



PIANO STRATEGICO 2016 | 2018

Parte III

LINEE STRATEGICHE

LINEE STRATEGICHE.....	85
Premessa	90
Capitolo 1.....	93
1.1 Le leve aziendali a supporto del cambiamento strategico	94
1.2 I fondamenti della strategia aziendale e la mission per un'Azienda da trasformare	96
1.3 Il processo di declinazione della Mission: il sentiero strategico.....	97
Capitolo 2. Il Percorso Integrato di Sviluppo Strategico Organizzativo (P.I.S.S.O.) e i Meccanismi Operativi.....	99
2.1 L'identità Organizzativa e l'assetto di Governance.....	100
2.2 Lo sviluppo strategico organizzativo, il sistema di reporting e il Cruscotto delle Performance nel P.I.S.S.O.	101
2.3 Il Processo di Budget nel P.I.S.S.O.	106
2.3.1 Processo di Budget 2016-2018: Azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi.....	108
2.4 Il sistema informativo direzionale nel P.I.S.S.O.	109
2.5 La Valorizzazione delle professionalità e la Valutazione delle performance del personale	111
2.5.1 Gli strumenti utilizzati per il governo dello sviluppo professionale nei diversi livelli organizzativi (Dipartimenti e UOC ecc)	112
2.5.2 La Valorizzazione delle professionalità: la procedura dell'assegnazione e la graduazione degli incarichi (dirigenza e comparto)	113
2.5.3 La Valorizzazione delle professionalità: Il Sistema di Valutazione del personale.....	115
2.6 Il sistema di controllo e la procedura aziendale sulla documentazione clinica (SDO e Cartelle cliniche) nel P.I.S.S.O.....	116
2.7 I Meccanismi Operativi a supporto della Governance	117
2.8 Lo Standard di Servizio.....	118
2.9 I Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi e le Reti cliniche	118
2.10 Il Clinical Risk Management.....	119
2.11 L'Audit Clinico e dei Processi.....	119
Capitolo 3. Le linee di intervento	120

1.	Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA.....	121
1.1	Adeguamento del patrimonio strutturale sanitario con riferimento alla regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 19 marzo 2015.....	121
1.2.	Procedure di alienazione degli immobili facenti parte del patrimonio immobiliare delle ASL al fine del contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria regionale	124
2.	Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionale e Trapianti – Innovazione e Appropriatezza	129
2.1	ASSISTENZA FARMACEUTICA	129
2.1.1	Istituzione e funzionamento Commissione Terapeutica Aziendale.....	130
2.1.2	Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e dei PLS	131
2.1.3	Definizione di linee guida terapeutiche per categorie di farmaci "alto spendenti"	131
2.1.4	Monitoraggio dell'attività prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei farmaci equivalenti e biosimilari	134
2.1.5	Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale	136
2.2	ATTIVITÀ TRASFUSIONALI.....	137
2.2.1	Autosufficienza aziendale/regionale di emocomponenti e farmaci plasmaderivati prodotti in "conto lavorazione"	137
2.2.2	Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali	140
2.2.3.	Completamento del percorso di riorganizzazione della rete trasfusionale aziendale a quanto previsto nel DCA n. 96/2013 recante "Organizzazione e funzioni della rete regionale dei Servizi Trasfusionali"	141
2.2.4.	Previsione economica OTR per il triennio 2016-2018	144
3.	RISORSE UMANE E ASSETTI ISTITUZIONALI	146
3.1.	Manovre di contenimento della spesa	149
3.1.1.	Riduzione del personale a tempo indeterminato (parziale sostituzione del personale che cessa dal servizio).....	149
4.	CONTRATTI EROGATORI PRIVATI E SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI RETE TERRITORIALE E OSPEDALIERA	151
4.1.	Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di regimi di assistenza alternativi al ricovero, e di LEA e di appropriatezza dei DRG.....	151

4.2.	Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli Erogatori privati accreditati e delle disposizioni in materia di assistenza protesica	152
4.3.	Attuazione delle disposizioni relative alla razionalizzazione della rete pubblica dei laboratori di analisi anche mediante meccanismi di condivisione delle richieste, dei risultati e dei referti attraverso l'allestimento di un unico sistema informativo ...	155
4.4.	Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni sanitarie;	158
4.5.	Vigilanza e monitoraggio sul funzionamento delle U.V.M. mediante l'adozione di sistemi unici di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali, con particolare riferimento all'attuazione del Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 del 20/12/2013	158
5.	ISPETTIVO E CONTROLLO QUALITÀ.....	160
5.1.	SICUREZZA E RISCHIO CLINICO.....	160
5.1.1.	Monitoraggio dei piani di miglioramento a seguito di eventi sentinella.....	160
5.1.2.	Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti (Root Cause Analysis, Audit clinico)	161
5.1.3.	Monitoraggio sistemico dell'uso della check list in Sala Operatoria	162
5.1.4.	Implementazione e Monitoraggio della Raccomandazione per la Sicurezza nella terapia oncologica.	163
5.1.5.	Prevenzione delle cadute.....	164
5.1.6.	Monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali.....	164
5.2.	CONTROLLO CARTELLE CLINICHE	165
6.	PROGRAMMAZIONI SOCIO-SANITARIA.....	167
6.1.	Rete ospedaliera	167
6.2.	Appropriatezza delle prestazioni ospedaliere	169
6.2.1.	Attuazione dei PDTA/PAC decreti e di prossima adozione.....	171
7.	PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA.....	172
	Gli obiettivi centrali del Piano regionale di prevenzione 2014-2018 sono 73 e sono posti all'interno dei 13 programmi di seguito specificati:	173
7.1	Sostenere e consolidare l'attività di rilevazione dei comportamenti e stili di vita previsti da sistemi PASSI, PASSI D'Argento, OKKIO alla salute, HBSC, con il raggiungimento del numero delle interviste fissato a livello nazionale.....	173

7.2	Sostenere e consolidare il sistema di sorveglianza dell'influenza denominato "Influnet", il sistema di sorveglianza HIV e il sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute secondo specifiche direttive regionali	180
7.3.	Potenziare la prevenzione delle malattie attraverso gli screening oncologici.....	181
7.3	Innalzare le coperture di vaccinazione antinfluenzale della popolazione ultrasessantacinquenne e delle categorie a rischio	185
7.4	Raggiungere e/o mantenere le percentuali di copertura di tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste nel Nuovo Piano Regionale vaccini 2015-2017, in corso di pubblicazione e del successivo Piano regionale vaccini 2015-2017	189
7.5	Sviluppare programmi specifici di intervento tesi alla promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa	197
7.6	Attivare controlli ufficiali e modalità operative ed organizzative connesse alle finalità richieste dal piano nazionale di vigilanza e dal piano regionale dei controlli sul rischio chimico	202
8	SANITÀ VETERINARIA, IGIENE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI.....	207
	CONTROLLO DELLE IMPRESE ALIMENTARI	212
9	PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA E FINANZIAMENTO SSR	226
9.1.	Beni e servizi	226
9.1.1.	Razionalizzazione della spesa per beni e servizi e dispositivi medici	232
9.1.1.1.	Dispositivi medici	232
9.2.	Gare centralizzate nell'attesa della costituzione di una Centrale Unica di Committenza.....	238
10.	ASSISTENZA DISTRETTUALE TERRITORIALE-MEDICINA CONVENZIONATA E PENITENZIARIA.....	241
10.1	Aggregazioni funzionali territoriali ed Unità complesse di cure primarie	241
10.3.	Rispetto della programmazione regionale riferita alla spesa annuale per i medici convenzionati.....	245
11.	GOVERNO DEI DATI, FLUSSI INFORMATIVI E MOBILITÀ SANITARIA.....	247
11.1	Azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei Flussi informativi.....	247
11.2.	Mobilità sanitaria (interregionale/ internazionale).....	248
11.3.	Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT.....	248
11.4.	Emergenza Urgenza.....	249

11.4.1.	Tessera Sanitaria	250
11.4.2.	Fascicolo sanitario elettronico.....	253
11.6.3	Dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per le immagini.....	255
11.7	Polo Cardiochirurgico "Palazzina M"	256
11.8	Investimenti e Tecnologie sanitarie	257
12.	SOSTENIBILITÀ DELLE MANOVRE E PREVISIONI ECONOMICHE.....	263
12.1	Bilancio Programmatico 2016-2018.....	264

L'Azienda Lanciano Vasto Chieti ha ormai quasi completato il proprio processo d'aggregazione e riorganizzazione, ricostruendo la sua nuova identità istituzionale come soggetto responsabile della tutela della salute per la propria comunità, in accordo con gli Enti Locali, i portatori d'interesse di riferimento e in coordinamento con il settore socio-assistenziale per garantire un approccio integrato di welfare.

L'Azienda è oggi una delle più grandi e rilevanti aziende sanitarie della Regione Abruzzo con circa 700 milioni di euro di bilancio annuo e circa 5.000 dipendenti ed è responsabile della tutela della salute di 392.763 cittadini.

A seguito del consolidamento del processo di unificazione si apre, per l'Azienda Lanciano Vasto Chieti, una nuova fase evolutiva nella quale occorre intervenire per rafforzare il sistema delle relazioni organizzative che si sviluppano all'interno delle macrogestioni (Dipartimenti e Distretti), tra di esse e, al tempo stesso, aprire percorsi di integrazione in rete con gli altri attori, pubblici e privati, del sistema socio-sanitario al fine di migliorare la capacità di risposta ai bisogni della popolazione e prepararsi alle sfide del prossimo futuro.

Per definire le caratteristiche del percorso evolutivo che dovrà compiere nei prossimi anni, l'Azienda Lanciano Vasto Chieti ha sviluppato una propria strategia nel medio-lungo termine i cui contenuti vengono di seguito sinteticamente riportati.

Il Piano Strategico Aziendale 2016-2018 pone le basi per la formulazione dei nuovi programmi aziendali, in coerenza con gli indirizzi regionali, commissariali e ministeriali, e attraverso numerosi passaggi di condivisione attiva che, in vari momenti, hanno coinvolto il Collegio di Direzione, le organizzazioni di rappresentanza sindacale ecc.

Occorre in via preliminare rilevare elementi di particolare complessità dei quali è necessario tener conto:

- la struttura demografica è interessata da un progressivo e continuo cambiamento, con una pesante quota di popolazione anziana e anziana fragile (grandi vecchi) e di cittadini stranieri. I trend demografici caratterizzano l'area provinciale come una delle più anziane della Regione, con indici di prevalenza uguali a quelli attesi per l'Italia tra 15 anni (popolazione =>65 anni circa il 24%; popolazione =>80 anni circa il 7%) e sono previsti in ulteriore aumento. I cittadini stranieri residenti circa il 5% della popolazione totale;
- nonostante ci si ammalia mediamente in età più avanzata, l'aumento dell'aspettativa media di vita porta ad un incremento della percentuale di cittadini in condizioni di disabilità progressiva e con una crescente esposizione alle patologie croniche degenerative invalidanti: le malattie cronic-degenerative risultano sempre più rilevanti rispetto a quelle acute ed infettive;
- il quadro della domanda sembra evolversi verso due profili prevalenti: accanto a un utente fragile, anziano, cronico e passivo, che consuma volumi elevati di prestazioni e ha bisogno di trovare la risposta alle proprie problematiche di salute in ambito locale, si delinea un utente informato, competente ed attivo, che vuole essere partecipe delle scelte riguardanti la propria salute e che si muove in un mercato aperto verso altre realtà nazionali ed internazionali per ricercare il professionista e la struttura sanitaria di fiducia;
- l'evoluzione tecnologica consente l'utilizzo di procedure diagnostiche e terapeutiche meno invasive che in passato ed il trattamento di casi molto complessi con esiti positivi; la telemedicina e la microrobotica permettono di portare al letto del paziente, anche domiciliare, macchinari sofisticati; la maggior parte dei tumori, grazie a trattamenti più mirati e meno tossici, si trasformano radicalmente in malattie croniche;
- i modelli clinico-assistenziali stanno evolvendo anch'essi: l'ospedale del futuro si caratterizza per area di degenza ridimensionata rispetto al passato, per una forte componente tecnologica e con una mission sempre più focalizzata al trattamento acuto della patologia; le aree di degenza sono sempre più organizzate per tipologia di paziente e sempre meno per disciplina; il territorio deve essere capace di "liberare" l'ospedale dall'attività di carattere assistenziale e l'ospedale deve essere in grado di interagire ed integrarsi con il territorio nell'ottica della rete globale dei servizi;
- l'accelerazione di meccanismi di federalismo competitivo tra regioni sta portando infine ad un forte aumento dei livelli di mobilità e ad una forte dinamica competitiva tra aziende e aree geografiche, che impone necessariamente una scelta




strategica sul futuro posizionamento del sistema sanitario abruzzese all'interno dell'offerta regionale e nazionale. L'attrattività dell'Azienda stessa in qualche misura è condizionata da variabili di tipo sistemico della città e della provincia di Chieti.

Da quanto sopra evidenziato si ricava un insieme di elementi che dovrà caratterizzare l'evoluzione dell'Azienda Lancia Vasto Chieti nel prossimo futuro.

In primis è necessario ridisegnare le strategie partendo non dall'analisi dei servizi o dell'offerta, ma dallo studio dei bisogni e della domanda.

A questo proposito è importante identificare le patologie prevalenti e i profili di salute critici cui occorrerà rispondere nei prossimi anni. Inoltre, è decisivo analizzare i diversi segmenti sociali, organizzandoli in classi omogenee, per identificare le peculiari determinanti di salute e le caratteristiche specifiche dei bisogni per ogni categoria di cittadini.

Nel nuovo quadro epidemiologico e sociale risulta particolarmente importante **sostituire la medicina d'attesa** con quella di **iniziativa**, basata su un approccio proattivo che cerchi di prevenire invece che curare, che cerchi di classificare i cittadini in base alle categorie di rischio e di intervenire laddove si riscontri più fragilità e rischio, che cerchi di colmare le disparità di conoscenze nell'accesso ai servizi, andando a sollecitare la trasformazione del bisogno in domanda laddove vi siano meno risorse sociali.

Capitolo 1

1.1 Le leve aziendali a supporto del cambiamento strategico

Prima di declinare le strategie, un'Azienda Sanitaria deve obbligatoriamente valutare ed analizzare l'esistenza di opportune leve strategiche. In particolare, lo strumento a cui si può ricorrere è l'Analisi SWOT che evidenzia le leve a disposizione dell'Azienda a supporto del proprio processo di cambiamento e innovazione, in termini di:

- punti di forza, ovvero condizioni interne all'Azienda, ereditate dal passato, favorevoli alla realizzazione delle strategie future,
- opportunità, ovvero stimoli positivi al cambiamento provenienti dall'ambiente esterno.

Parallelamente, l'Analisi SWOT evidenzia le criticità da fronteggiare, in termini di:

- punti di debolezza, ovvero condizioni interne all'Azienda, ereditate dal passato, di ostacolo alla realizzazione delle strategie future,
- minacce, ovvero resistenze al cambiamento dovute alle variabili di contesto.

È di tutta evidenza che le strategie formulate sono finalizzate a valorizzare i punti di forza e le opportunità e a costruire risposte utili a contrastare i punti di debolezza e le minacce.

LEVE

Punti di Forza

- La disponibilità di strumenti consolidati di Governo Clinico, utili per analizzare la frammentazione organizzativa e a favorire la reingegnerizzazione dei processi e il lavoro di gruppo.
- La disponibilità di moderne tecnologie nella maggior parte delle funzioni sanitarie.
- La disponibilità di strumenti volti all'integrazione di un percorso strategico di sviluppo
- Centro regionale sangue e attivazione dell'Officina Trasfusionale Sangue
- Il laboratorio unico logico d'analisi: Certificato CPA.
- Riconoscimenti europei di qualità su alcuni percorsi strategici: Certificazione Eusoma.

Opportunità

- Lo sviluppo e l'abitudine all'utilizzo di un sistema di indicatori per l'allineamento tra obiettivi, processi e risultati a tutti i livelli dell'organizzazione, sostenuta da un efficace sistema di raccolta delle informazioni (Cruscotto delle Performance)
- Il progetto regionale di sviluppo progressivo di Reti Cliniche interaziendali.
- La disponibilità al dialogo costruttivo da parte degli Enti Locali.
- Una forte presenza sul territorio delle Associazioni di Volontariato, da coinvolgere per sviluppare forme di collaborazione.
- Aspettative di vita sul territorio provinciale, superiori alla media regionale.
- La presenza di un tessuto familiare ancora in grado di supportare cronicità e disabilità.
- Gli indirizzi regionali di sviluppo della medicina di iniziativa.
- Capacità di applicare tutte le più recenti normative inerenti il riequilibrio dei ruoli tra Ospedale e Territorio nel rispetto di una più adeguata attenzione alle cure graduate: maggiore "presa in carico" e "maggiore integrazione Ospedale/Territorio;

CRITICITA'

Punti di Debolezza

- Circa il 30% della forza lavoro complessiva è attualmente rappresentata da personale con tassi di assenza elevato per infortunio sul lavoro quindi da ricondurre a comportamenti individuali più accurati e appropriate.
- La carenza di alcuni "profili" professionali strategici per le prospettive di cambiamento.
- La mancanza di una reale cultura del territorio che determina un tasso di ospedalizzazione ancora non in linea, anche per l'elevata incidenza di ricoveri inappropriati.
- Una scarsa integrazione con il sociale.
- Un sotto utilizzo delle Sale Operatorie.

Minacce

- Un aumento costante delle malattie cardio-vascolari, dell'osteoporosi e delle patologie connesse con l'obesità.
- La cronicizzazione progressiva delle patologie e lo sviluppo di pluri-patologie da gestire con opportune forme di multidisciplinarietà.
- Una costante evoluzione dei farmaci oncologici e biologici con conseguente pressione sulla spesa.
- Comportamenti prescrittivi poco attenti all'appropriatezza.
- L'elevata dispersione demografica della popolazione sul territorio.
- Il reddito medio provinciale inferiore alla media regionale e nazionale.

1.2 I fondamenti della strategia aziendale e la mission per un'Azienda da trasformare

Le strategie di fondo dell'Azienda Lanciano Vasto Chieti 2016-2018, che inquadrano la programmazione pluriennale, quella annuale e il relativo sistema di monitoraggio, sono costruite sulle linee di indirizzo per la programmazione triennale delle aziende sanitarie regionali (DCA n. 104 del 19/11/2015), tenendo in considerazione situazioni ed esigenze specifiche del sistema sanitario aziendale. Esse riguardano principalmente obiettivi di **sostenibilità e reingegnerizzazione dei processi** alla ricerca della massima economicità, qualità ed appropriatezza nell'impiego delle risorse strutturali, tecnologiche ed umane.

E' opportuno rilevare che il Piano Strategico per il triennio 2016 - 2018 viene adottato in un particolare momento di riorganizzazione e riqualificazione dell'intero Sistema Sanitario Regionale. La Regione Abruzzo infatti è impegnata nell'arduo percorso di risanamento del Servizio Sanitario Abruzzese dal lontano 2006 con una prima fase di sottoscrizione del Piano di Risanamento Regionale (ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge n. 311 del 30.12.2004, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n.224 del 13.03.2007), ed una seconda di commissariamento con l'adozione dei Programmi Operativi che si sono succeduti dal 2010 ad oggi.

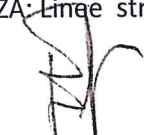
Attualmente la fase commissariale ha visto la Regione Abruzzo consolidare il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario, e il netto miglioramento rispetto alla capacità di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza. Come noto il superamento della soglia LEA (160 punti) e l'equilibrio economico rappresentano le condizioni per la fine di tale fase straordinaria. La riqualificazione della rete ospedaliera in coerenza con quanto definito dal DM 70/2015, sulla quale la Regione Abruzzo è fortemente impegnata, rappresenta uno degli ultimi tasselli affinché tale soglia venga soddisfatta.

Dal punto di vista aziendale l'imminente adozione del Programma Operativo Regionale 2016-2018, comporterà, in ottemperanza del DM 70/2015 (oltre che del DM 66/2015, ecc.), una riduzione del fabbisogno di personale ospedaliero determinato dalla riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse e dalla concentrazione della casistica volta a favorire logiche di specializzazione delle singole strutture. Tale contesto crea le condizioni per cui si possa da un lato prevedere la sostituzione a regime ridotto di personale ospedaliero e dall'altro prevedere un aumento delle assunzioni per l'attuazione di nuovi servizi sviluppati sul territorio.

Pertanto i contenuti del presente Piano Strategico potranno essere successivamente integrati, o modificati dalla Direzione, coerentemente con gli indirizzi di programmazione strategica regionali, inerenti l'imminente, oltre che cogente, adozione di provvedimenti regionali afferenti la riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale (Programma Operativo 2016-2018).

In un quadro di estrema complessità e dinamicità come quello attuale la Direzione si è concentrata sulla strategia emergente, cioè, leggendo ed interpretando il contesto di riferimento ha identificato le connessioni e le sinergie possibili e le ha ricondotte ad un percorso che sia in linea con le normative e linee guida nazionali e regionali, sviluppando progettualità, ove possibile, a contenuto strategicamente riorganizzativo che permettano una razionalizzazione dei fattori produttivi, cercando di contrastare la logica dei tagli lineari, e salvaguardando la qualità dei servizi erogati.

Ciò premesso si conferma la **Mission** aziendale



Crediamo nella centralità della persona, dei suoi bisogni e aspettative, e lavoriamo per creare condizioni di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

L'Azienda promuove:

- il rafforzamento dell'identità organizzativa e la ricerca costante di un'etica nell'agire quotidiano;
- lo sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori;
- la costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali, pubblici e privati, e la ricerca di un confronto costante e continuativo con le Istituzioni Regionali, perché dalle sinergie possano scaturire soluzioni adeguate alla complessità delle sfide da affrontare.

La nostra azione si concretizza attraverso:

- l'impegno costante nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali che, attraverso un rafforzamento dei servizi sul territorio e una riqualificazione dell'offerta ospedaliera, sia in grado di fornire risposte appropriate ai bisogni di salute e di qualità della vita espressi;
- il ricorso a modelli di erogazione dei servizi basati sulla:
 - presa in carico dei nostri utenti,
 - medicina di iniziativa,
 - umanizzazione,
 - multidisciplinarietà,
 - eccellenza professionale e organizzativa.

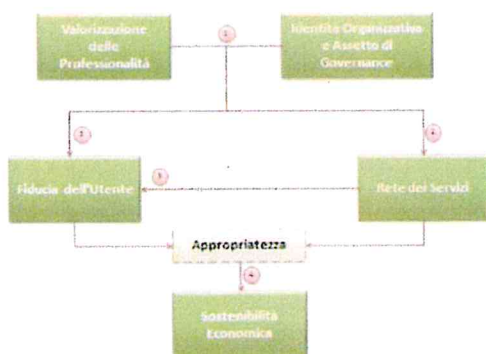
1.3 Il processo di declinazione della Mission: il sentiero strategico

La Mission identifica i valori di fondo che ispirano l'agire aziendale. La stessa, quindi, deve essere tradotta e declinata in coerenti macro linee di intervento.

Il Piano Strategico 2016-2018 della ASL Lanciano Vasto Chieti identifica **4 Prospettive** attraverso cui declinare la Mission aziendale:

- la Prospettiva del consumatore/utente (ovvero come recuperare la Fiducia dell'Utente),
- la Prospettiva dei processi aziendali (ovvero come migliorare e integrare la Rete dei Servizi),
- la Prospettiva dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane (ovvero come sviluppare una forte Identità aziendale e un Assetto di Governance efficace e come valorizzare le professionalità interne all'Azienda),
- la Prospettiva dei risultati economico-finanziari (ovvero come garantire la Sostenibilità dei processi aziendali e contribuire all'equilibrio regionale).

Nel presente Piano Strategico, le 4 Prospettive risultano tra loro fortemente integrate e coordinate, secondo lo schema logico di cui alla figura successiva che descrive le relazioni causali che sono state individuate tra i diversi ambiti di intervento insiti nelle 4 prospettive di analisi strategica.



Nello specifico:

1. gli interventi sull'Identità e sull'Assetto di Governance dell'Azienda rappresentano il tessuto organizzativo indispensabile per qualsiasi progetto che miri all'innovazione e alla Valorizzazione delle professionalità;
2. le condizioni organizzative interne all'Azienda determinano i livelli di efficacia ed efficienza dell'offerta sanitaria, ovvero la performance potenziale della Rete dei Servizi;

3. la riconfigurazione delle variabili di cui ai punti 1 e 2 rappresentano le condizioni necessarie per avviare un processo di recupero di Fiducia da parte dell'utenza, a sua volta indispensabile per il riequilibrio dei flussi di mobilità e per un deciso miglioramento della compliance e dei comportamenti di scelta e fruizione dei servizi;
4. gli interventi progettati sulle variabili di cui ai punti 2 e 3 promuovono l'appropriatezza e, conseguentemente, garantiscono anche la Sostenibilità dell'intero sistema aziendale.

