casa sicura? Casa felice!" e sono stati effettuati momenti informativi specifici nell'ambito della programmazione della RAI regionale.

Le iniziative di promozione dell'attività fisica sono riportate di seguito, nei vari contesti in cui verranno attuate (DSM, Anziani, Medicina dello sport, Prevenzione del rischio cardiovascolare, ecc.)
Proseguiranno i programmi finalizzati alla riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili e alla prevenzione dell'obesità, con speciale riguardo alle fasce più vulnerabili. L'attività si svilupperà attraverso la verifica e il monitoraggio dell'adozione delle linee guida regionali "3 mesi-3 anni" nei nidi e dell'applicazione delle Linee di Indirizzo regionali sulla ristorazione scolastica, oltre che con azioni indirizzate alle mense aziendali sanitarie.

Attuazione al 31.12.2015:

In collaborazione con i Distretti è stata impostata e realizzata la verifica in 10 nidi del territorio della rispondenza tra il servizio di ristorazione previsto e quello offerto, analizzandone i punti di forza e di debolezza.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Sono stati effettuati un totale di 784 interventi ispettivi (128% di quelli previsti nel Piano regionale della sicurezza alimentare e nutrizionale) in imprese alimentari, 6 audit (100%), 141 campioni (107%), 617 valutazioni del rischio (176%) e 6 sopralluoghi congiunti (100%)

Sono stati effettuati 709 interventi ispettivi nelle imprese alimentari riconosciute, registrate e nel settore primario (190 %).

Sono stati effettuati 4 audit nelle imprese alimentari riconosciute, in base alla frequenza stabilita dal PRISAN (100%). Sono stati effettuati 123 campioni ufficiali su matrici alimentari (120%), e 40 valutazioni del rischio nelle imprese alimentari registrate del commercio al dettaglio (190%). Con il SCIAN sono stati effettuati 6 interventi congiunti nella Grande Distribuzione (100%).

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

Attuazione al 31.12.2015:

Il Dipartimento di prevenzione ha partecipato all'attività del gruppo regionale per la verifica degli standard che ha prodotto le linee guida della regione FVG ufficializzate con DGR 2431 dd. 4.12.15

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

Attuazione al 31.12.2015:

La SCIAN, in collaborazione con la collega epidemiologa in forza al DIP, ha elaborato il report regionale (presentato alla DCS in data 5 agosto) e il report aziendale.

Quest'ultimo è stato proposto ai titolari delle strutture ricettive per anziani in data 1 dicembre.

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

Attuazione al 31.12.2015:

E' stato effettuato il previsto incontro formativo in data 1.12.2016

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

Saranno effettuati i controlli previsti dal Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini. **(100% controlli effettuati)**

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

Attuazione al 31.12.2015:

Controlli sul benessere degli animali in azienda: sono stati effettuati un totale di 91 controlli, dei quali 68 su allevamenti bovini, 8 su allevamenti suini, 8 su allevamenti ovini e caprini, 6 su allevamenti di equidi, 1 su impianti di acquacoltura, per una quota pari al 120% dei controlli previsti.

Controlli sul benessere degli animali durante il trasporto: è stato effettuato il 100% dei controlli programmati in accordo con l'U.V.A.C Friuli Venezia Giulia, oltre ai 657 controlli effettuati presso il Punto di Sosta per gli Scambi Comunitari di Prosecco Stazione nell'ambito della normale attività di vigilanza sul benessere animale durante il trasporto.

Controlli sulla condizionalità: i controlli specifici sulla condizionalità sono stati effettuati in 20 aziende, pari a quattro volte il numero minimo previsto (400% dei controlli previsti).

Controlli previsti nel piano di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky: è stato effettuato il 100% dei controlli in azienda previsti dal piano.

3.2.11 Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale

<p>Obiettivo aziendale Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare, anche con l'elaborazione e la condivisione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni -Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità come da convenzione con l'Agricoltura e inserire le evidenze ed i verbali in BDN (100% controlli effettuati e 100% inserimenti) -Attuare il quarto anno del progetto Piccole Produzioni Locali con stesura di una relazione finale di verifica su carni suine e avicunicole, prodotti caseari di malga e miele.
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>Si è partecipato al tavolo regionale deputato all'elaborazione di un Protocollo Regionale sulle tossinfezioni (due riunioni).</p> <p>Controlli sulla condizionalità: i controlli specifici sulla condizionalità sono stati effettuati in 20 aziende, pari a quattro volte il numero minimo previsto (400% dei controlli previsti).</p> <p>Controlli previsti nel piano di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky: è stato effettuato il 100% dei controlli in azienda previsti dal piano.</p> <p>In data 3 dicembre 2015 il servizio veterinario VET B del DIP ha partecipato al gruppo di lavoro Regionale per l'elaborazione e la condivisione di un Protocollo unificato Regionale sulle tossinfezioni alimentari al fine di ottemperare alle indicazioni del Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare.</p> <p>Nel IV anno su progetto Piccole Produzioni Locali sono state effettuate 7 verifiche ispettive, 5 riunioni interregionali, 1 corso PPL miele, 1 corso PPL salumi e relazione finale sulla attività svolta.</p>	

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

Attuazione al 31.12.2015:

Il Dipartimento di Prevenzione ha partecipato al Tavolo regionale VIS ed ha prodotto, in collaborazione con tutti i componenti della Conferenza dei Servizi per il riesame ai fini del rinnovo dell'AIA per lo stabilimento di Servola, lo studio VIS.PA "ferriera di Servola".

Nel 2015 si continueranno le attività di prevenzione per mitigare i rischi derivanti dalla differenza di genere, di età e di cattivi stili di vita/comportamenti posturali con particolare riferimento all'insorgenza di malattie o disturbi muscolo-scheletrici. Anche per il personale dipendente si continuerà con la formazione, già avviata nel 2014, su ergonomia, movimentazione ed esercizi posturali ai quali parteciperà anche il personale amministrativo

Attuazione al 31.12.2015:

Nel 2015 sono stati realizzati 8 corsi di formazione su ergonomia, movimentazione carichi e rischio ergonomico e 4 corsi per videoterminalisti a cui hanno partecipato personale sanitario e amministrativo

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

Attuazione al 31.12.2015:

E' proseguita nel 2015 l'attività di comunicazione e promozione sociale rivolta alle persone anziane anche attraverso la collaborazione con soggetti istituzionali e in particolare con i SSC e con le Associazioni presenti nel settore.

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

L'AAS 1 assieme al Comune di Trieste ha partecipato alla 5° edizione del progetto "Esistenze Osservatorio sulle diverse età della vita" che ha come obiettivo mantenere i legami intergenerazionali per favorire sia la partecipazione attiva degli anziani alla vita sociale sia lo sviluppo della socialità in età scolare.

Il 17 marzo e il 16 giugno si sono svolti due caffè letterari coinvolgendo più di 50 anziani nella rete della socializzazione

In merito ai gruppi di attività fisica sono stati attivati 6 gruppi di attività motoria nei ricreatori del Comune di Trieste e 7 corsi presso le sedi distrettuali, coinvolgendo in totale 224 persone over 65

In particolare continua l'attività di socializzazione e sviluppo del benessere per prevenire e mitigare i rischi derivanti da cattivi stili di vita/comportamenti posturali con particolare riferimento all'insorgenza di malattie o disturbi muscolo-scheletrici. Per il progetto "Muoviamoci insieme" i gruppi di attività fisica utilizzano sedi del contesto cittadino, per il progetto "Benessere" i gruppi di attività fisica utilizzano le sedi dei ricreatori.

Prevenzione del diabete e degli stili di vita sani

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

Attuazione al 31.12.2015:

L'avvio concreto da parte regionale del Progetto "Misura la Tua Vita" non ha mai avuto luogo. Nonostante ciò si è proceduto ad effettuare gli incontri formativi per i farmacisti delle Farmacie convenzionate aperte al pubblico che si sono tenuti il 14 ed il 16 dicembre 2015 dalle 20 alle 22 presso la sede di Federfarma a Trieste. Su richiesta dei colleghi Farmacisti abbiamo mantenuto le 3 tematiche ma ci hanno chiesto di farle in due incontri e non tre perché per loro era più pratico (il monte orario previsto è comunque rimasto lo stesso)

Il corso è stato accreditato ECM da loro ed il programma è stato il seguente.

Titolo: "Novità in tema di gestione e cura del diabete mellito"

Prima serata durata 2 ore

Data 14/12/2015

Titolo "Autocontrollo glicemico: le procedure, la nuova norma ISO 15197, l'iso transizione e l'appropriatezza prescrittiva in regione"

Seconda serata durata 2 Ore

Data 16/12/2015

Titolo "Dalla prevenzione alla cura del diabete oggi: stili di vita e alimentazione come strumenti e i nuovi farmaci per la cura del diabete".

7. Benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 in collaborazione con il Comune di Trieste ha sviluppato i progetti previsti per il 2015, in particolare: Il Progetto di educazione alimentare "Orti in Condotta", i progetti formativi sulla salute dell'infanzia (sistema integrato servizi prima infanzia, scuole dell'infanzia, ricreatori), il Progetto "Ricare-Energia" che ha previsto laboratori ludico creativi nei ricreatori comunali; il progetto "Sport Emozioni e Cervello" articolato in 4 fasi: a) formazione ed informazione, diretta a genitori, istruttori sportivi delle società aderenti al CONI provinciale ed educatori dei Ricreatori del Comune di Trieste, b) prima fase di avviamento, sportiva e di formazione, diretta a circa n. 255 ragazzi in due anni scolastici successivi al 2014-15 (2015-2016 e 2016-2017) di età compresa tra i 9 ed i 14 anni c) di ricerca, attraverso il Dipartimento di Scienze della Vita dell'Università di Trieste congiuntamente con il Laboratorio Interdisciplinare della SISSA con la validazione scientifica di alcuni esiti dell'intervento sui ragazzi, al fine di valutare l'efficacia del

programma e di rafforzare nei ragazzi e nei loro genitori la consapevolezza rispetto ai benefici ottenuti attraverso l'attività sportiva continuativa; d) di comunicazione, conferendo visibilità all'intervento con varie azioni di comunicazione pubblica.(NEXT 2015).

Sono stati realizzati gli interventi previsti rivolti ai giovani ("Progetto giovani") dai servizi distrettuali e dai centri di salute mentale presso il polo aggregativo Toti di Trieste.

Sempre in collaborazione con il Comune di Trieste è sono stati realizzati corsi di formazione specifici tra i quali si segnalano: corsi di pronto soccorso pediatrico sulla corretta somministrazione dei farmaci salvavita ai bambini per il personale dei servizi educativi destinatari :(educatori ed insegnanti nidi e scuole dell'infanzia comunali e ricreatori comunali), corsi sulla sicurezza alimentare e nutrizionale /counselling nutrizionale.

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

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

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

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

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Nel biennio appena concluso sono stati coinvolti 4 Istituti scolastici superiori di 2° grado con complessive 6 scuole.

Nel biennio sono stati reclutati e formati 79 Peer Educator (64 ragazzi delle classi terze- Peer Junior e 15 ragazzi delle classi quarte- Peer Senior). Nell'Anno Scolastico 2014- 2015 gli interventi nelle classi seconde da parte dei Peer sono stati 2 anziché 1 ed hanno riguardato sessualità ed affettività prevenzione delle MST (Peer Junior) ed alcool e sostanze (Peer Senior).

Nel biennio sono stati raggiunti complessivamente 921 ragazzi delle classi seconde per un totale di 52 incontri nelle classi da parte dei Peer Junior e Senior.

Sono stati coinvolti nel gruppo di coordinamento 5 insegnanti con funzioni di raccordo inter-istituzionale e di facilitatore del gruppo di Peer. Complessivamente sono stati formati oltre 20 insegnanti sulle tematiche di interesse del progetto e sulla metodologia di attivazione delle classi, argomenti utili per l'intervento di "rinforzo" nelle classi seconde.

Protocollo d'Intesa e Accordo di Rete "Verso una scuola che promuove salute" (9/6/2015)

Corso "**Le Life Skill come strumento di base per la promozione e l'educazione alla salute**"(AAS1_15038) <http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=14247> con 21 crediti formativi, aperte ad operatori sanitari, insegnanti, educatori (8-9/9/2015).

Rinnovo progetto Afrodite- Meglio Sapere Tutto per il triennio 2014- 2018 (decreto affidamento n. 483 del 16/11/2015)

Conferma scuole partecipanti e reclutamento nuove scuole AS 2015- 2016, con inserimento nel POF (Carducci- Dante, Max Fabiani- Deledda, Galvani, Petrarca, Galilei).

Evento presso Teatro Miela di Promozione del progetto per candidatura Peer Junior (30/10/2015) e

presentazione video REWIND e Smartphone Peers

Reclutamento Peer Junior classi terze (116 autocandidati; operativi 98)

Riattivazione gruppo Peer Senior classi quarte (operativi 16)

Avvio formazione 5 gruppi PJ e PS (1 incontro per ogni gruppo nel 2015) e stesura calendario formazione 2016.

Presentazione video REWIND evento Settimana Mondiale contro AIDS “piùomenopositivi5” 1-4/12/2015.

Estensione progetto Afrodite alle Scuole Professionali per triennio 2015-2018 (CIOFS, IAL, Villaggio del Fanciullo, Edilmaster) con avvio coprogettazione per formazione insegnanti per 2016.

8. Prevenzione delle dipendenze

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

Attuazione al 31.12.2015:

In linea con quanto previsto dal PARD, si sono sviluppati percorsi di integrazione e di continuità assistenziale intra-aziendali e con le altre Aziende sanitarie in tema di salute mentale, tabagismo, cura di patologie alcol-correlate e droga-correlate. Sono state ridiscusse ed aggiornate le collaborazioni con le comunità terapeutiche regionali, per adeguare le proposte di residenzialità ai bisogni emergenti; per tale attività si è lavorato in seno al tavolo tecnico regionale dei servizi delle dipendenze, coordinato dalla Direzione Regionale Salute (Area Welfare). In tema di ludopatia, il DDD ha partecipato alle attività promosse dal tavolo tecnico regionale, realizzando progetti in integrazione con le associazioni di volontariato del settore. E' attivo il servizio specialistico dedicato alla presa in carico, con percorsi individuali e di gruppo.

Sono state assicurate le attività di prevenzione selettiva rivolta a singoli target di popolazione in tema di comportamenti a rischio specifici, con particolare riguardo alla popolazione giovanile (progetto Overnight, progetto “Androna giovani”, progetto “Aprile mese di prevenzione alcolologica”, 1 dicembre - giornata mondiale di lotta all'HIV, progetto “Afrodite-Meglio sapere tutto”).

Sono stati formalizzati alcuni percorsi di continuità assistenziale “Ospedale-Territorio” in tema di epatopatie alcol-correlate e infettive, nonché di broncopneumopatie fumo-correlate.

9. Screening oncologici

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

1) sarà attuato un protocollo operativo per l' identificazione dei soggetti a rischio eredo-familiare (donne per il carcinoma mammario ; donne e uomini per il carcinoma colo-rettale), promuovendo la conoscenza del problema da parte dei vari operatori (MMG, ginecologi, ostetriche, consultori) in modo da identificare precocemente le persone ”a rischio” da indirizzare a controlli più accurati presso il Centro Sociale Oncologico. In questa sede le persone saranno valutate e prese in carico ed inviate, quando necessario, al Centro di Riferimento di Aviano, per l'effettuazione dei test genetici. Gli screening per carcinoma mammario e carcinoma del colon si rivolgono, infatti, ad una popolazione identificata nella fascia di età 50-70 anni. Per entrambe queste neoplasie esistono, però, forme eredo-familiari caratterizzate dall'insorgenza in età più precoce e che quindi possono sviluppare la neoplasia prima di rientrare nella fascia di screening per intercettare questa fascia di popolazione

2) saranno attuati, in collaborazione con il gruppo senologico di AOOTS afferente alla Breast Unit per il carcinoma mammario e nell'ambito delle attività del Gruppo Ginecologico interaziendale (AAS 1, IRCCS Burlo Garofolo e AOOTS) per il carcinoma ovarico , percorsi di sorveglianza/controllo per le donne a rischio eredo-familiare definendo procedure diagnostiche terapeutiche e timing dei controlli

3) si proseguirà nel controllo dei parametri nazionali di qualità dello screening del carcinoma del collo dell'utero.

Attuazione al 31.12.2015:

Oltre alle attività previste dal programma regionale di screening, nel 2015

- è stato attivato da circa 1 anno un ambulatorio di diagnosi precoce e screening al Centro Sociale Oncologico per l'identificazione e il corretto indirizzo della popolazione, non in fascia di screening, che

presenta fattori di rischio per il carcinoma del colon retto. Sono ancora in fase di definizione gli incontri con le strutture (MMG, UDMG etc....) per la presentazione del servizio.

- E' in corso di definizione la stesura di un percorso diagnostico per le donne ad alto rischio per carcinoma della mammella, in collaborazione con l'Istituto di Genetica dell'ospedale Burlo Garofalo, nell'ambito della Breast Unit, in ottemperanza anche a quelle che sono le disposizioni EUSOMA.. In fase di organizzazione un evento accreditato per l'illustrazione del percorso ai MMG e un evento a favore delle strutture, aziendali e non, coinvolte nell'invio delle donne giudicate a rischio

Rispetto al risultato atteso, AAS1 rientra nei parametri di qualità richiesti: risposte alle utenti nei tempi previsti superiore all'80% nell'anno. Il parametro principale monitorato è stato quello del tempo di attesa della risposta dall'esecuzione dell'esame alla risposta citologica. Le linee guida chiedono che l'80% delle risposte avvenga entro i 21 giorni.

Nella seconda metà dell'anno, dopo un periodo critico che è stato causa di allungamento dei tempi, AAS1 ha recuperato negli ultimi quattro mesi dell'anno. Così a dicembre 2015 l'80,26% delle risposte è avvenuto nei tempi previsti.

10. Prevenzione cardiovascolare

I programmi e le iniziative di prevenzione dovranno prevedere, nei limiti previsti dagli accordi contrattuali, il coinvolgimento dei medici di medicina generale, in particolare per la prevenzione cardiovascolare. In tale ambito si proseguirà con la valutazione e correzione del rischio cardiovascolare globale, dei fattori di rischio e degli stili di vita nei cittadini dai 35 ai 69 anni che vengano a contatto con i servizi ed i MMG.

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Nel corso del 2015 (febbraio-giugno) presso il Centro Cardiovascolare a tutti i pazienti che hanno eseguito visita cardiologica disponibili è stato somministrato un questionario (compilati circa 1000 su alimentazione ed attività fisica) che ha dimostrato come nei cardiopatici anziani sia evidente uno scostamento rispetto agli stili di vita ideali (soprattutto per attività fisica) ancora maggiore rispetto ai dati delle indagini PASSI e PASSI d'argento. L'attività di screening sistematico dei pazienti a rischio elevato e molto elevato è proseguita al Centro Cardiovascolare su segnalazione della Medicina Generale con impostazione del programma terapeutico a target.

E' stato eseguito un incontro finale con la Medicina Generale il 29/1/2016 dove sono stati presentati i dati ed è stata iniziata la discussione sui percorsi diagnostici terapeutici assistenziali.

Parallelamente a dicembre 2015 è stato attivato un tavolo regionale con la Medicina Generale nell'ambito del Piano Regionale Prevenzione per l'implementazione della valutazione e correzione del rischio CV in Medicina Generale e la definizione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali a livello regionale e le implementazione nelle singole realtà aziendali.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Il Dipartimento di Prevenzione ha collaborato per quanto di competenza al percorso di trasferimento all'INPS delle funzioni di accertamento delle condizioni di invalidità e disabilità partecipando agli incontri convocati presso la Direzione Centrale tra i Direttori dei Dipartimenti delle diverse AAS regionali e l'INPS. Sulla base delle valutazioni effettuate, per quanto riguarda l'AAS 1, l'attività, non è stata ancora trasferita all'INPS.

15. Medicina dello sport

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Dal 1 marzo 2015, sono attive le agende con prenotazione a CUP di 9 Ecg/settimana per gli under 18 con indirizzamento Idoneità sportiva non agonistica.

3.3. ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria

a) Costituzione delle AFT

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

Dall'analisi della popolazione servita si potranno costituire 12 AFT paria a 3 AFT per ciascun Distretto. Ogni AFT dovrà essere composta da almeno 15 MMG e servire una popolazione di massimo 30.000 assistiti. Nella *Fase propedeutica* alla costituzione delle AFT i MMG saranno ridistribuiti nei vari Distretti in ragione dell'afferenza della popolazione assistita.

La ridistribuzione dovrebbe avvenire seguendo i seguenti criteri:

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

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

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

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

Distretto n° 1:

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

Distretto n° 2:

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

Distretto n° 3 :

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

Distretto n° 4:

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

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

-Realizzazione delle AFT entro il 30.9.2015.

Attuazione al 31.12.2015:

il comitato d'azienda ex art.23 si è riunito il 25/9/2015 e ha adottato il piano delle cure primarie. Tale piano individua 8 AFT (2 per distretto), ne definisce la sede, i criteri di assegnazione degli MMG alle AFT, i MMG assegnati alle specifiche AFT e la popolazione di riferimento. Inviato in regione con lettera protocollo n.46975 del 30/09/2015

b) Sviluppo di altri centri per l'assistenza primaria

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

Alla fine del 2014 è stato dato avvio all'attività del primo CAP regionale presso la sede di Muggia del Distretto n° 3 di cui fanno parte 10 MMG. L'attività del CAP continuerà e si evolverà nel corso del 2015, anche in funzione del perfezionamento dell'A.I.R., con la definizione puntuale del *contratto di esercizio* e

dell'inserimento a pieno titolo nel gruppo di un ulteriore MMG che attualmente opera senza alcun ristoro dei costi e dell'attività svolta.