E' utile sottolineare come in tale percorso sia stata progettata un'inversione dell'approccio classico dove la variabile economica è criterio e contenuto cardine degli interventi di natura strategica: viceversa, nell'approccio proposto, la **sostenibilità economica** è interpretata quale **variabile dipendente**, ovvero quale risultante di tutte le azioni poste in essere a monte.

In sintesi, l'intero processo di elaborazione della strategia è rappresentato nella figura che segue:

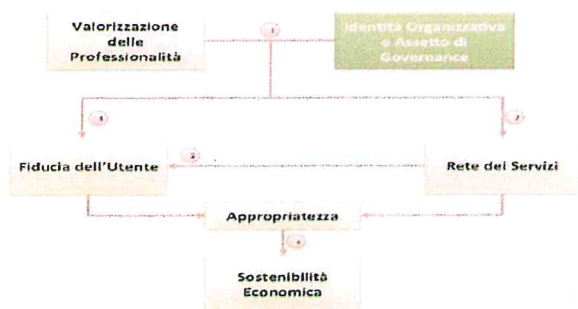
Il processo di declinazione della Mission e di elaborazione strategica nella ASL Lanciano Vasto Chieti.



Capitolo 2. Il Percorso Integrato di Sviluppo Strategico Organizzativo (P.I.S.S.O.) e i Meccanismi Operativi



2.1 L'identità Organizzativa e l'assetto di Governance



L'Analisi SWOT ha evidenziato un fabbisogno di cambiamento profondo nell'Identità Organizzativa dell'Azienda.

Le dinamiche evolutive in atto disegnano molteplici spazi e opportunità di razionalizzazione e miglioramento che si pongono, tuttavia, in una situazione di perdurante contrazione economica, di costante decrescita del capitale umano e di perdita di fiducia da parte degli utenti.

In una prospettiva strategica impegnativa:

- di ricerca della massima compatibilità tra i bisogni della comunità di riferimento, quelle tecnico professionali della medicina moderna e quelle economico-finanziarie espresse dalla programmazione sanitaria regionale;
- tesa a favorire maggior soddisfazione e un rinnovato significato professionale a chi opera per l'Azienda;

è prioritario continuare nell'opera, già ampiamente avviata, volta a rafforzare il senso di appartenenza e favorire la condivisione delle filosofie di fondo e dei principi che sottendono la spinta verso un nuovo modus operandi.

A tal fine, la Direzione Generale sta procedendo alla responsabilizzare tutti coloro che, all'interno della ASL, ricoprono ruoli dirigenziali e di responsabilità, affinché forniscano un contributo, non solo di tipo tecnico-professionale, ma anche di

coinvolgimento attivo nei processi di innovazione e cambiamento di ordine strategico, gestionale ed operativo.

Quanto sopra si concretizza attraverso il sostegno e lo sviluppo del macro assetto organizzativo e quindi del ruolo:

- dei Dipartimenti in generale, in termini di capacità di guidare l'innovazione nei modelli clinico-assistenziali e lo sviluppo di aree multidisciplinari;
- del Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie, soprattutto in termini di sviluppo di capacità di gestione diretta di linee di attività nell'ambito di tutti i regimi assistenziali tipicamente di tipo territoriale, ma, nel tempo, anche nell'ambito



dell'organizzazione per intensità di cure;

- della Direzione Medica di Presidio e del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, in termini di sviluppo del sistema di gestione della sicurezza a favore di utenti e lavoratori e di efficientamento delle piattaforme logistiche comuni (sale operatorie, piattaforme ambulatoriali, logistica dei pazienti, ecc.);
- delle Direzioni di Distretto e del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, in termini di capacità di interpretazione dei bisogni del territorio di riferimento e di loro traduzione in modelli assistenziali basati sulla presa in carico e sulla medicina di iniziativa;
- delle Direzioni di Unità Operativa (UOC e UOSD), in termini di rifocalizzazione sui processi clinico-assistenziali e sulla qualità dei servizi erogati;
- delle funzioni tecnico-amministrative, in termini di orientamento al cliente interno e di proattività nella ricerca di soluzioni utili a garantire tempestività ed efficienza nel fornire il necessario supporto alla linea sanitaria.

2.2 Lo sviluppo strategico organizzativo, il sistema di reporting e il Cruscotto delle Performance nel P.I.S.S.O.

L'Azienda, nel rispetto delle direttive introdotte dal D.Lgs 229/99 e dalle Linee di indirizzo per la redazione degli Atti di autonomia aziendale, ha realizzato una struttura organizzativa basata sul principio della chiara e univoca responsabilizzazione delle figure poste a capo di ogni specifica linea di attività.

Parallelamente per favorire il coordinamento tra le diverse funzioni aziendali ed in particolare la forte integrazione fra ospedale e territorio, la ricerca di modelli che garantiscono la continuità assistenziale e la presa in carico delle cronicità e delle fragilità, sempre a livello di macro assetto, la ASL ha già attivato specifici ruoli e funzioni organizzative di tipo trasversale, configurate come project/product manager. Tali figure, di governo di specifiche "linee di produzione", sono state deputate alla reingegnerizzazione dei processi e alla ricerca della massima economicità, qualità ed appropriatezza nell'impiego delle risorse strutturali, tecnologiche ed umane.

Ad oggi pertanto risulta strategico sostenere e continuare a sviluppare il *Percorso Integrato di Sviluppo Strategico Organizzativo* (P.I.S.S.O.) avviato.

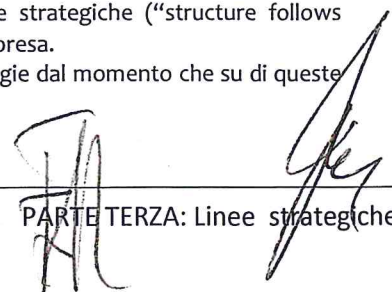
La possibilità di esercitare compiutamente una funzione di governo sul sistema aziendale presuppone l'esistenza di sistemi e strumenti in grado di fornire un quadro conoscitivo globale dei risultati conseguiti e, quindi, oltre che sul piano economico, anche su quello della capacità di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza e la qualità dei servizi offerti.

In questo senso, l'Azienda Lanciano Vasto Chieti ha la necessità di rafforzare la propria capacità di governo, mediante lo sviluppo di un'attività di programmazione strategica basata sulla conoscenza delle caratteristiche della domanda e dell'offerta sanitaria, e, contemporaneamente, di migliorare le capacità di valutazione dei risultati gestionali conseguiti dalle diverse UU.OO. anche mediante l'analisi comparativa dei costi sostenuti rispetto all'attività svolta e dell'efficacia delle prestazioni e dei servizi erogati.

Nel rispetto del concetto **"Strategia – Struttura"** di Chandler¹, la funzione di staff Sviluppo Strategico Organizzativo, coordinandosi le altre funzioni di Staff (Governo Clinico, Qualità e Accreditamento e Risk Management, Integrazione Ospedale Territorio) ha avviato una serie di incontri sistematici con tutti i direttori di dipartimento e con tutte le unità operative complesse ad esse afferenti al fine di integrare, tutti i processi di cambiamento e di innovazione introdotti, con il nuovo processo di Budget avviato dal 2013.

Il **"percorso di coinvolgimento delle persone"** avviato ha visto l'intervento di oltre 130 direttori/responsabili di UU.OO. dell' Azienda oltre 90 coordinatori di tutta l'area del comparto che per la prima volta si sono trovati a doversi approcciare ad una metodologia che traduce la programmazione in interconnessioni sistemiche e multidimensionali.

¹ Secondo tale Autore la struttura organizzativa di un'impresa è determinata dalle scelte strategiche ("structure follows strategy") nel senso che la forma organizzativa segue la strategia di sviluppo perseguita dall'impresa. La struttura organizzativa è individuata da Chandler quale strumento di attuazione delle strategie dal momento che su di queste deve essere modellato il disegno organizzativo.



In fase di Negoziazione degli obiettivi ci si confronta in modo serio, puntuale e trasparente, su dati e tematiche apparentemente non vicine tra loro, ma in realtà capaci di generare e monitorare quelle relazioni di causa-effetto tanto evidenti da garantire risultati sistemici che il Risanamento/Sviluppo di una ASL che "vive" in una Regione definita da troppo tempo "canaglia" deve porsi come vero obiettivo sul quale essere valutata.

La documentazione a supporto del processo decisionale aziendale, sviluppato in ottica di Governo Integrato con lo Sviluppo Strategico Organizzativo per le annualità 2012-2013-2014-2015 ha inteso analizzare e rendere disponibili, oltre che una serie di dati inerenti il *governo economico* (Margine Operativo Lordo, ...) una serie di indicatori di attività inerenti il *governo clinico-organizzativo* attraverso l'identificazione delle seguenti **aree chiave di intervento** (KPA) ritenute Critiche per il successo delle performance aziendali:

Governo Clinico-Organizzativo

Aree chiave di intervento

Indicatori di attività: Ricoveri Ordinari/Diurni
Provenienza dei pazienti ricoverati e mobilità
Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale
Prestazioni intermedie erogate e fruite
Indicatori relativi l'utilizzo e l'assorbimento delle risorse

Governo Economico

Aree chiave di intervento

Valore della Produzione
Costi diretti variabili
Primo Margine Operativo Lordo
Altri costi
Secondo Margine Operativo Lordo

Governo Integrato per lo Sviluppo Strategico-Organizzativo

Per ciascuna KPA sono stati individuati più Indicatori Chiave di Risultato (KPI). I KPI, infatti, sono utilizzati allo scopo di misurare e, quindi, verificare la capacità dell'organizzazione di presidiare le Aree Chiave di Risultato. I KPI fanno riferimento a volumi di prestazioni, a tassi di copertura della domanda, ai costi, quindi, in linea generale, riguardano variabili gestionali naturalmente espresse in forma quantitativa. Di seguito si riportano i principali indicatori KPI oggetto di monitoraggio:

INDICATORI DI ATTIVITA': RICOVERI ORDINARI

Numero dimissioni ricoveri ordinari
Numero ricoveri da P.S.
Peso medio ricoveri ordinari
Degenza media
% DRG chirurgici
Casi DRG LEA ad alto rischio di inappropriately
% DRG LEA ad alto rischio di inappropriately
% DRG LEA ad alto rischio di inappropriately da P.S.
% ricoveri programmati
% ricoveri urgenti
Numero dimissioni protette

Gli indicatori di attività riguardano quantitativamente l'attività svolta, in termini di ricoveri ordinari e diurni. Nell'area di intervento indicatori **di attività ricoveri ordinari** vengono riportati il numero di ricoveri ordinari, con relativo dettaglio dei ricoveri provenienti da pronto soccorso. Inoltre viene riportato il peso medio, la degenza media, i DRG ad alto rischio di inappropriately, sia il numero di casi che la percentuale, la percentuale di ricoveri urgenti e programmati e il numero di

dimissioni protette.

Per tutti i livelli organizzativi (UUOO, Dipartimenti e Azienda) gli stessi dati sono integrati dalle risultanze del file ministeriale EMUR, come ad esempio la percentuale DRG LEA ad alto rischio di inappropriata da Pronto Soccorso, ecc.

Nell'area di intervento **indicatori di attività ricoveri diurni** vengono riportati il numero di ricoveri diurni con il relativo peso medio e la percentuale di ricoveri in day surgery.

PROVENIENZA DEI PAZIENTI RICOVERATI E MOBILITA'
Numero ricoveri erogati a residenti della ASL
% ricoveri erogati a residenti ASL
Numero di ricoveri erogati in mobilità attiva
% di ricoveri erogati in mobilità attiva infra regionale
Numero di ricoveri erogati in mobilità attiva extra
% ricoveri erogati in mobilità attiva extra regionale
NUMERO DI RICOVERI EROGATI TOTALI
% DI RICOVERI EROGATI TOTALI

INDICATORI DI ATTIVITA': RICOVERI DIURNI

Numero dimissioni ricoveri diurni
Peso medio ricoveri diurni
Accessi medi ricoveri diurni
% Day Surgery

Dal lato dell'attrattività aziendale viene riportata l'area chiave di intervento **provenienza dei pazienti ricoverati e mobilità** al fine di monitorare il livello di attrattività. In particolare gli indicatori (KPI) sono: i ricoveri erogati a residenti della ASL, i ricoveri erogati in mobilità attiva infra ed extra regionale e i ricoveri totali erogati, sia in termini di numero che di percentuale.

Nell'area prestazioni di **assistenza specialistica ambulatoriale** vengono riportati sia il numero della specialistica ambulatoriale che il valore economico delle prestazioni.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

AMBULATORIALE

numero di prestazioni specialistica ambulatoriale
valore economico prestazioni di specialistica

PRESTAZIONI INTERMEDIE EROGATE E FRUITE

valore prestazioni intermedie fruite
valore prestazioni intermedie erogate

Nell'area di intervento **prestazione intermedie erogate e fruite** vengono riportati i valori sia delle prestazioni intermedie fruite che erogate.

Nell'area di intervento **indicatori relativi l'utilizzo e l'assorbimento delle risorse** vengono riportati i costi dei prodotti farmaceutici, dei dispositivi e delle unità di personale (personale medico e comparto) per punto DRG.

INDICATORI RELATIVI L'UTILIZZO E L'ASSORBIMENTO DELLE RISORSE

costo prodotti farmaceutici per punto DRG
Costo dispositivi per punto DRG
punti DRG per unità di personale medico
punti DRG per unità di personale

Pertanto, lo scopo che persegue il Governo integrato per lo Sviluppo Strategico, è quello di:

- implementare e realizzare un sistema di reporting aziendale che integri le peculiarità del **governo clinico organizzativo** con quelle del **governo economico**;
- elaborare i dati raccolti per alimentare un sistema articolato di "cruscotti" di monitoraggio sintetici;
- supportare la Direzione Generale nelle attività di pianificazione e di valutazione;

- fornire alle UU.OO. informazioni comparative utili per avviare momenti di riflessione sulla ricerca di modalità di impiego efficiente ed efficace delle risorse;
- garantire un sistematico benchmarking su tutti i livelli organizzativi aziendali.

Di seguito viene riportato a titolo esemplificativo stralcio del **“Cruscotto delle Performance Aziendali e Dipartimentali delle aree ospedaliere”** che l'Azienda aggiorna trimestralmente per i diversi livelli organizzativi: Aziendale, Dipartimentale e di Unità Operativa.

Il **Cruscotto delle Performance**, completo ed integrato di tutte le elaborazioni aziendali per Dipartimento e per UO derivanti dal tracciato EMUR (vedi [Allegato 1](#)), viene inviato dallo Sviluppo Strategico Organizzativo trimestralmente a tutti i Direttori di Dipartimento, Direttori/Responsabili di UOC/UOSD.



CRUSCOTTO DELLE PERFORMANCE AZIENDALI E DIPARTIMENTALI DELLE AREE OSPEDALIERE		AZIENDALE							
		2012	2011	1° sem 2014	2014	Δ 2014 - 2013	1° sem 2015	Δ 1° sem 2015	Precons. 2015
	POSTI LETTO ordinari		933		919				138
	POSTI LETTO Day Hospital		136		126				136
	POSTI LETTO Tecnici		69		91				59
SCHEDA 1	Valore della produzione	€ 251.427.874	€ 251.874.640	€ 1.0.176.092	€ 229.269.391	€ 3.971.880	€ 109.192.814	-€ 6.596.242	€ 211.545.289
	Valore dei ricoveri erogati	€ 251.427.874	€ 166.042.277	€ 76.217.567	€ 159.569.495	€ 7.031.782	€ 76.846.419	-€ 5.771.488	€ 141.235.199
	Valore specialistico ambulatoriale		€ 43.1.0.235	€ 22.202.081	€ 44.101.091	€ 3.281.748	€ 26.988.436	-€ 1.212.555	€ 41.525.773
	Valore prestazioni intermedie erogate		€ 22.7.5.558	€ 1.157.379	€ 36.191.691	€ 1.771.041	€ 11.357.373	€ 0	€ 21.281.357
	Costi diretti variabili	€ 74.119.980	€ 98.742.268	€ 11.793.196	€ 106.167.591	€ 1.401.355	€ 46.004.347	-€ 2.786.843	€ 103.458.611
	Consumo di beni sanitari	€ 71.475.297	€ 14.4.3.591	€ 7.335.158	€ 79.184.464	€ 4.370.873	€ 36.068.364	€ 125.216	€ 76.885.209
	prestazioni farmaceutiche ed erodimenti	€ 21.120.000	€ 20.838.612	€ 11.585.066	€ 22.771.851	€ 2.614.792	€ 11.492.627	-€ 104.444	€ 21.215.275
	dispositivi medici	€ 50.365.415	€ 49.411.233	€ 24.509.660	€ 51.590.065	€ 2.108.822	€ 25.180.000	€ 671.423	€ 51.829.100
	altri beni sanitari	€ 1.989.792	€ 4.245.749	€ 1.842.432	€ 4.221.042	€ 77.296	€ 1.427.608	€ 817.744	€ 1.925.200
	Consumo di beni non sanitari	€ 1.644.723	€ 2.612.659	€ 1.167.000	€ 2.137.101	€ 231.450	€ 386.258	-€ 238.753	€ 1.822.003
	Prestazioni intermedie finite		€ 22.7.5.558	€ 1.2.688.197	€ 34.346.176	€ 1.338.218	€ 10.037.702	-€ 1.680.438	€ 23.666.512
	Primo margine	€ 91.307.894	€ 152.142.238	€ 16.398.673	€ 122.155.495	€ 8.061.741	€ 54.188.477	-€ 1.198.236	€ 121.985.279
	Altri costi diretti (Personale D+Conto)		€ 237.569.818	€ 107.129.529	€ 215.142.171	€ 7.571.355	€ 100.899.799	€ 261.267	€ 225.151.132
	Secondo margine	€ 38.107.884	€ 75.477.580	€ 4.742.856	€ 61.486.681	€ 13.971.162	€ 11.202.320	-€ 4.409.463	€ 119.984.764
INDICATORI DI ATTIVITÀ - RICOVERI ORDINARI									
INDICATORI	Numero dimissioni ricoveri ordinari	42.290	41.870	19.222	19.899	-1.033	19.290	74	€ 38.762
	Numero ricoveri di P.S.		26.491	12.611	21.801	2167	11.927	323	24.468
	Peso medio ricoveri ordinari	122	1,04	1,05	1,04	0,02	1,05	0,02	1,05
	Densità media (esclusa dip. 38, 56, 60, 75)	730	7,30	8,10	7,58	0,20	7,30	-0,30	7,30
	% DRG chirurgici	30,90%	31,70%	32,20%	32,10%	0,40%	32,40%	0,20%	32,40%
	Casi DRG USA ad alto rischio di inappropriatezza	4.703	9.245	1.999	3.413	847	1.537	-452	1.154
	% DRG LEA ad alto rischio di inappropriatezza	12,20%	10,20%	10,30%	8,00%	-1,00%	7,00%	-1,00%	7,00%
	% DRG LEA ad alto rischio di inappropriatezza di P.S.	11,30%	11,30%	8,90%	1,30%	-1,30%	7,10%	-1,30%	7,10%
	% ricoveri programmati	16,00%	16,00%	37,80%	34,80%	-11,20%	28,70%	-1,10%	28,70%
	% ricoveri urgenti	51,80%	52,90%	61,90%	55,10%	12,20%	71,00%	1,10%	71,00%
	Numero dimissioni protette	34	74	412	876	572	441	24	882
INDICATORI DI ATTIVITÀ - RICOVERI DIURNI									
INDICATORI	Numero dimissioni ricoveri diurni	15.283	5.594	5.715	13.775	1.918	4.282	-1.432	8.254
	Peso medio ricoveri diurni	0,27	0,19	0,19	0,19	0	0,17	-0,02	0,17
	Accessi medi ricoveri diurni	1,5	1,5	2,0	1,7	0,1	1,6	-0,1	1,6
	% Day Surgery	59,80%	61,30%	77,00%	60,60%	0,90%	72,50%	-1,50%	72,50%
PREVENIENZA DEI PAZIENTI RICOVERATI E MOBILITÀ									
INDICATORI	Numero ricoveri erogati a residenti della ASL	42.800	42.601	19.089	19.911	1.850	17.089	-1.214	15.099
	% ricoveri erogati a residenti ASL	74,00%	74,10%	76,20%	74,00%	0,20%	75,00%	-0,20%	75,00%
	Numero di ricoveri erogati in mobilità attiva intra-regionale	10.511	10.563	4.194	9.488	-680	4.052	-282	8.334
	% di ricoveri erogati in mobilità attiva intra-regionale	18,90%	18,90%	17,30%	18,50%	-0,30%	17,10%	-0,20%	17,10%
	Numero di ricoveri erogati in mobilità attiva extra-regionale	4.483	4.499	1.619	4.090	-771	1.059	-72	1.112
	% ricoveri erogati in mobilità attiva extra-regionale	7,70%	7,70%	8,50%	7,50%	0,20%	7,00%	-0,50%	7,00%
NUMERO DI RICOVERI EROGATI TOTALI									
INDICATORI	% DI RICOVERI EROGATI TOTALI	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE									
INDICATORI	numero di prestazioni specialistica ambulatoriale erogate		3.412.208	1.783.866	3.165.731	1.61479	1.947.697	169.824	3.895.376
	valore economico prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate		€ 51.5.310	€ 2.200.002	€ 4.401.301	€ 1.201.748	€ 26.988.436	€ 1.212.556	€ 41.870.812
PRESTAZIONI INTERMEDIE EROGATE E FINITE									
INDICATORI	valore prestazioni intermedie finite		€ 22.7.5.558	€ 2.033.080	€ 34.346.176	€ 1.338.218	€ 10.037.702	€ 3.928.326	€ 21.085.123
	valore prestazioni intermedie erogate		€ 22.7.5.558	€ 1.157.379	€ 36.191.691	€ 1.771.041	€ 11.357.373	€ 1.017.824	€ 22.715.153
INDICATORI RELATIVI UTILIZZO E L'ASSORBITO DELLE RISORSE									
INDICATORI	costo prodotto farmaceutici per punto DRG	€ 62,2	€ 60,7	€ 44,6	€ 10,0	€ 7,9	€ 1.270,10	€ 123,50	€ 1.270,10
	Costo dispositivi per punto DRG	€ 31,7	€ 80,7	€ 98,9	€ 98,9	€ 18,09	€ 1.077,10	€ 33,00	€ 1.077,10
	punti DRG per unità di personale medico	50,3	51,4	22,8	48,3	2,83	21,10	-2,50	42,80
	punti DRG per unità di personale infermieristico	21,3	21,9	13,4	27,1	1,91	12,10	-1,30	28,50

2.3 Il Processo di Budget nel P.I.S.S.O.

La logica seguita dall'Azienda di creare e consolidare un sistema integrato viene seguita e messa in atto anche attraverso il processo di Budget. La scheda di Budget è articolata in 4 macro aree:

1. Aziendale
2. Dipartimentale
3. Unità Operativa
4. Sviluppo Organizzativo

che identificano rispettivamente il contributo strategico richiesto ad ogni UO nell'ottica di miglioramento continuo delle macroaree stesse. Di seguito si riporta a titolo esemplificativo una scheda di Budget:

Obiettivi Budget 2014			Centro di negoziazione:				
			Direttore:				
			anno 2013	anno 2014			
Tip. Obv	Obiettivo	Indicatore	Consuntivo	Valore Atteso	Proposta Unità Operativa	Valore rinegoziato	Punteggio assegnato
Aziendale	Miglioramento contributo dell'unità operativa all'equilibrio economico dell'Azienda	Primo Margine Scheda M.O.L					
Dipartimentale	Contenimento costo Spesa Farmaceutica	Spesa farmaceutica					
	Contenimento costo dispositivi medici	Spesa dispositivi medici					
Unità Operativa	Contenimento costo dispositivi medici per punto DRGs	Spesa dispositivi medici per Punto DRGs					
	Miglioramento degli indici di performance della unità operativa	Diminuzione DRG LEA Inappropriati					
		Aumento /Mantenimento PM DRGs					
	Compilazione Cartella Clinica	Corretta compilazione cartella clinica					
	Compilazione check list sala operatoria in rispetto manuale ministeriale sicurezza in sala operatoria	N. check list compilate correttamente/ N. interventi chirurgici mediante relazione del Risk Management					
	Corretta pianificazione sale operatorie	Congruenza piano settimanale delle sedute operatorie con lista giornaliera					
	Corretta compilazione registro operatorio informatizzato	N. verbali informatizzati/ N. interventi					
	Realizzazione di un progetto condiviso con la geriatria di Ortogeriatría	Realizzazione e condivisione Progetto					
Sviluppo organizzativo	Compilazione schede di addestramento	N. schede compilate / N. schede totali					
	Valutazione delle performance-comparto	N° indagini di customer satisfaction nel II semestre 2014					
		Scheda neo assunti: accoglienza, allocazione, inserimento e sicurezza (D. Lgs. 81/2008)					
		Scheda di complessità assistenziale					

Per quanto concerne la macro area **Aziendale**, con tutte le unità operative viene negoziato l'obiettivo strategico riferito al *"Miglioramento contributo dell'unità operativa all'equilibrio economico dell'Azienda"*, misurato con il Primo Margine Operativo Lordo che è dato dalla differenza tra il valore virtuale della produzione (calcolato come prodotto tra il numero dei ricoveri e il rispettivo valore DRG) e i costi diretti variabili (consumo di beni sanitari che comprende la spesa per prodotti farmaceutici, dispositivi e non).

Tale obiettivo ha il fine di stimolare il continuo miglioramento dell'Unità Operativa nei confronti della propria capacità di diventare più efficiente sotto tutti i punti di vista. La consapevolezza e la capacità di come intervenire sul Governo Economico (seppur virtuale) della propria Unità Operativa favorisce la continua ricerca della giusta *"leva di intervento"* (ad esempio: aumentare il Peso Medio, diminuire la Degenza Media, contenere/diminuire la spesa farmaceutica e dispositivi, ecc.) oltre che la continua propensione al cambiamento e alla riorganizzazione dei processi. La scelta di negoziare il primo Margine Operativo Lordo (al netto dei costi del personale, sia dirigenti che comparto) trova fondamento nella necessità di poter, da parte del Direttore di struttura, avere più margini di intervento rendendo lo stesso obiettivo più sfidante.

Pertanto tale obiettivo, visto a livello di Dipartimento o di Azienda, esprime la capacità di remunerazione che le prestazioni erogate dal Dipartimento/Azienda hanno rispetto ai costi diretti sostenuti per erogare le stesse. È ovvio che tale indicatore permette alla Direzione di effettuare valutazioni di alto contenuto strategico.

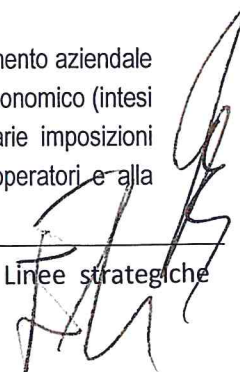
Nell'area **Dipartimentale** vengono negoziati obiettivi strategici che hanno valenza per tutte le Unità Operative afferenti al Dipartimento, ad esempio la riduzione della spesa farmaceutica e dispositivi medici o di altri obiettivi ritenuti ad alto contenuto strategico e pertanto trasversali. La negoziazione di ciascuna UO afferente al proprio Dipartimento, riguarda il valore conseguito dallo stesso nell'anno precedente e ha come obiettivo il valore che il Dipartimento deve garantire nell'anno in corso. Pertanto la valutazione del raggiungimento di tale obiettivo risulta essere la medesima per ciascuna UO afferente al Dipartimento a prescindere dal fatto che le singole UUOO abbiano singolarmente raggiunto o meno l'obiettivo all'interno della propria struttura. Tale scelta trova fondamento nell'esigenza di creare/rafforzare/consolidare continuamente il concetto di "squadra" o meglio di Azienda all'interno di un Sistema Sanitario Regionale e Nazionale che persegue, seppur su diversi livelli, i medesimi obiettivi.

Per meglio garantire tale concetto, a partire dal 2015 sono stati assegnati obiettivi dipartimentali anche di natura *interdipartimentali*, come ad esempio, l'obiettivo strategico dipartimentale assegnato al Dipartimento di Radiologia è stato quello di contribuire alla riduzione della Degenza Media aziendale in quanto le attività erogate dal Dipartimento in oggetto sono trasversali ed impattanti sulle attività di tutta l'Azienda.

Tale modalità operativa, non ha preso in considerazione solo l'area ospedaliera, ma nell'ottica di favorire il governo dell'integrazione ospedale territorio, ad esempio, per l'area territoriale, con i Distretti, sono stati negoziati obiettivi strategici volti a ridurre i ricoveri inappropriati, verso il Dipartimento Medico, transitati e valutati dal Pronto soccorso. Tali dati elaborati con il flusso EMUR sono parte integrante del **Cruscotto di Performance** ed hanno la peculiarità di stimolare costantemente *"l'azione di filtro"* che il territorio deve attuare, in modo preventivo, nei confronti dei pazienti fragili e cronici.

Nell'area **Unità Operativa** vengono negoziati obiettivi strategici che riguardano il miglioramento degli indici di performance della struttura di riferimento, oltre ad obiettivi specifici che riguardano ad esempio la riduzione della Degenza Media, l'aumento del Peso Medio, l'utilizzo e l'assorbimento delle risorse (contenimento del costo dispositivi medici per punto DRGs) ed indicatori che riguardano l'adeguamento alle disposizioni in materia di regimi di assistenza alternativa al ricovero, oltre che il livello di appropriatezza dei DRG e il rispetto di tutte le procedure atte a garantire la qualità dei percorsi clinico-assistenziale.

L'area di **Sviluppo Organizzativo**, introdotta nelle schede di Budget già nel 2011, consolida un orientamento aziendale per tutto il 2014 e il 2015 di porre l'accento e a perseguire obiettivi di natura non solo e prioritariamente di tipo economico (intesi come mera espressione del rispetto dei vincoli scaturenti dal rispetto del Piano di Risanamento o delle varie imposizioni ministeriali), ma anche e soprattutto obiettivi legati allo sviluppo delle professionalità, alla sicurezza degli operatori e alla



valutazione degli operatori del comparto, nel rispetto del più ampio documento di Programmazione **"Piano delle Performance"** inteso oltre termini di attività in termini di qualità percepita dall'utente.

2.3.1 Processo di Budget 2016-2018: Azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi

Il processo di Budget previsto per il triennio 2016-2018 segue l'impostazione logica descritta nel precedente paragrafo, ma comunque è tesa a porre in atto delle misure di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica dei flussi informativi.

Sulla base di quanto avviato nel 2015, e come richiesto dal DCA n.104 del 19 novembre 2015, per le annualità 2016-2018 il processo di Budget intende contribuire in maniera importante all'integrazione tra l'Ospedale ed il Territorio attivando una serie di obiettivi/indicatori di natura interdipartimentali e trasversali considerando nel particolare l'integrazione con una serie di flussi informativi con l'obiettivo di armonizzare e riconciliare i flussi di produzione oltre che i flussi di consumo (flussi dispositivi medici, consumi ospedalieri dei farmaci, distribuzione diretta dei farmaci rispetto ai flussi di rendicontazione economica, limitatamente ai flussi CO e DD, rispetto al flusso della tracciabilità del farmaco), i flussi EMUR e i flussi SIAD, ecc.

A tal riguardo partendo dal nuovo piano dei centri di rilevazione e dei centri di costo, che individua nell'ambito della struttura dell'ASL le unità organizzative rilevanti sotto il profilo delle informazioni contabili e gestionali, sarà funzionale al processo di Budget aziendale lo sviluppo del sistema di contabilità analitica, con la finalità specifica della produzione di informazioni sui costi e ricavi dell'intera organizzazione quale strumento di supporto alle scelte ed alle verifiche.

Ulteriore innovazione che si apporterà nell'area dello Sviluppo Organizzativo è quella riferita all'introduzione di meccanismi in grado di misurare l'*outcome* della struttura in oggetto al fine di rimodulare l'esito delle cure, oltre che misurare con apposite indagini di customer il livello di qualità percepita dall'utente al fine di integrare tali risultati della valutazione complessiva della struttura e di poter attivare tutte le azioni di feedback necessarie.

Inoltre, sarà l'introduzione del rispetto degli obiettivi e delle misure del Piano Anticorruzione oltre che del Piano della Trasparenza a cui ogni struttura è soggetta, nel rispetto del più ampio documento di Programmazione **"Piano delle Performance"**.

Pertanto a livello aziendale si sta assistendo ad un **processo di vero cambiamento strategico**, in cui i principali attori (direttori di dipartimento e direttori di UOC ecc,) costantemente supportati dalla funzione di staff Sviluppo Strategico Organizzativo, hanno la possibilità e l'opportunità, di consultare il suddetto **Cruscotto delle Performance** e reportistica trimestrale dell'andamento dell'UO, del Dipartimento e dell'Azienda. Al fine di attuare tutte le azioni correttive e di feedback che si ritiene di dover mettere in atto, il Direttore/Responsabile di struttura può attivare una serie di meccanismi correttivi che vanno dal semplice approfondimento delle cause che determinano le anomalie, all'utilizzo anche del meccanismo volto a ridisegnare l'organizzazione attesa della struttura esplicitando e richiedendo per ciascuno Dirigente un aggiornamento dell'incarico professionale attraverso il profilo atteso ideale. Nello stesso infatti si procedono a descrivere le responsabilità, le conoscenze, le competenze (*skills*) e le attitudini che ciascuno deve possedere, o meglio deve tendere a possedere. Il profilo atteso pertanto diventa parte integrante del processo strategico di assegnazione e graduazione degli incarichi interamente gestito dal Direttore/Responsabile di UOC/UOSD in sintonia con la Direzione, il Servizio delle Risorse Umane e lo Sviluppo Strategico.



*Pertanto nel rispetto del concetto **Strategia-Struttura**, la fase di assegnazione di tutti gli incarichi dirigenziali, riferite alle professionalità di tutte le Unità Operative Complesse dipartimentale ecc, gestita contemporaneamente alla fase di assegnazione e condivisione degli obiettivi di performance con le singole Unità Operative ha messo in luce un processo di cambiamento di rilevante natura strategica.*

2.4 Il sistema informativo direzionale nel P.I.S.S.O.

Il sistema informativo direzionale sul quale l'azienda sta investendo sia in termini di risorse che di attività, è alimentato a partire da archivi ponte sviluppati in corrispondenza delle diverse aree di rilevazione, la cui finalità è quella di procedere all'archiviazione ed alla storicizzazione delle informazioni di interesse per la funzione Programmazione e Controllo nell'ambito della attività del processo di budgeting svolto dallo Sviluppo Strategico aziendale.

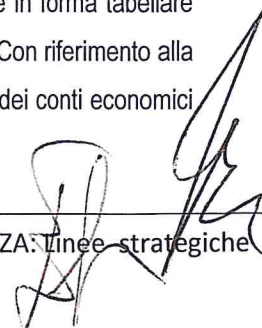
Il *sistema di reporting* che si sta implementando è lo strumento che consente di interrogare e visualizzare tali informazioni all'interno di reports ed analytics affinché possano costituire un efficace supporto ai processi decisionali dell'Azienda Sanitaria.

In particolare, le caratteristiche più importanti della Piattaforma Direzionale, possono essere così riassunte:

- consente l'interrogazione in tempo reale della base dati, permettendo al tempo stesso la realizzazione di report e cruscotti caratterizzati da un elevato livello di personalizzazione alimentati simultaneamente rispetto alla storicizzazione delle scritture di contabilità analitica;
- il principio di funzionamento dello strumento consente di sviluppare analisi caratterizzate da un elevato livello di navigabilità e di interattività da parte degli utenti, rendendo possibile il *drill down* istantaneo delle singole dimensioni di analisi da livelli aggregati fino al livello di massima granularità delle informazioni o l'esplorazione delle associazioni dirette ed indirette esistenti tra i dati;
- consente di sviluppare sistemi di misurazione delle performance e del grado di raggiungimento di obiettivi mediante il calcolo di *Key Performance Indicators* (KPI);
- il sistema di acquisizione delle informazioni ed elaborazione *in-memory* delle informazioni permette di acquisire ampi dataset ed interrogare in-memory report con tempi di attesa delle elaborazioni molto bassi;
- consente di sviluppare reports acquisendo contemporaneamente dati da diverse fonti informative e fornendo agli utenti la possibilità di integrare il sistema di reporting con informazioni di dettaglio non considerate all'interno del sistema di contabilità analitica.

Il sistema di analisi e reporting in fase di realizzazione mediante la apposita piattaforma, prevede la rappresentazione delle informazioni di interesse per la funzione programmazione e controllo mediante i seguenti strumenti di analisi:

Report tabellari standard: consentono la rappresentazione delle informazioni economiche e fisico tecniche in forma tabellare navigabili interattivamente dagli utenti agendo su parametri di selezione e filtro preventivamente definiti. Con riferimento alla contabilità analitica, una classica applicazione di report tabellare è quella relativa alla rappresentazione dei conti economici



gestionali, in cui è possibile analizzare il comportamento di costi e ricavi selezionando il livello organizzativo e l'intervallo temporale desiderato;

Tabelle e grafici pivot: la differenza rispetto alla precedente tipologia risiede nella possibilità di navigare i dati considerati nelle tabelle lungo dimensioni di analisi predefinite fino al massimo livello di granularità delle stesse. Una possibile applicazione di tale tipologia di analisi è rappresentata dalla possibilità di entrare nel dettaglio di una specifica voce di costo/ricavo, analizzando la composizione dei costi per i livelli profondità che caratterizzano il piano dei fattori produttivi, senza la necessità di costruire nuovi report;

Cruscotti: tali strumenti generalmente sono oggetti composti da elementi grafici e tabellari tra loro correlati. Mediante tali analisi è possibile rappresentare le grandezze oggetto di indagine in maniera sintetica e con il supporto di strumenti grafici, mappe, tabelle ed altri elementi in grado di interagire tra loro;

Modelli KPI: consentono la configurazione e gestione di modelli di indicatori impostando soglie e politiche di allarme, definire modelli gerarchici di indicatori, anche differenziati per strutture organizzativa e con relativa attribuzione di obiettivi e target.

Pertanto, oltre alla possibilità di realizzare un sistema per la gestione della reportistica di routine, la Piattaforma Direzionale è in grado di soddisfare tutte le esigenze analitiche di una Azienda Sanitaria, permettendo di individuare – ed attivare in una logica progressiva, raccordata alle effettive esigenze aziendali – gli strumenti ogni volta più adatti agli scopi informativi che ci si propone.

Nelle figure seguenti sono riportati alcuni esempi di report e cruscotti realizzati mediante la Piattaforma.

CONTO ECONOMICO SINTETICO

Analisi dei costi e dei ricavi di produzione

Dipartimento: Dipartimento Chirurgico

Fattore Produttivo	Anno 2012	Anno 2013	Δ %
Valore della produzione	€ 45.437.102	€ 51.081.332	12%
Valore dell'assistenza sanitaria erogata a residenti (da valorizzazione)	€ 34.188.265	€ 37.852.159	11%
Valore per Ricoveri Ordinari erogati a residenti	€ 29.944.421	€ 31.956.593	7%
Valore per Ricoveri Diurni erogati a residenti	€ 4.243.844	€ 5.895.566	39%
Valore dell'assistenza sanitaria erogata a non residenti (da valorizzazione)	€ 11.289.597	€ 13.265.797	18%
Valore per Ricoveri Ordinari erogati extra Regione	€ 5.111.729	€ 6.045.122	18%
Valore per Ricoveri Diurni erogati extra Regione	€ 1.390.946	€ 2.063.000	48%
Valore per Ricoveri Ordinari erogati extra Regione	€ 4.228.753	€ 4.483.199	6%
Valore per Ricoveri Diurni erogati extra Regione	€ 558.169	€ 674.476	21%
Costo della produzione	€ 81.599.505	€ 82.561.186	1%
Consumo di beni sanitari	€ 22.467.801	€ 20.740.513	-8%
Consumo Altri beni e prodotti sanitari	€ 7.994	€ 5.925	-25%
Consumo prodotti chimici	€ 174	€ 179	3%
Consumo materiali per la profilassi	€ 508	€ 309	-39%
Consumo prodotti dietetici	€ 118	€ 63	-47%
Consumo dispositivi diagnostici in vitro	€ 6.555	€ 4.802	-27%
Consumo materiali per dialisi	€ 13.543	€ 9.820	-27%
Consumo protesi	€ 8.763.267	€ 8.469.665	-3%
Consumi strumentario chirurgico non costituito da immobilizzazioni	€ 12.740.471	€ 11.458.209	-10%
Consumo emodermivasi con AIC	€ 82.115	€ 27.912	-66%
Consumo soluzioni infusionali con AIC	€ 32.489	€ 30.080	-7%
Consumo medicinali con AIC	€ 815.657	€ 733.509	-10%
Consumo di beni non sanitari	€ 152.614	€ 83.860	-45%
Costo del personale dipendente (da rilevazioni di Co.FP)	€ 58.979.609	€ 61.736.813	5%
Costo Personale dirigente ruolo sanitario	€ 21.623.832	€ 22.898.304	6%
Costo Personale del comparto ruolo sanitario	€ 32.644.675	€ 34.568.819	6%
Costo Personale dirigente ruolo tecnico	€ 2.087.788	€ 1.667.824	-20%
Costo Personale del comparto ruolo tecnico	€ 2.622.795	€ 2.601.687	-1%
Margine Operativo Lordo	€ 36.162.403	€ 31.479.834	13%

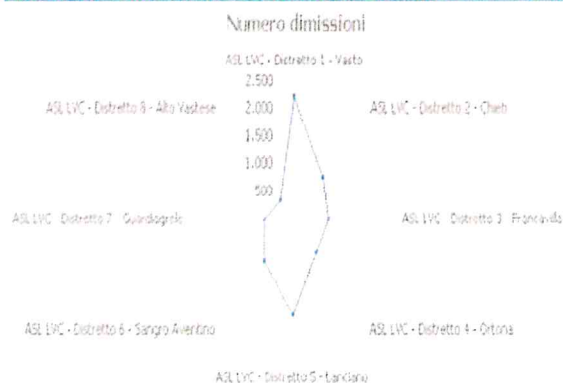
strategiche

RICOVERI

Analisi dei bacini di provenienza dei pazienti

Dipartimento: Dipartimento Chirurgico

Provenienza pazienti residenti nel territorio dell'Azienda sanitaria

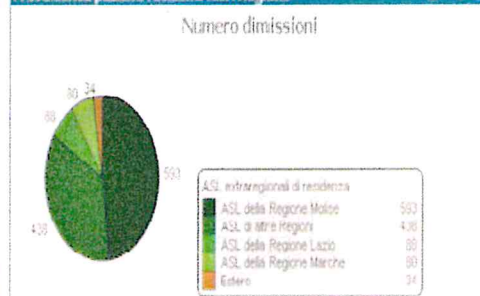


Distretto di residenza	Dimissioni
ASL LVC - Distretto 1 - Vasto	2.226
ASL LVC - Distretto 5 - Lanciano	1.756
ASL LVC - Distretto 6 - Sangro	1.181
ASL LVC - Distretto 2 - Chieti	1.036
ASL LVC - Distretto 3 - Francavilla	923
ASL LVC - Distretto 4 - Ortona	878
ASL LVC - Distretto 7 - Guardafiume	767
ASL LVC - Distretto 8 - Aliphanese	472

Provenienza pazienti residenti nelle altre ASL della Regione



Provenienza pazienti residenti fuori Regione



2.5 La Valorizzazione delle professionalità e la Valutazione delle performance del personale

Nel nuovo assetto di governance, risultano particolarmente rilevanti lo sviluppo di logiche e strumenti di valorizzazione e valutazione del personale, improntati a criteri di trasparenza e di valorizzazione del merito.

In stretta connessione con il **Sistema di Valutazione aziendale delle performance**, la formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, la crescita e l'effettivo sviluppo delle competenze.

L'Azienda sostiene ulteriormente il percorso avviato volto ad orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano alla diffusione di nuove tecniche, metodiche e attitudini da valutare attraverso la **Scheda di Addestramento**, ovvero lo strumento che consente ad un responsabile di Unità Operativa di definire gli obiettivi di crescita delle competenze tecniche e professionali dei suoi collaboratori e di attivare un sistema di monitoraggio del loro grado di raggiungimento.

L'attuazione del sistema descritto è oggetto di specifica pianificazione aziendale. A tal fine l'Azienda si dota di un Piano Formativo Aziendale costruito sulla base di una sistematica rilevazione dei fabbisogni formativi.

2.5.1 Gli strumenti utilizzati per il governo dello sviluppo professionale nei diversi livelli organizzativi (Dipartimenti e UOC ecc)

In riferimento ai diversi livelli organizzativi evidenziati nell'organigramma aziendale la Direzione Strategica ha avviato un processo di cambiamento e di valorizzazione delle professionalità molto ben articolato.

In particolare per i Direttori di Dipartimento sono stati utilizzati dei contratti articolati con dei progetti speciali di innovazione con la relativa declinazione del progetto in obiettivi riferiti ai primi 12 mesi della sottoscrizione del contratto e ai successivi mesi fino alla scadenza. Inoltre per ogni progetto speciale d'innovazione dipartimentale è stato chiesto ai direttori di dipartimento di nominare un **RUR** (Responsabile unico di Risultato).

Il Responsabile Unico di Risultato è colui che, conscio della rilevanza strategica che ogni singolo progetto ha all'interno del disegno strategico aziendale, ha il mandato di facilitatore dell'organizzazione affinché la gestione delle quotidiane problematiche si correlino in maniera efficace e funzionale alle tempistiche aziendali e, pertanto, è colui che si deve interfacciare e coordinare con le diverse UO interessate al processo in atto.

Pertanto, il RUR dovrà gestire gli elementi critici per lo sviluppo della progettualità strategica che di norma sono i seguenti:

- esigenza di garantire la giusta attenzione al problema del risultato finale;
- esigenza di governare il fattore tempo;
- esigenza di coordinamento tra i diversi attori coinvolti nelle progettualità;
- esigenza di gestire le fasi delle progettualità di rilevanza strategica come fasi di un unico processo

Si precisa che il RUR del progetto, è stato delegato con pieni poteri a rapportarsi con tutte le UU.OO dell'Azienda per la realizzazione di quanto necessario al raggiungimento dell'obiettivo. Lo stesso RUR dovrà pertanto segnalare tempestivamente al Direttore di Dipartimento e/o alla Direzione Generale, ogni difficoltà operativa generata da qualsiasi ufficio o unità organizzativa dell'Azienda.

L'affiancamento delle attività dei Direttori di Dipartimento è stato affidato alle funzioni di Staff, inoltre il monitoraggio delle progettualità dipartimentali e dei diversi RUR è stato affidato alla funzione di Staff dello Sviluppo Organizzativo Strategico.

In analogia, nelle UOC, per tutti i contratti di direzione di struttura complessa che sono stati conferiti e/o riconfermati, l'incarico quinquennale contiene come allegato del contratto un Profilo di Ruolo di Direttore di UOC del tutto innovativo.

Lo stesso è riferito alle principali responsabilità e i correlati comportamenti attesi connessi con l'incarico ed articolati nelle schede allegato al contratto, ciascuna riferita ad una diversa area di contenuto.

SK 1) AREA GESTIONE DELLA LEADERSHIP

SK 2) AREA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO E DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO:

Politiche e strategie Gestione delle risorse delle alleanze

SK 3) AREA GESTIONE DELLE ATTIVITA', DEI RISULTATI E DELLA QUALITA'

SK 4) AREA GESTIONE E SVILUPPO DEL PERSONALE

L'introduzione di queste tipologie di aspettative da parte dell'Azienda verso i propri Direttori, fa sì che si inneschi e consolidi nel tempo un processo di cambiamento strategico del tutto innovativo e qualificante e al passo con i tempi e le esigenze continue di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Anche in questo caso, il supporto continuo degli attori è fondamentale; questa funzione così come quella della stesura dei Profili attesi e l'affiancamento dei Direttori è stato avviato dalla Direzione Generale e poi affidato alla funzione di Staff Sviluppo Organizzativo Strategico oltre che a tutte le altre funzioni di staff.

2.5.2 La Valorizzazione delle professionalità: la procedura dell'assegnazione e la graduazione degli incarichi (dirigenza e comparto)

Come già anticipato precedentemente e coerentemente con gli strumenti di Corporate Governance (Budget, Standard di Servizio, gestione per processi) la valorizzazione delle professionalità presenti in Azienda rappresenta un tassello fondamentale non solo nella creazione dell'identità aziendale, ma anche nel più generale processo di crescita e modernizzazione dell'Azienda. L'Asl2Abruzzo ha circa 5000 dipendenti, tuttavia per quanto riguarda il personale va sottolineato in premessa come ci siano dei non trascurabili vincoli economici e operativi che si possono riscontrare nelle diverse disposizioni regionali, commissariali e ministeriali.

Il processo di cambiamento passa attraverso la definizione e la riorganizzazione di tutte le strutture organizzative (riorganizzazione e definizione di nuovi organigrammi per tutte le UO) e l'attribuzione dei nuovi incarichi a tutto il personale dirigente e del comparto, ridefinendo con loro ruolo-funzioni in relazioni al modello di performance atteso dall'azienda.