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

Distretto n° 1 :

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

Distretto n° 2 :

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

Distretto n° 4 :

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

Attuazione al 31.12.2015:

L'Accordo Integrativo Regionale è stato adottato nel 2016 . In AAS 1 è attivo il CAP di Muggia Distretto 3.

c) Nuove medicine di gruppo

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

L'Accordo Integrativo Regionale è stato adottato nel 2016, nel 2015 non sono state costituite Nuove Medicine di Gruppo.

3.3.2. Pianificazione regionale

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

3.3.3. Programmazione degli interventi socio-sanitari

Accreditamento

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

Attuazione al 31.12.2015:

Durante tutto il 2015 sono stati attivati i percorsi di audit nelle strutture per anziani convenzionate come descritto nell'obiettivo 3.6.2 Anziani

I coordinatori infermieristici hanno attuato percorso di formazione a cascata degli operatori delle strutture convenzionate afferenti al dove sono stati svolti gli audit.

Odontoiatria sociale

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

Attuazione al 31.12.2015:

Continua l'attività odontoiatrica presso la Casa Circondariale di Trieste con la collaborazione della Clinica Odontoiatrica e Stomatologica di AOOTS a favore dei detenuti. La Clinica Odontoiatrica e Stomatologica di AOOTS prosegue inoltre l'attività odontoiatrica anche a favore di persone con disabilità/fragilità assistite dal Dipartimento di Salute Mentale, dal Dipartimento delle Dipendenze e dai Distretti

Cure palliative

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

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

(sull'argomento vedi anche paragrafo 3.4.3)

Attuazione al 31.12.2015:

Prosegue l'attività di continuità della presa in carico Ospedale-Territorio.

Sono stati organizzati 2 incontri formativi residenziali per il personale coinvolto nell'assistenza al domicilio del paziente: La gestione dei cateteri peridurali a domicilio: la titolazione del farmaco infuso, la ricarica dell'elastomero e la medicazione. (4 ECM assegnati) Trieste 11/6/2015 e per i MMG: "Gestione e trattamento del dolore" cod 15075 Trieste 1 ottobre 2015 (ECM = 5.3)

Per quanto riguarda l'obiettivo decessi, AAS 1 si è impegnata per favorire la permanenza a domicilio di tutti i pazienti terminali presi in carico e di ridurre il numero di decessi in ospedale. Non è possibile fare stime di riduzione di % non disponendo dei dati precedenti: i dati del 2015 relativi ai 400 pazienti presi in carico dal servizio di cure palliative del Centro Sociale Oncologico in collaborazione con i Distretti Sanitari sono i seguenti: decessi fuori dell'ospedale 78% (di questi 55% a domicilio, 41% Hospice, 4% RSA e case di riposo)

Salute mentale

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

Il DSM dell'AAS 1 collaborerà a migliorare la completezza dei dati inseriti nel sistema informativo della salute mentale al fine di monitorare l'appropriatezza degli interventi e l'utilizzo delle risorse definendo indicatori di esito e di performance assistenziale e adottando la classificazione ICF modificata Vilma-FABER.

A questo proposito va sottolineato che la piattaforma gestionale della salute mentale (pSM), sperimentata con successo nel 2014 nel DSM di AAS 1 per primo in Regione, va agganciata al SIASI per standardizzare i nuovi flussi di dati.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Tutto il personale dedicato all'implementazione dell'utilizzo di VilmaFaber ha partecipato ai due

incontri previsti, uno tenutosi ad Udine ad agosto e l'altro a Trieste ad ottobre, coordinati dal personale del CC OMS della famiglia delle Classificazioni. Sono state inseriti gli 8 PTRI previsti e sono stati valutati 2 PTRI.

Le informazioni gestite dalla Piattaforma gestionale della Salute Mentale (pSM), continuano a non essere integrate all'interno delle banche dati verticali mentre si resta in attesa del recepimento da parte della regione degli indicatori previsti dal PANSM. L'introduzione della HoNOS e della GAF o FPS all'interno di pSM è in fase di realizzazione.

-Contenimento della fuga extraregionale per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse residenziali con il recupero, entro il 31.12.2015, di almeno il 30% dei pazienti assistiti fuori regione alla data del 31.12.2014.

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha realizzato uno studio retrospettivo sul fenomeno delle fughe extraregione in particolare per il DRG 430. I dati di fuga verso strutture di riabilitazione extra ospedaliera del triennio in esame dimostrano una progressiva riduzione delle persone trattate in realtà extra-regionali.. Implementata l'attività di informazione con MMG e specialisti. Continuano a non essere ancora disponibili le informazioni 2014 sulle fughe extraregione in particolare per il DRG 430.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Nel corso del 2015, il DSM ha pagato il 50% delle rette di 4 persone con compresenza di disturbo psichico e condotte di abuso di sostanze psicotrope. Le 4 persone sono state accolte presso la:

- Fondazione San Gaetano Thiene
- CEIS Belluno.

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

In merito all'avvio della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva sarà sviluppato anche nel corso del 2015 il Progetto di prevenzione ed intervento precoce "Qualcosa è cambiato" che proseguirà anche con la collaborazione dell'AAS 2.

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

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

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

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

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

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Nel corso del 2015 si sono rivolte ai CSM 90 persone di età compresa tra i 19 – 25 anni, 8 di esse rientrano nell'area dei disturbi psicotici, per 4 di esse il disturbo è attribuibile all'utilizzo di sostanze psicotrope, 8 persone soffrono di disturbi del tono dell'umore e 9 di disturbi di personalità, altre 25 soffrono di disturbi ansiosi e 16 sono in attesa di valutazione.

25 persone sono state valutate congiuntamente con il distretto e/o il Ser.T. persone sono state valutate congiuntamente con i servizi distrettuali.

I CSM promuovono la partecipazione alle attività gruppalì promosse a livello distrettuale.

L'opuscolo dedicato all'esordio ed agli stati a rischio è stato pubblicato su supporto cartaceo. Nel 2° semestre sono iniziati gli incontri con gruppi omogenei (insegnanti, giornalisti, associazioni) per la sua diffusione.

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Attivato sito web: www.contatto.me.

I CSM partecipano e contribuiscono ad attività di aggregazione giovanile, in particolare nell'ambito del Progetto "Qualcosa è cambiato", finanziato dal Comune di Trieste e sviluppato dalla Coop. "La Collina" presso scuole superiori.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Il DSM ha partecipato agli incontri sul tema dell'emergenza relativa agli adolescenti insieme con le altre SO aziendali e l'IRCSS "Burlo Garofolo", che ha prodotto un documento di sintesi. Altresì, su richiesta della Direzione Strategica, ha realizzato con altra SC BaDOF (D2) la stesura di un progetto di riassetto dei Servizi territoriali per tardoadolescenti e giovani adulti, che comprende ipotesi di accoglienza residenziale alternativa al ricovero o nel post-ricovero. Continuano i contatti per la messa a punto di progettualità integrate relative ai Budget Individuali di salute attivabili con modalità flessibile anche in regime di ricovero.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Gli interventi erogati nell'ambito del Punto di Accoglienza delle persone con DCA sono stati 1.209, 226 prestazioni (19%) sono interventi multi professionali.

Coerentemente con gli obiettivi che si prefigge la Rete locale e regionale del FVG per i DCA e il PAL 2015, nel corso dell'anno si sono avviati due tavoli di lavoro per una prima stesura di protocolli condivisi:

Il primo ha coinvolto i servizi preposti per l'area minori della Neuropsichiatria Infantile del Burlo, dei quattro Distretti sociosanitari, del Dipartimento Salute Mentale e ADCA con l'intento di definire un Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo (PDTR). Questa prima stesura ha dato l'opportunità di definire meglio la collaborazione già in atto e dare avvio di un progetto specifico strutturato e sinergico di collaborazione e condivisione tra servizi componenti la Rete DCA.

Il secondo ha riguardato i servizi preposti per l'area adulti della AAS1 e l'Azienda ospedaliera-universitaria (AOUTS), al fine di giungere ad un accordo condiviso sul percorso di trattamento e presa in carico delle persone con DCA, nell'intento di ottimizzare le risorse e l'efficacia degli interventi, in particolare per gli aspetti inerenti il ricovero.

Si è quindi delineato un Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo (PDTR), incentrato su modalità di intervento condivise per la gestione nella fase acuta degli aspetti internisti, in regime di ricovero ospedaliero in AOUTS.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Sono state prese in carico 1557 persone, delle quali 765 persone per la prima volta (casi nuovi). Tutte le persone sono state valutate secondo il PDTA approvato (prot. N. 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013).

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

Attuazione al 31.12.2015:

La Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di Aurisina è stata attivata il 4 maggio 2015.

Nell'ambito del percorso formativo attivato si sono approfonditi aspetti giuridici e legislativi, informazione sull'organizzazione del DSM e delle REMS, nozioni di psicopatologia, trattamenti terapeutici e abilitativi, gestione della crisi e dei comportamenti a rischio.

Il percorso formativo e la stesura delle procedure scritte di consenso professionale e valutazione clinico

- organizzativa dell'assetto della REMS e del coordinamento con il CSM competente sono state realizzate nel documento aziendale REMS di cui al Decreto n° 184 del 30/04/2015 "Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziali di cui al decreto legge 22 dicembre 2011 n. 211 convertito con modificazioni dalla Legge 17 febbraio 2012 n. 9 sme - Piano regionale per la gestione transitoria (DGR 622/15). Attivazione della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza di Aurisina dal 4 maggio 2015 (REMS) – gestione transitoria. Approvazione del "Documento aziendale sul funzionamento della residenza REMS di Aurisina".

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Nel corso del 2015 i 4 CSM ed il SAR hanno partecipato ad azioni rivolte alle comunità, in collaborazione con i distretti ed i servizi sociali comunali, per complessivi 6 eventi.

Dipendenze

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

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

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

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

Verrà mantenuta per la parte di competenza il programma "guadagnare salute", con l'obiettivo di continuare ad estendere le attività relative al contrasto al tabagismo sia nell'ambito ospedaliero, in particolare presso le

strutture cardiologiche e pneumologiche con un'attività di presa in carico dei pazienti a rischio segnalati da quelle strutture sia nell'ambito della prevenzione della salute degli operatori sanitari della provincia di Trieste inviati dai medici competenti.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Per quanto riguarda il livello operativo regionale, il DDD ha partecipato ai diversi gruppi tecnici previsti dalla Direzione Regionale, assicurando la reportistica periodica, anche inerente l'implementazione dell'Osservatorio regionale per le dipendenze. Ha contribuito al percorso di accreditamento delle strutture residenziali terapeutico-riabilitative regionali, anche lavorando con le comunità terapeutiche regionali e l'Area Welfare.

Sono stati siglati alcuni accordi operativi con servizi intra-aziendali e inter-aziendali per implementare l'integrazione operativa e la definizione di appropriati percorsi di continuità assistenziale (pneumologia, malattie infettive, centro studi fegato). Sono stati realizzati due corsi di formazione ECM per sensibilizzare all'individuazione precoce e all'intervento breve gli operatori sanitari ospedalieri in tema di alcol e fumo.

Sono stati garantiti percorsi specifici in tema di GAP e tabagismo, sia individuali che di gruppo, anche con il contributo del terzo settore.

Sono state rinnovate le progettualità integrate con le associazioni di volontariato di settore.

Viene applicato regolarmente il protocollo operativo regionale in tema di screening, diagnosi precoce e cura delle patologie infettive correlate PIT.

Nell'ambito del progetto RELI Provincia di Trieste (co-finanziato dal Dipartimento Nazionale Antidroga), si sono incrementati i percorsi e le opportunità di formazione e di reinserimento socio-lavorativo con la collaborazione della rete dei partners. Il progetto RELI è stato chiuso con un convegno di presentazione dei risultati, a cui hanno partecipato, oltre ai soggetti coinvolti nelle attività, a decisori politici locali e regionali.

In tema di problematiche di salute dei giovani, il DDD ha partecipato al gruppo di lavoro promosso dalla Direzione sanitaria in collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo, finalizzato a condividere percorsi di continuità assistenziale specifici per il target; è stato stilato un protocollo operativo e progettato un percorso di formazione congiunta che verrà realizzato nel 2016.

Si è strutturato il Servizio "Androna Giovani", riservato all'utenza under 25, che ha registrato un continuo e significativo trend in aumento della domanda.

In collaborazione con gli altri Servizi per le dipendenze regionali, il DDD ha individuato e proposto le aree di miglioramento della piattaforma MFP5, in accordo con INSIEL.

Ospedali psichiatrici giudiziari

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

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

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Il 4 maggio 2015 sono stati attivati 2 posti letto per la funzione relativa all'esecuzione delle misure di sicurezza presso la struttura di Aurisina utilizzata come Centro Diurno. La REMS così attivata si configura

come una struttura di “area vasta” cui eventualmente possono fare riferimento l’AAS n. 1 e l’AAS n. 2.

Al fine di garantire la quota aggiuntiva di lavoro multidisciplinare previsto per implementare la funzione REMS, l’AAS n.1 ha assegnato ulteriore personale del comparto al DSM (12 unità).

L’accoglimento, da parte del magistrato di sorveglianza, dei PTRI messi a punto ha permesso la trasformazione delle misure di sicurezza e la dimissione delle due persone ospiti nella REMS verso il CSM di Palmanova solo a dicembre 2015.

A seguito della loro dimissione è stato accolto un paziente, sottoposto alle misure di sicurezza, ed in trattamento presso il CSM di Codroipo.

Sanità penitenziaria

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

L’attività di sanità penitenziaria si sta consolidando (sono presenti quotidianamente infermieri e medici e uno psicologo per 20 ore settimanali), in stretta collaborazione con la Direzione della Casa Circondariale. Sono stati condivisi protocolli di intervento all’interno della Casa (es:118) e modalità operative che prevedono la presenza di specialisti in orari definiti (es. cardiologo, ostetrico-ginecologo) o secondo la necessità clinica dei detenuti. E’ stata individuata la figura professionale di comparto con funzione di coordinamento, alla quale è stata attribuita la posizione organizzativa.

Si stanno svolgendo attività di formazione e confronto con il personale dell’Amministrazione Penitenziaria in tema di prevenzione dei suicidi.

E’ stato formalizzato nei tempi previsti con decreto del Commissario Straordinario n. 278 dd 30/06/2015 il Piano Aziendale per l’assistenza sanitaria nella Casa Circondariale di Trieste.

E’ stato individuato il personale incaricato di rappresentare l’AAS 1 nel neocostituito Osservatorio Regionale per la sanità penitenziaria.

Riabilitazione

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

Attuazione al 31.12.2015:

Predisposto un documento con report dei dati della continuità assistenziale riabilitativa nei reparti di Ortopedia e Neurologia e analisi della sperimentazione da cui si evince che le modifiche apportate hanno ridotto le giornate di degenza (report luglio, settembre, dicembre 2015)

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Continuano i percorsi semplificati di continuità riabilitativa con le strutture accreditate convenzionate. Alcune azioni di miglioramento sono state attuate (report dell'attività del 2015) con la Struttura Pineta del Carso dopo l'analisi dei dati del 2015. Vengono proposte altre azioni di miglioramento saranno valutate nel primo semestre 2016.

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

Attuazione al 31.12.2015:

Tutte le persone con gravi cerebrolesioni, che vengono ricoverate presso la struttura Pineta del Carso, sono state valutate mensilmente con le scale (DRS, Danno secondario, Funzioni vitali) per valutare il livello clinico assistenziale . La documentazione è presente nella SS Riabilitazione Aziendale

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

Attuazione al 31.12.2015:

Sono proseguiti gli incontri per PDTA ICTUS tra AAS1 e AOUSTS e report trimestrali di analisi dei dati. Inoltre condivisione delle indicazioni per PDTA ICTUS regionale.

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

Percorso nascita

AAS 1 continuerà a partecipare con propri operatori al Comitato Tecnico Regionale del Percorso Nascita con particolare attenzione agli aspetti inerenti lo sviluppo di azioni territoriali
Con l'IRCCS Burlo Garofolo sarà attuato e condiviso quanto previsto dal PDTA sulla gravidanza fisiologica elaborato nel corso del 2014 da parte della aziende dell' Area Vasta Giuliano Isontina (vedi anche paragrafo 3.4.4).

Attuazione al 31.12.2015:

Partecipazione alle riunioni del Tavolo Tecnico Regionale Percorso Nascita (3 incontri nel 2015)
Attivazione tavolo su continuità Percorso Nascita AAS1- IRCCS Burlo Garofolo (gravidanza a rischio psicosociale: attivato 19/10/2015, n. 3 incontri; elaborata scheda conivisa complessità); Percorso Nascita-PDTA gravidanza fisiologica: attivato 21/7/2015, n. 1 incontro)

Procreazione Medicalmente Assistita

Continuerà nel corso del 2015 l'attività del progetto "Ottimizzazione delle procedure di Procreazione Medicalmente Assistita e mantenimento degli standard nazionali e internazionali" attraverso il quale l'AAS 1 garantisce, in raccordo e continuità assistenziale con l'IRCCS Burlo Garofolo un servizio psicologico di consulenza e orientamento alle coppie con problemi di infertilità e sterilità.
In considerazione della nuova normativa nazionale e regionale sulla fecondazione eterologa l'AAS darà continuità al servizio già in essere al fine di individuare precocemente specifici bisogni psicologici e sociali dell'utenza, sia nella fase di diagnosi e orientamento verso i diversi percorsi della genitorialità, che al momento della dimissione dal percorso dai centri.

Attuazione al 31.12.2015:

Il 31 maggio 2015 si è concluso il Progetto "ottimizzazione delle procedure PMA" (finanziato dalla Regione con capofila Burlo e AAS1 partner). AAS1 ha dato comunque continuità al Progetto mettendo a disposizione tre ore settimanali di una psicologa da parte del Consultorio familiare del Distretto 4 per la

restante parte dell'anno.

Violenza di genere contro le donne

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

Dallo stesso anno sono disponibili le Nuove Linee Guida sulla violenza contro le donne dell'OMS. In questi giorni si sta istituendo un gruppo specialistico di esperti presso il Consiglio d'Europa (art 66 della Convenzione) volto a monitorare l'applicazione della legge sui territori nazionali. Il fenomeno della violenza contro le donne è evidente anche a Trieste, sono infatti in aumento gli accessi presso il Centro antiviolenza GOAP (265 nel 2013 e più di 300 nel 2014) e presso i Consultori Familiari. Anche AOUTS ha dato avvio al programma “Codice Rosa” svolto dal Pronto Soccorso di Cattinara per intervenire su questo tema efficacemente. L'A.A.S. 1, da anni attiva su questo tema con l'Ufficio Progetti Area Sanitaria, si impegna per l'anno 2015 a:

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

Attuazione al 31.12.2015:

Sono continuate le collaborazioni sul campo (invio di donne dal PS di Cattinara ai servizi territoriali, in raccordo con centro antiviolenza e magistratura) ma non è stato possibile avviare un percorso strutturato, che si prevede di avviare entro la fine del 2016.

Per quanto riguarda la formazione si segnala l'evento formativo con ECM il 26 marzo 2015: “Violenza domestica: aspetti clinici, giuridici e culturali” e la lezione al Corso di Laurea in medicina, su la risposta dei servizi alla violenza a donne e minori.

Il Progetto con l'università di Trieste (violenza donne anziane) non è stato finanziato e quindi la disponibilità di AAS1 a parteciparvi si è vanificata.

AAS1parteciperà al bando per i centri antiviolenza.

Pedofilia e Maltrattamento grave

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

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

Per l'anno in corso l'Azienda si impegna

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

Attuazione al 31.12.2015:

- Progetto buone pratiche: è stato finanziato dalla regione ed è in corso di svolgimento, come previsto dall'obiettivo

- PDTA si è lavorato ad un documento, che a giorni verrà discusso in coordinamento distretti. Obiettivo raggiunto

Mediazione linguistico culturale

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

Gli stessi mediatori seguono la persona straniera nel percorso di salute anche presso l'Azienda Ospedaliera, l'IRCCS Burlo Garofolo e la Casa Circondariale. Grazie al lavoro congiunto delle tre aziende sanitarie nel 2014, si è giunti alla stipula di una convenzione unica con l'Associazione di Mediatori Culturali Interethnos. Nel corso del 2015 sarà verificata l'applicazione della nuova convenzione, maggiormente articolata rispetto a tempi, disponibilità oraria, appropriatezza delle attivazioni e degli interventi stessi.

Sarà anche avviata un convenzione interaziendale per l'attività di mediazione con le persone sordomute.

Attuazione al 31.12.2015:

MLC il monitoraggio della convenzione constata il regolare svolgimento del servizio

ENS 13.10.15 presa d'atto della convenzione AAS1-AOUTS-ENS per l'interpretariato delle persone sorde

Cooperazione sanitaria transfrontaliera ed internazionale

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

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

- Collaborazione nel percorso di adozione del progetto obiettivo sulla sanità transfrontaliera ed alla predisposizione del piano di integrazione sociosanitaria per l'integrazione dei sistemi sociosanitari italiani e sloveni.