Le realtà ereditate dalle due ex aziende in merito all'utilizzo dello strumento del sistema della graduazione degli incarichi era alquanto difforme, in particolare nelle due aziende si registravano situazioni di forti squilibri in termini di utilizzo appropriato degli incarichi e di graduazione degli stessi.

Infatti mentre nella ex Asl di Chieti si registravano tanti incarichi di Struttura Semplice e incarichi professionali (scarsamente differenziati in termini di graduazione) nella ex Asl Lanciano Vasto oltre agli incarichi di Struttura Semplice erano previsti incarichi professionali apparentemente differenziati tra loro, in quanto molti definiti di "Alta Professionalità" ma in realtà non diversamente remunerati.

La Asl2Abruzzo pertanto si è trovata ad affrontare una situazione di totale disomogeneità, nonché a dare attuazione attraverso gli atti di programmazione aziendale (Atto aziendale delibera n 1460/2011 e Delibera 1445/2012 sul Riordino dei posti letto aziendali) alle direttive regionali e commissariali:

- Delibera Commissariale n 49/2012 (inviata ai direttori di dipartimento) sui criteri delle dotazioni organiche;
- Accordo Stato Regioni del 26 marzo 2012 "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN.

Secondo quest'ultimo le UOC Ospedaliere aziendali devono attestarsi a 62 (dalle precedenti 100), le UOC Non Ospedaliere aziendali devono attestarsi a 43 (dalle precedenti 20) e le UOS, comprese le UOSD a livello aziendale non possono superare il numero massimo di circa 138 (dalle precedenti 280).

La totale disomogeneità rispetto agli standard andava sanata e riorganizzata, utilizzando al meglio le risorse per la parte variabile di posizione cercando di creare così un sistema articolato e differenziato che permettesse allo stesso tempo sia di:

- riorganizzare le attività sanitarie aziendali secondo il criterio di quello che serve alla UOC per crescere e sviluppare se stessa, il Dipartimento e quindi l'Azienda stessa;
- sia di motivare le diverse professionalità verso l'identificazione di una propria vocazione professionale;
- sia di creare i presupposti per l'Azienda di rispettare i vincoli derivanti dal sopra citato Accordo Stato regioni del 26 marzo 2012.

Il regolamento predisposto dall'Azienda per la graduazione degli incarichi pertanto disciplina le procedure per la determinazione della graduazione delle funzioni dirigenziali, cui è correlato il trattamento economico di parte variabile, dell'area della Dirigenza Medica e Veterinaria e dell'Area della Dirigenza Sanitaria non Medica sulla base delle previsioni di cui all'art. 51 del CCNL 05/12/1996, con le integrazioni di cui all'art. 26 del CCNL 08/06/2000 e all'art. 6 del CCNL 17/10/2008.

Esso è finalizzato a valorizzare tutti gli incarichi dirigenziali (circa 1000 incarichi aziendali) e ad evidenziare il contributo professionale richiesto a ciascun dirigente nel garantire l'omogeneità e la qualità dei processi all'interno delle strutture.

Diversi sono stati i momenti di innovazione e di cambiamento rilevati nel corso del complesso processo di assegnazione degli incarichi.

Il primo elemento di innovazione strategica è determinato dalla **individuazione di diverse tipologie/natura di incarico** cui corrispondono diversi livelli di graduazione degli incarichi di natura professionale, gli stessi da sempre erano stati considerati meno qualificanti e meno prestigiosi rispetto ad un incarico di tipo gestionale.



Al fine di spingere i singoli Direttori di UOC ad orientare la gestione e l'organizzazione della UOC verso modelli che sostengono le alte professionalità/specializzazione, l'innovazione dettata dall'orientamento aziendale è propria quella di rendere uguale (o simbolicamente superiore), a livello economico, l'incarico di Alta Professionalità all'incarico gestionale di UOS.

Gli incarichi dirigenziali, pertanto, hanno contenuto professionale o gestionale. In base alla distinzione (professionale gestionale) vengono individuate le seguenti tipologie di incarichi, ai sensi dell'art.27, comma 1, del CCNL 08/06/2000, con le corrispondenti fasce economiche:

- Fascia "A": incarichi a valenza gestionale di Direttore di struttura complessa;
- Fascia "AB": incarichi a valenza gestionale di Responsabile di struttura semplice dipartimentale;
- Fascia "B": incarichi a valenza gestionale di Responsabile di struttura semplice;
- Fascia "C": incarichi dirigenziali di tipo professionale:
 - Fascia "C1"- incarico di alta specializzazione a valenza aziendale
 - Fascia "C2"- incarico di alta specializzazione
 - Fascia "C3"- incarico di medio-alta professionalità
 - Fascia "C4"- incarico professionale qualificato.
 -
- Fascia "D": incarichi dirigenziali di tipo professionale di base.

*Il secondo elemento di innovazione strategica riguarda la **condivisione e il livello di trasparenza del processo**.*

A tal fine sono stati chiamati in riunione con la Direzione e con il Responsabile dello Sviluppo Strategico tutti i Direttori dei Dipartimenti con tutti i Direttori/Responsabili di UOC/UOSD al fine di presentare loro un documento esplicativo della metodologia da seguire, i criteri, il format e le "regole" per ridefinire l'organizzazione della propria UOC e presentare i diversi profili attesi ideali per ciascun livello organizzativo individuato.

*Il terzo elemento di innovazione strategica riguarda il **concetto di Strategia- Struttura**.*

L'ipotesi classica della preminenza del disegno strategico risale a Chandler: secondo tale Autore la struttura organizzativa di un'impresa è determinata dalle scelte strategiche ("structure follows strategy") nel senso che la forma organizzativa segue la strategia di sviluppo perseguita dall'impresa.

La struttura organizzativa è individuata da Chandler quale strumento di attuazione delle strategie, dal momento che su di queste deve essere modellato il disegno organizzativo.

Pertanto, a conclusione di questo lungo e complesso processo di confronto che è si protratto per oltre 2 mesi, si è arrivati a definire una mappatura aziendale e un disegno organizzativo di tutte le UOC e di tutti i livelli organizzativi più possibile coerente con la strategia aziendale e con gli Standard di servizio dei diversi dipartimenti, (vedi Piano delle Performance aziendale e strumenti programmatici aziendali, regionali/commissariali).

Per gli incarichi del comparto (amministrativi, sanitari) specularmente a quelli dirigenziali, si è proceduti a seguire la stessa logica creando una graduazione economica delle Posizioni Organizzative invitando i diversi responsabili di UOC a disegnare o ridisegnare un organigramma della struttura, ripensando in chiave innovativa le proprie attività definendo il profilo atteso di ogni posizione organizzativa con l'ausilio dello stesso format aziendale descritto in precedenza.



2.5.3 La Valorizzazione delle professionalità: Il Sistema di Valutazione del personale

L'ultimo tassello di questo processo di cambiamento, ovviamente è legato al Sistema di Valutazione del personale, che pertanto, rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove il senso di appartenenza di ogni persona in coerenza con il ruolo e gli obiettivi da perseguire.

Il Sistema di Valutazione del personale è di fatto il terminale di altri meccanismi operativi, quali ad esempio, il Processo di Budget, il Governo Clinico e l'Audit Clinico. È indispensabile, pertanto, una costante manutenzione dei meccanismi a monte del processo di valutazione affinché il sistema di valutazione possa svolgere la funzione di orientamento e motivazione delle risorse umane nonché la funzione di stimolo al miglioramento continuo.

La valutazione, infatti, deve poggiare su informazioni quanto più possibile oggettive e messe a disposizione dagli staff aziendali a ciò deputati allo scopo di:

- creare consapevolezza;
- coinvolgere i professionisti;
- affidare a ciascuno un ruolo preciso;
- definire un piano di miglioramento continuo.

La valutazione dei risultati gestionali conseguiti è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri. Alla valutazione dei risultati di gestione ed alla valutazione della performance individuale sono collegati il sistema premiante aziendale, nelle modalità e sulla base dei principi generali e i criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e dagli accordi aziendali, nonché il sistema degli incarichi dirigenziali.

Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto si basa su un modello definito e formalizzato con specifico Regolamento, a seguito di accordo con le rappresentanze dei lavoratori, in modo coerente con quanto definito dal Decreto Lgs. N.150/2009.

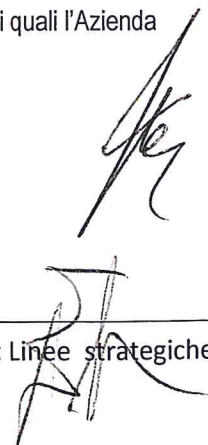
Inoltre, per il 2016-2018 in linea con gli incarichi professionali contrattualmente già assegnati alle singole unità di personale delle singole UUOO, l'Azienda sta perfezionando meccanismi di valutazione della Performance basati su indicatori specifici relativi: alle quantità di prestazioni erogate, oltre che agli esiti delle cure, e al livello di soddisfazione dei pazienti attraverso apposite indagini di customer realizzate ed inserite quali obiettivi strategici del processo di Budget.

Strettamente collegata al Sistema di Valutazione aziendale, la formazione del personale è finalizzata a promuovere la valorizzazione, crescita ed effettivo sviluppo delle competenze.

L'Azienda infatti intende orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano all'acquisizione di nuove tecniche, metodiche e manualità da misurare attraverso la Scheda di Addestramento e che siano coerenti con il profilo atteso definito nel disegno organizzativo di singola UOC.

L'attività di aggiornamento e formazione non si esaurisce però, in una sequenza, anche organizzata, di momenti puntuali di acquisizione di conoscenze o competenze ma, piuttosto, è da intendere come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa.

Il Sistema di Valutazione del personale, pertanto, rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove il senso di appartenenza di ogni persona, in coerenza con il ruolo e gli obiettivi da perseguire.



2.6 Il sistema di controllo e la procedura aziendale sulla documentazione clinica (SDO e Cartelle cliniche) nel P.I.S.S.O.

Lo sviluppo dell'obiettivo precedentemente evidenziato, tuttavia, è condizionato dall'avvio di un parallelo ed altrettanto impegnativo processo di cambiamento che, anche in questo caso, coinvolge tutte le Unità Operative oltre alle Direzioni Mediche di Presidio che le Unità di Staff.

A sostegno del Percorso Integrato di Sviluppo Strategico Organizzativo, l'Azienda è impegnata in una forte azione di controllo-addestramento del personale verso un'adeguata compilazione della documentazione clinica atta a produrre ed ottimizzare la qualità dei dati e quindi dei Flussi.

È necessario, affinché sia possibile disporre di informazioni a livello aziendale, che ogni Unità Operativa sia dotata di procedure/strumenti/competenze e sistemi di controllo di base per gestire l'insieme della documentazione clinica (cartella clinica e Sdo) di unità operativa che alimenterà il Sistema Informativo Direzionale atto a produrre documentazione di supporto ai processi decisionali.

In particolare l'Azienda è impegnata ad evidenziare il reale iter diagnostico/terapeutico del paziente, le risorse impiegate, il valore delle prestazioni oltre che voler fornire indicazioni utili per il management aziendale da utilizzare in fase di programmazione strategica. A tal proposito, viene promosso un nuovo sistema integrato di revisione cartella clinica e SDO.

Il processo si svolge in due fasi:

- A livello di Presidio Ospedaliero;
- A livello di Staff di Direzione Generale.

Le principali figure coinvolte per il processo sono le seguenti figure:

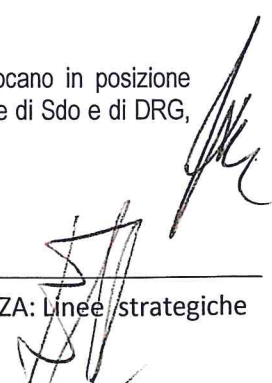
- a) Referente Sdo di UO;
- b) Direzione Medica di Presidio;
- c) Sistema informativo aziendale;
- d) Servizio qualità;
- e) UOC Valutazione Appropriatezza Prestazioni Sanitarie.

Inoltre è stata introdotta la figura di un referente SDO di Dipartimento con la funzione di seguire il trend della produzione, di condividere con il Direttore di Dipartimento ed i Direttori di UU.OO. la reportistica, di attivare azioni di miglioramento finalizzate a raggiungere gli obiettivi prefissati, di collaborare con le UU.OO. dipartimentali alla ricerca di soluzioni organizzative per migliorare l'appropriatezza.

Tra gli obiettivi, si colloca la piena applicazione del DCA 50/2011 "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate", relativamente alle soglie di ammissibilità, per ognuno dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di erogazione in regime ordinario, diurno ed ambulatoriale.

La **produzione ospedaliera** sarà ulteriormente sottoposta a controllo e quindi, rilevata, per i regimi:

- **ordinario e diurno** dal file ASDO;
- **percorsi ambulatoriali**, relativi ai 108 DRG (come descritti nel DCA n 50/2011) che si collocano in posizione intermedia tra il regime di ricovero e quello di specialistica ambulatoriale, con relativa produzione di Sdo e di DRG, dal file ASDAC come da apposito disciplinare tecnico del DCA 50/2011.



La **produzione di specialistica ambulatoriale (non ospedaliera)** sarà ulteriormente sottoposta a controllo e quindi, rilevata, tramite gli ordinari File C1 e C2.

Il sistema di controllo sulle cartelle cliniche, pertanto, ha una duplice finalità:

- Funge da attività di audit clinico, volto al miglioramento della qualità e a verificare l'aderenza ai percorsi clinico organizzativi aziendali e alle procedure sulla prevenzione del rischio clinico;
- Funge da funzione formativa per gli operatori sia sulla corretta codifica, ai sensi della normativa nazionale e regionale, che sulla corretta applicazione di protocolli e procedure.

La procedura messa in atto fa sì che, conclusa la compilazione della SDO, il flusso dati viene messo, entro il quindicesimo giorno del mese successivo, a disposizione del Sistema Informativo Aziendale che una volta verificata la completezza del file provvederà all'invio in Regione entro la fine del mese successivo a quello di riferimento. Appena dopo l'invio, il Sistema Informativo Aziendale mette il file ASDO aziendale in una repository comune a cui possono accedere le funzioni di staff (Sviluppo Strategico, VAPS, SQA, IOT, ...) per i controlli e l'estrazione dei dati utili all'azienda per il processo di Budget e di reportistica aziendale.

2.7 I Meccanismi Operativi a supporto della Governance

Parallelamente agli interventi sulla macro struttura organizzativa, il potenziamento dell'Assetto di Governance passa anche attraverso una serie di strumenti e meccanismi operativi, in particolare di Governo Clinico, su cui l'Azienda ha già investito nel recente passato.

Richiamato che non sono considerati dai Livelli Essenziali di Assistenza quei servizi e quelle prestazioni che:

- non soddisfano il principio dell'efficienza e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili;
- non raggiungono un adeguato rapporto tra costi e benefici;

L'Azienda intende adottare strategie finalizzate a integrare le metodologie e gli strumenti del Governo Clinico all'interno dei propri sistemi operativi aziendali (Programmazione budgetaria, Sistema Premiante, Valutazione dei dirigenti, Controllo di Gestione, Sistema Informativo), al fine di perseguire l'appropriatezza delle risposte assistenziali, il miglioramento della qualità dei servizi e il perseguimento dell'efficacia degli interventi unitamente al miglioramento dell'efficienza e al contenimento dei costi.

L'obiettivo di integrazione sopra descritto richiede, da una parte, il recepimento delle esigenze di miglioramento di tutte le strutture operative sanitarie e, dall'altra, un forte coordinamento fra gli Staff della Direzione Strategica, con lo scopo di costruire un ambiente direzionale integrato su tutte le prospettive di governo dell'Azienda.

Sulla base di tali scelte, la ASL intende rafforzare gli investimenti già effettuati in passato sugli strumenti di Governo Clinico, al fine di orientare i comportamenti professionali verso i reali bisogni dell'utenza. Il risultato atteso è il miglioramento complessivo degli esiti delle cure erogate da coniugare con un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

L'attività di Governo Clinico si realizza attraverso l'implementazione dei seguenti strumenti che identificano peraltro fasi logiche diverse del Ciclo di Programmazione e Controllo:

- lo Standard di Servizio;
- i Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi e le Reti cliniche;
- il Clinical Risk Management;
- l'Audit Clinico e dei Processi.



2.8 Lo Standard di Servizio

Lo Standard di Servizio è il documento strategico di Unità Operativa attraverso il quale le strutture aziendali concordano e dichiarano l'insieme delle linee di attività e, tra queste, quelle di rilevanza strategica che si caratterizzano in quanto «qualificanti» per il raggiungimento di elevati livelli di performance.

Sono definite come «qualificanti» quelle linee di attività che rendono riconoscibile ed apprezzata (internamente ed esternamente), nonché competitiva l'Unità Operativa. Su tali attività, quindi, l'Azienda intende far convergere le attenzioni principali, in termini gestionali, organizzative e professionali.

In sintesi, un'attività qualificante rappresenta un modello di risposta unitario, riconoscibile ed efficace ad un bisogno/domanda, caratterizzato da particolari livelli di competenza professionale e/o efficienza organizzativa e/o efficacia della prestazione (ossia descrive "ciò che si sa fare molto bene e possibilmente meglio di altri") oppure è espressione di un elevato valore strategico per l'Azienda.

E' opportuno che le attività qualificanti siano individuate dal Responsabile dell'Unità Operativa di riferimento attraverso un processo di forte condivisione con la propria équipe, in quanto presuppongono una forte identificazione con i criteri di qualità definiti. La scelta e revisione delle attività qualificanti è anche il risultato di un processo di negoziazione con la Direzione Aziendale, in quanto queste concorrono a definire il profilo strategico dell'Unità Operativa.

Lo Standard di Servizio per ciascuna attività qualificante individua gli indicatori di monitoraggio e le garanzie cliniche, organizzative, tecnologiche e di accessibilità, essenziali per consentire elevati livelli qualitativi e di efficienza. Può prevedere l'elaborazione di specifici percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi.

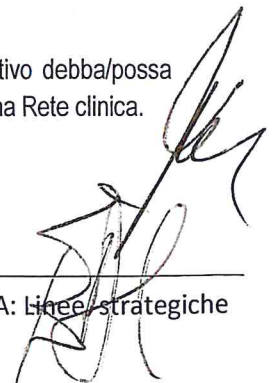
2.9 I Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi e le Reti cliniche

Le attività "qualificanti" individuate nello Standard di Servizio sono progressivamente oggetto di reingegnerizzazione in una logica di gestione per processi attraverso l'elaborazione di Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi e/o la costruzione di Reti cliniche.

In particolare, i Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi consentono:

- la condivisione delle scelte di diagnosi e cura tra tutti i professionisti (Comunità di pratica) che, in un'ottica di processo, devono garantire la risposta coordinata ad un bisogno sanitario ben individuato (ragionamento clinico) avvalendosi della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM);
- la riprogettazione dei percorsi organizzativi al fine di garantire un modello di risposta efficace e tempestivo in relazione allo stadio e alla gravità della malattia;
- una razionalizzazione nell'uso delle risorse aziendali ed in particolare nel ricorso agli accertamenti diagnostici secondo principi di appropriatezza;
- una mappatura dei fattori di Rischio Clinico specifici con un approccio proattivo;
- l'individuazione di indicatori di processo e di esito anche al fine del confronto con i relativi standard a livello nazionale e regionale.

Laddove l'erogazione di specifiche prestazioni nell'ambito di un Percorso clinico-assistenziale ed organizzativo debba/possa essere effettuato presso strutture diverse dell'Azienda dei servizi o presso altre Azienda regionali si configura una Rete clinica.



2.10 Il Clinical Risk Management

Contenuto centrale e qualificante del nuovo progetto strategico per la ASL Lanciano Vasto Chieti è rappresentato dal tema della sicurezza, quale prospettiva di analisi e valutazione dei processi in essere e quale criterio di reingegnerizzazione degli stessi.

La ASL intende quindi investire sul Clinical Risk Management, sulla qualità e sul Sistema di Gestione della Sicurezza (SGS) e della tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Pur nel rispetto delle specificità di ruoli e competenze che le norme attribuiscono al responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, ai Medici Competenti e al Clinical Risk Management, l'Azienda promuove una forte integrazione operativa tra queste funzioni al fine della identificazione, valutazione, eliminazione o riduzione dei rischi attuali e potenziali, sia per la sicurezza degli utenti, sia per la tutela della salute dei lavoratori.

2.11 L'Audit Clinico e dei Processi

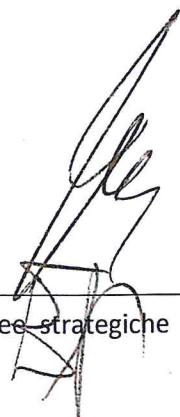
L'obiettivo di miglioramento continuo insito nell'attività di Governo Clinico, presuppone il ricorso a metodologie di Audit dei Processi.

Nella ASL Lanciano Vasto Chieti l'Audit Clinico e dei Processi si configura come attività di supporto alle Unità Operative ed è finalizzato a stimolare l'analisi e la valutazione degli scostamenti tra gli standard di riferimento e le performance cliniche rilevate attraverso il Sistema Informativo Sanitario ed ogni altra fonte informativa utile allo scopo.

L'attività di Audit è quindi finalizzata a individuare gli spazi di miglioramento e la loro formalizzazione in specifici progetti.



Capitolo 3. Le linee di intervento



1. Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA

1.1 Adeguamento del patrimonio strutturale sanitario con riferimento alla regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 19 marzo 2015

Con il D.M.19 marzo 2015 recante "Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002", pubblicato nella G.U. n.70 del 25 marzo 2015, sono stati introdotti aggiornamenti alla vigente regola tecnica di prevenzione incendi per tali strutture. Si tratta di aggiornamenti scaturiti dalla previsione dell'art. 6 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e riguardano:

- strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, con oltre i 25 posti letto, esistenti alla data di entrata in vigore del decreto del Ministro dell'Interno 18 settembre 2002;
- strutture, nuove ed esistenti, che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, aventi superficie maggiore di 500 m²;
- strutture sanitarie che, per minore superficie o minor numero di posti letto, non sono soggette ai controlli dei Vigili del Fuoco ai sensi dell'allegato I del DPR 151/2011.

Per assicurare la continuità di esercizio di tali strutture è stato individuato un percorso con scadenze differenziate in relazione alla tipologia di struttura da adeguare, con i termini di seguito esplicitati:

- A. strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, aventi superficie maggiore di 500 m² e fino a 1000 m²:
 - a. I° scadenza 24 ottobre 2015
 - b. II° scadenza 24 ottobre 2018
 - c. III° scadenza 24 ottobre 2021
- B. strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, aventi superficie maggiore di 1000 m²:
 - a. I° scadenza 24 aprile 2016
 - b. II° scadenza 24 aprile 2019
 - c. III° scadenza 24 aprile 2022
- C. strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno, con oltre i 25 posti letto:
 - a. I° scadenza 24 aprile 2016
 - b. II° scadenza 24 aprile 2019
 - c. III° scadenza 24 aprile 2022
 - d. IV° scadenza 24 aprile 2025

Ferme restando le scadenze temporali sopra richiamate, per le attività di cui al punto C, l'adeguamento può essere, altresì, realizzato procedendo per singoli lotti di lavori caratterizzati, ciascuno, dagli elementi indicati nel decreto in argomento. Si introduce in tal modo un elemento di flessibilità che, senza rinunciare agli obiettivi di sicurezza, consentirà di poter meglio pianificare l'impiego delle risorse.

Tali obblighi sono stati recepiti dalla ASL attraverso due Deliberazioni di fondamentale importanza per il tema specifico, ovvero:

- Deliberazione del Direttore Generale n.635 del 21/05/2015 recante oggetto: "Recepimento della nuova regola tecnica di prevenzione incendi delle strutture sanitarie pubbliche DM 19/03/2015 – Provvedimenti" con cui viene programmata l'attività prodromica volta all'ottemperanza dei disposti di cui al DM 19/03/2015;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 285 del 31/08/2015 con cui si è individuato e nominato il Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio (RTSA) di cui al DM 19/03/2015 "Regola tecnica antincendi strutture sanitarie pubbliche e private; aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002 ", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 70 del 25 marzo 2015 per la ASL2 Abruzzo ed in particolare per i **Presidi**

Ospedalieri di:

- Chieti
- Lanciano
- Vasto
- Ortona
- Guardiagrele
- Atessa
- Casoli
- Gissi

oltre che ai **Distretti Sanitari di Base:**

- ex SS. Annunziata di Chieti
- Ortona
- Villa S. Maria
- Castiglione Messer Marino
- Vasto

Si allegano la descrizione delle Azioni ed i risultati attesi nel triennio 2016 ÷ 2018 e laddove individuato il RUP.




PIANO GENERALE DEGLI INVESTIMENTI TRIENNIO 2016 - 2018 __ ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

ALLEGATO A2: ALIENAZIONE BENI IMMOBILI IN ATTUAZIONE L.R.47/06 E DELL'EX ART. 29 C1 LETT.C) DEL DLGS 118/11

N.	STRUTTURA	IMPORTO TRIENNIO	IMPORTO PERCENTILE DI AVANZAMENTO PRESUNTO RISPETTO ALL'ADEGUAMENTO TRIENNALE			AZIONE	NOTE	RUP
			2016	2017	2018			
1	PRESIDIO "EX PEDIATRICO"	€ 5.959.600	€ 5.959.600	-	-	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
2	PRESIDIO "EX INAM"	€ 7.143.000	€ 7.143.000	-	-	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
3	D.S.M.VIALE AMENDOLA	€ 1.406.000	€ 1.406.000	-	-	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
4	GARAGE IN LARGO MORICORVO	€ 50.000	-	-	€ 50.000	TRATTATIVA IN CORSO CON LA PROVINCIA DI CHIETI	Valutazione presunta da UOC IPM	DOTT. Antonio Di Sciascio
5	LOCALI EX SERT VIA ARNIENSE	€ 400.000	-	€ 400.000	-	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	Valutazione presunta da UOC IPM	DOTT. Antonio Di Sciascio
6	IMMOBILE DSB CHIETI SCALO P.ZZA CARAFA	€ 1.200.000	-	-	-	INCOMPIUTA	Valutazione presunta da UOC IPM	DOTT. Antonio Di Sciascio
7	EX CONSORZIO ANTITUBERCOLARE Via Alessandrini -ORTONA	€ 807.000	-	€ 807.000	-	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
8	EX DISPENSARIO ANTITUBERCOLARE GIARDIAGRELE	€ 564.000	-	€ 564.000	-	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
9	P.O. "SS.IMMACOLATA" Vecchia Sede Guardiagrele	€ 2.760.000	-	€ 2.760.000	-	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
10	TERRENI AGRICOLI di BUCCHIANICO	€ 70.000	-	-	€ 70.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
11	TERRENI AGRICOLI VIA BELVEDERE di LANCIANO	€ 3.200	-	-	€ 3.200	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
12	TERRENO VIALE CAPPUCINI - LANCIANO	€ 400.000	-	-	€ 400.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	Valutazione presunta da UOC IPM	DOTT. Antonio Di Sciascio
13	TERRENI AGRICOLI di FOSSACESIA	€ 3.500	-	-	€ 3.500	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
14	FABBRICATO RURALE E TERRENO di ATESSA	€ 630.000	-	-	€ 630.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
15	ATESSA P.ZZA GARIBOLDI SEDE VECCHIO P.O.	€ 1.000.000	-	-	€ 1.000.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	Valutazione presunta da UOC IPM	DOTT. Antonio Di Sciascio
16	ATESSA EX DISPENSARIO Viale Delle Rimembranze n.4	€ 300.000	-	-	€ 300.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	Valutazione presunta da UOC IPM	DOTT. Antonio Di Sciascio

N.	STRUTTURA	IMPORTO TRIENNIO	IMPORTO PERCENTILE DI AVANZAMENTO PRESUNTO RISPETTO ALL'ADEGUAMENTO TRIENNALE			AZIONE	NOTE	RUP
			2016	2017	2018			
17	TERRENI AGRICOLI di SANT'EUSANIO	€ 32.700	-	-	€ 32.700	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
18	MAGAZZINO SITO IN LANCIANO	€ 25.000	-	-	€ 25.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
19	EX SERVIZIO VETERINARIA SITO IN LANCIANO	€ 386.400	-	-	€ 386.400	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
20	VASTO PIAZZETTA DAMANTE	€ 80.000	-	-	€ 80.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	Valutazione presunta da UOC IPM	DOTT. Antonio Di Sciascio
21	EX POLIAMBULATORIO SITO IN GISSI	€ 179.000	-	-	€ 179.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
22	EX DSB GISSI VIA ITALIA	€ 800.000	-	-	€ 800.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
23	RELIQUATO TERRENO VIA MILANO -LANCIANO	€ 12.700	-	-	€ 12.700	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
24	IMMOBILE SITO IN PESCARA ALLA VIA PIZZOFERRATO	€ 86.300	-	-	€ 86.300	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
25	VECCHIO P.O. G. CONSALVI CASOLI	€ 300.000	-	-	€ 300.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
26	IMMOBILE SITO IN PESCARA ALLA VIA DEL SANTUARIO	€ 43.100	-	-	€ 43.100	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	IMMOBILE VALUTATO DALLA COMPETENTE AGENZIA DEL TERRITORIO	DOTT. Antonio Di Sciascio
28	EX CONSORZIO ANTITUBERCOLARE Villa S.Maria (Via Roma)	€ 70.000	-	-	€ 70.000	DISMISSIONE ED ALIENAZIONE	Valutazione presunta da UOC IPM	DOTT. Antonio Di Sciascio
	TOTALI	€ 24.711.500	€ 14.508.600	€ 4.531.000	€ 4.471.900			

1.2. Procedure di alienazione degli immobili facenti parte del patrimonio immobiliare delle ASL al fine del contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria regionale

La Asl 2 Abruzzo in esito alle previsioni del D.Lgs.118/11 ed alle norme successive si trova nella necessità di procedere senza ulteriori ritardi ad:

1. una reinventariazione del proprio patrimonio mobiliare ed immobiliare;
2. una revisione, aggiornamento, ed allineamento contabile;
3. una messa a regime della corretta gestione delle procedure di inventariazione e gestione dei propri beni mobili ed immobili.

In questo senso dovrà in ogni caso rivedere per intero il processo ed il percorso delle proprie attività gestionali al fine di raggiungere i risultati previsti dalla citata norma in relazione anche ai correlati Percorsi Attuativi per la Certificabilità del proprio Bilancio.

Attualmente la gestione del processo di inventariazione dei cespiti mobiliari ed immobiliari presenta le seguenti criticità:

- mancato allineamento libro cespiti con i dati presenti in contabilità (conto immobilizzazioni);

- non corretta valorizzazione dei beni inventariati;
- necessità di integrazione dei processi (anche di inventariazione periodica) per la corretta gestione del bene inventariabile dall'ingresso in Azienda fino alla dismissione;
- necessità di pervenire ad una determinazione corretta della consistenza delle immobilizzazioni in corso per tutte le opere per le quali non sono stati ancora realizzati gli atti di contabilità finale (relazioni acclaranti);
- necessità di dover elaborare e gestire per ogni immobile il relativo fascicolo;
- mancata razionalizzazione degli spazi e di specifica attività di "due diligence" legata agli eventuali processi di valorizzazione del proprio patrimonio.

Le indicate criticità così come determinate sono quindi state oggetto di una gara ad evidenza pubblica determinata dai seguenti fattori:

- quantità ed eterogeneità, in termini di natura, utilizzo, titolo giuridico, vita residua, obsolescenza e senescenza, dei beni mobili ed immobili in possesso dell'Azienda, anche per effetto e bene ricordarlo del processo di fusione delle due cessate Aziende Sanitarie di Chieti e Lanciano-Vasto, ad oggi non ancora perfezionato;
- dalla mancanza di un adeguato sistema di rilevamento dei beni in oggetto e di conseguenza di un controllo specifico riguardo l'utilizzo e la destinazione d'uso da parte dei consegnatari.

Ad oggi risultano censiti, inventariati e presenti nel sistema amministrativo contabile circa 41.000 beni mobili ed attivi ed in uso 77 immobili e n.8 terreni, oltre alcuni immobili chiusi e/o dismessi

A tutto ciò si aggiunge anche una serie di carenze informative in merito allo stato del patrimonio mobiliare e immobiliare.

In particolare per il patrimonio immobiliare ad oggi non è possibile programmare e quindi eseguire adeguatamente attività di manutenzione straordinaria e/o di trasformazione e/o cambio di localizzazione dei reparti di reparti, che invece segue logiche di natura occasionale.

Tutto quanto rappresentato oltre ad avere ripercussioni di natura amministrativo-contabile, in merito al rispetto dei principi generali di chiarezza, veridicità e correttezza del bilancio aziendale, nonché del rispetto delle norme nazionali e regionali in materia di Certificabilità di bilancio, non consente una programmazione di spesa efficace ed efficiente, che tenga conto, con ottica prospettica, dei reali e concrete fabbisogni Aziendali attuali e futuri, nella potenziale realizzazione di un programma di risparmio di spesa a seguito di eventuali riallocazioni, investimenti o disinvestimenti sull'intero patrimonio. A tal fine dopo lo svolgimento della procedura di gara ad evidenza pubblica l'Azienda ha definitivamente aggiudicato il servizio.

a) OBIETTIVI PROCEDURA INVENTARIO E RIALLINEAMENTO CONTABILE

L'Azienda con la Delibera n 748 del 30/11/2015 ha approvato il Piano Triennale delle Opere Pubbliche con il Piano delle dismissioni del proprio patrimonio immobiliare non utilizzato per fini sanitari, che si rimette quale allegato A2.

Azioni e risultati attesi ai fini dell'alienazione nel triennio 2016-2018:

Processo di inventariazione dei beni mobili e immobili della ASL 2 Abruzzo anche con riferimento percorsi attuativi certificabilità bilanci D.Min.Salute 01-03-13 (CIG 5886404E3C Delibera n° 368 del 26 Marzo 2015)..0



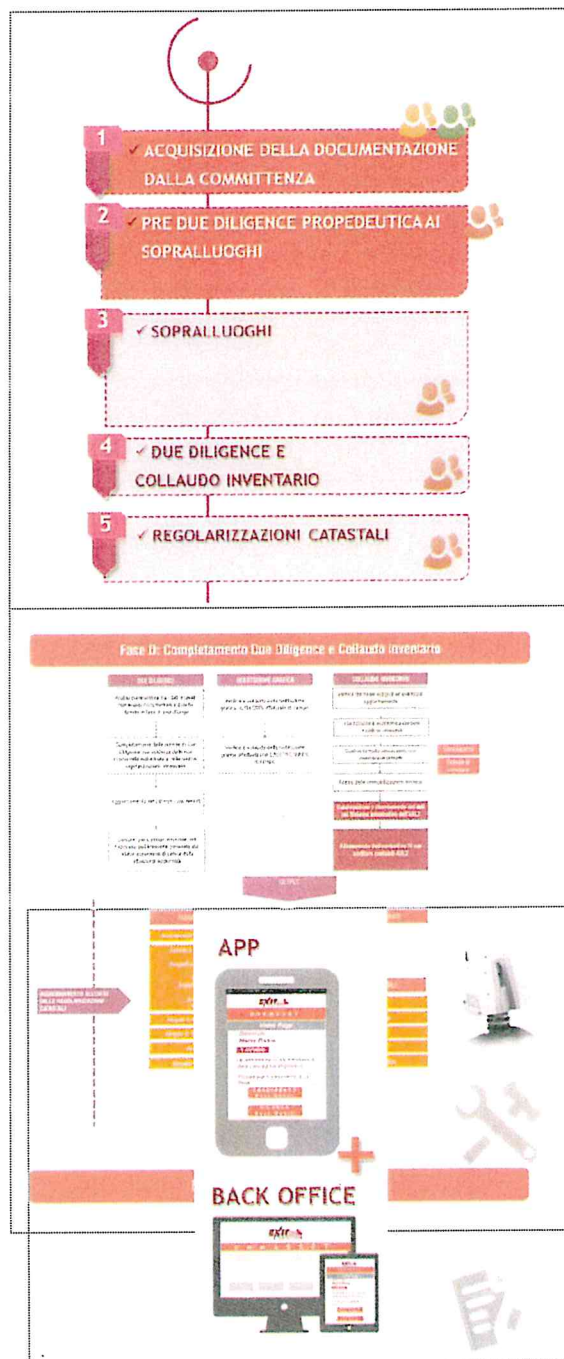
Al termine del Processo di inventariazione la ASL 2 Abruzzo disporrà di un quadro aggiornato dei beni immobili in suo possesso desumibile da 3 strumenti che predisposti dall'Aggiudicataria del Servizio:

1. il fascicolo immobiliare;
2. il rilievo architettonico;
3. il database dell'inventario.

In particolare, il **fascicolo immobiliare**, costituirà il risultato di una vera e propria *Due Diligence*, ovvero la costruzione di un quadro conoscitivo completo dell'"oggetto immobiliare" e la definizione di una mappatura degli interventi più opportuni (o necessari) per migliorarne le performance, nonché per determinarne il valore.

L'attività volta alla costruzione dei fascicoli immobiliari si articolerà nelle seguenti fasi:

- l'accertamento della **zonizzazione urbanistica**: utile anche ad avere evidenza di possibili cambi di destinazione d'uso e quindi di future possibili valorizzazioni ai fini della vendita;
- la rilevazione delle caratteristiche fisiche del fabbricato nella **situazione di conservazione e consistenza reale**, attraverso sopralluoghi conoscitivi;
- l'analisi della **conformità catastale** dei beni e l'individuazione delle necessarie procedure di regolarizzazione;



- l'acquisizione delle informazioni relative allo stato giuridico dell'immobile, attraverso l'analisi dei documenti che ne definiscono la **legittimità**;
- l'acquisizione di informazioni relative al **regime vincolistico dei beni** (ex Dlgs 42/2004 e L.70/2011) e dunque l'evidenza di eventuali Nulla osta alla vendita da parte della Sovrintendenza;
- la determinazione del **valore** dell'immobile.

Il fascicolo sarà corredato da ulteriori allegati utili alle future attività di alienazione dei beni, tra questi:

- la **documentazione fotografica** relativa alle principali visuali dei fabbricati, alle più rilevanti criticità manutentive ed alle irregolarità catastali riscontrate;
- la **Check list documentale** di ogni singolo bene che evidenzierà i documenti mancanti ma necessari ai fini dell'alienazione;
- il **Corredo documentale** richiamato nella Check list documentale e contenente quanto analizzato dall'Aggiudicatario.

Alla ASL 2 Abruzzo perverranno inoltre le **planimetrie in formato dwg aggiornate** a seguito del rilievo dei singoli beni.

Il Servizio si concluderà con la **regolarizzazione catastale dei beni** (indispensabile ai fini dell'alienazione).

b) OBIETTIVI DISMISSIONE IMMOBILI

In via preliminare nell'anno 2016 si procederà alla pubblicazione di un primo bando, per la dismissione degli immobili (Ex Pediatrico Ex Inam lato Uffici-DSM Chieti) che saranno chiusi con riallocazione delle UO all'interno del Vecchio PO "SS. Annunziata o della Palaizzina Sebi.

Obiettivo 1 DISMISSIONE A MEZZO VEDITA IMMOBILI (Immobili da 1 a 3 Allegato 1)					
CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	Approvazione del Piano Strategico Aziendale 180	2016	2017	2018
1	Pubblicazione Bando dismissione immobili (Ex Inam e DSM di Chieti)				
2	Attività Tecnico Amministrative per la chiusura del procedimento (Costituzione Commissione-Apertura Offerte, Verifica Requisiti)				
3	Eventuale sottoscrizione Contratto				

Nell'anno 2017 si procederà alla pubblicazione di un secondo bando, per la dismissione degli immobili (Ex Sert Chieti, Ex Consorzio Antitubercolare Ortona e Guardigrale, Ex PO Guardigrale).

Obiettivo 2 DISMISSIONE A MEZZO VEDITA IMMOBILI (Immobili 5,7,8,9 Allegato 1)					
CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	Approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Pubblicazione Bando dismissione immobili				
2	Attività Tecnico Amministrative per la chiusura del procedimento (Costituzione Commissione-Apertura Offerte, Verifica Requisiti)				
3	Eventuale sottoscrizione Contratto				

Nell'anno 2018 si procederà alla pubblicazione di un terzo bando, per la dismissione dei restanti immobili indicati nell'allegato A1

Obiettivo DISMISSIONE A MEZZO VEDITA IMMOBILI (Immobili da 10 a 28 Allegato 1)					
CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	Approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Pubblicazione Bando dismissione immobili				
2	Attività Tecnico Amministrative per la chiusura del procedimento (Costituzione Commissione-Apertura Offerte, Verifica Requisiti)				
3	Eventuale sottoscrizione Contratto				



2. Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionale e Trapianti – Innovazione e Appropriatezza

2.1 Assistenza Farmaceutica

La spesa farmaceutica e per beni sanitari è qui illustrata nelle sue principali componenti: i Prodotti farmaceutici, acquistati dall'Azienda per l'erogazione in forma diretta o il Consumo Ospedaliero, la Farmaceutica Convenzionata ed i Dispositivi Medici.

La prima registra un andamento crescente dei costi, in particolare di prodotti farmaceutici acquistati dall'Azienda per l'erogazione in forma diretta, dovuti all' immissione in commercio di farmaci innovativi ad alto costo.

Il costo per Dispositivi Medici appare pressochè costante, mentre la Farmaceutica Convenzionata presenta un trend in lieve aumento.

³ Tabella - Spesa farmaceutica e beni sanitari - valori in /1000. Anni 2013-2014 e GEN-SET 2015 riproporzionato all'anno. (Fonte CE)

Spesa farmaceutica e beni sanitari	Anno 2013	Anno 2014	Preconsuntivo 2015
Prodotti farmaceutici ed emoderivati (al netto della voce "Sangue ed emocomponenti")	49.869	54.562	63.879
Dispositivi medici	51.885	52.282	52.613
Farmaceutica da convenzione (al netto della voce "da pubblico")	71.098	70.818	71.857
Totale	172.852	177.662	188.349
Costo della produzione	793.454	804.763	809.931
Incidenza	21,78%	22,07%	23,25%

La vigente normativa prevede l'individuazione di tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale.

La ripartizione per AA.SS.LL. del tetto per la spesa farmaceutica viene effettuata annualmente dalla Regione con apposito provvedimento. Per gli anni 2013 e 2014 i tetti assegnati alla ASL2 con DCA n. 36/2014 sono stati i seguenti (per l'anno 2015, non è stato ad oggi approvato nessuno specifico provvedimento).

Tetto spesa farmaceutica 2013		Tetto spesa farmaceutica 2014		Tetto spesa farmaceutica 2015	
territoriale	ospedaliera	Territoriale	ospedaliera	territoriale	Ospedaliera
81.369.469	24.088.495	83.255.284	24.646.769	ND	ND

L'anno 2014 si è concluso con uno scostamento assoluto dal tetto della Farmaceutica Ospedaliera pari a 6.970.082€ e di € 3.181.325 per la Farmaceutica Territoriale (Nota Prot n. RA/154929 del 11.06.2015 tab.2)..

Pertanto l'obiettivo da perseguire per il triennio 2016/2018 sarà il contenimento della Spesa Farmaceutica sia ospedaliera che territoriale mediante la definizione di **progetti di attività** che consentano di coniugare l'appropriatezza delle cure con le risorse economiche disponibili.

La normativa regionale, prevede, tra le azioni utili al contenimento della spesa, l'incentivazione alla prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, mediante l'assegnazione di specifici obiettivi, aggiornati annualmente con appositi provvedimenti (Decreto del Commissario ad Acta della Regione Abruzzo n. 73 del 20.07.2015 -obiettivi da 1 a 10), e mediante la definizione di specifici indicatori di appropriatezza prescrittiva (Decreto del Commissario ad Acta della Regione Abruzzo n.85 del 26.08.2015 – inibitori di pompa protonica).

2.1.1 Istituzione e funzionamento Commissione Terapeutica Aziendale

Nella Asl Lanciano-Vasto-Chieti con la Delibera del Direttore Generale n. 1523 del 17.11.2014 e s.m.i. si è provveduto alla Istituzione della CTA e delle Sottocommissioni per i Farmaci ed i Dispositivi Medici.

La Commissione Terapeutica Aziendale (CTA) della ASL Lanciano Vasto Chieti è istituita quale organo tecnico-scientifico della Direzione Generale indispensabile per la realizzazione di nuove strategie di governo clinico finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza, soprattutto in relazione alla efficacia degli interventi, alla loro appropriatezza clinica ed organizzativa.

La CTA è composta in maniera permanente da esperti con competenze specifiche nel campo delle scienze mediche e farmaceutiche in servizio presso la ASL2, e si avvale di due Sottocommissioni permanenti con competenze specifiche nel campo dei Dispositivi Medici e del Farmaco. La Commissione è presieduta dal Direttore Sanitario Aziendale o da un suo delegato.

In data 17.12.2014 si è svolta la riunione di insediamento e pianificazione delle attività 2015 della CTA e Sottocommissioni.

Nel corso dell'anno 2015 la Commissione si è riunita periodicamente per un totale di n. 4 incontri ed ha effettuato gli interventi di seguito specificati:

1. Revisione del Prontuario Terapeutico Aziendale PTA come proposto dalla SottoCommissione Farmaco (CF) – sospeso in attesa di disposizioni Regionali (Nota Direzione Generale 34076-CH del 13-07-2015);
2. Monitoraggio condiviso (CTA-clinici-farmacisti) delle categorie di farmaci sottoposti a monitoraggio per l'anno 2015 (es. Epatite C, Sclerosi Multipla, Biosimilari);
3. Approvazione della Procedura Aziendale per la richiesta di inserimento di un nuovo Principio attivo in PTA;
4. Aggiornamento del modulo Aziendale "Lettera di dimissione";
5. Classificazione e monitoraggio dei Dispositivi medici.



2.1.2 Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e dei PLS

Il farmaco oggetto del monitoraggio è Rosuvastatina.

Il contesto normativo (nazionale-regionale ecc) di riferimento è: **Regionale -Decreto 23/2011**

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo: **UOSD Servizio Farmaceutico territoriale**

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Verifica dei consumi unitari e a valore Vs totale categoria farmacologica omogenea	Monitoraggio della spesa vs categoria farmacologica omogenea e incidenza a livello aziendale sulla spesa totale della farmaceutica convenzionata. Successiva nota al Medico Prescrittore	Idem	Idem	idem
2	Azione finalizzata alla modifica del comportamento prescrittivo a favore di statine equivalenti a prezzo più basso	Riscontro delle prescrizioni totali di rosuvastatina rispetto allo stesso periodo, anno precedente, e relativa comunicazione al Medico Prescrittore solo in caso di incremento dei consumi della molecola oggetto del monitoraggio	Idem	Idem	Idem

Gli Indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportate di seguito.

- **Indicatore Azione 1:** numero di confezioni totali di rosuvastatina nell'arco temporale
- **Indicatore Azione 2:**riscontro analitico delle prescrizioni di rosuvastatina vs periodo anno precedente

2.1.3 Definizione di linee guida terapeutiche per categorie di farmaci "alto spendenti"

- **In ambito specialistico**

Con proprio provvedimento DCA 89 del 17/09/2015 la Regione Abruzzo ha approvato le "Linee di indirizzo per la prescrizione dei nuovi farmaci antivirali ad azione diretta DAA per il trattamento dell'Epatite C e individuazione dei centri regionali autorizzati alla prescrizione", con note successive ha individuato le modalità di "Monitoraggio nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) per il trattamento dell'Epatite C".

Facendo seguito a quanto stabilito dalla Regione, per i farmaci per il trattamento dell'Epatite C -considerati i 4 Centri prescrittori autorizzati nella nostra Asl- si è proceduto alla individuazione di un farmacista ospedaliero coordinatore e di farmacisti referenti per Presidio Ospedaliero abilitati al monitoraggio AIFA. Periodicamente i dati sono stati elaborati e trasmessi ai competenti uffici regionali secondo le modalità ed i tempi richiesti.

La ASL ha inoltre provveduto al monitoraggio di altre categorie di farmaci "alto spendenti", tra cui i farmaci per il trattamento della Sclerosi Multipla ed i farmaci somministrati per iniezione intravitale.

Al fine di verificare l'appropriatezza d'uso e la tracciabilità delle categorie di farmaci "altospendenti" che assorbono risorse economiche rilevanti, le prescrizioni e l'utilizzo da parte delle UU.00. viene monitorato costantemente.

Nell'anno 2015 sono già stati individuati dei farmacisti referenti per ciascuna area a livello aziendale, che saranno riconfermati o meno negli anni a seguire.

Nel prossimo triennio saranno evidenziabili gli esiti derivanti dall'applicazione delle Linee Guida nelle diverse aree considerate, in special modo nel campo infettivologico dell'epatite C, evidenziandosi per la rilevante spesa sostenuta negli ultimi mesi.

Per altre categorie di farmaci, tra cui gli intravitreali, l'attività di monitoraggio viene effettuata mediante produzione di report trimestrali, dai quali si estrapola la spesa sostenuta per i pazienti residenti nella ASL e non, al fine di poter procedere all'avvio della compensazione della relativa spesa dei farmaci utilizzati per pazienti fuori ASL e fuori Regione.