- Collaborazione, previa adozione di idonee misure organizzative, alla ricognizione dei bisogni di ricerca in ambito sanitario e sociosanitario, al fine dell'ideazione, progettazione e gestione di iniziative, a finanziamenti UE diretto e indiretto.

Previste proposte di attività di sviluppo sui temi in particolare di:

- Sostegno all'empowerment del cittadino nei rapporti con le istituzioni sanitarie;

- Sistemi esperti per il supporto alle decisioni cliniche sulle malattie croniche;

- Individuazione nell'ambito delle patologie croniche, di modalità di monitoraggio dei percorsi di cura e riabilitazione dei pazienti tramite soluzioni tecnologiche anche fortemente innovative.

Attuazione al 31.12.2015:

Il Dipartimento di Salute Mentale, Centro Collaboratore dell'OMS, ha continuato a svolgere la sua attività rivolta ai servizi psichiatri di altri Paesi Europei e dell'America Latina, per cui sono stati attivati due specifici progetti (uno col Comune di Monfalcone che riguarda Serbia e Montenegro, l'altro riguardante l'Argentina), approvati nell'ambito dei finanziamenti previsti dalla LR n. 19, che vedono il DSM / CCOMS tra i partner.

E' stato anche finanziato il progetto "Freedom first - Implementazione progetti di collaborazione internazionale finalizzati all'approccio basato sui diritti fondamentali (Free_No.1)", riguardante paesi come India e Malaysia e la realizzazione dell'evento dell'International School "Territori senza segregazione", che si terrà a Trieste dal 15 al 18 dicembre 2015 con la partecipazione di operatori da oltre venti paesi.

<p>Obiettivo aziendale 13. Attività internazionali</p>	<p>Risultato atteso: Vien costituito il gruppo trasversale alle SC con personale dedicato alle attività inter-nazionali A seguito dell'evento formativo accreditato ECM "Formare i formatori" viene attivato un percorso di FSC per la condivisione e programmazione delle attività di visita nazionali ed internazionali.</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2015:

L'evento residenziale "formare i formatori ha avuto luogo a marzo ed ad esso ha fatto seguito l'avvio del percorso di FSC.

A seguito dell'evento formativo è stato attivato un percorso di FSC per la condivisione e programmazione delle attività di visita nazionali ed internazionali.

Per quanto riguarda le study visit programmate durante il corso del 2015 nei servizi, il numero totale dei visitatori è stato di 685 presenze di persone provenienti da realtà nazionali (10) e internazionali (25) per complessive 61 visite. Il 52% dei visitatori era straniero ed il 48% italiano.

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti

-AAS 1 parteciperà, per quanto di competenza, alle varie filiere d'organo della Rete Regionale per le gravi Insufficienze d'organo e trapianti.

-Nell'ambito della Filiera Rene si procederà alla formazione del personale del Servizio Infermieristico Domiciliare per aumentare nel corso dell'anno il numero di pazienti in dialisi peritoneale seguiti al proprio domicilio. **(utilizzo della metodica almeno nel 20% dei pazienti in dialisi)**

Attuazione al 31.12.2015:

Nel 2015 i malati in dialisi peritoneale al 31 dicembre sono 32 pari al 16% della popolazione complessiva di dializzati.

Gli infermieri di distretto formati /addestrati alla gestione della dialisi peritoneale in raccordo con il reparto sono stati 42 (detta formazione prosegue anche nel 2016 e 2017 con l'obiettivo di formare la maggior parte del personale infermieristico dei distretti, delle RSA e delle strutture protette della provincia).

Con due edizioni di un seminario (in plenaria) abbiamo formato circa 100 operatori di Distretto sulle novità in campo dialitico e non solo.

A ottobre 2015 la RSA San Giusto ha messo a disposizione una stanza singola dedicata all'accoglienza di malati di messi dal reparto allo scopo di addestrarli assieme ai loro caregiver prima del rientro a domicilio o in struttura protetta.

Motivazioni scostamento dal risultato atteso:

Nell'anno sono stati posizionati 19 cateteri peritoneali a nuovi pazienti (visto che partivamo da 30 all'inizio dell'anno avremmo dovuto arrivare ben oltre 40).

Ma il pool è labile nel senso che basta qualche uscita in più per decessi, trapianti o passaggio ad emodialisi per ridurre la percentuale dell'obiettivo, e così è stato nel 2015.

Ed in ogni caso il 20% è certo ambizioso: il dato italiano complessivo è la metà e noi abbiamo una popolazione di vecchi soli.

I risultati del grande lavoro che stiamo facendo, addestrando il personale dei servizi territoriali, si vedranno solo nel tempo, per ora è solo lavoro investito.

Ad oggi il numero dei pazienti complessivi in dialisi peritoneale o in attesa di iniziarla avendo posizionato il catetere peritoneale è di 38.

E i risultati del nostro lavoro cominciano a vedersi sulle case di riposo recettive.

-Nell'ambito della Filiera Pancreas si continuerà nelle attività territoriali di prevenzione e presa in carico del piede diabetico al fine di ridurre il tasso di amputazioni. **(portare il tasso di amputazioni maggiori per diabete al di sotto di 50 per milioni di residenti)**

Attuazione al 31.12.2015:

Amputazioni degli arti inferiori	2013	2014	2015	INDICATORE MeS
Numeratore	11	15	16	42
Denominatore	231.755	235.793	236.186	703.734
Tasso x 1 milione ab.	47,46	63,62	67,74	59,7

Motivazioni scostamento dal risultato atteso:

Sono in fase di studio i percorsi dei residenti che verosimilmente hanno subito interventi in sedi extraregionali non rientrando quindi nei percorsi previsti da AAS1 e AOUS

-Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 70 per 100.000 residenti di 50-74 anni

Attuazione al 31.12.2015:

C11A.3.1 ("BPCO")	2013	2014	2015
NUMERATORE	120	134	108
Denominatore: popolazione 50-74	80.045	81.224	81.604
INDICATORE MeS	149,92	164,98	132,35

3.4.2. Patologie tempo dipendenti**ICTUS**

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

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha fatto parte del gruppo regionale per il PDTA Ictus. A Udine sono stati eseguiti incontri per la definizione del percorso PDTA Ictus e per il successivo piano formativo regionale. Il PDTA Ictus è stato licenziato a fine estate 2015 e il percorso formativo è iniziato a dicembre 2015

Emergenze cardiologiche

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

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

Esecuzione dell'ECG sulla scena dell'evento, in almeno il 95% dei pazienti con dolore toracico soccorsi nel territorio

Attuazione al 31.12.2015:

La percentuale rilevata al 31.12.2015 di esecuzione sulla scena dell'ECG è pari al 96%. La percentuale rilevata di trasmissione è pari al 92%

Trauma

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

Attuazione al 31.12.2015:

Iniziata formazione del personale sulla rilevazione della scala di gravità in base agli interessamenti anatomici del trauma e in base alla risposta fisiologica del paziente traumatizzato

3.4.3. Reti di patologia**Malattie rare**

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

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha partecipato per quanto di competenza agli incontri regionali e prosegue l'attività nei confronti di persone con malattie rare prese in carico

Malattie reumatiche

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

Malattia oncologica

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

AAS 1 negli ultimi anni ha specializzato l'attività del Centro Sociale Oncologico indirizzandola prevalentemente ad attività di prevenzione, di riabilitazione e presa in carico della terminalità. Le attività di cura hanno riguardato solo ed esclusivamente la cura dei tumori femminili (mammella, utero e ovaio) in stretta correlazione operativa con i servizi ospedalieri di AOOTS e IRCCS Burlo Garofolo di chirurgia, radioterapia e di diagnostica per immagini oltre che con gli altri servizi territoriali di nutrizione clinica, riabilitazione fisica, dermatologia per la diagnosi e la terapia delle complicanze da chemio e radioterapia, medicina legale. Ciò ha permesso un più razionale uso delle risorse (farmaci, percorsi, prestazioni ambulatoriali e domiciliari) oltre che il trattamento di un consistente numero di casi trattati.

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

Attuazione al 31.12.2015:

L'attivazione dell'UFA è competenza di AOOTS.

Cure palliative e terapia del dolore

-Partecipazione e collaborazione alle attività regionali della rete delle cure palliative e terapia del dolore.

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

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

-Revisione della documentazione sanitaria in uso con l'acquisizione delle informazioni richieste tramite l'Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice che devono garantire l'invio mensile dei dati richiesti per il flusso ministeriale.

-Aumento del 10% dei decessi in abitazione/domicilio per le persone di età > ai 65 anni

Attuazione al 31.12.2015:

Prosegue l'attività di continuità della presa in carico Ospedale Territorio. Per quanto riguarda l'obiettivo dei decessi AAS1 si impegna a favorire la permanenza a domicilio (e hospice) di tutti i pazienti terminali presi in carico a livello distrettuale. I dati sulla mortalità del 2015 non sono ancora completi. Limitandosi ad una stima basata sui primi 6 mesi dell'anno è possibile affermare che l'incremento dei morti a domicilio per causa tumore con età superiore a 65 anni è del 13,6%.

tempo	morti tum a domic	morti tum	tasso
2014	387	691	56,01
1sem2014	199	362	54,97
1sem 2015	226	375	60,27
stima 2015	440	716	61,41

3.4.4. Materno-infantile

Nel corso degli anni il numero di donne in gravidanza che si rivolgono ai Consultori Familiari distrettuali è aumentato arrivando a superare il 40% in gravidanza e l'80% nel post parto, ciò ha consolidato il ruolo

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

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

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

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

Nel 2015 si opererà

- a) per mantenere e verificare l'applicazione degli standard richiesti da UNICEF (audit dell'offerta assistenziale; sviluppo di azioni comunitarie a promozione della sana alimentazione nella prima infanzia)
- b) per valorizzazione del ruolo dei gruppi di autoaiuto (formazione e strumenti informativi)
- c) per rafforzare in raccordo con l'IRCCS Burlo Garofolo, le modalità di continuità assistenziale territorio- ospedale- territorio con particolare attenzione al post dimissione dalla maternità.

Attuazione al 31.12.2015:

Completato corso di formazione per operatori dedicati

Completato audit operatori dedicati/ coinvolti

Completato audit donne in gravidanza e madri che accedono ai distretti

Organizzazione della Cerimonia di Riconoscimento di AAS1 come Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento (8/10/2015).

Incontri con i gruppi di autoaiuto Mammeallapari e La Leche Ligue e organizzazione eventi della Settimana Mondiale dell'Allattamento (SAM 1-7 /10/2015).

Attivato tavolo continuità Percorso Nascita e PDTA Gravidanza Fisiologica con IRCCS Burlo Garofolo

3.4.5. Sangue ed emocomponenti

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

Attuazione al 31.12.2015:

Partecipato per quanto di competenza

Si conferma nel 2015 il numero di trasfusioni di sangue eseguite in RSA o presso il domicilio della persona. Nel corso del 2014, sono state trasfuse 135 unità di emocomponenti così ripartite:

Centro Sociale Oncologico	2
	3
RSA	1
	18
Domicilio	4
Struttura protetta	8

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

Attuazione al 31.12.2015:

complessivamente, nel 2015 si è registrato un aumento significativo delle trasfusioni effettuate nel territorio (+15,8%) rispetto al 2014.

3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza

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

3.4.7. Tempi d’attesa (contenuti estrapolati dal Piano di Contenimento dei tempi di attesa)

1. Piano di contenimento: è stato predisposto il Piano per il governo dei tempi d’attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero
2. Criteri di priorità: le Aziende della Provincia di Trieste parteciperanno allo sviluppo dei criteri di priorità regionali secondo le indicazioni della Direzione Centrale
3. Responsabile unico: Presso ogni Azienda è già stato individuato quale *Responsabile unico aziendale per la gestione delle agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale* il Responsabile del Centro Unico di prenotazione (CUP) .
4. Comitato di monitoraggio e valutazione tempi di attesa: Entro il 30 aprile 2015 le Aziende si impegnano a costituire un Comitato per il monitoraggio e la valutazione dell’andamento dei tempi d’attesa delle prestazioni erogate composto oltre che dai professionisti anche da rappresentanti dei cittadini

Obiettivo aziendale - Implementazione delle agende di prenotazione - Gestione della propria offerta - Monitoraggio tempi di attesa - Agende di prenotazione	Risultato atteso Si rimanda a quanto contenuto nel capitolo “Tempi di attesa” dell’allegato 6 “Proposta alla Giunta regionale di integrazione agli atti di programmazione regionale e modifiche agli atti di programmazione ed ai bilanci preventivi aziendali”
Attuazione al 31.12.2015: Il monitoraggio prodotto secondo i sistemi operativi delle due aziende (AOUTs e AAS1) evidenzia il raggiungimento degli obiettivi previsti.	

Monitoraggio al 30.06.15:

Le Aziende della Provincia di Trieste, AAS1, AOUTs e Burlo Garofolo, prevedono di rivedere nel secondo semestre dell’anno il Piano di governo dei TA. In via propedeutica hanno elaborato un documento tecnico condiviso in cui vengono elencate le principali criticità e proposte operative e di miglioramento da avviare nel 2° semestre dell’anno

Attuazione al 31.12.2015:

Il monitoraggio prodotto secondo i sistemi operativi delle due aziende (AOUTs e AAS1) evidenzia il raggiungimento degli obiettivi previsti.

3.4.8 Rischio clinico (contenuti estrapolati dal Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2015)

Obiettivo 1.1 Revisione e standardizzazione della cartella clinica di tutte le RSA sia a gestione diretta che in appalto	Azioni 1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti: a. valutazione del rischio da lesioni da decubito b. valutazione del rischio cadute c. valutazione del dolore entro 24 ore dall’ingresso d. rivalutazione quotidiana del dolore durante il
--	--

	<p>periodo di degenza</p> <p>e. rivalutazione del dolore dopo somministrazione di terapia condizionata</p> <p>f. foglio unico di terapia nei primi 7 gg</p> <p>2. Adeguamento della cartella clinica alla check list del progetto Valdoc01</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>1-In agosto 2015 e in marzo 2016 sono stati comunicati alla Direzione Regionale Salute i dati relativi al 1 e al 2 semestre 2015</p> <p>2-Tutte le cartelle cliniche esaminate sono state valutate in base all'aderenza alla check list del progetto Valdoc01</p>	
1.2 Miglioramento flusso di informazioni relativo ai fattori di rischio	Sperimentazione dell'integrazione della lettera di dimissioni in RSA San Giusto
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>Da fine aprile la lettera di dimissioni dell'RSA S.Giusto è stata integrata con le informazioni sui fattori di rischio (infezioni/colonizzazioni trasmissibili, lesioni da pressione, cadute accidentali, complicanze trombo emboliche venose, sospette reazioni avverse a farmaci), al paziente viene consegnato materiale informativo sul rischio evidenziato.</p>	
2. Implementazione del sistema di incident reporting	<p>1. Completare la formazione di tutto il personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting</p> <p>2. Eseguire la RCA in caso di eventi che superino lo score di 6</p> <p>3. Analizzare e valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>1-E' stata completata la formazione per gli operatori del Dipartimento delle Dipendenze e la formazione degli operatori del Dipartimento di Prevenzione in sostituzione degli operatori del Distretto 3 che verranno formati nel 2016.</p> <p>2-Le segnalazioni ricevute sono state valutate dal punto di vista del livello di gravità (non vi sono state segnalazione di eventi con uno score > di 6).</p> <p>3- I dati raccolti sono stati analizzati ed il report è a disposizione sul sito intranet aziendale.</p> <p>In marzo 2016 i dati sono stati comunicati alla Direzione Regionale Salute (indicatori annuali).</p>	
3. Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA San Giusto (a gestione diretta)	1. Utilizzazione di procedure standardizzate per la corretta identificazione dei pazienti tramite nome, cognome e data di nascita.
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>Tutti i pazienti sono provvisti di braccialetto identificativo e l'identificazione del paziente tramite nome, cognome, data di nascita è stata effettuata, in relazione alle procedure che la richiedono, 378 volte alla data del monitoraggio. Questi dati rientrano tra gli indicatori di rischio clinico e vengono semestralmente comunicati alla Direzione Regionale Salute.1- In agosto sono stati comunicati alla Direzione Regionale Salute i dati relativi al 1 semestre 2015. L'indicatore non è stato richiesto nel 2 semestre 2015</p>	
4. Prevenzione dei danni da caduta accidentale in RSA San Giusto (Obiettivo interaziendale AAS1-AOUTS)	<p>1. Sorveglianza delle cadute e prevenzione dei danni da caduta in RSA San Giusto anche attraverso la formazione dei pazienti e dei care giver</p> <p>2. Costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOUTS) per la definizione condivisa di protocolli e istruzioni operative per la prevenzione delle cadute</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>1- In agosto 2015 e in marzo 2016 sono stati comunicati alla Direzione Regionale Salute i dati relativi al 1 e al 2 semestre 2015</p> <p>Nel 1 semestre 2015 sono avvenute 26 cadute di cui 7 senza danno e 19 con danno con un livello di gravità tra 4 e 6. Dal 30.06 al 31.12.2015 in RSA S. Giusto sono avvenute 17 cadute di cui 11 senza danno e 6 con danno con un livello di gravità tra 4 e 6.</p>	

<p>2- Si è costituito il gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOOTS) per la definizione di protocolli condivisi e istruzioni operative per la prevenzione delle cadute. Si sono tenuti 2 incontri (14.5.15 e 9.6.15) e sono state concordate le politiche comuni di gestione delle cadute ed è stato elaborato per AAS1 il nuovo modulo di rilevazione e comunicazione degli eventi. Il 9 ottobre 2015 si è tenuto il terzo incontro del gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOOTS) durante il quale sono state proposte modifiche al modulo di rilevazione e comunicazione degli eventi.</p> <p>La procedura “Prevenzione e gestione delle cadute in RSA” approvata dal Commissario Straordinario è a disposizione sul sito intranet aziendale</p>	
<p>5. Prevenzione delle lesioni da decubito</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adottate nel 2014 le linee guida regionali “Lesioni da pressione: prevenzione e trattamento” nel 2015 si provvederà a diffonderle maggiormente e formare il personale all’utilizzo anche nelle RSA in appalto 2. Utilizzo della scala di Norton (modificata secondo Nancy Scott) al momento della presa in carico e ad ogni variazione delle condizioni clinico assistenziali 3. Studio di prevalenza sulla presenza di lesioni da pressione nei pazienti assistiti nei vari setting assistenziali
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Formati 240 infermieri (AAS 1-AOOTS) con il corso di formazione residenziale interaziendale in quattro edizioni "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione".. 2) La scala di Norton (modificata secondo Nancy Scott) è utilizzata in maniera sistematica al momento della presa in carico e ad ogni variazione delle condizioni clinico assistenziali. 3) La prevalenza delle lesioni da pressione e' stata del 13%. 	
<p>6. Sicurezza e appropriatezza nell’uso dei farmaci</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione del personale aziendale e delle strutture protette sulla corretta conservazione, prescrizione e somministrazione dei farmaci) 2. Promozione dell’uso sicuro dei farmaci nel territorio (strutture aziendali, RSA in appalto, Strutture protette per anziani e disabili) 3. Implementazione delle attività relative all’appropriatezza d’uso dei farmaci per la terapia delle patologie cardiovascolari e di quelli off label 4. Partecipazione al progetto regionale Polifarmacoterapia nell’anziano 5. Ridurre significativamente la polifarmacoterapia over 65enni in trattamento con 10 o più principi attivi 6. Sensibilizzare i Medici Prescrittori sulla necessità di valutare la clearance renale nei pazienti in trattamento con farmaci ad eliminazione renale (interaziendale AAS1-AOOTS-MMG) 7. Sicurezza nell’uso del farmaco inclusa la preparazione di antiblastici (diffusione, messa a regime, monitoraggio delle raccomandazioni e dei programmi regionali e raccomandazioni ministeriali)
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Continua la partecipazione al gruppo tecnico regionale sulla sicurezza dell’uso dei farmaci e al gruppo tecnico sulla riconciliazione farmacologica. <p>Nel 2015 si e’posta particolare attenzione al tema dell’utilizzo degli antipsicotici nelle strutture aziendali, nelle RSA in appalto e nelle Strutture protette per anziani e disabili, predisponendo l’invio di alert</p>	