I report prodotti ed i risultati raggiunti vengono analizzati e condivisi con la Direzione Aziendale.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Definizione delle aree terapeutiche con farmaci "alto spendenti" da monitorare				
2	Individuazione e/o conferma dei referenti aziendali				
3	Avanzamento del Recepimento delle LG su Epatite C	Entro 30 gg dalle azioni n. 1 e 2			
4	Avanzamento del monitoraggio delle altre categorie di farmaci "alto spendenti"	Entro 30 gg dalle azioni n. 1 e 2			
5	Condivisione dei risultati del monitoraggio con la Direzione Aziendale/CTA				

Responsabile del Procedimento Attuativo :**Farmacisti Referenti della UOC Farmacia Ospedaiiera Aziendale.**

Gli Indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportati di seguito.

- **Indicatore Azione 1:** Report con individuazione delle aree terapeutiche con farmaci "alto spendenti" da monitorare.
- **Indicatore Azione 2:** Disposizioni di servizio specifiche.
- **Indicatore Azione 3 e 4:** Produzione di report specifici, audit clinico/farmacista (n. 4/anno).

- **Indicatore Azione 5:** Trasmissione periodica dei risultati del monitoraggio alla Direzione Aziendale/CTA per condivisione.
- **Nell'ambito della Medicina Generale**

I Farmaci oggetto del monitoraggio: Aliflus®e Seretide®(salmeterolo + fluticasone)

Contesto normativo (nazionale-regionale ecc): **Nazionale -Legge di Stabilità 2016-**

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo **UOSD Servizio Farmaceutico territoriale**

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Azione finalizzata ad assicurare l'aderenza farmacologica alle terapie con conseguente riduzione dei costi per le spese sanitarie relative ai pazienti affetti da asma	Monitoraggio dei consumi, riscontro dell'aderenza terapeutica e trasmissione al Medico Prescrittore (MMG) del suo profilo prescrittivo in merito all'utilizzo dei farmaci oggetto del monitoraggio	Idem	Idem	idem
2	Azione finalizzata al rispetto delle limitazioni (età) riportate nella scheda tecnica, autorizzata dal Ministero della Salute	Riscontro dell'appropriatezza prescrittiva in merito all'età con conseguente contestazione al Medico Prescrittore per mezzo del Comitato Integrato Aziendale di Medicina Generale	Idem	Idem	Idem

Gli Indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportate di seguito.

- **Indicatore Azione 1:** almeno sei mesi di terapia continua con Aliflus®50/500 60dosi o Seretide®50/500 60 dosi.
- **Indicatore Azione 2:** che siano prescritte solo formulazioni di Aliflus® e Seretide® alle dosi di 50/100 e 25/50 a bambini di età compresa tra i 4 e 12 anni.



2.1.4 Monitoraggio dell'attività prescrittiva e incentivazione della prescrizione dei farmaci equivalenti e biosimilari

• Farmaci equivalenti

Farmaci oggetto del monitoraggio: tutti i farmaci equivalenti

Il Contesto normativo (nazionale-regionale ecc) di riferimento è il **Decreto Balduzzi**.

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo UOSD Servizio Farmaceutico territoriale

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Premesso che in base all'articolo 11, comma 9 del decreto legge 31 maggio 2010, convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, che prevede la prescrizione dei farmaci equivalenti del principio attivo, viene rispettato quasi nella totalità ad eccezione dei Medici che non utilizzano ancora il supporto informatico per la compilazione delle ricette SSN, si procederà alla verifica della quota a totale carico dell'assistito	Verifica e comunicazione all'Azienda dell'importo, quota assistito, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, (dato qualitativo a verifica se l'azione del medico sul paziente, per la scelta dell'equivalente, sia risultata efficace o meno)	Idem	Idem	idem

L'Indicatore e la modalità di monitoraggio è riportato di seguito.

- **Indicatore Azione 1:** controllo a campione delle ricette SSN

Biosimilari

Il riferimento normativo nazionale sui farmaci biosimilari è il Position Paper AIFA del 13.05.2013, un documento il cui obiettivo è quello di promuovere la conoscenza e l'utilizzo dei biosimilari fornendo, agli operatori sanitari e ai cittadini, informazioni autorevoli, chiare, trasparenti, convalidate ed obiettive, relativamente ai seguenti aspetti:

- Definizione e principali criteri di caratterizzazione dei medicinali biologici e biosimilari;
- Inquadramento delle normative regolatorie vigenti in EU in merito ai medicinali biosimilari;
- Ruolo dei biosimilari nella sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

A partire dagli ultimi mesi del 2014 la ASL, ed in particolare la UOC Farmacia Ospedaliera, ha avviato attività di

incentivazione all'uso dei biosimilari sia in ambito oncologico che nefrologico. Nel 2014 sono stati definiti protocolli condivisi con le UU.00. di Oncologia e Nefrologia Aziendali (Nota prot n. 54 del 22/12/2014) per incentivare la prescrizione dei biosimilari delle eritropoietine e dei fattori di crescita granulocitari.

Nell'anno 2015 è stata avviata un'attività di Monitoraggio dei farmaci biosimilari delle eritropoietine, in particolare presso le UU.00. di Nefrologia. I dati sono stati elaborati e condivisi con la CTA.

Nel 2015 è stato individuato un Referente farmacista ospedaliero coordinatore, che sarà confermato o meno per gli anni a venire. Periodicamente, i dati clinici dei pazienti saranno riportati su un format condiviso con la Direzione Aziendale.

Saranno prodotti trimestralmente dei report con le specifiche di andamento dei consumi e relativa spesa, al fine di aggiornare e verificare l'esito delle strategie in essere.

I risultati emersi dal monitoraggio saranno analizzati/commentati nel corso di incontri periodici clinico/farmacista con produzione di report specifici. I verbali degli incontri riporteranno eventuali criticità emerse e le opportune azioni correttive suggerite, di cui la Direzione Aziendale sarà informata.

N	AZIONI	gogg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Individuazione e/o conferma dei referenti aziendali del Monitoraggio dei farmaci biosimilari				
2	Definizione reportistica periodica e format condiviso con Direzione Aziendale				
3	Produzione di report periodici con andamento di spesa e consumi				
4	Incontri periodici clinico/farmacista con produzione di report/verbali e rilevazione criticità e individuazione azioni correttive.				

Responsabile del Procedimento Attuativo: per i biosimilari è già stata individuata la UOC Farmacia Ospedaliera Aziendale.

Gli Indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportati di seguito.

–Indicatore Azione 1: Disposizioni di servizio specifiche per individuazione Referente farmacista coordinatore della UOC Farmacia ospedaliera per il monitoraggio dei biosimilari sia in ambito oncologico che nefrologico, nonché dei farmaci biologici per i quali siano stati commercializzati dei biosimilari (es. infliximab).

–Indicatore Azione 2: Definizione Format condiviso clinico/farmacista approvato dalla Direzione Aziendale –

–Indicatore Azione 3: Produzione di report specifici (n. 4/anno).

–Indicatore Azione 4: Trasmissione periodica dei risultati del monitoraggio (report/verbali di audit clinico/farmacista - n. 4/anno) alla Direzione Aziendale/CTA per condivisione.

2.1.5 Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale

Contesto normativo (nazionale-regionale ecc).

Per quanto concerne la Produzione di farmaci plasmaderivati in conto lavorazione, il contesto normativo di riferimento è la Legge Nazionale N. 219 del 2005.

Allo stato attuale la UOC Farmacia Ospedaliera ha individuato, quale categoria da monitorare, le immunoglobuline e gli emoderivati.

A partire dai dati di spesa dell'anno 2015, la ASL individuerà le molecole di uso ospedaliero a maggiore impatto economico. La reportistica sarà prodotta per spesa totale aziendale e per UU.00.; i relativi dati saranno condivisi con le UU.00. interessate per la definizione delle opportune strategie di contenimento, mediante verifiche di appropriatezza.

Attraverso audit periodici con gli specialisti prescrittori, saranno condivise eventuali criticità e ricercate le soluzioni adeguate.

N	AZIONI	gogg dall'approvazione del Piano	2016	2017	2018
1	Categorie terapeutiche/farmaci da sottoporre a monitoraggio e individuazione dei referenti				
2	Condivisione con le UU.00. interessate della reportistica specifica prodotta e definizione di percorsi di monitoraggio condivisi clinico/farmacista e Direzione Aziendale				
3	Produzione di report	Entro 3ogg dalle azioni 1 e 2			
4	Incontri periodici con gli specialisti utilizzatori				

Responsabile del Procedimento Attuativo: UOC Farmacia Ospedaliera/Responsabili UOS Farmacia Ospedaliera.

Gli Indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportati seguito.

- Indicatore Azione 1: Report con individuazione delle categorie e disposizioni di servizio specifiche;
- Indicatore Azione 2: Approvazione Format e percorsi di monitoraggio condivisi clinico/farmacista e Direzione Aziendale;
- Indicatore Azione 3: Trasmissione periodica dei risultati del monitoraggio alla Direzione Aziendale/CTA per condivisione;
- Indicatore Azione 4: audit clinico/farmacista (almeno n. 4/anno) per categoria, proporzionati all'andamento del consumo.



2.2 Attività Trasfusionali

2.2.1 Autosufficienza aziendale/regionale di emocomponenti e farmaci plasmaderivati prodotti in "conto lavorazione"

Il contesto normativo a cui si fa riferimento è la Legge 21 ottobre 2005, n. 219 recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati", articoli 10, 11 e 14.

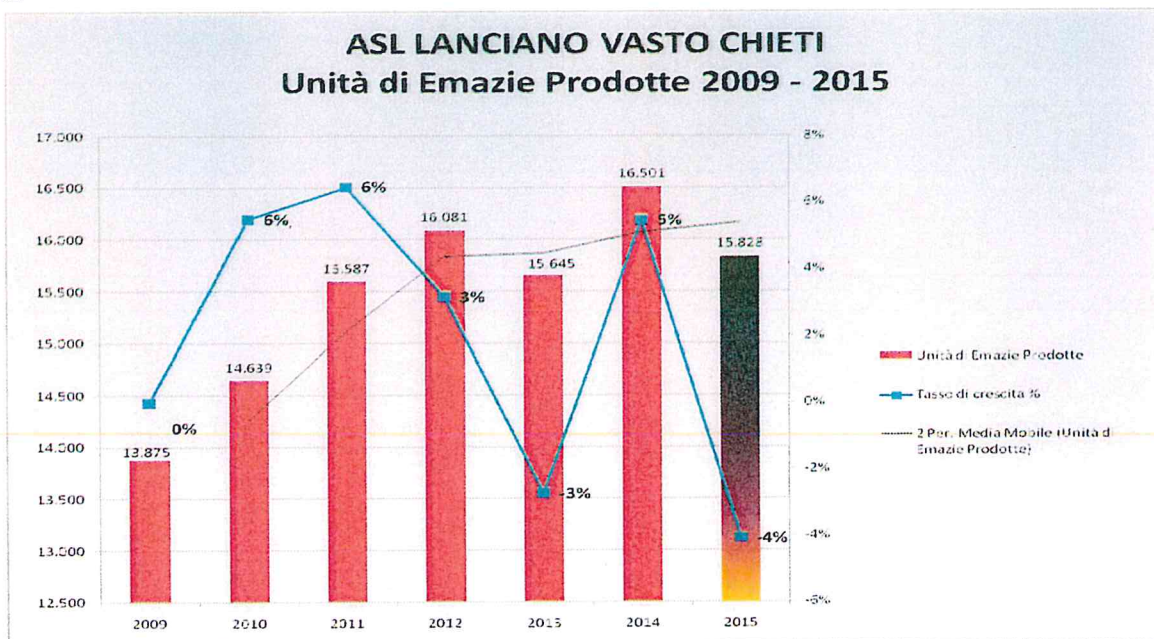
Allo stato attuale la ASL Lanciano-Vasto-Chieti non ha ancora raggiunto l'obiettivo aziendale dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti per uso clinico e plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione di farmaci plasmaderivati "in conto lavorazione". In particolare si registra da tempo uno squilibrio significativo tra i livelli di produzione e consumo nel territorio di Chieti in considerazione dei fabbisogni generati dal Policlinico S. Annunziata e dalle Case di Cura private.

Questa situazione di carenza strutturale è stata negli anni sistematicamente compensata attraverso l'aumento di produzione da parte delle strutture trasfusionali di Vasto e Lanciano e l'importazione di emocomponenti da altre aziende sanitarie regionali ed extra regionali.

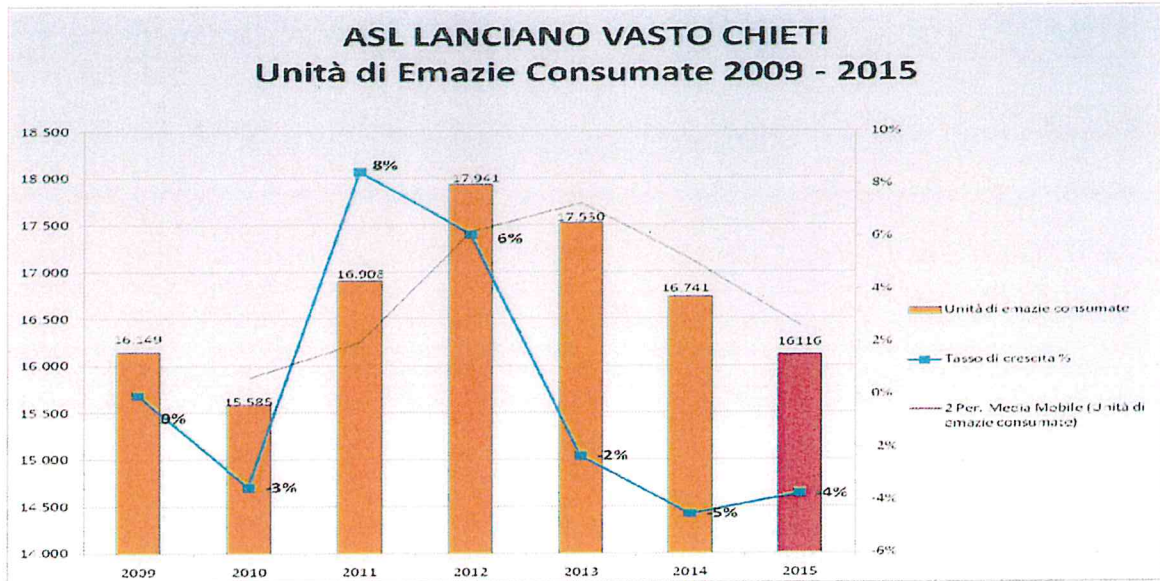
I dati di attività relativi ai primi nove mesi dell'anno 2015 (fonte SISTRA – CRS Abruzzo) hanno peraltro evidenziato quanto di seguito riportato:

- una riduzione significativa della produzione intra-aziendale di emazie (- 4%);
- una conseguente intensificazione dell'importazione di sangue ed emocomponenti da altre regioni, soprattutto nei mesi estivi;
- la mancata crescita della produzione di plasma per uso industriale con un trend in diminuzione per il 2016;
- una significativa riduzione complessiva dei consumi di emazie (-4%), che peraltro si era evidenziata già a partire dal 2013, verosimilmente legata in parte all'adozione di politiche attive per il buon uso del sangue ed in parte alla riduzione dell'attività e del case-mix di alcune unità operative.

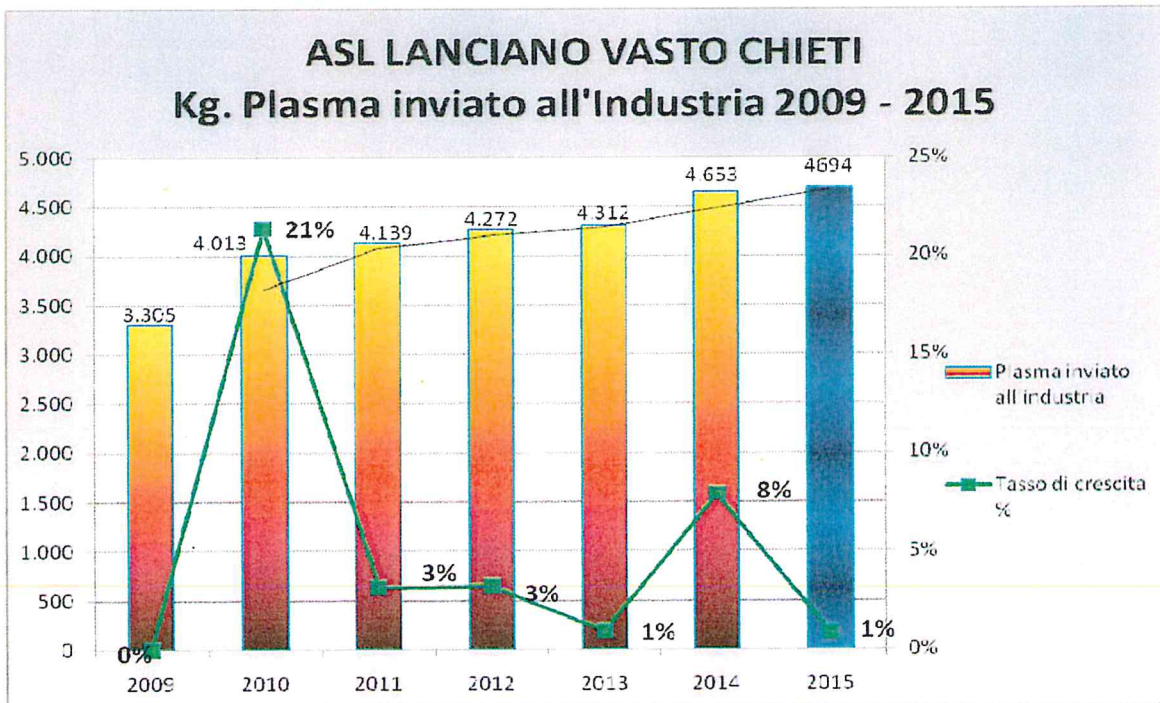
Tab.1



Tab.2



Tab.3



Entro il mese di febbraio 2016 l'Azienda provvederà ad adottare, in stretto raccordo con le Organizzazioni di donatori di sangue convenzionate, il Piano per l'autosufficienza aziendale 2016, con il risultato atteso di individuare specifici strumenti di programmazione, controllo e monitoraggio della produzione aziendale di sangue ed emocomponenti, finalizzati a garantire la sostenibilità del sistema. Il piano dovrà inoltre individuare le azioni organizzative più adeguate al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi posti, quali la riorganizzazione e potenziamento della rete aziendale della raccolta del sangue e degli

emocomponenti e dei Servizi di chiamata dei donatori, prevedendo anche la possibilità di raccolte pomeridiane e nei giorni festivi.

Entro il mese di aprile 2016 l'Azienda provvederà ad attivare presso il Centro Regionale Sangue, così come già previsto negli atti di programmazione strategica per l'anno 2015, l'Osservatorio per le politiche socio-sanitarie del dono del sangue, con il risultato atteso di valutare e monitorizzare l'impatto delle attuali dinamiche socio-economiche e psico-sociali sul dono del sangue, in particolare per quanto riguarda la popolazione dei giovani e delle donne.

Entro il mese di maggio 2016 l'Azienda provvederà ad adottare un piano di interventi di marketing e comunicazione sociale con il risultato atteso di incrementare il reclutamento di nuovi donatori e la fidelizzazione di quelli già arruolati. Il programma sarà realizzato in stretta collaborazione con le Organizzazioni di donatori di sangue convenzionate e dell'UOSD aziendale Sistema informazione, comunicazione e marketing.

Entro il mese di settembre 2016 l'Azienda provvederà ad adottare, previa concertazione con le parti interessate, apposita deliberazione con il risultato atteso di coinvolgere nel programma di autosufficienza aziendale degli operatori e delle strutture della rete delle Cure Primarie, dei Distretti Sanitari e degli Ambiti Sociali, anche ai fini dell'attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria e studio dei principali determinanti della salute nella popolazione dei donatori di sangue.

Responsabile del Procedimento Attuativo

Dott. Pasquale Colamartino

Direttore del Centro Regionale Sangue – Servizio Trasfusionale Territoriale.

N	AZIONI	2016	2017	2018
1	Adozione delibera aziendale Piano annuale per l'autosufficienza aziendale.	Entro il mese di Febbraio di ciascun anno		
2	Attuazione degli strumenti organizzativi e delle azioni previste dal Piano annuale			
3	Adozione delibera aziendale attivazione dell'Osservatorio per le politiche socio-sanitarie del dono del sangue.	Entro il mese di aprile 2016		
4	Attuazione degli strumenti organizzativi e delle azioni previste dalla delibera.			
5	Adozione delibera aziendale Piano di interventi di marketing e comunicazione sociale per la promozione del dono del sangue.	Entro il mese di maggio 2016		
6	Attuazione degli strumenti organizzativi e delle azioni previste dal Piano			
7	Adozione delibera aziendale finalizzata al coinvolgimento nel programma di autosufficienza aziendale degli operatori e delle strutture della rete delle Cure Primarie, dei Distretti Sanitari e degli Ambiti Sociali	Entro il mese di settembre 2016		
8	Attuazione degli strumenti organizzativi e delle azioni previste dalla delibera.			

Gli Indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportati di seguito.

1. Indicatore Azione 1: Adozione delibera aziendale (entro il mese di Febbraio di ciascun anno)
2. Indicatore Azione 2: Relazione semestrale sullo stato di attuazione degli strumenti organizzativi e delle azioni previste nel triennio.
3. Indicatore Azione 3: Adozione delibera aziendale entro il mese di aprile 2016
4. Indicatore Azione 4: Relazione semestrale sullo stato di attuazione degli strumenti organizzativi e delle azioni previste nel triennio.
5. Indicatore Azione 5: Adozione delibera aziendale entro il mese di maggio 2016
6. Indicatore Azione 6: Relazione semestrale sullo stato di attuazione degli strumenti organizzativi e delle azioni previste nel triennio.

7. Indicatore Azione 7: Adozione delibera aziendale entro il mese di settembre 2016
8. Indicatore Azione 8: Relazione semestrale sullo stato di attuazione degli strumenti organizzativi e delle azioni previste nel triennio.

2.2.2 Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali

Gli adeguamenti delle Strutture Trasfusionali sono di due tipi:

1. Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali ai nuovi requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali di matrice europea per l'autorizzazione e accreditamento.
2. Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali al sistema regolatorio europeo della produzione nazionale e regionale di farmaci derivati da plasma umano.

Il contesto normativo (nazionale-regionale) a cui si fa riferimento sono:

- Accordo Stato-Regioni n. 242/CSR del 16 Dicembre 2010
- Accordo Stato-Regioni n. 149/CSR del 25 Luglio 2012
- Guida del CNS per le attività di convalida dei processi nei Servizi Trasfusionali e nelle UdR
- Farmacopea Europea
- Pratiche di buona fabbricazione (c-GMP)

Di seguito si riporta lo Stato dell'arte aziendale.

1. Autorizzazione e accreditamento istituzionale.

Con DCA 28/2015 del 12.03.2015 il STT- CRS (Servizio Trasfusionale Territoriale) ha ottenuto il rilascio del provvedimento unico di autorizzazione e accreditamento istituzionale con prescrizioni e tempi di adeguamento.

2. Adeguamento al sistema regolatorio europeo della produzione nazionale e regionale di farmaci derivati da plasma umano.

Nel corso del mese di Novembre c.a. il STT ha ricevuto gli Audit previsti da parte dell'Industria convenzionata per il ritiro del plasma destinato alla produzione dei farmaci plasmaderivati per la verifica della rispondenza ai requisiti previsti dalla normativa vigente per la produzione e autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali emoderivati prodotti da plasma umano.

I verbali degli Audit effettuati dall'Azienda Farmaceutica convenzionata con la Regione Abruzzo (Kedron S.p.A.) saranno inviati alla ASL entro dicembre 2015. Pertanto gli eventuali adeguamenti richiesti potranno essere programmati a partire da gennaio 2016.

Le Azioni da intraprendere per il completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali efferenti al CRS-STT ai nuovi requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali di matrice europea per l'autorizzazione e accreditamento, sono riportate di seguito.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Adeguamento prescrizioni requisiti strutturali	Entro il 31.12.2015			
2	Adeguamento prescrizioni requisiti organizzativi	Entro il 31.12.2015			
3	Completamento del processo di unificazione del sistema informativo aziendale	Entro il 31.12.2015			
4	Completamento del processo di interfacciamento di elettromedicali utilizzati nel processo di raccolta e produzione emc.	Entro il 31.12.2015			

Gli Indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportate di seguito.

- ☐ Indicatore Azione 1: Adeguamento prescrizioni requisiti strutturali (entro il 31.12.2015)
- ☐ Indicatore Azione 2: Adeguamento prescrizioni requisiti organizzativi (entro il 31.12.2015)
- ☐ Indicatore Azione 3: Aggiornamento del SGI Eliot all'ultima versione disponibile e unificazione dei database di Vasto-Lanciano e Chieti (entro il 31.12.2015).
- ☐ Indicatore Azione 4: Completamento del programma di interfacciamento degli elettromedicali (entro il 31.12.2015).

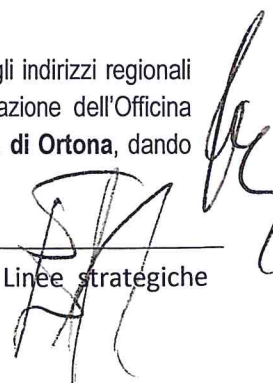
Il Responsabile del Procedimento Attuativo: Dott. Pasquale Colamartino Direttore CRS –STT

2.2.3. Completamento del percorso di riorganizzazione della rete trasfusionale aziendale a quanto previsto nel DCA n. 96/2013 recante "Organizzazione e funzioni della rete regionale dei Servizi Trasfusionali"

Con Decreto del Commissario "ad Acta" n. 96 del 28 novembre 2013 recante "Organizzazione e Funzione della rete regionale dei Servizi trasfusionali", al punto 7 è stato stabilito di istituire a livello regionale **un Laboratorio unico di produzione e qualificazione biologica degli emocomponenti** - di seguito denominato **Officina Trasfusionale Regionale (OTR)** - in attuazione delle disposizioni normative e degli standard organizzativi contenuti nell'Accordo Stato/Regioni n. 149/CRS del 25 luglio 2012 recante "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti", recepito con Decreto del Commissario ad Acta n. 42 del 30 maggio 2013.

Con il citato DCA n. 96/2013 al punto 9 è stato stabilito di attivare l'Officina Trasfusionale Regionale presso la **ASL 202 di Lanciano-Vasto-Chieti** e al successivo punto 10 di affidare la gestione della stessa al Centro Regionale Sangue, in considerazione del ruolo istituzionale ad esso affidato per il raggiungimento dell'autosufficienza regionale e di elevati livelli di qualità e sicurezza degli emocomponenti per uso clinico e farmaci plasmaderivati.

Con delibera del Direttore Generale n. 1668 del 29.11.2014 la ASL 202 di Lanciano-Vasto-Chieti ha recepito gli indirizzi regionali dati dal Decreto Commissariale n. 149/2014 ed in particolare ha previsto entro i termini stabiliti la realizzazione dell'Officina Trasfusionale Regionale (Centro di produzione e qualificazione biologica degli emocomponenti) **presso il P.O. di Ortona**, dando



mandato al Servizio Investimenti, Patrimonio e Manutenzioni, nella figura del Responsabile unico del procedimento, di dare attuazione alle successive fasi per l'indizione delle procedure di gara, nonché per l'esecuzione dei lavori.

Di seguito vengono elencate le principali attività svolte nel biennio 2014/2015 per la realizzazione dell'O.T.R.

1. **Delibera del Direttore Generale n. 788 del 19/06/2014** con la quale la ASL di Lanciano-Vasto-Chieti ha approvato il "Programma operativo per la riorganizzazione della rete trasfusionale aziendale", affidando al CRS-STT, oltre che la gestione delle funzioni previste dall'Accordo Stato/Regioni n. 206/2011, anche il compito di gestire i Centri di Raccolta aziendali e di istituire presso il P.O. di Ortona il "Centro aziendale di produzione e qualificazione biologica degli emocomponenti", quale fase di sperimentazione organizzativa e gestionale prodromica all'istituzione e attivazione "a regime" dell'Officina Trasfusionale Regionale.
2. **Delibera del Direttore Generale n° 605 del 12 Maggio 2015** recante ad oggetto "Programma operativo per la realizzazione della rete Trasfusionale Aziendale – Realizzazione del Centro Regionale Sangue e dell'Officina Trasfusionale Regionale presso il P.O. di Ortona – Approvazione progetto preliminare – Prenotazione di spesa – Provvedimenti" con la quale il Direttore Generale ha approvato integralmente la proposta di deliberazione del Direttore dell'U.O.C. Investimenti Patrimonio e Manutenzioni avente pari oggetto. Nella citata proposta sono stati allegati come parti integranti e costituiscono quindi il corpo del Progetto Preliminare per la realizzazione dell'O.T.R.:
 - la Relazione Generale redatta dal Direttore del Servizio Trasfusionale Regionale e Centro Regionale Sangue che descrive i flussi di lavoro e i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che l'O.T.R. dovrà garantire nel rispetto della normativa vigente;
 - La Relazione Tecnica redatta dall'U.O.C. Investimenti Patrimonio e Manutenzioni che riporta nel dettaglio gli interventi edili (esterni, interni ed impiantistici) da effettuare per adeguare i locali alla destinazione d'uso stabilita;
 - Il quadro economico recante il presuntivo di spesa.
3. **Redazione del Business Plan del OTR (Giugno 2015)**, che definisce le modalità organizzative e gestionali più adeguate per il funzionamento dell'O.T.R. All'interno del Business Plan sono stati presentati il modello funzionale, organizzativo ed economico previsti e sono stati affrontati anche i temi della logistica e dell'informatizzazione la cui precisa definizione rimane però da completare – come illustrato anche nel paragrafo seguente – in armonia con precisi accordi regionali.

Nella tabella che segue vengono descritte le Azioni e i risultati attesi nel triennio 2016-2018

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI		2016	2017	2018
1	Completamento delle procedure di gara e affidamenti per le opere edilizie e acquisto di arredi tecnici e strumentazione di proprietà		30 Aprile 2016		
2	Avvio lavori		Maggio 2016		
3	Attivazione, da parte dell'U.O.C. Governo dei Contratti, di tutte le procedure di gara necessarie per l'acquisto di reagenti e materiali di consumo, dotazioni tecnologiche in service, sistemi hardware e software.		30 Giugno 2016		
4	Predisposizione, da parte dell'U.O.C. Reti, Fonia e Dati, di collegamenti, installazioni, aggiornamenti hardware e software e contratti di manutenzione necessari per l'O.T.R.		30 Ottobre 2016		

5	Definizione di accordi specifici con le altre ASL e con la Regione soprattutto in termini di : ➤ Gestione della logistica e dei trasporti; ➤ Gestione delle infrastrutture di rete; ➤ Gestione della catena del freddo; ➤ Gestione degli approvvigionamenti e del magazzino; ➤ Gestione degli appalti di livello regionale; ➤ Modalità di reclutamento e di gestione delle risorse umane; ➤ Definizione di un adeguato sistema tariffario e di finanziamento.		30 Novembre 2016		
6	Realizzazione opere edilizie.			30 Giugno 2017	
7	Completamento allestimenti e collaudi.			30 Settembre 2017	
8	Avvio dell'operatività "transitoria" dell'OTR, con funzionamento in parallelo con i laboratori territoriali delle altre aziende			Ottobre 2017	
9	Avvio dell'operatività "effettiva" dell'OTR e chiusura degli altri laboratori (con eccezione di quello di Pescara che rimarrà "attivo" come back-up)				1 Gennaio 2018

Gli Indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportate di seguito.

Indicatore Azione 1: Delibera aziendale per l'affidamento delle opere edilizie entro il mese di Aprile 2016.

Indicatore Azione 2: Adozione della delibera aziendale entro il mese di Maggio 2016.

Indicatore Azione 3: Pubblicazione dei bandi di gara per l'acquisto di reagenti e materiali di consumo, dotazioni tecnologiche in service, sistemi hardware e software entro il mese di Giugno 2016.

Indicatore Azione 4: Relazione semestrale sullo stato di avanzamento dei lavori in merito agli interventi predisposti

Indicatore Azione 5: Relazione trimestrale sugli accordi specifici sanciti con le altre ASL e a livello regionale.

Indicatore Azione 6: Relazione semestrale sullo stato di avanzamento dei lavori (lavori esterni, interni, impiantistici).

Indicatore Azione 7: Relazione su installazioni e collaudi per tutte le apparecchiature in service entro il 30 Settembre 2017.

Indicatore Azione 8: Avvio attività dell'OTR entro il mese di Ottobre 2017; relazione trimestrale sullo stato di avanzamento dell'operatività transitoria.

Indicatore Azione 9: Start-up a regime dell'OTR entro il mese di Gennaio 2018 con chiusura degli altri laboratori; relazione introduttiva sul modello organizzativo.

Il Responsabile del Procedimento Attuativo: Pasquale Colamartino – Direttore del CRS-Abruzzo



2.2.4. Previsione economica OTR per il triennio 2016-2018

Di seguito è brevemente descritta la stima del Conto Economico preliminare dell'OTR nell'orizzonte temporale previsionale 2016-2018. Si precisa che tale simulazione economica rappresenta la miglior stima realizzabile ad oggi in virtù dei dati disponibili e che tale stima dovrà essere necessariamente approfondita in una successiva fase "esecutiva" (la prima azione prevista nel cronoprogramma) analizzando i dati delle altre ASL regionali, in particolare per quanto attiene ai costi del personale, ai consumi del materiale sanitario ed alla dotazione delle apparecchiature di laboratorio.

Conto Economico Previsionale	CE PROGRAMMATICO 2016	CE PROGRAMMATICO 2017	CE PROGRAMMATICO 2018
Ricavi	-	3.758.278	15.460.213
Costi	(104.702)	(2.299.463)	(8.739.407)
<i>Personale</i>	-	(414.881)	(1.637.400)
<i>Materiali di consumo</i>	-	(1.430.977)	(5.433.042)
<i>Assicurazioni</i>	-	(16.520)	(66.081)
<i>Trasporto/logistica</i>	-	(206.250)	(825.000)
<i>Manutenzione</i>	-	(148.996)	(605.065)
<i>Utenze</i>	(3.665)	(9.072)	(36.290)
<i>Servizi professionali</i>	(100.000)	(50.000)	(50.000)
<i>Altri costi</i>	(1.037)	(22.767)	(86.529)
Ammortamenti	(186.618)	(686.235)	(1.001.235)
Risultato Economico di Gestione	(290.320)	772.580	5.719.571

La manifestazione degli importi del Conto Economico riportato nella tabella precedente è coerente con il cronoprogramma definito in precedenza. Infatti si può osservare come si sia ipotizzato che i ricavi ed i costi si manifestino in modo graduale nel tempo, seguendo le fasi di implementazione previste.

Nel **2016** saranno svolte le attività **propedeutiche** all'avvio dell'OTR quali la pianificazione esecutiva, economico-finanziaria ed organizzativa di dettaglio, ed inoltre saranno pubblicati i bandi di gara per acquisire i beni e servizi necessari. L'OTR, non essendo ancora operativa, non genererà né ricavi né costi, fatta eccezione per i costi delle utenze (ipotizzati al 25% dell'importo a regime) e dei servizi professionali, questi ultimi necessari proprio in questa prima fase, più che nelle successive. Per quanto riguarda gli investimenti, solo parte di quelli previsti saranno affrontati a partire dal 2016, in particolare quelli legati alle opere sugli edifici e sugli impianti della futura sede dell'OTR. Inoltre, questi investimenti avranno una quota di ammortamento annua inferiore rispetto al "valore pieno" proprio in virtù del fatto che la prima parte dell'anno sarà dedicata al processo di acquisizione (si è ipotizzato una quota pari al 50%). Essendo il 2016 l'anno dello start-up, il risultato economico dell'OTR sarà negativo in quanto saranno affrontati costi "propedeutici" al futuro avvio della struttura.

Il **2017** sarà l'anno di "**transizione**" dal vecchio modello al nuovo basato sull'OTR. L'operatività "transitoria" sarà avviata nel quarto trimestre, portando gradualmente all'interno dell'OTR le lavorazioni dei laboratori presenti sul territorio regionale secondo il processo di transizione definito all'interno del Piano Esecutivo. Si è ipotizzato che l'OTR riesca a lavorare il 25% delle unità previste per l'anno a regime, generando ricavi e affrontando costi in misura proporzionale alla produzione. Per quanto riguarda gli investimenti in quest'anno saranno acquisite le apparecchiature del laboratorio di produzione ed il nuovo Sistema Informativo Trasfusionale Regionale (che avranno una quota di ammortamento pari al 50% nel corso del 2017).

Il 2018, come previsto dal cronoprogramma, sarà l'anno in cui l'OTR lavorerà **"a regime"** generando il 100% dei ricavi ed affrontando il 100% dei costi.

Si precisa che, con riferimento alla stima delle principali voci del Conto Economico, si è proceduto come segue:

- *Ricavi*: utilizzando le tariffe stabilite a livello ministeriale per i prodotti finali di primo e secondo livello e per gli emoderivati (al netto dei costi per la raccolta che rimangono a carico delle strutture trasfusionali), moltiplicandole per le quantità di produzione stimate a livello regionale;
- *Costi*:
 - Costi del personale: moltiplicando il numero di risorse previsto all'interno del Modello organizzativo per i costi attuali forniti dall'Ufficio di Controllo di Gestione Aziendale della ASL 2 Abruzzo. In fase di progettazione esecutiva si dovrà procedere ad una valutazione puntuale della singole opzioni di reclutamento del personale (es. trasferimento interno alla ASL 2 Abruzzo, trasferimento da altro ente, assunzione, outsourcing, convenzionamento con privati, etc...) e della loro praticabilità al fine di individuare l'opzione oppure, eventualmente, il mix di opzioni più appropriato;
 - Materiali di consumo e Manutenzioni: definendo un valore di consumo medio per unità lavorata, partendo dal valore dei consumi 2014 per tipologia di prodotti (diagnostici, altro materiale) della struttura Trasfusionale di Vasto Lanciano e moltiplicandolo per il numero di lavorazioni stimate. Si precisa che il costo di manutenzione afferisce quasi interamente alla manutenzione delle apparecchiature di laboratorio;
 - Costi di trasporto: ricorrendo all'analisi di esperienze similari fatte da altre Regioni, attingendo a fonti documentali (Capitolati) e ad altre informazioni pubbliche. I dati ottenuti sono stati poi dimensionati sulla realtà specifica della Regione Abruzzo.
- *Investimenti*:
 - Immobili, attrezzature ed arredi, altri costi capitalizzabili: partendo dai costi definiti nella delibera n. 605 del 12/05/2015 della ASL 2 Abruzzo;
 - Sistema Informativo Trasfusionale: partendo dal "Modello Informativo" definito, sulla base dello studio di progettualità e capitolati simili e in funzione delle caratteristiche del contesto territoriale specifico della Regione.

Si precisa che tale simulazione economica rappresenta la miglior stima realizzabile ad oggi in virtù dei dati disponibili e che tale stima dovrà essere necessariamente approfondita in una successiva fase "esecutiva" analizzando i dati delle altre ASL regionali, in particolare per quanto attiene ai costi del personale, ai consumi del materiale sanitario ed alla dotazione delle apparecchiature di laboratorio.

Per maggiori dettagli in merito al modello funzionale, organizzativo, fisico-tecnico-logistico, informatico ed economico-finanziario, si veda il documento "Business Plan per la realizzazione dell'Officina Trasfusionale Regionale (OTR)".



3. Risorse Umane e Assetti Istituzionali

L'Azienda Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti, in coerenza con quanto stabilito dapprima nel Piano Operativo 2010, e quindi nei Programmi Operativi 2011-2012 e 2013-2015, ha proseguito nel corso del corrente anno 2015, tenuto conto del modello organizzativo definito nell'Atto Aziendale, nel già avviato processo di riorganizzazione aziendale, che – in ottemperanza di quanto previsto nel documento relativo agli "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12 comma 1 lett. B) Patto per la Salute 2010-12 – ha determinato il riassetto delle UU.OO.CC Ospedaliere e Non Ospedaliere, nonché la rimodulazione delle Unità Operative Semplici e Semplici a valenza Dipartimentale. Inoltre in ossequio alle disposizioni di cui al Decreto Commissariale n.10/2015 concernente "Riorganizzazione Punti Nascita Regionali – attuazione punto 1 linee di azione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 16/10/2010", ha proceduto alla chiusura del Punto Nascita del P.O. di Ortona e alla definizione di un crono programma per l'adeguamento strutturale dei Punti Nascita;

Il richiamato processo di riorganizzazione, che contempla anche la previsione di nuovi modelli organizzativo-gestionali (aree multidisciplinari che aggregano più Unità Operative Complesse e Semplici di discipline diverse appartenenti alla stessa area funzionale ovvero finalizzate ad una logica di operatività integrata per intensità di cure), risponde sia all'esigenza di adeguare da un punto di vista quantitativo le risorse umane ai parametri fissati sia a garantire l'erogazione dei LEA con adeguati standard di efficacia ed efficienza.

Tale processo ha consentito sempre più di razionalizzare e riprogrammare i fabbisogni di personale per ciascuna Unità Operativa, in conformità a quelli definiti nella dotazione organica di cui alla deliberazione n.758/2013 e successiva deliberazione di aggiornamento e modifica n.322/2014.

La valorizzazione economica della dotazione organica rispetta il limite di spesa del personale sostenuta nel 2004 diminuita dell'1,4%, pari, per la ASL Lanciano-Vasto-Chieti a 222.191 €/000. Tuttavia il limite di spesa di CE fissato nel Programma Operativo 2013/2015, ha determinato sia negli anni precedenti e, in termini previsionali, anche per corrente anno 2015 (monitoraggio trimestrale Tab 2 al 3° trimestre 2015) che la spesa per il personale si attestasse notevolmente al di sotto di tale soglia.

Tetto di spesa del personale "Tab.2" (art.2 c.71 L. n. 191/2009)

Spesa per il personale 2004 diminuita dell' 1,4%	222.191
Proiezione anno 2015 (tab.2 al 3°trim.)	211.000
Delta	11.191

Infatti il decreto commissariale n.84/2013 "legge 23/12/2009 n.191, art.2, comma 88 – programma operativo 2013-2015", all'intervento 9 "Personale" - azione 4.5.2 -, come noto, ha fissato anche un ulteriore tetto di spesa per il personale di Conto Economico, pari per la ASL Lanciano-Vasto-Chieti, a 240.170 €/000, successivamente aggiornato a **240.970 €/000** (decr. comm. n. 91/2013). Il medesimo decreto commissariale ha previsto, altresì, che la spesa relativa al personale con rapporto di lavoro flessibile (contratti a tempo determinato, contratti di collaborazione coordinata e continuativa, convenzioni, interinale, ecc) dovesse attestarsi – durante il triennio 2013-2015 - entro il limite del 90% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. Il decreto commissariale n. 5/2015 dell'11 febbraio 2015 – intervenuto in corso d'anno - ha modificato detta percentuale dal 90% al 50% (della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009), ancorchè con successiva nota prot.85492/comm del 31 marzo 2015 sia stato specificato che **l'obiettivo tendenziale** di riduzione della spesa al 50% rispetto a quella sostenuta nel 2009" dovesse essere perseguito entro il 31/12/2015;

Con riferimento all'annualità 2015, l'Azienda nel conformarsi alle previsioni di cui al citato Programma Operativo 2013-2015, ha assunto quale obiettivo cardine quello della riduzione della spesa di personale con rapporto di lavoro flessibile (tempo determinato e interinale) - da limitare, a regime, ad esigenze lavorative temporanee ed eccezionali - mediante riconversione del personale in somministrazione lavoro, riduzione del personale a tempo determinato e trasformazione rapporti di lavoro a tempo indeterminato, con il duplice obiettivo di rispettare il tetto fissato dal decreto commissariale 84/2013 e il tetto T.D.

Pertanto, al fine di superare tali criticità, già negli Strumenti di Programmazione anno 2015, sono state definite manovre finalizzate a ridurre la spesa complessiva del personale di circa **4.000 €/000** per ricondurla al tetto fissato dal P.O.A. (**240.970 €/000**), successivamente, in ossequio alle prescrizioni del citato decreto commissariale n.5/2015 l'Azienda, in aggiunta alle stringenti azioni già avviate, ha dovuto porre in essere ulteriori azioni di forte contenimento e razionalizzazione della spesa riferita al personale con rapporto di lavoro flessibile (interinali e tempi determinati).

Sostanzialmente è stata completamente azzerata la spesa per collaborazioni coordinate e continuative; ridotto notevolmente il ricorso al lavoro in somministrazione che aveva costituito un elemento di forte criticità nell'organizzazione (già a partire dall'anno 2013), cosicché, a seguito dell'aggiudicazione della gara regionale (nella quale la Asl di Lanciano Vasto Chieti era capofila) per l'affidamento del servizio CUP e dell'aggiudicazione temporanea (gara ponte) del servizio mensa e ristorazione, il personale con rapporto interinale è ormai limitato ad una trentina di unità di personale infermieristico e tecnico sanitario necessario solo a garantire prestazioni temporanee e in sostituzione di personale assente.

Inoltre l'espletamento di quasi tutte le procedure concorsuali bandite ha consentito, in esito al rilascio dei specifici nulla-osta commissariali, l'assunzione di personale a tempo indeterminato su posti vacanti della dotazione organica in sostituzione di personale a tempo determinato e conseguente riduzione della relativa spesa.

Le manovre sopra indicate, che hanno determinato un forte impatto nella organizzazione aziendale, hanno consentito di conseguire l'obiettivo programmato del rispetto del tetto di spesa per il personale fissato dal P.O.A. (**240.970 €/000**), con l'ovvia conseguenza, rispetto agli anni precedenti, della riduzione del numero di unità di personale ed in particolare di quello con rapporto di lavoro flessibile.

La consistenza di personale attualmente in servizio a tempo indeterminato evidenzia **un delta fortemente negativo** rispetto alla dotazione organica rideterminata secondo gli standard. I quadri che seguono evidenziano negli anni una sostanziale coincidenza del numero di unità del personale del ruolo sanitario, sia della dirigenza che del comparto, diversamente, per quanto concerne l'area professionale-tecnico-amministrativa, si registra una costante e consistente riduzione numerica del personale dei vari profili. In realtà sarebbe auspicabile, nell'ambito del ruolo tecnico, l'aumento di personale il profilo professionale di OSS, necessario ad un progressivo riequilibrio con il personale infermieristico.

AREA	Dot. Organica DC 49/11	Consistenza di personale T.I. al 27/11/15	delta
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO*	1268	1075	193
COMPARTO RUOLO SANITARIO	2603	2472	131
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	9	3	6
COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE	0	0	0
DIRIGENZA RUOLO TECNICO	10	2	8
COMPARTO RUOLO TECNICO	856	697	159
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	26	8	18
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	443	413	30
Totale	5215	4670	545

* la dirigenza del ruolo sanitario comprende n. 67 unità di personale universitario convenzionato

Il quadro di cui sopra, trova evidenza, nelle dinamiche del personale di cui agli allegati prospetti (di sintesi e di dettaglio).