<p>ai prescrittori sulle modalita' di somministrazione, le indicazioni terapeutiche e le dosi da utilizzare. Particolare attenzione è stata posta inoltre al corretto uso delle terapie off- label con apposite note ai prescrittori.</p> <p>2- Il CCV e il Servizio Farmaceutico stanno monitorando l'uso appropriato dei farmaci per la terapia delle patologie cardiovascolari. E' stato organizzato un apposito evento ECM rivolto ai prescrittori sull'appropriatezza d'uso di questi farmaci (22 ottobre) e un report comprendente grafici di confronto dei costi per classi terapeutiche di interesse cardiovascolare per fornire un'indicazione di massima sulla diversa ricaduta economica delle scelte operate.</p> <p>3- Partecipazione alle survey del progetto regionale Polifarmacoterapia nell'anziano per la riduzione del numero di farmaci somministrati ai pazienti over 65 anni nelle strutture aziendali, nelle RSA in appalto e nelle Strutture protette per anziani e disabili attraverso l'estrazione dei dati dal foglio di terapia e dalla cartella clinica.</p> <p>4-Il confronto tra i risultati delle 2 survey (aprile e novembre 2015), dimostra una diminuzione del numero di soggetti in terapia con 10 o piu' farmaci del 37,8% passando dal 15,8% al 10,0%.</p> <p>5-Il 15 ottobre si sono tenute 2 edizioni del corso "Sicurezza nell'uso dei farmaci nel paziente anziano: l'importanza di un approccio multidisciplinare integrato" rivolto ai dipendenti di AAS1, AOOTS e ai MMG a cui hanno partecipato 140 persone, allo scopo di sensibilizzare i medici sulla necessità di ridurre la polifarmacoterapia negli over 65 e di valutare la clearance renale in caso di assunzione di farmaci ad escrezione renale</p> <p>6- E' stato organizzato un percorso di formazione sul campo rivolto agli operatori addetti alla preparazione di farmaci antiblastici che ha avuto come risultato la creazione di LLGG interne per la gestione dei principali effetti collaterali dei trattamenti antitumorali</p>	
7.1 Partecipazione al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE"	7.1.1 Utilizzazione del gel idroalcolico 7.1.2 Controllo visivo dell'igiene delle mani in RSA San Giusto
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>7.1.1 Il consumo di gel idroalcolico è monitorato dalla farmacia: nel 2015 si registra un incremento dell'uso del gel rispetto al 2014.</p> <p>In agosto 2015 e in marzo 2016 sono stati comunicati alla Direzione Regionale Salute i dati relativi al 1 e al 2 semestre 2015</p> <p>7.1.2 In dicembre il controllo visivo dell'igiene delle mani in RSA S. Giusto ha evidenziato una percentuale di adesione al lavaggio delle mani del 90,9%</p> <p>E' stato elaborato un foglio informativo (gia' in distribuzione) che illustra ai pazienti, care giver e visitatori l'importanza di una corretta igiene delle mani per chi accede e per chi lavora nella struttura.</p>	
7.2 Adozione LLGG Regionali	7.2 Costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOOTS) per la definizione di protocolli e istruzioni operative per l'applicazione delle LLGG Regionali "Gestione delle Polmoniti" e "Infezioni vie urinarie"
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>Si è costituito il gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOOTS) per la definizione di protocolli condivisi e istruzioni operative per l'applicazione delle LLGG Regionali. Si è tenuto 1 incontro (18.2.2015)</p>	
7.3 Prevenzione e controllo di cluster e epidemie	7.3 Verifica dell'adozione delle LLGG regionali e monitoraggio Bundle a. Acinetobacter b. Batteri MDR c. MRSA d. Clostridium difficile
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>Sono già state adottate le LLGG regionali Acinetobacter, Batteri MDR, MRSA, Clostridium difficile.</p> <p>Le linee guida che verranno monitorate con bundle mutuati da AOOTS, riguardano il cateterismo urinario e il catetere venoso centrale. In RSA S.Giusto e' stato effettuato il monitoraggio di due bundle (gestione del catetere vescicale e gestione del catetere venoso centrale) in applicazione delle LLGG regionali attraverso l'osservazione e la compilazione di una scheda di rilevazione comportamentale. La compliance e'</p>	

stata del 100%.	
7.4 Prevenzione delle resistenze batteriche	<p>7.4.1 Report sul consumo degli antibiotici erogati in convenzione attraverso le farmacie pianificate sul territorio</p> <p>7.4.2 Indagine di prevalenza presso le RSA e le Strutture protette sull'uso di antibiotici</p> <p>7.4.3 Formazione del personale sulla appropriatezza d'uso degli antibiotici e sulle resistenze batteriche</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>7.4.1 Continua il monitoraggio e la produzione di report.</p> <p>7.4.2 AAS1 ha partecipato allo studio HALT2 nel 2014. Non sono state date indicazioni dal Gruppo Rischio Clinico Regionale per il 2015</p> <p>7.4.3 Il 23.4.2015 si è tenuto un corso di formazione in collaborazione con AOOUTS "Linee Guida di terapia antibiotica empirica/razionale delle infezioni associate ad assistenza sanitaria".</p>	
8. Revisione e standardizzazione della cartella nelle RSA relativamente al controllo del dolore in tutte le RSA (a gestione diretta e in appalto)	1. Verifica della corretta valutazione del dolore in tutte le RSA sia a gestione diretta che in appalto
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>1-In agosto 2015 e in marzo 2016 sono stati comunicati alla Direzione Regionale Salute i dati relativi al 1 e al 2 semestre 2015</p>	
9.Recepimento raccomandazioni ministeriali sulle aggressioni ai dipendenti	9.1Costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOOUTS) per la definizione di protocolli e istruzioni operative per tutelare i dipendenti dalle aggressioni e per il corretto approccio alla persona con manifestazioni di aggressività
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>Si è costituito il gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOOUTS) per la definizione di protocolli condivisi e istruzioni operative per la prevenzione e la tutela dei dipendenti dalle aggressioni e per il corretto approccio alla persona con manifestazioni di aggressività. Si sono tenuti 3 incontri (14.5.15, 9.6.15 e 7.7.15) ed è stato concordato e condiviso un documento sulle politiche comuni. Il 9.9.2015 e il 15.12.15 si sono tenuti il quarto ed il quinto incontro del gruppo di lavoro interaziendale (AAS1-AOOUTS). La procedura Recepimento delle Raccomandazioni ministeriali "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" approvata dal Commissario Straordinario è a disposizione sul sito intranet aziendale</p>	
10. Adesione al programma internazionale di choosing wisely con particolare riguardo alla diagnostica per immagini in pazienti a basso rischi (obiettivo interaziendale AAS1-AOOUTS)	<p>10.1 Definizione dei criteri di appropriatezza con particolare riguardo alle indicazioni e alla tempistica di esecuzione/ripetizione degli esami ecocardiografici in pazienti a basso rischio di eventi cardiovascolare</p> <p>10.2 Monitoraggio sistematico delle indicazioni per la valutazione della rilevanza del problema e del suo andamento ne tempo</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015: AAS1 partecipa al programma internazionale di choosing wisely. L'attività procede regolarmente</p>	

3.4.9. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

AAS 1 nel corso del 2015 potrà partecipare alle attività riguardanti la Senologia. Tale attività ambulatoriale di prevenzione, cura e riabilitazione è svolta, infatti, in provincia di Trieste presso il Centro Sociale Oncologico (vedi prima paragrafo 3.4.3.)

3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

Attività 2015

AAS1 nel corso del 2015 proseguirà tutte le attività di cui sopra dando continuità e approfondimento ai percorsi, in collaborazione con i medici convenzionati (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali interni) e i medici dei Distretti e dei Dipartimenti, concertando con AOOTS il coinvolgimento anche dei prescrittori ospedalieri le cui ricadute sull'assistenza farmaceutica territoriale sono notoriamente rilevanti, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva sia sul piano clinico che economico.

Le azioni rilevanti nel corso del 2015 saranno:

1. Proseguimento dell'attività di monitoraggio e degli incontri di audit-feedback con i prescrittori territoriali ed ospedalieri divulgando sia la reportistica regionale sia quella prodotta dalla SC Assistenza Farmaceutica. Sono previsti almeno 4 incontri di audit-feedback con i prescrittori territoriali, 1 incontro con quelli ospedalieri e l'invio dei almeno due report personalizzati "scheda medico" ai MMG. Al fine di garantire il rispetto dei vincoli fissati per la farmaceutica sono individuati gli indicatori riportati nelle linee di gestione 2015 (incremento della percentuale di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto) per i prescrittori sia di AAS1 che di AOOTS (vedi tabella seguente).

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha proseguito l'attività di monitoraggio dei consumi farmaceutici, del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e della corretta rimborsabilità, predisponendo opportuni report, che sono stati discussi in occasione di 4 incontri di audit-feedback con i prescrittori territoriali, 2 incontri con quelli ospedalieri e periodici incontri con le strutture aziendali finalizzati allo scopo. L'azienda ha provveduto ad inviare 2 report personalizzati "scheda medico" ai MMG per il I e II semestre 2014. L'andamento della spesa farmaceutica aziendale (convenzionata, DPC e diretta) è oggetto di monitoraggio mensile. E' stata predisposta un'analisi delle categorie terapeutiche e dei principi attivi a maggior impatto sulla spesa, utile a mettere in atto idonee iniziative per coniugare l'innovazione con la sostenibilità del SSR.

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha provveduto a monitorare mensilmente gli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria, predisponendo 3 comunicazioni/report destinati ai MMG/PLS e alle Strutture dipendenti ed accreditate e alla Direzione Sanitaria di AOOTS, relativamente alle prescrizioni dei farmaci a brevetto scaduto per l'anno 2014, per il I quadrimestre 2015 e per il I semestre 2015, al fine di raggiungere il valore target definito nelle linee di gestione 2015. Si riscontra in AAS1 il valore più elevato di sartani (associati e non) a brevetto scaduto in Regione ed un decremento delle statine ancora coperte da brevetto a maggior impatto economico. Per quanto attiene l'uso dei biosimilari, il CSO (unico centro prescrittore) ha utilizzato nel 100% delle richieste la forma biosimilare relativamente alle molecole di origine biologica in cui il biosimilare è disponibile in commercio (epoietina alfa e filgrastim). L'azienda ha inoltre predisposto un numero del bollettino aziendale "Così è se vi pare" sui farmaci e la tossicità renale.

INDICATORI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO ex DL. 78/2010 - 2015

INDICATORE	% brevetto scaduto	
	OBIETTIVO DA LINEE 2015	VALORE AAS1 ANNO 2015
C09CA Sartani non associati	92,3%	87,4%
C09DA Sartani associati a diuretici	82,7%	83,8%
C10AA Statine	84,8%	74,6%
G04CB Inibitori della testosterone 5 alfa riduttasi	44,6%	27,7%
M05BA Bifosfonati	97,7%	85,0%
N03AX Altri antiepilettici	69,2%	69,7%
N06AB Antidepressivi SSRI	87,3%	93,3%
N06AX Altri antidepressivi	56,8%	50,2%

3. Incentivazione dell'appropriatezza d'uso delle categorie a maggior impatto di spesa con particolare attenzione ai PPI tramite l'invio di due report dedicati.

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha monitorato attentamente l'appropriatezza d'uso delle categorie a maggior impatto di spesa con particolare attenzione all'uso degli inibitori di pompa protonica, al corretto dosaggio e rimborsabilità dei farmaci antinfiammatori non steroidei in nota AIFA 66, all'utilizzo degli antipsicotici nelle indicazioni "off-label" e informando i prescrittori della maggior efficacia antifratturativa dei farmaci per l'osteoporosi utilizzati in prevenzione secondaria rispetto alla primaria. L'azienda, per il tramite della SC Assistenza Farmaceutica, ha messo in campo diverse azioni allo scopo di sensibilizzare tutti gli attori coinvolti (MMG, medici ospedalieri e distrettuali, farmacisti), coinvolgendo anche gli Ordini Professionali dei Medici e dei Farmacisti. In esito alle azioni messe in atto (circolari dedicate e incontri periodici con i prescrittori), si segnala una significativa diminuzione dell'utilizzo degli inibitori di pompa protonica erogati sia tramite le farmacie aperte al pubblico che in regime di distribuzione diretta, in controtendenza rispetto al dato regionale. Nel corso del 2015 è proseguita inoltre la collaborazione con AIFA per la stesura del rapporto OsMed e l'individuazione di indicatori di appropriatezza prescrittiva condivisi poi con i prescrittori. Particolare attenzione è stata posta all'uso "off-label" dei medicinali e al corretto utilizzo dei medicinali a base di ossicodone, per evitare eventuali fenomeni di abuso. E' stato predisposto un documento/report che riporta i grafici di confronto dei costi delle varie opzioni terapeutiche all'interno di classi terapeutiche omogenee per dare un'indicazione ai prescrittori della diversa ricaduta economica delle scelte operate e un'ulteriore analisi dettagliata delle categorie a maggior impatto di spesa per monitorare l'andamento delle azioni messe in atto e per la progettazione di nuove.

4. AAS1 assicurerà la Distribuzione diretta a favore dei pazienti in ADI e accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali garantendone l'appropriatezza d'uso. Saranno monitorate attentamente le richieste relative a medicinali soggetti a piano terapeutico. Nel 2015 sarà garantita l'erogazione diretta nel 100% delle strutture

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha assicurato la distribuzione diretta a favore dei pazienti in ADI e accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali garantendone l'appropriatezza d'uso e monitorando attentamente le richieste relative a medicinali soggetti a piano terapeutico. Nel 2015 è stata garantita l'erogazione diretta nel 100% delle strutture. Adeguata attenzione è stata posta all'utilizzo appropriato dei farmaci antipsicotici e degli inibitori di pompa protonica nelle RSA e residenze polifunzionali.

5. Incentivazione della DPC proseguendo con la puntuale informazione dei prescrittori e richiamando la loro attenzione sull'utilizzo preferenziale dei prodotti disponibili sulla piattaforma. Il monitoraggio della DPC e la partecipazione attiva al gruppo tecnico regionale sarà impegno dei farmacisti aziendali.

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha incentivato la DPC proseguendo con la puntuale informazione dei prescrittori e richiamando l'attenzione sull'utilizzo preferenziale dei prodotti disponibili sulla piattaforma. E' stata garantita la partecipazione attiva dei dirigenti farmacisti aziendali al gruppo tecnico regionale.

6. Attuazione delle indicazioni regionali rispetto alla mobilità intra ed interregionale. L'Azienda continuerà a garantire la massima attenzione al problema, sia implementando il SIASA-file F sia garantendo l'erogazione nominativa dei medicinali indicati erogati in distribuzione diretta .

Attuazione al 31.12.2015:

L'azienda ha posto la massima attenzione al tema della mobilità dei farmaci, sia implementando il SIASA-file F, sia garantendo l'erogazione nominativa dei medicinali indicati erogati in distribuzione diretta

7. Controllo preciso e puntuale dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali. Non sarà invece possibile inserire a sistema il codice targatura né l'informatizzazione del primo ciclo per il noto limite degli applicativi in uso nell'area giuliana.

Attuazione al 31.12.2015: AAS1 ha provveduto al controllo preciso e puntuale dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali che sono controllati da personale dirigente farmacista entro il 10 di ogni mese e garantiscono la copertura della fase 3 della diretta superiore al 90% dei movimenti informatici.

8. Appropriato utilizzo dei registri AIFA anche al fine di consentire il recupero economico dei medicinali interessati. I farmaci sottoposti a registro AIFA sono erogati solo su prescrizione che attesti l'avvenuta registrazione. Il 100% delle erogazioni sono registrate nell'apposito portale AIFA e costantemente monitorata così da poter procedere alle richieste di rimborso previste.

Attuazione al 31.12.2015:

L'azienda ha continuato ad utilizzare in modo appropriato i registri AIFA anche al fine di consentire il recupero economico dei medicinali interessati. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA avviene nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurarne l'appropriatezza d'uso. Il 100% dei farmaci sottoposti a registro AIFA sono erogati solo su prescrizione che attesti l'avvenuta registrazione e vengono costantemente monitorati. I trattamenti rimborsabili ad AAS1 sono stati processati sul portale AIFA, così da poter ottenere i rimborsi previsti.

9. Controllo della spesa per AFIR ed in particolare verrà assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa dei pazienti diabetici al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici.

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

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha ridotto significativamente la spesa AFIR nel 2015 rispetto al 2014 attraverso azioni incisive volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Nel periodo considerato rispetto al 2014, si registra una diminuzione della spesa per presidi per il diabete con iva al 4% e una significativa riduzione della spesa per i prodotti di assistenza integrativa. Sono state monitorate le prescrizioni AFIR, in particolare quelle riguardanti i dispositivi per diabetici; sono stati prodotti 2 report di analisi dell'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi per diabetici con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili, al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Sono state riviste le procedure autorizzative dei prodotti AFIR, ad esclusione delle strisce per il controllo della glicemia e del materiale di assorbimento. E' stato intensificato il controllo distrettuale sul materiale di assorbimento distribuito attraverso l'appalto regionale per migliorare l'assistenza fornita, scegliendo il prodotto più adatto alle esigenze di ogni singola persona. Sono state inoltre organizzate riunioni di audit/feedback con i distretti, i MMG e le UDMG.

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

Attuazione al 31.12.2015:

AAS1 ha assicurato i livelli di completezza della cartella oncologica informatizzata. Le cartelle aperte nel 2015 sono complete.

11. L'AAS 1 garantisce la disponibilità del proprio personale per i percorsi/gruppi di lavoro che la Regione vorrà istituire (prontuario terapeutico regionale, omogeneizzazione anagrafiche dei beni sanitari) e conferma l'interesse e la disponibilità alla partecipazione a progetti di farmacovigilanza finanziati e ad iniziative di promozione dell'uso sicuro dei medicinali che la Regione vorrà intraprendere.

Attuazione al 31.12.2015:

AAS 1 ha garantito la disponibilità del proprio personale per i percorsi/gruppi di lavoro che la Regione ha

istituito, confermando l'interesse e la disponibilità alla partecipazione a progetti di farmacovigilanza finanziati e ad iniziative di promozione dell'uso sicuro dei medicinali.

12. Come nei due anni precedenti AAS 1 continuerà a svolgere l'attività di monitoraggio, valutazione e reportistica sulla Politerapia dell'anziano.

Attuazione al 31.12.2015:

AAS 1 ha provveduto a predisporre idonea relazione scientifica ed economica conclusiva del progetto finanziato da AIFA relativo alla politerapia dell'anziano e ha promosso azioni di informazione e sensibilizzazione sull'uso sicuro dei medicinali anche garantendo la predisposizione e l'invio di 6 newsletter informative periodiche, oltre a specifiche note dedicate. AAS1 ha garantito la partecipazione come docenti del proprio personale al corso di formazione strategico sulla sicurezza d'uso dei farmaci nel paziente anziano.

L'AAS1 promuoverà azioni di informazione e sensibilizzazione sull'uso sicuro dei medicinali anche garantendo la predisposizione e l'invio di newsletter periodiche (vedi piano allegato sul Rischio Clinico paragrafo 3.4.8.)

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

<p>Obiettivo aziendale Appropriatezza prescrittiva e razionalizzazione della spesa (farmaceutica e integrativa)</p>	<p>Risultato atteso Individuazione per i prescrittori (territoriali, specialistici, ospedalieri) di specifici obiettivi correlati all'uso appropriato e sostenibile dei medicinali e dei prodotti di assistenza integrativa</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015: E' attivo un percorso di informazione per i prescrittori sulla necessità di utilizzo di principi attivi dall'ottimale rapporto costo/efficacia con l'invio di opportuni report condivisi anche con le Direzioni Sanitarie di AOOUTS e Burlo. In AAS1 il costo pro-capite della farmaceutica convenzionata + DPC si attesta attorno ai 154,5€, al di sotto della media regionale (159,4€). Nel 2015 AAS1 ha ridotto il costo pro capite nella farmaceutica territoriale (convenzionata + DPC), in controtendenza rispetto alla Regione FVG, ma coniugando al contempo l'innovazione terapeutica con la sostenibilità. Si evidenzia come nel 2015 la spesa farmaceutica territoriale (convenzionata+DPC) abbia registrato in AAS1 un decremento significativo in controtendenza rispetto al valore regionale che fa registrare un incremento di spesa farmaceutica.</p>	
<p>Obiettivo aziendale Contenimento dei costi a parità di qualità assistenziale per l'assistenza integrativa</p>	<p>Risultato atteso Valutazione/avvio di modalità di erogazione e/o distribuzione in linea con la programmazione degli anni precedenti (diretta, accordi con fornitori o farmacie)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015: AAS1 ha ridotto significativamente la spesa AFIR nel 2015 rispetto al 2014 attraverso azioni incisive volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Nel periodo considerato rispetto al 2014, si registra una diminuzione della spesa per presidi per il diabete con iva al 4% e una significativa riduzione della spesa per i prodotti di assistenza integrativa.</p>	
<p>Obiettivo aziendale Incentivazione dei biosimilari</p>	<p>Risultato atteso Aumento dei livelli prescrittivi, anche attraverso specifici protocolli condivisi H-T (si applica a tutti i biosimilari che si rendono disponibili sul mercato, prioritariamente a GH, ormone della crescita e fattori di crescita).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015: AAS1 ha già in essere una procedura di incentivo dell'uso dei biosimilari. Per quanto attiene l'uso di tali farmaci, il CSO ha utilizzato nel 100% delle richieste la forma biosimilare relativamente alle molecole di</p>	

origine biologica in cui il biosimilare è disponibile in commercio (<i>epoetina alfa e filgastrim</i>).	
Obiettivo aziendale Efficientamento della Distribuzione Diretta	Risultato atteso Favorire la prescrizione dei medicinali aggiudicatari di gara e introdurre opportuni sistemi di monitoraggio, coinvolgendo tutti gli specialisti interessati (compresi AOU e IRCCS) (condivisione dell'elenco dei farmaci prescrivibili in DPC con gli specialisti e monitoraggio del ricorso alla clausola di non sostituibilità)
Attuazione al 31.12.2015: AAS1 ha distribuito in diretta farmaci aggiudicatari di gara, provvedendo altresì ad aggiornare sul proprio sito l'elenco dei farmaci erogabili in DPC, inoltrandolo ai prescrittori e alle direzioni sanitarie di AOUTS e Burlo e monitorando il ricorso alla clausola di non sostituibilità per porre in essere eventuali azioni correttive. In esito alle azioni di efficientamento della distribuzione diretta messe in atto, si registra una diminuzione della spesa originata delle erogazioni da parte della Farmacia aziendale di AAS1.	
Obiettivo aziendale Flussi informativi	Risultato atteso Assicurare la copertura nominale dei flussi informativi della diretta (Copertura fase 3 su fase 2: assicurare copertura integrale)
Attuazione al 31.12.2015: Per motivi tecnici non riusciamo a coprire il 100% dei flussi della diretta, ma AAS1 fa registrare dati prossimi al 99%	

3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

3.6.1. Disabilità adulti e minori

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Gli operatori hanno fatto la formazione per la prima parte della valutazione nel mese di maggio, poi completata. Nel mese di agosto sono state date le credenziali per l'utilizzo della scheda Vilma-FABER informatizzata.

Nel 2015 sono state valutate con Vilma-Faber 10 persone a distretto (totale 40) e la valutazione è stata fatta utilizzando il sistema informatizzato regionale Vilma-Faber

3.6.2. Anziani

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Sono stati completati i percorsi di Audit con i relativi piani di miglioramento con le strutture per anziani convenzionate con i Distretti: Stuparich, Ieralla, Gentilomo e Villa Verde; ITIS, Perla La Fenice, Ad Maiores, Bartoli, Gregoretti e San Domenico.

Per le strutture in oggetto sono stati definiti programmi di miglioramento presenti in sede distrettuale

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Nel primo trimestre sono state individuate le residenze polifunzionali non convenzionate afferenti ad ogni Distretto (50% del totale) e ad ognuno è stata inviata una nota per spigare le modalità di accesso degli utenti.

Per quanto concerne l'ingresso presso le strutture residenziali convenzionate, tutti i casi segnalati dal 01.01.2015 al 31.12.2015 sono stati valutati con il sistema VMD Valgraf e tale registrazione è stata inserita nel sistema informatico regionale.

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

In attesa della ricezione dello schema tipo

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

In tutti i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati sono state attivate le verifiche mensili e spedite le eventuali sollecitazioni per l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e per l'espletamento del debito informativo richiesto dalla Regione attraverso i sistemi informativi e-GENeSys e SIRA.

I Report trimestrali sono conservati in sede distrettuale

3.6.3. Minori

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

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

Attuazione al 31.12.2015:

Proseguiti incontri PDZ 5.1 e 5.2 (n. 4 incontri nel 2015); PDZ 10.1 n. 1 incontro nel 2015).

Mantenuta la presenza di 12 ore settimanali di psicologo AAS1 (dott. Bruni- CF distretto 3) presso il Gruppo Interistituzionale Affidi del Comune di Trieste.

Definita bozza di percorso a cura dei CCFE AAS1 riguardante le adozioni nazionali ed internazionali inviato ai Direttori di Distretto il 29 dicembre 2015.

3.6.4. Piani di Zona

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

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

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

Attuazione al 31.12.2015: La Cabina di Regia si è riunita regolarmente consolidando le attività previste tra AAS1 e i tre ambiti (1.1, 1.2 e 1.3).

Nel mese di dicembre sono stati rivisti ed approvati in Assemblea dei Sindaci i protocolli di presa in carico dell'area minori, adulti, anziani e disabili.

Nel mese di dicembre sono stati definiti gli obiettivi ad alta integrazione socio-sanitaria, declinati nel mese di marzo 2016 nelle schede PAA 2016 dei tre PdZ (Ambito 1.1-1.2-1.3)

3.7 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE E TECNICHE

3.7.1. Rischio amministrativo

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

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

3.7.1. Rischio amministrativo	
Obiettivo aziendale Presentazione della proposta di Piano formazione dedicato alla prevenzione della corruzione per l'anno 2015.	Risultato atteso: Pianificazione entro il 31 maggio 2015.
Attuazione al 31.12.2015: Per l'anno 2015, in prospettiva dell'accorpamento delle due Aziende (AAS1 e AOUSTs), è stato presentato un piano della formazione congiunto e contenente il filone relativo alla prevenzione della corruzione (cfr verbale dd. 08.04.2015). L'8.6.2015 si è tenuto un corso monografico in tema di anticorruzione con docente esterno, destinato al personale delle due Aziende. Il corso rientrava nella progettualità AAS1/AOUSTs per il 2015 e l'organizzazione del corso era a carico dell'AOUSTs la seconda edizione è stata rimandata al 2016 a causa impedimenti del docente individuato I responsabili della Prevenzione della Corruzione di AAS1 e AOU, hanno condiviso sul proseguire la formazione per l'anno in corso e sono state pianificate due edizioni ne secondo semestre 2016 Inoltre, l'Ufficio aziendale del RPC ha tenuto un corso interno il giorno 11.06.2015, per i referenti del RPC, avente ad oggetto l'illustrazione degli obiettivi incentivati sul tema, assegnati nell'ambito del Progetto complessivo aziendale 2015.	

3.7.1. Rischio amministrativo	
Obiettivo aziendale Effettuazione del monitoraggio semestrale ed annuale dei termini dei procedimenti di competenza rientranti nel PTPC da inviare ai fini della pubblicazione al Responsabile della Trasparenza	Risultato atteso: Effettuazione del monitoraggio del primo semestre 2015 entro il 15 luglio.
Attuazione al 31.12.2015: I referenti aziendali del RPC delle strutture a cui competono procedimenti individuati a rischio corruzione ex PTPC 2015-2017 hanno effettuato il monitoraggio semestrale dei termini di conclusione dei rispettivi procedimenti, i cui risultati sono stati pubblicati nell'apposita sezione del sito aziendale.	

3.7.2. Sistema informativo

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

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

<p>Obiettivo aziendale Completare l'avviamento dei servizi online per il cittadino</p>	<p>Risultato atteso Sviluppare e implementare alcuni servizi prioritari per il cittadino (referti on line, pagamento on line, prenotazione on line, consultazione liste attesa), sulla base della tempistica regionale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015: I servizi online riguardanti il settore Salute sono disponibili sul sito regionale servizi.regione.fvg.it e viene poi data evidenza sul sito aziendale. Con specifico riferimento ai servizi citati nei risultati attesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i referti online sono disponibili. Il servizio è ancora in evoluzione. - sono pure disponibili i pagamenti online - continua lo sviluppo sia dei servizi di prenotazione online (parziale) e di consultazione delle liste di attesa. <p>L'attivazione/evoluzione di tutti i servizi online del settore seguono la tempistica regionale..</p>	

<p>Obiettivo aziendale Prosecuzione progetti avviati negli anni precedenti, in tema di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicurezza • Privacy • Ricetta elettronica da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale per MMG, PLS e gli specialisti convenzionati e dipendenti del SSR 	<p>Risultato atteso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicurezza: uniformità in azienda dei documenti previsti per la sicurezza. Ottimizzazione delle procedure di revisione dei referti già firmati. - Privacy: uniformità in azienda di presentazione dell'informativa al cittadino e delle procedure di raccolta del consenso informato e di oscuramento e de-oscuramento. - Collaborazione con la direzione regionale per l'estensione della ricetta dematerializzata per la specialistica ai MMG e PLS e la farmaceutica secondo la programmazione regionale.
<p>Attuazione al 31.12.2015: Per la parte sicurezza: tramite INSIEL è attivo un servizio di conservazione dei referti firmati. Parte Privacy: l'informativa al cittadino, tutti i moduli disponibili (Espressione di Consenso, Richiesta oscuramento, Richiesta de-oscuramento) nonché la brochure informativa multilingue ("La legge sulla privacy e il trattamento dei dati sanitari" - sloveno, albanese, francese, inglese, rumeno e serbo) sono disponibili sul sito aziendale sia nella sezione servizi al cittadino sia raggiungibili dall'home page del sito alla voce "Consenso trattamento dati". Per la ricetta de materializzata, il processo è ormai attivo e funzionante nelle varie situazioni tranne che per la farmaceutica restando ancora il problema di diversità dell'applicativo software utilizzato dalle farmacie, rispetto a quello utilizzato in Azienda.</p>	

<p>Obiettivo aziendale Estensione obbligatoria della firma digitale</p>	<p>Risultato atteso E' obbligatorio l'utilizzo della firma digitale sui referti. La percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti è la seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -G2 clinico >80% in particolare la lettera di dimissione ospedaliera -Laboratorio e Microbiologia > 95% -Medicina Trasfusionale > 90% -Radiologia > 95% -ECG > 80%
<p>Attuazione al 31.12.2015: La firma digitale è adottata e largamente utilizzata in AAS1 Si continua il monitoraggio/quantificazione dell'utilizzo comunque alta. Mentre non è ancora attiva la firma digitale su i tracciati di ECG.</p>	

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Attività innovative di sistema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero <ol style="list-style-type: none"> a. Attività propedeutiche alla realizzazione della Cartella integrata clinico assistenziale b. Estensione del sistema ECG 2) Sistema di gestione dell'attività sanitaria nell'ambito dell'assistenza primaria <ol style="list-style-type: none"> a. piattaforma di connessione con la medicina generale 3) Sistema di gestione dell'attività dei servizi sociali dei comuni <ol style="list-style-type: none"> a. acquisizione applicativo gestionale unico per tutti i SSC b. implementazione applicativo cartella sociale informatizzata (CSI) 4) Sistema direzionale aziendale <ol style="list-style-type: none"> a. governo del personale b. governo logistico 5) Sistema direzionale regionale <ol style="list-style-type: none"> a. data warehouse gestionale b. sviluppo registro regionale dei dispositivi medici impiantabili 	<p>Risultato atteso</p> <p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>Partecipa ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale il delegato di SCSi indicato dalla Direzione Aziendale.</p>	

3.7.3. Sistema PACS regionale

<p>Attuazione al 31.12.2015:</p> <p>Per quanto riguarda l'avviamento della consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, che rientra nel progetto di integrazione nel sistema PACS Regionale dell'area triestina (come anche la partecipazione agli scenari PACS FVG per lo screening mammografico), nel 2014 è stato redatto dall'azienda con Insiel e con il DSC lo studio di fattibilità nel quale vengono dettagliatamente analizzate le peculiarità del sistema PACS di AOOUTs e di AAS1. Nello studio di fattibilità sono stati inclusi i percorsi di integrazione avviati e le caratteristiche specifiche (quali per esempio l'emodinamica e le sale operatorie) e i livelli di servizio oggi garantiti dal sistema ai fini della conservazione digitale. Si auspica quindi che venga al più presto formalizzato un piano esecutivo di sviluppo da parte di Insiel e un conseguente percorso di graduale avviamento dell'integrazione dei sistemi.</p>
--

2.B - Patto tra Regione e i commissari straordinari/direttori generali degli enti del Servizio Sanitario Regionale - obiettivi previsti da patto annuale tra Regione e Servizio Sanitario Regionale

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Tempi di attesa	Rispetto degli standard previsti per i tempi di attesa	I tempi d'attesa previsti dalla DGR 1439/2011 sono rispettati	Rispetto dei tempi di attesa a partire dal 1/10/2015 come da documento allegato	25,0	Il monitoraggio prodotto secondo i sistemi operativi delle due aziende (AOUTs e AAS1) evidenzia il raggiungimento degli obiettivi previsti.
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Utilizzo della Dialisi peritoneale in almeno il 20% dei pazienti in dialisi	<p>- utilizzo della dialisi \geq 20% obiettivo raggiunto</p> <p>- utilizzo della dialisi: al raggiungimento del 10% obiettivo raggiunto al 50%</p> <p>- utilizzo dialisi $<$ 10% obiettivo non raggiunto</p> <p>Valutazione effettuata su:</p> <p>-utilizzo della Dialisi peritoneale il 30 novembre 2015</p> <p>-incremento rispetto al numero complessivo dei pazienti 2014</p>	4,0	<p>A dicembre i pazienti in dialisi peritoneale erano 32 su 201 pazienti dializzati totali. (indicatore di "utilizzo" pari al 16%; FVG: 12%)</p> <p>Il numero di pazienti in dialisi è incrementato di 4 unità rispetto al 2014</p> <p>I pazienti in DP al 31 dicembre 2015 erano 32; i pazienti emodializzati 201 (di cui 32 in Dialisi Peritoneale) per cui il 16% dei prevalenti era in DP.</p> <p>Bisogna tener conto che i dializzati peritoneali erano 15 nel 2012, 24 nel 2013, 28 nel 2014 e 32 nel 2015; si tratta quindi di un chiaro trend in crescita. Ciononostante questi corrispondono al 15,2% dei dializzati totali (DP+HD=211) in carico a questa Azienda. Per ottenere ciò con un pool instabile come quello dei dializzati dei 65 pazienti incidenti sono stati inseriti in dialisi peritoneale 12 pazienti (il 18,5% degli incidenti) nell' anno 2015.</p> <p>Gli infermieri di distretto formati /addestrati alla gestione della dialisi peritoneale in raccordo con il reparto sono stati 42 (detta formazione prosegue anche nel 2016 e 2017 con l'obiettivo di formare la maggior parte del personale infermieristico dei distretti , delle RSA e delle strutture protette della provincia).</p> <p>Con due edizioni di un seminario (in plenaria) abbiamo formato circa 100 operatori di Distretto sulle novità in campo dialitico e non solo.</p> <p>A ottobre 2015 la RSA San Giusto ha messo a disposizione una stanza singola dedicata all'accoglienza di malati di messi dal reparto allo scopo di addestrarli assieme ai loro care giver prima del rientro a domicilio o in struttura protetta.</p>

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Utilizzo della trombolisi nell'ictus ischemico: almeno 65 casi	- numero casi nei quali è stata utilizzata la trombolisi >= 65: obiettivo raggiunto - numero casi nei quali è stata utilizzata la trombolisi < 65: obiettivo non raggiunto Dato calcolato sul periodo: 1 gennaio 2015 - 31 dicembre 2015	4,0	Le TROMBOLISI effettuate al 31.12.2015 dalla SC di Clinica Neurologica sono state in tutto 77 (Fonte dati: AOUTs)
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Trattamento della frattura di femore dell'anziano entro 48H in almeno il 65% dei casi trattati	- trattamento femore anziano entro 48h >= 65% obiettivo raggiunto - trattamento femore anziano entro 48h >= 60% obiettivo raggiunto al 50% - trattamento femore anziano entro 48h <60% obiettivo non raggiunto Dato calcolato sul periodo: 1 gennaio 2015 - 31 dicembre 2015	4,0	Dati SDO anno 2015 (modello di calcolo Indicatore LEA nr.042), % pazienti 65+ anni con frattura di femore operati entro 48h: 69,5%
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Riduzione del 50% del numero di pazienti ai quali sono prescritti 10 o più principi attivi	- riduzione pazienti ai quali sono prescritti 10 o più principi attivi >= 50%: obiettivo raggiunto - riduzione pazienti ai quali sono prescritti 10 o più principi attivi <50%: obiettivo non raggiunto Dato calcolato su: - numero complessivo pazienti al 30 novembre 2015 - diminuzione rispetto al numero complessivo pazienti al 31/12/2014	4,0	L'indicatore regionale viene calcolato attraverso il confronto dei dati raccolti durante due survey condotti nel mese di aprile e nel mese di novembre 2015, sia strutture ospedaliere che territoriali (CdR, RSA, ecc.). In aprile 2015 è stata effettuata la prima indagine regionale sulla polifarmacoterapia nel paziente anziano (over 65 anni) nei vari contesti del SSR. L'indagine, elaborati dal Gruppo regionale del Rischio Clinico, hanno evidenziato che la proporzione di 10+ farmaci utilizzati per paziente ospedalizzato: - passa a livello FVG dal 14,3% al 10,5% (obiettivo: -50,6%) - la proporzione di pazienti con polifarmacoterapia in AOUTs passa da 7,5 a 7,3%, inferiore alla media regionale tanto nel primo che nel secondo survey. La Direzione Generale segnala che ha posto la questione formalmente nel corso delle periodiche riunioni dei Direttori Generali. Si è sottolineato come fosse poco proponibile ad una realtà che ha già i valori più bassi della Regione chiedere di ridurli di un ulteriore 50%. Per cui si conferma la richiesta di stralciare tale obiettivo dalla nostra organizzazione.

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Riduzione del 10% rispetto al valore 1.7.2014-31.12.2014 del tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico. Il tasso non deve comunque essere superiore al 50%.	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione $\geq 10\%$ e tasso inferiore al 50%: obiettivo raggiunto - riduzione $\geq 10\%$ e tasso superiore al 50%: obiettivo non raggiunto - riduzione $< 10\%$ e tasso inferiore al 50%: obiettivo raggiunto al 50% - riduzione $< 10\%$ e tasso superiore al 50%: obiettivo non raggiunto <p>Dato calcolato su: - periodo 1 gennaio 2015 - 31 dicembre 2015</p>	4,0	<p>Indicatore regionale (modello di calcolo: MeS – BERSAGLIO C14.2), % DRG medici diagnostici periodo luglio-dicembre 2015: 38,4% (602/1.569) con variazione percentuale rispetto al secondo semestre 2015 + 11,6%</p> <p>Si fa presente che, nel confronto anno su anno, il calo dei DH diagnostici è stato pari al 25,6% e che, nel complesso, tutti i DH con DRG medico sono diminuiti del 18%. Il maggior contributo al calo di tutti i DH (per il 60%) è da attribuire ai DH diagnostici evitati nel corso dell'anno</p>
Linee progettuali	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Riduzione dell'attesa dei codici verdi portandola sotto 1H in almeno l'80% dei casi	<ul style="list-style-type: none"> - tempi attesa codici verdi ≤ 1 h in almeno l'80% degli accessi in PS obiettivo raggiunto - tempi attesa codici verdi ≤ 1 h in almeno il 70% degli accessi in PS obiettivo raggiunto al 50% - tempi attesa codici verdi ≤ 1 h in meno del 70% degli accessi in PS obiettivo non raggiunto <p>Dato calcolato sul periodo: 1 luglio 2015 - 31 dicembre 2015</p>	4,0	<p>I dati estratti forniti dalla Direzione centrale evidenziano una performance nel periodo 1° luglio – 31 dicembre 2015 pari a 49,27%</p> <p>Nel primo semestre dell'anno la % di pazienti con attesa in PS inferiore ad 1h con codice verde era del 41,1%.</p>
Prevenzione	Campagna vaccinale	Incremento del 20%, rispetto al valore della campagna 2014-2015, della copertura della vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari. Il tasso non deve comunque essere inferiore al 35%	<ul style="list-style-type: none"> - incremento $\geq 20\%$ e tasso superiore al 35%: obiettivo raggiunto - incremento $\geq 20\%$ e tasso inferiore al 35%: obiettivo non raggiunto - incremento $< 20\%$ e tasso superiore al 35%: obiettivo raggiunto al 50% - incremento $< 20\%$ e tasso inferiore al 35%: obiettivo non raggiunto <p>Dato calcolato su: -campagna vaccinale 2014-2015</p>	4,0	<p>Il tasso di adesione 2015 è stato del 14,6% (compreso personale sanitario in formazione) Nel 2014 il tasso era del 7,1% per cui l'incremento è stato superiore al 50%.</p>

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Assistenza primaria	Cronicità	Attivazione di almeno percorso assistenziale in una malattia cronica entro il 31.12.2015 con monitoraggio e rendicontazione degli indicatori previsti	L'obiettivo si considera raggiunto se entro il 31.12.2015: - è stato attivato almeno un percorso assistenziale in una malattia cronica - è stato effettuato il monitoraggio con rendicontazione degli indicatori previsti	3,0	Sono stati attivati quattro percorsi di cura dedicati alle principali patologie cronico-degenerative costruiti nel 2014 su base inter-provinciale (ex Area vasta giuliano isontina – Vedi: http://www.ass1.sanita.fvg.it/azienda_informa/professionisti/percorsi_diagnostici.html) ed uno su base provinciale, dedicato al diabete.
Assistenza primaria	Sanità penitenziaria	Attivazione ed avvio operatività delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)	L'obiettivo si intende raggiunto se l'attivazione ed l'avvio operatività in regime transitorio delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) avviene entro il 04.05.2015	3,0	La REMS di Aurisina è stata attivata ed ha già ospitato alcune persone residenti in altre AAS nel corso del 2015
Assistenza primaria	Attuazione di quanto previsto ai sensi dell'art.20 della LR 17/2014 con riferimento allo sviluppo della medicina generale in coerenza con gli accordi e in particolare al punto a) (AFT).	Realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) entro il 30.9.2015	L'obiettivo di considera raggiunto se l'AFT viene realizzata entro il 30.9.2015	3,0	Il Documento con l'istituzione delle AFT e relativi MMG assegnati ad ognuna concordato con il Comitato d'Azienda è stato inviato in Regione entro la data fissata.
Assistenza primaria	Coinvolgimento comunità	Organizzazione incontri ai sensi dell'art. 19 c. 1 della LR 17/2014	L'obiettivo si intende raggiunto se entro il 31/12/2015, sono stati organizzati ed effettuati 2 incontri ai sensi dell'art. 19 c.1 della LR 17/2014	3,0	Tutte le aree distrettuali hanno ottemperato l'obbligo previsto
Farmaceutica territoriale	Farmaceutica territoriale	Raggiungimento pro-capite come da Linee Gestione	Raggiungimento target pro-capite come da linee di gestione 153€ (convenzionata + DPC)	3,0	Nel 2015 il costo pro-capite della spesa farmaceutica territoriale (convenzionata+DPC) si attesta a 154,57€ al di sotto della media regionale (159,40€). Nel 2015 AAS1 ha ridotto il costo pro capite (-0,45€) nella farmaceutica territoriale, in controtendenza rispetto alla Regione FVG, cercando di coniugare l'innovazione terapeutica con la sostenibilità. Risultato sostanzialmente raggiunto

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Farmaceutica territoriale	Farmaceutica territoriale diretta	48 € (*) (*) neutralizzando la spesa per farmaci antiemofilici utilizzati da pazienti affetti da patologia rara grave	Raggiungimento target pro-capite come da linee di gestione	3,0	Nel 2015 il costo pro-capite per la farmaceutica territoriale diretta si attesta in AAS1 a 51,20€ , il valore più basso in Regione e ben al di sotto della media regionale (62,04€). Tuttavia tale dato è inficiato dalla spesa per i farmaci per l'HCV. Se si calcola il valore pro-capite per la farmaceutica diretta, ad esclusione dei farmaci per l'HCV, l'AAS1 raggiunge ampiamente l'obiettivo attestandosi a 43,04€ .
Sistemi informativi	Utilizzo firma digitale	E' obbligatorio l'utilizzo della firma digitale sui referti. La percentuale minima di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti è la seguente: - G2 clinico > 80% - Laboratorio e microbiologia > 95% - Laboratorio e microbiologia > 95% - Medicina trasfusionale > 90% - Radiologia > 95% -ECG>80%	L'obiettivo si intende raggiunto se vengono rispettate le percentuali minime di refertazione con firma digitale rispetto al totale dei referti	4,0	- G2 clinico*: 91,1% - laboratorio e microbiologia (DNLAB): attivata la firma digitale sui referti per pazienti esterni CUP nel mese di dicembre 2015 (il proseguimento dipenderà dalla disponibilità INSIEL) - Radiologia: firma digitale applicata per il 92,7% dei referti; - ECG: il modulo necessario non è ancora stato messo a disposizione dalla Regione. Si chiede lo stralcio di questa parte dell'obiettivo. * rimane invariata la situazione per quanto riguarda la lettera di dimissione: non attivata, attualmente in attesa di rilascio di classe documentale per la conservazione prevista a fine marzo 2016
Tecnologie e investimenti	REMS	Realizzazione della REMS definitiva di Duino Aurisina	Entro il 31.12.2015 redazione del Documento preliminare per la progettazione della REMS definitiva, definizione del cronoprogramma e avvio delle procedure di gara.	2,0	Documento adottato con determinazione dirigenziale n. 663 dd 22.12.2015

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Tecnologie e investimenti	Intervento di ristrutturazione	Completamento dell'iter di aggiudicazione della gara di appalto per la realizzazione dell'intervento di ristrutturazione delle torri di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'IRCCS Burlo Garofolo	Aggiudicazione entro il 31.12.2015	7,0	Aggiudicazione gara Cattinara fatta il 29 ottobre 2015 con decreto CS 288 dd 27/10/2015 con oggetto "Appalto per l'affidamento della progettazione esecutiva e dell'esecuzione dei lavori di Riqualificazione del comprensorio ospedaliero di Cattinara in Trieste (CIG6040462AEC); Approvazione verbali di gara ed aggiudicazione definitiva."
Laboratori	Riorganizzazione del Laboratorio di microbiologia e virologia	Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni di microbiologia e virologia presso l'ospedale di Cattinara	L'obiettivo si intende raggiunto se entro il 31/12/2015 è stato definito il cronoprogramma per lo spostamento dell'attività di Microbiologia e virologia dal Burlo presso l'ospedale di Cattinara	4,0	Il documento relativo alla "Riorganizzazione delle attività di Medicina di Laboratorio", sottoscritto dal Commissario Straordinario e dal Direttore Generale del Burlo Garofolo, è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute con nota prot. gen. 21067 dd. 30/12/2015
Integrazione socio sanitaria	Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria (Linee di gestione 3.6.4) Le AAS nell'ambito dei rispettivi PAL, da realizzare nel corso del 2015, attuano gli obiettivi recepiti nell'atto di intesa con i Presidenti delle Assemblee dei sindaci degli ambiti distrettuali.	Conseguimento degli obiettivi previsti nel programma attuativo annuale 2015 relativamente alle aree ad alta integrazione (cfr Linee guida per la predisposizione dei PDZ/PAT Ob. 4,5,6,7,8).	L'Area delle politiche sociali e integrazione sociosanitaria della Direzione centrale salute, monitora l'attuazione dell'obiettivo e ne verifica il raggiungimento dei risultati attesi	4,0	Tutti i monitoraggi dell'attività prevista sono stati inviati, congiuntamente agli Ambiti alla Direzione Centrale nei tempi stabiliti.
EGAS	Supporto all'attività dell'EGAS	Rispetto dei termini e prescrizioni operative assegnati dall'Egas a supporto dell'attività dell'ente	L'obiettivo si intende raggiunto quanto vengono rispettate le tempistiche e gli impegni presi in Comitato di Indirizzo Egas a supporto delle attività dell'ente. Ai fini della valutazione dell'obiettivo, l'EGAS attesterà il rispetto delle tempistiche e degli impegni assunti.	2,0	Tutte le tempistiche e gli impegni presi nell'ambito del Comitato d'indirizzo dell'EGAS sono stati rispettati da entrambe le aziende.

Ambito d'intervento	Obiettivo	Risultato atteso	Modalità di valutazione	Punteggio	Risultato ottenuto al 31/12/2015
Clima interno	Valutazione del clima interno	Comunicazione e condivisione degli obiettivi aziendale attraverso degli incontri tra Direttore generale e personale	L'obiettivo si intende raggiunto con l'evidenza dell'effettuazione degli incontri entro il 31/12/2015	3,0	In AAS1 si sono svolti incontri in ciascuna area distrettuale coinvolgendo gli operatori di tutti i Distretti, Dipartimenti e Servizi. DISTRETTO 1 18/11 DISTRETTO 2 25/11 DISTRETTO 4 2/12 DISTRETTO 3 10/12 Nell'AOUTs gli incontri previsti dall'obiettivo sono stati tenuti nell'ambito di due eventi (Presentazione dei risultati dell'indagine promossa dalla Direzione Centrale Salute FVG: report dell'AOUTs e confronto con le realtà sanitarie regionali) avvenuti in data 30/11/2015 (Ospedale di Cattinara) e 01/12/2015 (Ospedale Maggiore).
Clima esterno	Valutazione del clima esterno: esperienza riferita dal paziente	Raccolta dei consensi informati ai pazienti dimessi per l'autorizzazione all'intervista telefonica, con informazione agli stessi delle finalità della valutazione	Adesioni all'intervista telefonica raccolte entro il 31.12.2015 rispetto al numero dei pazienti dimessi. - AOUTS: 1.084 adesioni sono esclusi dal conteggio: ricoveri nei reparti di cardiocirurgia pediatrica, nido, cure palliative/hospice, grandi ustioni pediatriche, grandi ustioni, terapie intensive e terapia intensiva neonatale. Sono inoltre esclusi i ricoveri con esito deceduto.	3,0	Sono stati raccolti 1.088 consensi all'intervista telefonica.
				100,0	

3. L'attività del periodo

Per esprimere un sommario quadro di risultati significativi di AAS1 nel 2015, va registrato il calo di ricoveri totale dei residenti rispetto l'anno precedente, con particolare attenzione alla diminuzione dei ricoveri medici (-1.044 pari alla riduzione percentuale del 4.9%). Da notare anche come siano in discesa le dimissioni delle persone con più di 75 anni, dato che, vista la tendenza stazionaria degli ultimi anni, va interpretato come buon segnale di attività territoriale di presa in carico.

RICOVERI OSPEDALIERI (residenti AAS1 in FVG)

TOTALE	N. dimissioni	Importo	DEG. MEDIA
2015	34.107	121.785.311	7,68
2014	35.313	126.345.795	8,01
differenza 2014-2015	-1.206	-4.560.484	-0,33
variazione % 14/15	-3,42%	-3,61%	

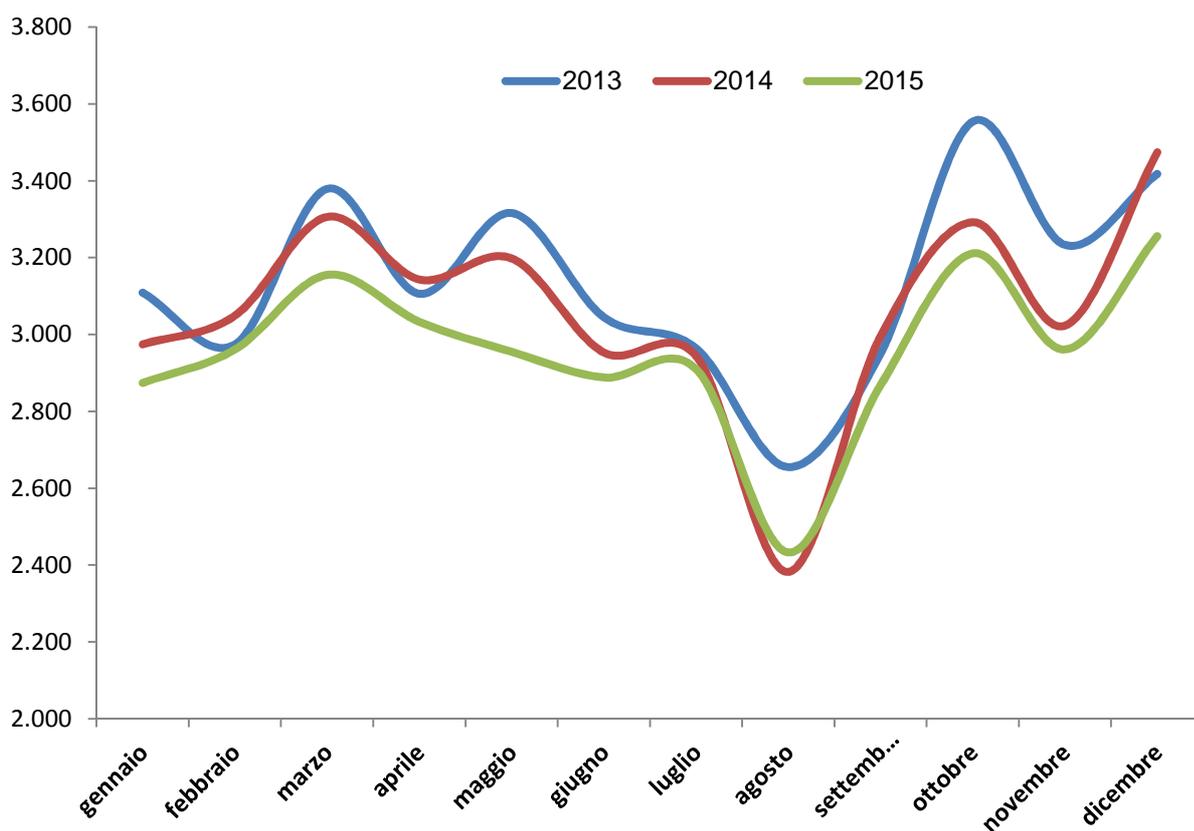
RICOVERI MEDICI	N. dimissioni	Importo	DEG. MEDIA
2015	20.273	62.984.309	9,04
2014	21.317	65.601.793	9,11
differenza 2014-2015	-1.044	-2.617.484	-0,07
variazione % 14/15	-4,90%	-3,99%	

RICOVERI CHIRURGICI	N. dimissioni	Importo	DEG. MEDIA
2015	13.834	58.801.002	5,69
2014	13.996	60.744.002	6,32
differenza 2014-2015	-162	-1.943.000	-0,63
variazione % 14/15	-1,16%	-3,20%	

RICOVERI OVER 75 (med+chir)	N. dimissioni	Importo	DEG. MEDIA
2015	12.989	52.275.767	10,2
2014	13.191	54.257.703	10,76
differenza 2014-2015	-202	-1.981.936	-0,56
variazione % 14/15	-1,53%	-3,65%	

L'obiettivo del tasso di ospedalizzazione (**140‰ vincolo regionale**) fissato per il 2015 è stato pienamente raggiunto pur considerando tutte le difficoltà dovute ad un range di discesa molto forte sviluppato negli ultimi anni precedenti e che si pensava potesse aver raggiunto quasi i suoi limiti massimi, vista la presenza di un ospedale molto importante di riferimento in una metropoli di 240mila abitanti.

	AAS1	AAS2	AAS3	AAS4	AAS5	FVG
2013	142,66	137,39	135,93	137,99	138,99	138,81
2014	137,90	128,85	133,21	131,72	133,44	133,1
2015	132,88	124,02	128,02	127,79	131,26	128,88



andamento mensile dimissioni per anno

A seconda delle specificità del territorio servito il risultato complessivo di riduzione dei ricoveri è stato ottenuto dai Distretti secondo l'analisi così sviluppata:

Tutte le età	2014			2015		
Area	N. dimissioni	Gg degenza	DEG. MEDIA	N. dimissioni	Gg degenza	DEG. MEDIA
Distretto 1	8.437	65.101	7,72	8.189	61.453	7,50
Distretto 2	8.401	68.614	8,17	7.995	61.069	7,64
Distretto 3	9.304	75.164	8,08	9.048	71.536	7,91
Distretto 4	8.996	72.314	8,04	8.738	66.842	7,65
AAS1	35.313	282.682	8,01	34.107	261.953	7,68
	differenza 2014-2015			variazione % 14/15		
Area	N. dimissioni	Gg degenza	DEG. MEDIA	N. dimissioni	Gg degenza	
Distretto 1	-248	-3.648	-0,2	-2,94%	-5,60%	
Distretto 2	-406	-7.545	-0,5	-4,83%	-11,00%	
Distretto 3	-256	-3.628	-0,2	-2,75%	-4,83%	
Distretto 4	-258	-5.472	-0,4	-2,87%	-7,57%	
AAS1	-1.206	-20.729	-0,3	-3,42%	-7,33%	

Va da se che la distribuzione per età, classi di reddito, livello di istruzione, rete familiare, presenza di associazionismo sul territorio, attività delle microaree, territorio extracittadino nei Comuni minori, eccetera sono tutti fattori che influenzano i risultati diversi tra i Distretti.

OVER 75	2014			2015		
Area	N. dimissioni	Gg degenza	DEG. MEDIA	N. dimissioni	Gg degenza	DEG. MEDIA
Distretto 1	3.072	32.624	10,62	3.065	31.684	10,34
Distretto 2	3.291	35.984	10,93	3.139	31.373	9,99
Distretto 3	3.295	35.121	10,66	3.373	34.746	10,30
Distretto 4	3.507	37.953	10,82	3.390	34.381	10,14
AAS1	13.191	141.939	10,76	12.989	132.442	10,20
	differenza 2014-2015			variazione % 14/15		
Area	N. dimissioni	Gg degenza	DEG. MEDIA	N. dimissioni	Gg degenza	DEG. MEDIA
Distretto 1	-7	-940	-0,3	-0,23%	-2,88%	
Distretto 2	-152	-4.611	-0,9	-4,62%	-12,81%	
Distretto 3	+ 78	-375	-0,4	+ 2,37%	-1,07%	
Distretto 4	-117	-3.572	-0,7	-3,34%	-9,41%	
AAS1	-202	-9.497	-0,6	-1,53%	-6,69%	

Si riportano anche i risultati del 2015 rispetto i principali indicatori bersaglio Mes. In particolare si nota la ottima performance di riduzione dei ricoveri per BPCO, pur restando AAS1 lontana dall'obiettivo assegnato. Si sta ovviando a questo sia con la progressiva applicazione del PDTA specifico, sia migliorando le codifiche di dimissione ospedaliera.

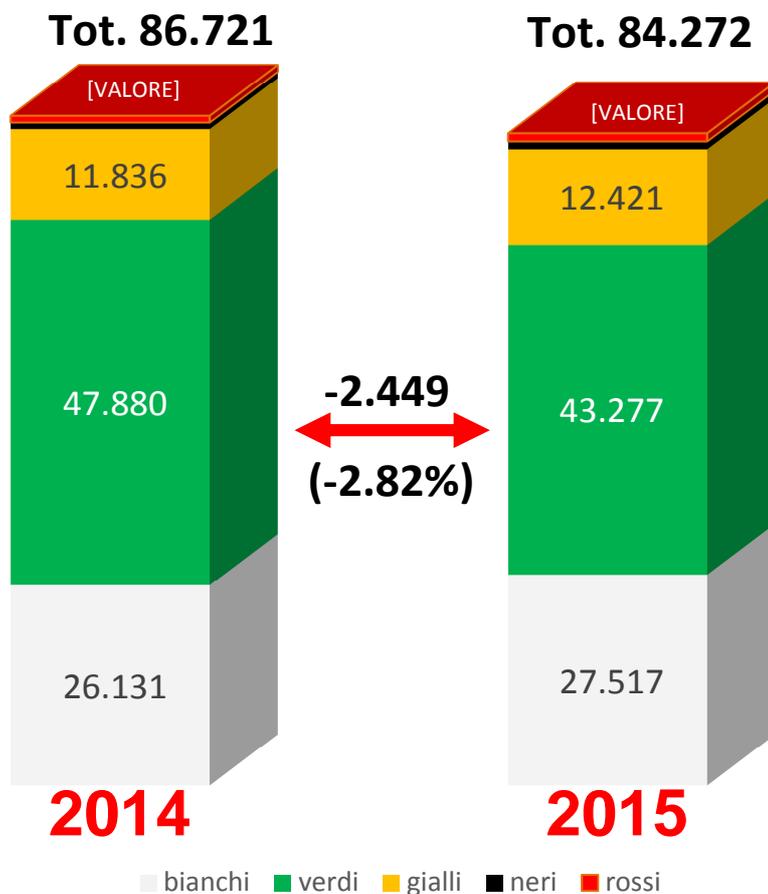
Indicatori Mes (con filtro di età)

C11A.1.1 ("scompenso")	2013	2014	2015	diff 2014-2015	%
NUMERATORE	215	204	208	4	1,96%
Popolazione 50-74	80.045	81.224	81.604		
INDICATORE MeS	268,60	251,16	254,89		
C11A.2.1 ("diabete")	2013	2014	2015	diff 2014-2015	%
NUMERATORE	106	79	55	-24	-30,38%
Popolazione 20-74	163.428	165.801	162.036		
INDICATORE MeS	64,86	47,65	33,94		
C11A.3.1 ("BPCO")	2013	2014	2015	diff 2014-2015	%
NUMERATORE	120	134	108	-26	-19,40%
Popolazione 50-74	80.045	81.224	81.604		
INDICATORE MeS Obiettivo regionale 70	149,92	164,98	132,35		

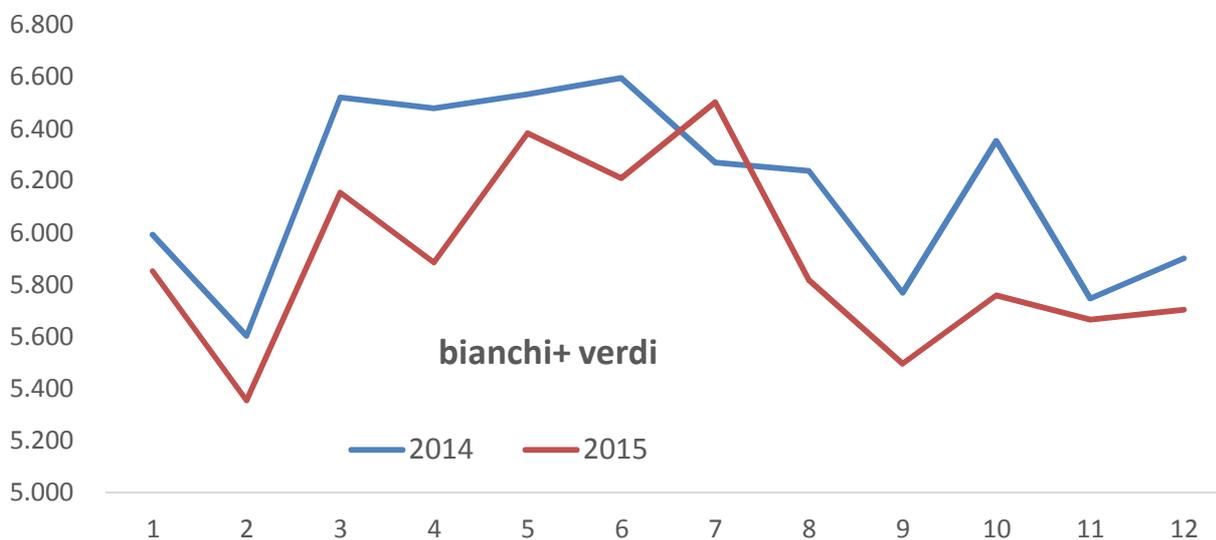
Indicatori Mes (senza filtro di età)

C11A.1.1 ("scompenso")	2013	2014	2015	diff 2014-2015	%
dimissioni	1.096	1.084	980	-104	-9,59%
C11A.2.1 ("diabete")	2013	2014	2015	diff 2014-2015	%
dimissioni	174	155	105	-50	-32,26%
C11A.3.1 ("BPCO")	2013	2014	2015	diff 2014-2015	%
dimissioni	470	452	354	-98	-21,68%

Accessi totali residenti AAS1 per codice ai Pronto Soccorso



Per quanto attiene il ricorso dei residenti di AAS1 ai **Pronto Soccorso** continua il trend netto di riduzione. Pertanto il totale degli accessi dei residenti triestini ai PS è sceso dai **86.721** del 2014 ai **84.272** del 2015 cioè **del 2,82% (meno 2.449)**. Considerando i codici bianchi+ verdi la discesa è del **4,35% (meno 3.217)**



Si riportano i dati dei **ricoveri ripetuti** per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero - indicatori Sant'Anna) rispetto al 2014. Si nota un netto miglioramento in tutti i Distretti, fino ad una riduzione generale di AAS1 del 10,16%-

Numero dimissioni	2013	2014	2015	differenza 2014-15	variazione %14/15
Distretto 1	231	250	227	-23	-9,20%
Distretto 2	306	278	228	-50	-17,99%
Distretto 3	334	298	277	-21	-7,05%
Distretto 4	305	286	264	-22	-7,69%
AAS1	1.176	1.112	999	-113	-10,16%

Anche per quanto riguarda la riduzione dei ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute) rispetto al 2014, il trend appare nettamente positivo in tutti i Distretti, fino ad arrivare ad un complessivo aziendale del -6,9%.

Numero dimissioni	2014	2015	differenza 2014-15	variazione %14/15
Distretto 1	1.739	1.592	-147	-8,5%
Distretto 2	1.662	1.504	-158	-9,5%
Distretto 3	1.979	1.840	-139	-7,0%
Distretto 4	1.775	1.720	-55	-3,1%
TOTALE AAS1	7.189	6.690	-499	-6,9%

Si riportano nella pagina successiva i dati sulla specialistica ambulatoriale come sempre raffrontando il 2015 con l'anno precedente. I dati elaborati da AAS1, considerando la popolazione al 31.12 2014 dimostrano un mantenimento del **4 pro capite (vincolo regionale)** quindi con un sostanziale raggiungimento dell'obiettivo.

Prestazioni ambulatoriali per abitante: obiettivo ≤ 4

Fonte SIASA - applicativo BO XI – prestazioni erogate ai residenti con l'esclusione della branca di laboratorio. La fuga extraregionale considerata è quella del 2013.

Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per branca	2015	2014	differenza
	0	93	-93
ALTRE PRESTAZIONI	270.566	275.443	-4.877
ANESTESIA	7.990	7.792	198
CARDIOLOGIA	35.786	33.856	1.930
CHIRURGIA GENERALE	1.971	843	1.128
CHIRURGIA PLASTICA	27.882	26.569	1.313
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOG	292	13	279
DERMOSIFILOPATIA	13.557	10.454	3.103
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	5.019	4.811	208
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	130.553	124.973	5.580
ENDOCRINOLOGIA	1		1
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	8.676	7.735	941
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	2.179.280	2.188.267	-8.987
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIO	198.259	201.255	-2.996
MULTIBRANCA	127.808	134.320	-6.512
NEFROLOGIA	39.151	38.755	396
NEUROCHIRURGIA	2.091	2.333	-242
NEUROLOGIA	8.167	7.792	375
OCULISTICA	58.282	53.299	4.983
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	31.998	31.463	535
ONCOLOGIA	25.858	29.601	-3.743
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17.582	14.397	3.185
OSTETRICA E GINECOLOGIA	18.412	18.701	-289
OTORINOLARINGOIATRIA	10.860	12.081	-1.221
PNEUMOLOGIA	18.891	18.026	865
PSICHIATRIA	7.034	6.538	496
RADIOTERAPIA	21.719	18.571	3.148
UROLOGIA	6.037	5.027	1.010
TOTALE	3.273.722	3.273.008	714
TOTALE (escluso Lab.An.c.c.)	1.094.442	1.084.741	9.701
FUGA extraregione	47.055	47.055	
FUGA extraregione (escluso Lab.An.c.c.)	19.360	19.360	
Procapite	11,8	11,9	
Procapite (escluso Lab.An.c.c.)	3,94	3,94	
TOTALE con Fuga extra FVG	3.320.777	3.320.063	
TOTALE con Fuga extra FVG (escluso Lab.An.c.c.)	1.113.802	1.104.101	
popolazione legale al 31/12/2014	236.186	235.793	
popolazione pesata al 31/12/2014	277.596	275.606	
INDICATORE (vincolo 4 pro capite)	4,01	4,01	

Assistenza Domiciliare (Totale)

ADI	UTENTI			Copertura assistenziale				ACCESSI		
	2014	2015	Diff %	2014 (65a.)	2015 (65a.)	2014%	2015%	2014	2015	Diff %
Distretto 1	2.284	2.338	2,4%	2.020	2.063	11,8%	12,0%	27.125	27.019	-0,4%
Distretto 2	2.227	2.315	4,0%	1.841	1.940	12,2%	12,9%	33.162	32.382	-2,4%
Distretto 3	2.622	2.700	3,0%	2.308	2.362	12,4%	12,7%	34.665	34.566	-0,3%
Distretto 4	2.023	2.305	13,9%	1.794	2.018	11,2%	12,6%	34.972	37.348	6,8%
AAS1	8.978	9.407	4,8%	7.806	8.145	11,6%	12,1%	129.924	131.315	1,1%

Progetto	UTENTI			Copertura assistenziale				ACCESSI		
	2014	2015	Diff %	2014 (65a.)	2015 (65a.)	2014%	2015%	2014	2015	Diff %
Distretto 1	1.258	1.260	0,2%	1.115	1.130	6,5%	6,6%	22.868	22.683	-0,8%
Distretto 2	1.262	1.218	-3,5%	1.046	1.006	6,9%	6,7%	29.101	26.872	-7,7%
Distretto 3	1.305	1.291	-1,1%	1.146	1.137	6,1%	6,1%	28.749	28.561	-0,7%
Distretto 4	1.039	1.160	11,6%	913	1.018	5,7%	6,4%	29.953	30.750	2,7%
AAS1	4.812	4.856	0,9%	4.178	4.222	6,2%	6,3%	110.671	108.866	-1,6%

% Progetto	UTENTI			Copertura assistenziale		ACCESSI		
	2014	2015	Diff %	2014 (65a.)	2015 (65a.)	2014	2015	Diff %
Distretto 1	55,1%	53,9%	-2,2%	55%	55%	84,3%	84,0%	-0,4%
Distretto 2	56,7%	52,6%	-7,2%	57%	52%	87,8%	83,0%	-5,4%
Distretto 3	49,8%	47,8%	-3,9%	50%	48%	82,9%	82,6%	-0,4%
Distretto 4	51,4%	50,3%	-2,0%	51%	50%	85,6%	82,3%	-3,9%
AAS1	53,6%	51,6%	-3,7%	54%	52%	85,2%	82,9%	-2,7%

Dai tati totali dell'assistenza domiciliare si nota un significativo aumento dal 2014 al 2015 degli utenti presi in carico (+4,8%) con una copertura assistenziale che sale al 12,1 per quanto riguarda gli ultra65enni. Da notare che ben oltre la metà degli assistiti gode di un Piano Personalizzato.

Assistenza Domiciliare Infermieristica (SID)

UTENTI				Copertura assistenziale				ACCESSI		
SID	2014	2015	Diff %	2014 (65a.)	2015 (65a.)	2014%	2015%	2014	2015	Diff %
Distretto 1	2.078	2.126	2,3	1.872	1.907	10,9	11,1	24.085	24.109	0,1
Distretto 2	1.875	2.018	7,6	1.654	1.776	11	11,8	29.657	28.794	-2,9
Distretto 3	2.417	2.498	3,4	2.157	2.218	11,6	11,9	32.228	31.779	-1,4
Distretto 4	1.823	2.082	14,2	1.647	1.861	10,3	11,6	32.471	34.988	7,8
AAS1	8.044	8.508	5,8	7.195	7.553	10,8	11,3	118.441	119.670	1
FVG	35.654	35.649	0	31.878	31.932	10,4	10,4	557.357	550.078	-1,3

UTENTI				Copertura assistenziale				ACCESSI		
PAI	2014	2015	Diff %	2014 (65a.)	2015 (65a.)	2014%	2015%	2014	2015	Diff %
Distretto 1	935	968	3,5	870	901	5,1	5,2	20.012	19.984	-0,1
Distretto 2	1.044	994	-4,8	924	876	6,1	5,8	26.282	24.040	-8,5
Distretto 3	1.138	1.126	-1,1	1.028	1.020	5,5	5,5	26.863	26.463	-1,5
Distretto 4	859	971	13	780	887	4,9	5,5	27.834	28.846	3,6
AAS1	3.932	3.994	1,6	3.564	3.621	5,3	5,4	100.991	99.333	-1,6
FVG	14.196	15.784	11,2	12.674	14.174	4,1	4,6	393.630	414.880	5,4

UTENTI				Copertura assistenziale				ACCESSI		
% PAI	2014	2015	Diff %	2014 (65a.)	2015 (65a.)			2014	2015	Diff %
Distretto 1	45,0%	45,5%	0,5%	46,5%	47,2%			83,1%	82,9%	-0,2%
Distretto 2	55,7%	49,3%	-6,4%	55,9%	49,3%			88,6%	83,5%	-5,1%
Distretto 3	47,1%	45,1%	-2,0%	47,7%	46,0%			83,4%	83,3%	-0,1%
Distretto 4	47,1%	46,6%	-0,5%	47,4%	47,7%			85,7%	82,4%	-3,3%
AAS1	48,9%	46,9%	-1,9%	49,5%	47,9%			85,3%	83,0%	-2,3%
FVG	39,8%	44,3%	4,5%	39,8%	44,4%			70,6%	75,4%	4,8%

Da questi dati si evidenzia come vi sia un aumento marcato dal 2014 al 2015 dell'attività in particolare degli utenti presi in carico e della copertura degli ultra65enni che è nettamente superiore alla media regionale. Anche i dati sulla percentuale degli utenti seguiti con Piano Personalizzato segnalano performance migliore della media regionale.

Assistenza Domiciliare Riabilitativa (SRD)

SRD	UTENTI			Copertura assistenziale				ACCESSI		
	2014	2015	Diff %	2014 (65a.)	2015 (65a.)	2014%	2015%	2014	2015	Diff %
Distretto 1	612	639	4,4	514	538	3	3,1	3.040	2.910	-4,3
Distretto 2	828	775	-6,4	603	591	4	3,9	3.505	3.588	2,4
Distretto 3	586	627	7	484	520	2,6	2,8	2.437	2.787	14,4
Distretto 4	594	651	9,6	498	541	3,1	3,4	2.501	2.360	-5,6
AAS1	2.604	2.669	2,5	2.089	2.172	3,1	3,2	11.483	11.645	1,4
FVG	12.918	13.394	3,7	11.404	11.944	3,7	3,9	50.494	50.613	0,2

PRI	UTENTI			Copertura assistenziale				ACCESSI		
	2014	2015	Diff %	2014 (65a.)	2015 (65a.)	2014%	2015%	2014	2015	Diff %
Distretto 1	521	499	-4,2	430	412	2,5	2,4	2.856	2.699	-5,5
Distretto 2	375	347	-7,5	243	231	1,6	1,5	2.819	2.832	0,5
Distretto 3	278	272	-2,2	208	201	1,1	1,1	1.886	2.098	11,2
Distretto 4	319	305	-4,4	252	231	1,6	1,4	2.119	1.904	-10,1
AAS1	1.489	1.418	-4,8	1.133	1.072	1,7	1,6	9.680	9.533	-1,5
FVG	3.985	3.857	-3,2	3.221	3.133	1	1	33.100	32.544	-1,7

% PRI	UTENTI			Copertura assistenziale				ACCESSI		
	2014	2015	Diff %	2014 (65a.)	2015 (65a.)			2014	2015	Diff %
Distretto 1	85,1%	78,1%	-7,0%	83,7%	76,6%			93,9%	92,7%	-1,2%
Distretto 2	45,3%	44,8%	-0,5%	40,3%	39,1%			80,4%	78,9%	-1,5%
Distretto 3	47,4%	43,4%	-4,1%	43,0%	38,7%			77,4%	75,3%	-2,1%
Distretto 4	53,7%	46,9%	-6,9%	50,6%	42,7%			84,7%	80,7%	-4,0%
AAS1	57,2%	53,1%	-4,1%	54,2%	49,4%			84,3%	81,9%	-2,4%
FVG	30,8%	28,8%	-2,1%	28,2%	26,2%			65,6%	64,3%	-1,3%

Da questi dati si evidenzia come vi sia un aumento marcato dal 2014 al 2015 dell'attività in particolare degli utenti presi in carico. I dati sulla percentuale degli utenti seguiti con Piano Personalizzato segnalano performance quasi doppie rispetto la media regionale.

Stabile il numero delle **deospedalizzazioni protette** su valori molto alti per garantire una continuità assistenziale alla dimissione che coinvolge appieno le articolazioni distrettuali in stretto raccordo con i colleghi dei reparti ospedalieri.

DEOSPEDALIZZAZIONI PROTETTE	Persone	Sedute
2015	5.371	12.295
2014	5.370	12.567
differenza 2014-2015	1	-272
variazione % 14/15	0,00%	-2,20%

Per quanto attiene le **RSA** si mantiene la piena attività notando come, grazie all'organizzazione distrettuale e l'ottimo collegamento con AOUTS, l'indice di turn over sia di gran lunga il migliore della regione, con un tasso di occupazione che sfiora il 100%.

RSA	POSTI LETTO (media)	PRESENZA MEDIA GG.	DEGENZA MEDIA	% OCCUPAZIONE MEDIA	INDICE DI TURN-OVER	INDICE DI ROTAZIONE
CASA VERDE	38	37,36	29,65	98,32	0,55	11,11
IGEA	84	77,6	29,2	92,38	2,6	10,69
MADEMAR	75	74,34	25,87	99,12	0,25	13
SAN GIUSTO	36	37,02	22,22	102,83	-0,65	15,97
AAS1	233	226,32	26,76	97,13	0,85	12,32
AAS2	147,63	117,27	25,63	79,43	7,18	10,45
AAS3	118	87,19	20,17	73,89	7,56	12,61
AAS4	140,08	128,56	26,35	91,77	2,55	11,79
AAS5	151,49	130,74	21,99	86,3	3,7	13,5
FVG	790,21	690,08	24,49	87,33	3,81	12,15

Sale leggermente il dato dei ricoveri scendendo quello delle giornate di degenza, a dimostrazione della sempre migliore funzione riabilitativa di dette strutture.

	2014		2015		Differenza 2014-15		Variazione %	
	ricoveri	Gg degenza	ricoveri	Gg degenza	ricoveri	Gg degenza	ricoveri	Gg degenza
CASA VERDE	462	14.055	404	11.908	-58	-2.147	-12,6%	-15,3%
IGEA	851	28.494	892	27.893	41	-601	4,8%	-2,1%
MADEMAR	892	26.029	974	26.401	82	372	9,2%	1,4%
SAN GIUSTO	573	12.897	565	12.492	-8	-405	-1,4%	-3,1%
AAS1	2.778	81.475	2.835	78.694	57	-2.781	2,1%	-3,4%

Per quanto riguarda l'**Hospice** i dati segnalano un aumento sia dei pazienti ricoverati sia (minore) delle giornate di degenza.

HOSPICE	ricoveri	Gg degenza
2015	354	5.479
2014	335	5.370
differenza 2014-2015	19	109
variazione % 14/15	5,7%	2,0%

Salute Mentale

Si riportano in tabella alcuni dati significativi dal punto di vista dei servizi di salute mentale sull'utenza presa in carico.

Salute Mentale	CSM D1	CSM D2	CSM D3	CSM D4	SPDC	SAR	DCA	CPU
Persone in contatto	831	994	1.109	1.025	760	251	107	59
Persone al primo contatto	164	171	212	176	347	-	58	6
Persone già in contatto	667	823	897	849	413	251	49	53
Disturbi gravi (F2, F3, F6)	363	477	446	477	239	179	5	9
Altre diagnosi	153	320	361	315	142	38	64	27
Altre diagnosi (≠ F)	23	47	55	11	25	5	30	1
In attesa di valutazione	292	150	247	222	354	29	8	22
Contatto unico	46	60	74	50	140	8	13	1
Contatto breve (≤ 5 interventi)	140	181	192	196	241	40	40	25
In trattamento	645	753	843	779	379	203	54	33
Persone con presa in carico socio-sanitaria integrata	244	406	396	309	222	155	25	-
Persone nei percorsi di formazione ed inserimento lavorativo	77	115	77	87	-	-	4	-
Accoglienze - ricoveri in TSO	5	2	11	3	32			
Accoglienze - ricoveri in TSV	154	131	146	91	59			
Accoglienze - totale ricoveri	159	133	157	94	91			
TSO - Giornate di accoglienza	23	21	85	21	203			
TSV - Giornate di accoglienza	1.708	1.889	1.407	1.476	420			
Totale giornate	1.731	1.910	1.492	1.497	623			
Posti letto	6	8	8	6	6			
Degenza media	11	14	10	16	7			

Dipendenze

Nel corso del 2015 nell'ambito del Dipartimento delle Dipendenze si è confermato il trend già registrato negli anni scorsi, che vede un incremento costante delle persone che si rivolgono ai servizi per problematiche inerenti la dipendenza: sono stati presi in carico un totale di 2.798 utenti, dei quali 647 nuovi così suddivisi:

Sostanze illegali	Alcol	Tabacco	Gioco d'azzardo
1.357	1.032	313	96

La tipologia di utenza richiede programmi articolati, multidisciplinari ed integrati con un numero medio di prestazione per utente/anno di 291, arrivando per alcuni target (under 25) ad oltre 500. La presa in carico è mediamente pluriennale e l'offerta prevede percorsi territoriali, semiresidenziali e residenziali. Alcuni dati di attività esemplificativi:

N. soggetti in terapia con farmaci sostitutivi (con accesso quotidiano/settimanale al servizio)	665
N. soggetti inseriti in gruppi terapeutici	527
N. soggetti inseriti in percorsi residenziali (RSA alcologia e gruppi appartamento)	108
N. soggetti inseriti in comunità terapeutiche	37
N. soggetti in programmi semiresidenziali	264
N. soggetti con programmi alternativi alla detenzione	118
N. soggetti con programmi di presa in carico congiunta ed integrata: DSM, Distretti Sanitari, reparti ospedalieri (ginecologia, ostetricia, malattie infettive, cardiologia, dermatologia, reparti internistici, etc..)	664
N. soggetti con programmi di presa in carico con i MMG	121
N. soggetti con programmi di reinserimento lavorativo e formativo	147
N. soggetti con programmi di tipo socioriabilitativo e supportivo	1.105
N. interventi domiciliari	3.485
N. accompagnamenti	4.884
N. colloqui	71.954
N. interventi di rete	61.993
N. controlli tossicologici su matrice urinaria	26.355
N. controlli alcolemia	25.019

Farmaci

Farmaceutica territoriale complessiva (convenzionata + DPC + diretta) spesa pro capite ANNO 2015, esclusi i farmaci per l'HCV	Pro capite 2014 (convenzionata+ DPC + diretta)	Pro capite 2015 (convenzionata+ DPC+diretta)	Δ pro capite €	Δ % pro capite	Δ % rispetto allo standard (€ 153+ € 48)
AAS1	196,93	197,61	0,68	0,30%	-1,70%
AAS2	200,38	209,56	9,18	4,60%	4,30%
AAS3	206,29	228,71	22,42	10,90%	13,80%
AAS4	199,12	204,65	5,53	2,80%	1,80%
AAS5	207,79	211,87	4,08	2,00%	5,40%
REGIONE	202,04	209,28	7,24	3,60%	4,10%

Ulteriori dati di attività vengono riportati sinteticamente di seguito:

Assistenza territoriale:

Dati del flusso SIAD e SIARD per assistenza domiciliare	
Utenti (di cui over 65)	9.407 (8.145)
Prese in carico (di cui over 65)	14.277 (12.444)
Accessi (di cui over 65)	131.315 (110.318)
Dati del flusso SIAD e SIARD per assistenza infermieristica	
Utenti (di cui over 65)	8.508 (7525)
Prese in carico (di cui over 65)	12.474 (11.029)
Accessi (di cui over 65)	119.670 (101.874)
Dati del flusso SIAD e SIARD per assistenza riabilitativa	
Utenti (di cui over 65)	2.669 (2.165)
Prese in carico (di cui over 65)	3.020 (2.452)
Accessi (di cui over 65)	11.645 (8.444)

Riabilitazione: Il numero di utenti valutati con la classificazione ICF modificata Vilma-FABER	40
--	----

Sanità penitenziaria: Nr. ricoveri persone detenute in istituto penitenziario presso strutture sanitarie regionali (indicare anche la motivazione – 1^diagnosi)- anno 2015	15
--	----

In particolare per le seguenti strutture con le seguenti prime diagnosi:

CASA CIRCONDARIALE DI TRIESTE SANITA' PENITENZIARIA ANNO 2015		
	RICOVERO STRUTTURA TRIESTE	DIAGNOSI PRINCIPALE
1	CLINICA ORTOPEDICA OSPEDALE CATTINARA	ESOSTOSI DEL TERZO PROSSIMALE BRACCIO DX
2	CLINICA NEUROLOGIA OSPEDALE CATTINARA	CRISI COMIZIALI IN PAZIENTE EPILETTICO
3	CHIRURGIA GENERALE OSPEDALE CATTINARA	ASCESSO PERIANALE
4	DAY SURGERY CHIRURGIA GEN. OSPEDALE MAGGIORE	TRATTAMENTO CHIRURGICO DI MUCO PROLASSECTOMIA SECONDO LONGO STARR
5	SPDC OSPEDALE MAGGIORE	AGITAZIONE PSICOMOTORIA
6	I MEDICA UOMINI OSPEDALE CATTINARA	CIRROSI EPATICA SCOMPENSATA
7	CLINICA MEDICA OSPEDALE CATTINARA	STIPSI E IPOPOTASSIEMIA
8	CLINICA NEUROLOGICA OSPEDALE CATTINARA	CRISI EPILETTICA
9	I MEDICA DONNE OSPEDALE CATTINARA	IPOPOTASSIEMIA
10	I MEDICA DONNE OSPEDALE CATTINARA	EMATOMA MUSCOLARE DELLA PARETE ADDOMINALE
11	I MEDICA UOMINI OSPEDALE CATTINARA	CALO PONDERALE DI NDD
12	I MEDICA UOMINI OSPEDALE CATTINARA	EDEMI DECLIVI DI NDD
13	SPDC OSPEDALE MAGGIORE	AGITAZIONE PSICOMOTORIA
14	3 MEDICA UOMINI OSPEDALE CATTINARA	SINDROME DOLOROSA ADDOMINALE PANCREATITE CRONICA E CISTI PANCREATICA
15	CHIRURGIA GENERALE OSPEDALE CATTINARA	RECIDIVA DI PANCREATITE ACUTA

TOTALE RICOVERI ANNO 2015	15
Totale detenuti al 31/12/2015	189

Movimenti in entrata 2015:	500	86% maschi
Ingressi dalla libertà	271	54% del totale

<p>Salute mentale: Nr. di pazienti autorizzati ad effettuare interventi presso strutture per la salute mentale extra regionali (indicare la diagnosi, la denominazione della struttura e la durata dell'intervento semiresidenziale e/o residenziale) - anno 2015</p>	<p>Nel corso del 2015, il DSM ha pagato il 50% delle rette di 4 persone con compresenza di disturbo psichico e condotte di abuso di sostanze psicotrope. Le 4 persone sono state accolte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fondazione San Gaetano Thiene – CEIS Belluno <p>Nel corso del 2015 non vi è stata nessuna persona con una diagnosi di DCA inviata dal DSM presso strutture per la salute mentale extra regionali.</p>
--	--

<p>Salute mentale: Elenco delle strutture regionali utilizzate dai servizi di salute mentale per le attività di riabilitazione degli utenti (indicare se residenziali o semiresidenziali, se gestite dal DSM direttamente, in mix pubblico privato o altro)</p>	<p>Le attività riabilitative dei pazienti sono definite dal PTRI sostenuto da un Budget Individuale di Salute direttamente gestito dal DSM in collaborazione con i partner del privato sociale.</p> <p>Di conseguenza l'attività riabilitativa è ritagliata sulla persona e non vi sono "strutture" regionali utilizzate per la riabilitazione delle persone con disturbo psichico.</p>
--	---

<p>Dipendenze: Nr. di utenti in regime di misure alternative alla detenzione suddivisi per percorso territoriale e residenziale - anno 2015</p>	118
--	-----

In dettaglio si riporta di seguito uno specchietto illustrativo:

Trattamenti attivi	Sesso			Tipologia programma		
	M	F	TOT	TERRITORIALE	RESIDENZIALE COMUNITA' FVG	RESID. COM. EXTRA FVG
Misura alternativa alla detenzione: art 94	27	4	31	25	2	4
Misura altern. alla detenz.: detenzione domiciliare	26	6	32	31	1	0
Misura alternativa alla detenz.: semilibertà	8	0	8	8	0	0
Mis. altern. alla detenz.: affid. ordinar. art. 47	6	0	6	6	0	0
Arresti domiciliari	18	2	20	18	0	2

Messa alla prova	21	0	21	20	1	0
TOTALE	106	12	118	108	4	6

Attività internazionali: Nr. progetti svolti nel corso del 2015 per quanto riguarda le tematiche indicate nelle linee di gestione	3
--	---

In particolare:

1. progetto rivolto ai servizi psichiatri di altri Paesi Europei in collaborazione con il Comune di Monfalcone avente per destinatari Serbia e Montenegro
2. progetto con l'America Latina (Argentina).
Entrambi i progetti sono stati approvati nell'ambito dei finanziamenti previsti dalla LR n. 19, che vedono il DSM / CCOMS tra i partner.
3. progetto "Freedom first - Implementazione progetti di collaborazione internazionale finalizzati all'approccio basato sui diritti fondamentali (Free_No.1)" di è declinato attraverso i seguenti interventi – eventi.
 - 1 missione In india per il progetto di collaborazione con l'ONG Bayan a Chennai finalizzato alla messa a punto di strategie di intervento rivolte alle donne indiane espulse dal nucleo familiare a causa del disturbò psichico di cui soffrono.
 - 1 missione in Malesia per l'avvio della collaborazione con l'Ospedale Permai ed il suo direttore dr. Johr Bahru
 - Realizzazione dell'evento dell'International School "Territori senza segregazione", che si tè tenuto a Trieste dal 15 al 18 dicembre 2015 con la partecipazione di operatori provenienti da oltre 25 nazioni.
 - Raccordo con OMS Ginevra tra mhGAP e QualityRights Programme con la proposta di diffusione del mhGAP tra i MMG del FVG.
 - Formazione al QualityRights toolkit di personale del DSM e della Regione FVG con la partecipazione a due seminari dell'OMS (Amsterdam e Cagliari) e diffusione dell'approccio.

3. Prevenzione

Allattamento al seno alla dimissione: (% di bambini in allattamento esclusivo, % in allattamento predominante, % in allattamento parziale, % in allattamento artificiale)	AAS1 non dispone di punti nascita
---	-----------------------------------

Tuttavia i dati alla seconda rilevazione nel 2015 sono rappresentati nel modo seguente:

RILEVATI	alimentazione complementare		artificiale		esclusivo		predominante	
	valori	%	valori	%	valori	%	valori	%
al 3° mese 7	2	28.57	3	42.86	2	28.57	0	0
al 4° mese 5	0	0	2	40.00	2	40.00	1	20.00
al 5° mese 873	242	27.72	236	27.03	380	43.53	15	1.72
al 6° mese 341	132	38.71	95	27.86	110	32.26	4	1.17
oltre il 6° 201	111	55.22	71	35.32	15	7.46	4	1.99
AAS1 1.427	487	34.13	407	28.52	509	35.67	24	1.68

Vaccinazione antinfluenzale personale sanitario	104/1266 (8,2%)
Indicatore bersaglio: F15 Sicurezza sul lavoro Indicatore bersaglio: F15.3 Efficienza produttiva	
Indicatore bersaglio: F15.3.1 N. aziende ispezionate/N. personale UPG – SPSAL	449/17
Indicatore bersaglio: F15.3.2 N. sopralluoghi/ N. personale UPG – SPSAL.	905/17

L'indicatore F15.3.2 per AAS1 è molto penalizzante per via della mole di lavoro per i tumori professionali da amianto, esito di esposizioni cessate agli inizi degli anni 90. Queste indagini non comportano la necessità di sopralluoghi ma comportano la necessità della qualifica di UPG per istruire le pratiche (4 medici e 2 A.S.). Di fatto il rapporto corretto ricalcolato sarebbe 905/11.

Tabella Indicatori LEA

N.	Definizione	Standard Obiettivo	2014	2015	Scostamento rispetto allo standard	2015-2014
1	PREVENZIONE: Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base	≥ 95%	91,10%	89,00%	4,00%	-2,1%
1.a	Difterite-tetano	≥95%	91,10%	89,00%	-6	-2,1%
1.b	Antipolio	≥ 95%	91,10%	89,00%	-6	-2,1%
1.c	Antiepatite B	≥95%	91,10%	89,00%	-6	-2,1%
2	PREVENZIONE: Vaccinazioni raccomandate MPR	≥ 90%	83,00%	81,50%	-8,5	-1,5%
3	PREVENZIONE: Vaccinazione raccomandata contro l'influenza nell'anziano	≥ 70%	43,70%	44,00%	-26	0,3%
7	PREVENZIONE: Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	≥ 85	48,38	48,42	-36,6%	0,03
8	TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: Percentuale di unità controllate sul totale di unità da controllare	≥ 5%	5,5%	5,1%	-0,4%	0,1%
9	SANITA' ANIMALE:: Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	≥ 98%	100%	100%	0,0%	2
10,a	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi bovina/bufalina	≥ 98% del 20% degli allevamenti	500	500	402	0
10,b	SANITA' ANIMALE: Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina	≥ 98% del 20% degli allevamenti	221,13	221,13	0,0%	2
11	SANITA' ANIMALE: Percentuale di aziende ovicaprine controllate (3%) per anagrafe ovicaprina	≥ 98% del 3% delle aziende	95%	79,37	-18,63	2
12	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	≥ 98%	100%	100%	0,0	2
13	SALUTE DEGLI ALIMENTI: Percentuale di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	≥ 20%	25%	29,60%	4,6%	9,6%
14	DISTRETTUALE: Tassi di ospedalizzazione evitabile con la metodologia sviluppata dall'Agenzia statunitense AHRQ per i Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i	Somma indicatori 14.a - 14.i ≤ 115	139,6	133,4	18,4	-6,2
15	ASSISTENZA DOMICILIARE: Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI con PAI	≥ 4%	6,3	6,3	1,75	0,0
16	ASSISTENZA PRESSO RSA: numero di posti equivalenti per assistenza in strutture RSA ogni 1000 anziani > 65 anni residenti non autosufficienti		3,34	3,36		0,02
17	ASSISTENZA AI DISABILI: Numero di posti equivalenti residenziali e semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1000 residenti	≥0,6	1,62	1,59	-0,03	0,99
18	HOSPICE: Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	>1	2,41%	2,34%	1,34	-0,07%

19	FARMACEUTICA: Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	≤11,35 % (valore regionale)	11,86	12,04	1,4	0,2
20	SPECIALISTICA AMBULATORIALE: Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	compreso tra 5,1 e 7,5	9%	9,37%	1,87%	0,37%
21	SALUTE MENTALE: Utenti in carico nei centri di salute mentale per 1.000 ab.	≥ 10	23,1	21,2	13,1	-1,9
22	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) per 1.000	≤140	137,89	132,88	-7,12	-5,0
24	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	≥38%	34,2%	36,6%	-1,4%	2,4%
25	Rapporto tra i ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (allegato B Patto salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza un regime ordinario	≤ 0,32	0,27	0,25	-0,07	-2,0%
26	Percentuale parti cesarei	<20%	15,8%	16,1%	dato IRCCS Burlo	
27	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	>70%	43,1%	69,5%	-0,50%	26,4%
28	EMERGENZA: Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	≤ 18'	12' 31"	12' 55"	5'05" (-)	0' 24"

Tassi di ospedalizzazione evitabile - Prevention Quality Indicators (PQIs): Indicatore complessivo da 14.a a 14.i			2015		2014	
INDICATORE LEA 14			133,4	106,8	139,6	108
PQI			AAS1	FVG	AAS1	FVG
a	[PQI3]Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete	Osservato	45	224	62	214
		Tasso grezzo	2,2	2,1	3	2,1
b	[PQI1]Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete	Osservato	18	89	22	79
		Tasso grezzo	0,9	0,9	1,1	0,8
c	[PQI14]Ospedalizzazione per diabete non controllato	Osservato	28	136	40	143
		Tasso grezzo	1,4	1,3	2	1,4
d	[PQI16]Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici	Osservato	25	157	34	173
		Tasso grezzo	1,2	1,5	1,7	1,7
e	[PQI5]Cronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Admission Rate	Osservato	361	1.079	479	1.301
		Tasso grezzo	17,7	10,3	23,5	12,5
f	[PQI8]Congestive Heart Failure (CHF) Admission Rate	Osservato	1.043	4.687	1.156	5.099
		Tasso grezzo	51,1	45	56,6	48,9
g	[PQI11]Bacterial Pneumonia Admission Rate	Osservato	895	3.636	773	3.085
		Tasso grezzo	43,8	34,9	37,9	29,6
h	[PQI12]Urinary Tract Infection Admission Rate	Osservato	279	1.024	252	1.031
		Tasso grezzo	13,7	9,8	12,3	9,9
i	[PQI15]Adult Asthma Admission Rate	Osservato	28	100	31	114
		Tasso grezzo	1,4	1	1,5	1,1

4 La performance aziendale

a. La performance collettiva

PROGETTO COMPLESSIVO AZIENDALE 2015

Decreto 329/15: ASSEGNAZIONE AI CENTRI DI RESPONSABILITÀ DEL BUDGET E DEGLI OBIETTIVI INCENTIVANTI PER L'ANNO 2015. PROGETTO COMPLESSIVO AZIENDALE.

Struttura	Percentuale raggiungimento obiettivi
1. Distretto 1	100%
2. Distretto 2	100%
3. Distretto 3	100%
4. Distretto 4	100%
5. Dipartimento di Salute Mentale	98,70%
6. Dipartimento delle Dipendenze	100%
7. Dipartimento delle Prevenzione	98,69%
8. Centro Cardiovascolare	100%
9. Centro Sociale Oncologico	100%
10. Sistema 118	100%
11. Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	100%
12. Programmazione Strategica	100%
13. Ufficio Relazioni con il Pubblico	100%
14. Direzione Sanitaria (Med Comp/Uff. Progetti Area Sanitaria)	98,96%
15. Servizio Infermieristico Aziendale	100%
16. Servizio Riabilitativo Aziendale	100%
17. Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica	100%
18. Verifiche Strutture Pubbliche e Private	100%
19. Assistenza Farmaceutica	100%
20. Affari Generali	100%
21. Gestione e Valorizzazione del Personale	100%
22. Finanza e Controllo	100%
23. Sistema Informativo	100%
24. Immobili e Impianti	100%
25. Programmazione Controllo Acquisti	100%

La valutazione degli obiettivi assegnati per il personale distaccato presso i corsi di laurea sanitari, **tutor I° livello e coordinatori** per l'anno 2015 risulta positiva.

RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

Decreto n° 482 del 16/11/2015: "FORMALIZZAZIONE DELL'ASSEGNAZIONE ALLE STRUTTURE AZIENDALI DEGLI OBIETTIVI INCENTIVATI CORRELATI ALLE RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI PER L'ANNO 2015."

Area negoziale: DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA

Area negoziale: DIRIGENZA SPTA

Area negoziale: Comparto

Struttura/Percentuale raggiungimento obiettivi	DIRIGENZA MEDICA VETERINARIA	DIRIGENZA SPTA	COMPARTO
1. Distretto 1	100%	100%	100%
2. Distretto 2	100%	100%	100%
3. Distretto 3	100%	100%	100%
4. Distretto 4	100%	100%	100%
5. Dipartimento di Salute Mentale	100%	100%	100%
6. Dipartimento delle Dipendenze	100%	100%	100%
7. Dipartimento delle Prevenzione	100%	100%	100%
8. Centro Cardiovascolare	100%	-	100%
9. Centro Sociale Oncologico	100%	-	-
10. Sistema 118	100%	-	100%
15. Servizio Infermieristico Aziendale	-	100%	100%
16. Servizio Riabilitativo Aziendale	-	-	100%
19. Assistenza Farmaceutica	-	100%	-
21. Gestione e Valorizzazione del Personale	-	100%	100%
22. Finanza e Controllo	-	100%	100%
23. Sistema Informativo	-	-	100%
24. Immobili e Impianti	-	100%	100%
25. Programmazione Controllo Acquisti	-	100%	100%

PRODUTTIVITÀ STRATEGICA

DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA

Decreto n° 598 del 29/12/2015: FORMALIZZAZIONE DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI DA INCENTIVARE CON IL FONDO DI RISULTATO ESERCIZIO 2015 PERSONALE DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA (AREA IV): PRODUTTIVITA' STRATEGICA EX ART. 100, ACCORDO DD. 10.07.2012. CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE DD. 23.12.2015.

DIRIGENZA SPTA

Decreto 599 del 29/12/2015: FORMALIZZAZIONE DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI DA INCENTIVARE CON IL FONDO DI RISULTATO ESERCIZIO 2015 PERSONALE DELL'AREA DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE, TECNICA ED AMMINISTRATIVA (AREA III): PRODUTTIVITA' STRATEGICA EX ART. 100, ACCORDO DD. 10.07.2012. CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE DD. 23.12.2015.

COMPARTO

Decreto 597 del 29/12/2015: FORMALIZZAZIONE DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI DA INCENTIVARE CON IL FONDO DELLA PRODUTTIVITA'- ESERCIZIO 2015 PERSONALE DEL COMPARTO:PRODUTTIVITA' STRATEGICA, EX ART.181, C.1 SECONDO ALINEA, ACCORDO DD.12.07.2012. CONTRATTO INTEGRATIVO AZIENDALE DD. 16.10.2015

Struttura/ Percentuale raggiungimento obiettivi	DIRIGENZA MEDICA VETERINARIA	DIRIGENZA SPTA	COMPARTO
1. Distretto 1	100%	100%	100%
2. Distretto 2	100%	100%	100%
3. Distretto 3	100%	100%	100%
4. Distretto 4	100%	-	100%
5. Dipartimento di Salute Mentale	100%	100%	100%
6. Dipartimento delle Dipendenze	100%	100%	-
7. Dipartimento delle Prevenzione	100%	-	100%
8. Centro Cardiovascolare	100%	-	-
9. Centro Sociale Oncologico	100%	-	-
11. Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	-	100%	-
12. Programmazione Strategica	-	-	100%
13. Ufficio Relazioni con il Pubblico	-	-	100%
15. Servizio Infermieristico Aziendale	-	-	100%
16. Servizio Riabilitativo Aziendale	-	-	100%
17. Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica	100%	-	-
19. Assistenza Farmaceutica	-	100%	100%
20. Affari Generali	-	-	100%
21. Gestione e Valorizzazione del Personale	-	-	100%
22. Finanza e Controllo	-	100%	-
23. Sistema Informativo	-	100%	100%
24. Immobili e Impianti	-	-	100%
25. Programmazione Controllo Acquisti	-	-	100%

ALTRI IMPIEGHI DELLA PRODUTTIVITA'

Decreto 548/2015: "FORMALIZZAZIONE DELL'ATTRIBUZIONE DEGLI OBIETTIVI DA INCENTIVARE CON IL FONDO DELLA PRODUTTIVITA' - ESERCIZIO 2015 - PERSONALE DEL COMPARTO: ALTRI IMPIEGHI, EX ART. 181, C. 1, TERZO ALINEA, ACCORDO DD. 12.07.2012. ACCORDO PRODUTTIVITA' 2015 DD. 16.10.2015

Struttura	Percentuale raggiungimento obiettivi
1. Distretto 1	100%
2. Distretto 2	100%
3. Distretto 3	100%
4. Distretto 4	100%
5. Dipartimento di Salute Mentale	100%
6. Dipartimento delle Dipendenze	100%
7. Dipartimento delle Prevenzione	100%
9. Centro Sociale Oncologico	100%
10. Sistema 118	100%
11. Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	100%
19. Assistenza Farmaceutica	100%
20. Affari Generali	100%
22. Finanza e Controllo	100%
23. Sistema Informativo	100%
24. Immobili e Impianti	100%
25. Programmazione Controllo Acquisti	100%

b. La performance individuale

DIRIGENZA

Il regolamento di valutazione della dirigenza è stato approvato con **Delibera n. 775 del 23/11/2009**

Sono stati valutati 199 dirigenti con un punteggio percentuale medio pari al 99,70%.

La dirigenza dell'area medico veterinaria ha raggiunto complessivamente la percentuale media di 99,55%, mentre per l'area negoziale SPTA la percentuale raggiunge il 99,97%.

COMPARTO

Il regolamento di valutazione del comparto è stato approvato con **Decreto n° 217 del 29/05/2015: ADOZIONE DEL REGOLAMENTO PER LA VALUTAZIONE PERMANENTE DELLE PRESTAZIONI INDIVIDUALI SVOLTE E DEI RISULTATI DEL PERSONALE DEL COMPARTO**

Sono stati valutati 1079 dipendenti dell'area negoziale del comparto. In una scala di giudizio che ha come valore massimo 21 punteggio medio risulta di 19,11 per quanto riguarda il giudizio del valutatore e di 18,33 per quanto riguarda l'autovalutazione del dipendente.

Etichette di riga	Media di punteggio dipendente	Deviazione standard punteggio dipendente	Media di punteggio valutatore	Deviazione standard punteggio valutatore
CENTRALE 118	18,37	2,43	18,52	1,85
CENTRO CARDIOVASCOLARE	17,59	1,99	17,91	1,86
CENTRO SOCIALE ONCOLOGICO	19,36	2,26	19,29	2,40
COMANDATI OUT	20,00	1,00	20,17	0,69
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	17,44	2,13	18,19	1,42
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	17,72	2,39	19,05	1,76
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	18,43	2,25	19,23	1,84
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	18,81	2,19	19,25	1,97
DIREZIONE GENERALE	18,22	2,77	19,22	2,31
DIREZIONE SANITARIA	19,90	1,37	19,83	2,11
DISTRETTO 1	18,43	1,76	19,40	1,33
DISTRETTO 2	18,59	2,25	19,03	1,93
DISTRETTO 3	17,02	2,32	18,12	2,46
DISTRETTO 4	18,81	2,05	20,44	1,26
Totale complessivo	18,33	2,29	19,11	1,96