ASL Lanciano-Vasto-Chieti

AREA	2009 (L.V. + Ch)	2010	2011	2012	2013	2014	27/11/2015	PROGR. 2015	PROGR. 2016	PROGR. 2017	PROGR. 2018
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO*	1085	1045	1049	1052	1054	1082	1075	1086	1074	1074	1074
COMPARTO RUOLO SANITARIO	2459	2429	2454	2462	2481	2484	2472	2475	2465	2465	2465
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3
COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENZA RUOLO TECNICO	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
COMPARTO RUOLO TECNICO	829	791	747	716	706	725	697	690	686	686	686
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	13	10	10	9	8	8	8	8	8	8	8
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	471	445	427	415	408	427	413	409	407	407	407
TOTALE TEMPO INDETERMINATO	4860	4722	4690	4659	4662	4731	4670	4673	4645	4645	4645

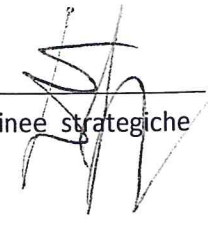
* la dirigenza del ruolo sanitario comprende n. 67 unità di personale universitario convenzionato

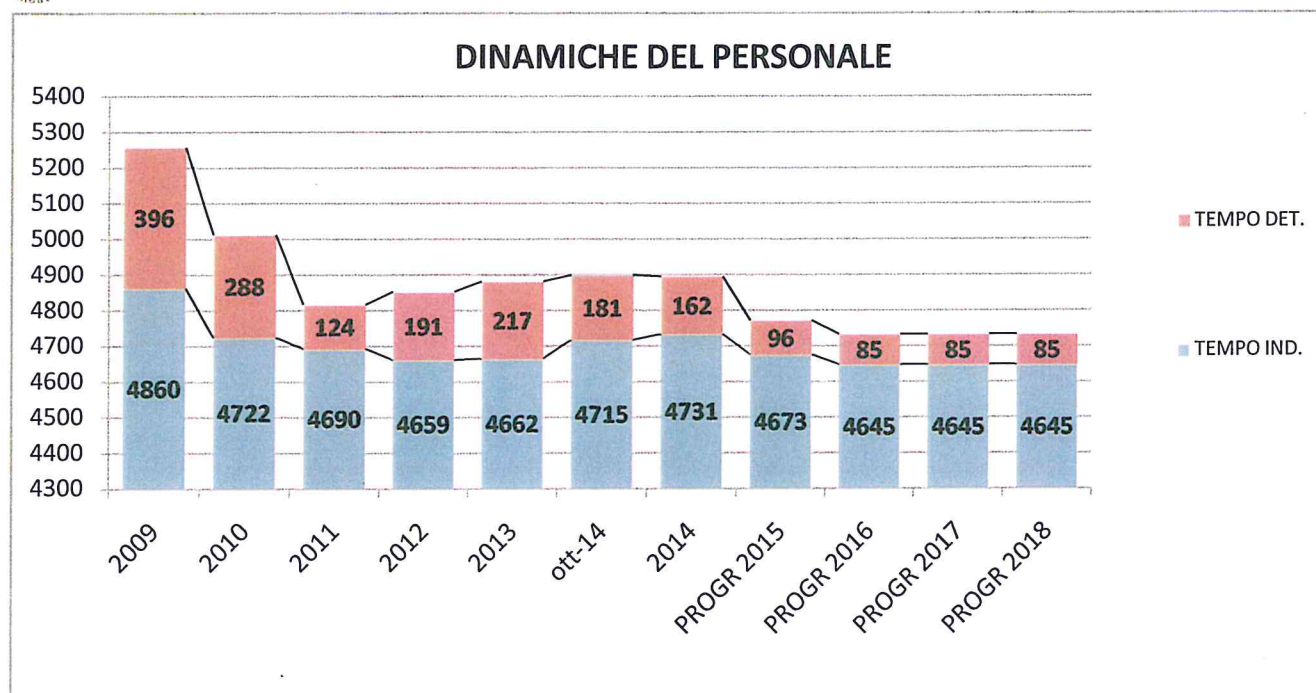
ASL Lanciano-Vasto-Chieti

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	27/11/2015	PROGR. 2015	PROGR. 2016	PROGR. 2017	PROGR. 2018
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO**	370	263	91	156	202	150	105	96	85	85	85

** il personale a tempo determinato comprende gli incarichi 15 septies

TOTALE T.I + T.D.	5230	4985	4781	4815	4864	4881	4775	4769	4730	4730	4730
--------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------



Per quanto concerne il triennio 2016-2018, allo stato dell'organizzazione aziendale e nelle more degli adempimenti di riqualificazione della rete ospedaliera in coerenza di quanto stabilito dal D.M. 70/2015, che evidentemente, ancorchè finalizzata a favorire logiche di specializzazione delle strutture, non consentirà di veder realizzata nel breve termine la riduzione di personale ospedaliero a favore di un aumento di personale per i servizi del territorio, non è possibile programmare manovre di sistema.

Per quanto sopra esposto l'Azienda per il triennio 2016-2018 può allo stato ipotizzare esclusivamente la seguente manovra di contenimento della spesa per il personale:

3.1. Manovre di contenimento della spesa

3.1.1. Riduzione del personale a tempo indeterminato (parziale sostituzione del personale che cessa dal servizio)

La ulteriore riduzione della spesa complessiva del personale nel rispetto del tetto fissato di **239.675 €/000**, nelle more di processi di riorganizzazione aziendale possibili in attuazione di specifiche prescrizioni commissariali in ossequio al D.M.70/2015, si ipotizza possa derivare esclusivamente da un turn-over parziale del personale che cessa dal servizio per pensionamento/dimissioni, con particolare riguardo al personale del ruolo tecnico ed amministrativo per un importo di circa **1.450 €/000**.

Restano in ogni caso impregiudicati gli effetti derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro di cui alla L.161/2014 (entrata in vigore dal 25 novembre 2015) e dall'eventuale sottoscrizione di nuovi CCNL, nonché dalla prosecuzione degli effetti scaturenti dall'applicazione della Legge di Stabilità per il corrente anno 2015 (art.1 c. 256 L. 190/2014) relativa allo sblocco degli automatismi stipendiali (es. indennità di rapporto esclusivo).

Voci Ce POA		Asl		Tetti Regione (DCA 104)								
		consuntivo 2014	precons 2015	tend 16	manovra 16	program 16	Tendenziale 17	MANOVRA 17	Programmatico 17	Tendenziale 18	MANOVRA 18	Programmatico 18
B1	Personale	237.428	241.000	241.120	-1.445	239.675	241.120	-2.828	238.292	241.120	-2.758	238.362

Di seguito si riportano in dettaglio le manovre riferite al personale sanitario e non per le annualità 2016-2018.

CONTO ECONOMICO		€/000	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017	Tendenziale 2018	Manovre 2018	Programmatico 2018
B1.1a.1	Personale Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato		190.510	-1.053	189.457	190.510	-2.044	188.466	190.510	-1.974	188.536
B1.1a.2	Personale Sanitario - Dipendente - Tempo determinato		8.239	0	8.239	8.239	0	8.239	8.239	0	8.239
B1.1a.3	Personale Sanitario - Dipendente - Altro		40	0	40	40	0	40	40	0	40
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente		198.789	-1.053	197.736	198.789	-2.044	196.745	198.789	-1.974	196.815
B1.1b	Personale Sanitario - Non Dipendente		2.770	0	2.770	2.770	0	2.770	2.770	0	2.770
B1.1	Personale Sanitario		201.559	-1.053	200.506	201.559	-2.044	199.515	201.559	-1.974	199.585
B1.2a.1	Personale Non Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato		36.135	-392	35.743	36.135	-784	35.351	36.135	-784	35.351
B1.2a.2	Personale Non Sanitario - Dipendente - Tempo determinato		575	0	575	575	0	575	575	0	575
B1.2a.3	Personale Non Sanitario - Dipendente - Altro		29	0	29	29	0	29	29	0	29
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente		36.739	-392	36.347	36.739	-784	35.955	36.739	-784	35.955
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente		2.822	0	2.822	2.822	0	2.822	2.822	0	2.822
B1.2	Personale Non Sanitario		39.561	-392	39.169	39.561	-784	38.777	39.561	-784	38.777
B1	Personale		241.120	-1.445	239.675	241.120	-2.828	238.292	241.120	-2.758	238.362

4. Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

4.1. Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di regimi di assistenza alternativi al ricovero, e di LEA e di appropriatezza dei DRG

Gli adeguamenti alle disposizioni nazionali e regionali sono previsti in materia di regimi di assistenza alternativi al ricovero e in materia di LEA ed appropriatezza dei DRG.

Il contesto normativo a cui si fa riferimento riguarda:

- DM 10/12/2009;
- Decreti Regionali del Commissario ad Acta: nn. 64/2012 "Protocolli di Valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità, e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle Strutture Accreditate della Regione Abruzzo, 50/2011 "Piano Regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate" e ss.mm.ii; n. 32/2010 "Disciplina delle prestazioni di cataratta e liberazione del tunnel carpale in regime ambulatoriale. Revoca della Deliberazione del Commissario ad Acta n. 72/2009 del 20/10/2009", n. 18 del 18/02/2014 "....DRG 042- iniezione di sostanze terapeutiche. Trasferimento dal regime di ricovero ordinario e diurno al regime ambulatoriale", n. 19 del 18/02/2014 "Trasferimento delle terapie oncologiche e onco-ematologiche comprese dal DRG 410 a livello ambulatoriale";
- L.R. 5 (PRS 2008/2010).

In ottemperanza alle disposizioni di cui al Decreto Commissariale 64/2012 ed ai contratti vigenti, l'Azienda, attraverso il controllo su legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie, monitora l'applicazione delle disposizioni vigenti in materia sia di regimi assistenziali alternativi al ricovero ordinario che di LEA ed appropriatezza.

Si riepilogano, nella tabella sottostante, gli importi complessivi corrispondenti alle decurtazioni effettuate sulle somme fatturate per le prestazioni erogate, nell'anno 2014 e nel primo semestre 2015, dalle Case di Cura Private Accreditate Aziendali:

	TOTALE DECURTAZIONI DA VERIFICHE ISPETTIVE	TOTALE DECURTAZIONI EX DECRETO N. 50/2011 (Annuale)
ANNO 2014	€ 324.405,56	€ 291.180,65
1° SEMESTRE 2015	€ 52.944,63	//

Le modalità operative attraverso cui si esplica l'attività ispettiva, in ottemperanza alla normativa vigente, si articolano nei seguenti passaggi: monitoraggio dei flussi informativi; estrazione del campione con metodo "random" sul file di produzione ed individuazione dell'estensione sulle tipologie di controllo sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza previste dal DM 10/12/2009 ("controllo cartelle cliniche") così come richiamate dal Decreto Commissariale n. 64/2012 ("protocolli di valutazione"); verifica presso la struttura con successiva verbalizzazione.

Nel corso del triennio 2016-2018, si continuerà ad esercitare, attraverso l'esame periodico delle prestazioni sanitarie erogate dalle Strutture Ospedaliere Private Accreditate, sia sui flussi informativi che sulla documentazione clinica, un'attività di controllo finalizzata a realizzare azioni correttive che garantiscano i criteri di legittimità, appropriatezza e congruità; contemporaneamente, si attuerà il monitoraggio sulle soglie di ammissibilità previste dal Decreto Commissariale n. 50/2011.

La suddetta attività di controllo costituirà oggetto di relazioni periodiche, trimestrali, trasmesse al Servizio Ispettivo Regionale ed alla UO Sviluppo Strategico Aziendale.

CRONOPROGRAMMA					
N.	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Azioni correttive attuate tramite il controllo bimestrale, come da adempimenti contrattuali, delle cartelle cliniche; monitoraggio del rispetto delle soglie di ammissibilità del Decreto 50/2011.				
2	Individuazione della percentuale di inappropriatezza della erogazione di setting e successiva valorizzazione degli importi da decurtare				
3	Predisposizione di reportistica trimestrale da trasmettere al Servizio Ispettivo Regionale ed alla UOC Sviluppo Strategico Aziendale				
Responsabile del procedimento: dott.ssa Annabella Antonucci					

Gli indicatori e le modalità di monitoraggio per ciascuna azione sono riportati di seguito.

- Indicatore Azione 1 e 2: rilevazione della diminuzione di erogazione di prestazioni in regime ordinario dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza ;
- Indicatore Azione 3: invio reportistica trimestrale al Servizio Ispettivo Regionale ed alla UO Sviluppo Strategico Aziendale, per il Cruscotto di Performance.

4.2. Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli Erogatori privati accreditati e delle disposizioni in materia di assistenza protesica

Il contesto normativo (nazionale-regionale ecc) a cui si fa riferimento riguarda: l'articolo 8 ter – 8 quater e 8 quinquies del D.Lgs 502/92 e la Legge Regione Abruzzo 32/2007.

L'attività della Unità Operativa preposta è orientata alla gestione tempestiva e trasparente degli adempimenti aziendali previsti degli accordi contrattuali sottoscritti dalla Regione Abruzzo e dalle Asl regionali con gli erogatori privati ubicati nel territorio di competenza, procedendo alla liquidazione entro i termini contrattuali di un acconto mensile delle prestazioni fatturate, previa verifica amministrativa e contabile, e residuando il pagamento del saldo all'esito delle verifiche di appropriatezza e legittimità delle prestazioni rese.

Un accurato riscontro sui dati di produzione (file e flussi informativi) in raffronto con i tetti di spesa assegnati ad ogni struttura, garantisce la remunerazione unicamente degli importi fatturati entro- budget e nel rispetto delle previsioni normative e contrattuali, anche in materia tariffaria.

I rapporti aziendali con tali *stakeholders* realizzano fattivamente un'efficace integrazione pubblico – privato nell'offerta, anche in relazione al fabbisogno locale. A tal riguardo, a partire dall'annualità 2014, sulla base delle liste d'attesa aziendali, è stata condivisa con le strutture private la programmazione di alcune tipologie di prestazioni, tra le 43 già ricomprese nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa 2010-2012, recepito con la DGR 575/2011, da erogarsi nel limite del budget assegnato dalla Regione Abruzzo, garantendo la prenotabilità delle stesse per il tramite del CUP aziendale.

L'accesso alle prestazioni erogate dal privato accreditato per il tramite dei sistemi aziendali di prenotazione, differenziata per classi di priorità, è stata implementata gradualmente e nel corso del 2015 sono state ampliate sia le tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale, che le strutture coinvolte.

Sono state condivise inoltre modalità e tempi di esposizione sui siti web di ciascuna struttura privata del prospetto standard di monitoraggio dei tempi di attesa previsto nel vigente Piano operativo regionale per il contenimento delle Liste d'attesa e, in aderenza alle disposizioni normative sulla trasparenza, sono state avviate le procedure per la pubblicazione simultanea delle liste d'attesa del privato accreditato anche sul sito web istituzionale della ASL.

Sono inoltre gestite in modo centralizzato per l'intero territorio le liquidazioni delle spettanze per prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale rese da comunità terapeutiche per pazienti tossicodipendenti ed alcool dipendenti convenzionate/accreditate e delle ditte erogatrici di dispositivi protesici. Tutte le attività di liquidazione sono monitorate costantemente, al fine di tenere sotto controllo la spesa per prestazioni acquistate da privati.

All'interno della UOC opera inoltre l'Ufficio Ausili e Protesi il cui funzionamento è regolamentato dal Decreto Ministeriale del 27 agosto 1999 n. 332 avente ad oggetto: "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Il regolamento di cui sopra individua tutte le prestazioni di assistenza protesica, che comportano l'erogazione dei dispositivi riportati negli elenchi 1, 2 e 3 del nomenclatore, erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza protesica agli aventi diritto all'assistenza ed erogazione dei dispositivi contenuti nel nomenclatore come sopra riportato.

Le azioni e i risultati attesi nel triennio 2016-2018 sono riportati di seguito.

Azione 1

L'attività dell'Unità Operativa è incentrata sui controlli da effettuare per il rispetto degli obblighi assunti nei contratti sottoscritti dai privati. In tale contesto assume un'elevata rilevanza il controllo amministrativo sui verbali UVM nei quali sono riportati tutti i dati necessari alla individuazione del setting assistenziale attribuito ad ogni singolo paziente, ai fini dell'individuazione della tipologia di struttura presso la quale al paziente stesso verrà erogata la prestazione appropriata.

A tal fine l'attivazione di un software finalizzato alla compilazione in formato elettronico del verbale UVM permetterebbe una consultazione rapida ed efficiente dello stesso, in base alla quale potrà essere possibile, dal punto di vista economico, individuare le tariffe corrette da applicare ad ogni singola prestazione nel rispetto dell'art. 14 dei contratti. Inoltre con l'introduzione del sistema della compartecipazione tale software, funzionante su web, darebbe la possibilità anche ai comuni di monitorare le singole situazioni riferite ai pazienti residenti per i quali il Comune stesso, in base alle risultanze di tale monitoraggio, potrà determinare correttamente la quota per la quale dovrà concorrere. Infine l'utilizzo di un software specifico darà la possibilità di estrapolare, con l'utilizzo dei dati riportati sul verbale la reportistica relativa a tutte le prestazioni erogate per ogni singolo paziente. L'attivazione del software dovrà passare attraverso varie fasi che prevedono la stesura del progetto in collaborazione con le UVM e l'individuazione del soggetto che dovrà realizzare il software entro il 2016 e la sua totale applicazione al termine del triennio.

Il Responsabile del Procedimento attuativo è il Dott. Pierluigi Galassi.

Azione 2

Altro aspetto rilevante nell'attività della Unità Operativa riguarda la collaborazione con la UOSD Governo delle Liste di Attesa e dei Servizi di Prenotazioni e la UOC Servizio Valutazione Appropriata di Prestazioni Sanitarie per il raggiungimento dell'obiettivo della completa prenotabilità delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale sul CUP Aziendale. Tale attività sarà utile anche per la corretta redazione dei piani delle prestazioni, che risultano necessari per far sì che le prestazioni da privato, erogate nel rispetto dei tetti di spesa assegnati e dei contratti sottoscritti, siano di supporto all'attività delle strutture pubbliche per il pieno soddisfacimento del fabbisogno sanitario e per la riduzione dei tempi di attesa.

Il Responsabile del Procedimento attuativo è la Dott.ssa Barbara Pantaleone.

Azione 3

Il rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza protesica passa anche attraverso una corretta gestione della spesa per ausili e protesi. Al fine di arrivare ad un contenimento della stessa, nel corso del triennio 2016-2018, l'attivazione di un sistema di riciclaggio di ausili, dovutamente risanificati, potrebbe portare ad un contenimento dei costi, riassegnando gli ausili stessi a nuovi richiedenti, nel rispetto del diritto di libera scelta del paziente.

Il suddetto contenimento però potrebbe non essere raggiunto o addirittura essere più consistente qualora, con l'introduzione del nuovo nomenclatore tariffario e di ausili nuovi, tecnologicamente più avanzati, i costi di mercato degli stessi determinerebbe, sempre nel massimo rispetto della normativa di riferimento, un andamento della spesa, che al momento non può essere assolutamente quantificabile.

Il Responsabile del Procedimento attuativo è la Sig.ra Patrizia Bomba.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	180 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Reingegnerizzazione dei controlli amministrativi delle prestazioni sanitarie autorizzate dalle UVM aziendali ed erogate dai privati accreditati (rif. PSR 2008/2010) mediante implementazione di un software informativo integrato su web, che colleghi l'attività autorizzatoria delle UVM e la produzione delle strutture private di riabilitazione rendendo possibile: 1. incrocio dati degli archivi delle UVM aziendali con i flussi di produzione dei privati/fatturato 2. de materializzazione documentazione autorizzatoria da controllare 3. riscontro sul 100% delle prestazioni da privati residenziali ed ex art. 26 4. reportistica a favore dei comuni per l'applicazione della quota di compartecipazione	Implementazione progetto	60%	30%	10%
2	Completa prenotabilità delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale sul CUP Aziendale al fine del contenimento delle Liste di Attesa in attuazione del Piano Regionale e in applicazione delle previsioni contrattuali vigenti	Avvio	40%	30%	30%
3	Attivazione su tutta la rete Aziendale di procedure di riciclaggio degli ausili relativamente all'assistenza protesica, sempre nel rispetto della libera scelta del paziente. Tale azione permetterebbe di ottenere delle economie con invarianza di assistiti nell'immediato; con l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore e delle nuove tariffe sarà possibile quantificare in maniera ancora più appropriata l'andamento della spesa.	Attivazione	40%	35%	25%

Gli indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportati di seguito.

- Indicatore Azione 1: Adempimenti e obblighi informativi previsti nell'ambito delle attività del Tavolo di monitoraggio Regione-AASSLL per l'analisi dei contratti con gli erogatori privati e relativo contenzioso.
- Indicatore Azione 2: Individuazione delle prestazioni sanitarie per la definizione dei volumi di attività in sede di contrattazione con gli erogatori privati

- Indicatore Azione 3: rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza protesica

4.3. Attuazione delle disposizioni relative alla razionalizzazione della rete pubblica dei laboratori di analisi anche mediante meccanismi di condivisione delle richieste, dei risultati e dei referti attraverso l'allestimento di un unico sistema informativo

Il contesto generale inerente l'attuazione delle disposizioni relative alla razionalizzazione della rete pubblica dei laboratori di analisi, risulta essere strutturato di fatto in due aree complementari e interdipendenti:

1. Attuazione delle disposizioni relative alla realizzazione della rete pubblica dei laboratori di analisi;
2. Allestimento di un unico sistema informativo.

Le azioni e i risultati attesi nel triennio 2016-2018 sono riportati di seguito.

1. Attuazione delle disposizioni relative alla realizzazione della rete pubblica dei laboratori di analisi

Responsabile del Procedimento attuativo: E' noto il fatto che l'attuazione di processi riorganizzativi richiede il coinvolgimento di diversi profili professionali (Area Informatica, Area Acquisizione Beni e Servizi, Direzione Sanitaria, Patologia Clinica, Ufficio Tecnico, ecc.). Tale ambito è riferito al completamento del processo aziendale da tempo avviato che prevede l'armonizzazione ed il consolidamento delle attività di medicina di Laboratorio in un contesto HUB / SPOKE (delibera 1932 del 19-12-2012).

La situazione di partenza vedeva presenti nell'ambito aziendale n. **8** Laboratori di Patologia Clinica con **4 UOC** che in sostanza effettuavano (ad eccezione di alcuni esami specialistici) lo stesso profilo di esami:

- A. Laboratorio Analisi P.O. Chieti
- B. Laboratorio Analisi P.O. Lanciano
- C. Laboratorio Analisi P.O. Vasto
- D. Laboratorio Analisi P.O. Ortona
- E. Laboratorio Analisi P.O. Atezza
- F. Laboratorio Analisi P.O. Guardiagrele
- G. Laboratorio Analisi P.O. Casoli
- H. Laboratorio Analisi P.O. Gissi

Allo stato attuale è operativa **1 sola UOC** di Patologia Clinica Aziendale collegata in rete con UOS, e Distretti del territorio e Centri Prelievo.

Sono consolidati nelle sedi di Chieti e Lanciano tutti gli esami specialistici e di II livello assegnati ad ognuna delle due sedi citate differenziando la destinazione in relazione agli expertise presenti.

Gli ex Laboratori Analisi dei PP.OO di Gissi e Casoli ricoprono esclusivamente funzioni di Centro Prelievi.

Nelle sedi del P.O. di Vasto e del P.O. di Ortona vengono effettuati esclusivamente esami routine e riferiti all'urgenza e all'emergenza.

Nelle sedi del P.O. di Atezza e del P.O. di Guardiagrele vengono effettuati esclusivamente esami routine e riferiti all'urgenza e all'emergenza nelle giornate feriali mentre nei festivi e pomeriggio/notte, le attività riferite all'urgenza e all'emergenza sono garantite in regime di POCT.

Le azioni reliazate sono state:

- Eliminazione e trasferimento nei Laboratori di Chieti e Lanciano delle prestazioni Specialistiche eseguite in doppio dai diversi Laboratori di Atesa, Guardiagrele e Ortona; per quanto riguarda la sede di Vasto, è stato reso operativo il trasferimento presso la Patologia Clinica di Lanciano di alcune aree di esami specialistici quali Autoimmunità, Biologia Molecolare, indagini sul Liquor Cefalorachidiano (isoelettrofocusing, biologia molecolare) e più in generale esami a bassa frequenza di richiesta;
- Dismissione nei Laboratori di Guardiagrele e di Ortona, degli analizzatori in uso per esami specialistici o a bassa frequenza di richiesta con riduzione della ridondanza tecnologica;
- Miglioramento della qualità generato sia dalla concentrazione in unica sede delle indagini specialistiche e/o a bassa frequenza di richiesta sia dall'utilizzo di personale con confermata esperienza;
- Completamento della Gara dei Servizi Trasporto, in linea con le normative vigenti, per la realizzazione di trasferimenti rapidi ed in sicurezza dei campioni biologici tra le varie strutture tramite nuove procedure dedicate.

La fase in corso, prevede un ulteriore consolidamento delle attività di Medicina di Laboratorio nelle sedi di Lanciano e Chieti; in particolare per quanto riguarda il Laboratorio analisi di Chieti, risulta necessaria la conferma in merito alla nuova sede del Servizio. Al fine di rendere possibile la realizzazione di quanto programmato, è necessario che si provveda all'espletamento delle nuove gare per la fornitura di Sistemi Analitici che comprende, come detto per la sede di Chieti, l'adeguamento degli ambienti nei quali avrà sede il Servizio come previsto dalla Legge 81 *riferita alla Sicurezza degli Ambienti di Lavoro*.

2. Allestimento di un unico sistema informativo

Responsabile DEC (Direttore dell'Esecuzione del Contratto dr.ssa Golato Maria)

RUP (Responsabile Unico del Procedimento Dr. Andrea Tisselli)

E' stata espletata ed aggiudicata la Gara per la fornitura del LIS (Sistema Informatico di Laboratorio) unico aziendale, premessa fondamentale e strutturale in grado di rendere possibile l'ulteriore fase di consolidamento prevista

1. CRONOPROGRAMMA					
Attuazione delle disposizioni relative alla realizzazione della rete pubblica dei laboratori di analisi					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Attivazione Gara per la fornitura di Sistemi Analitici CORELAB e Microbiologia - Lavori strutturali sede Laboratorio Analisi di Chieti	Pubblicazione del Bando di Gara	Aggiudicazione della fornitura e inizio lavori sede Chieti. Implementazione e consegna attrezzature Sede di Lanciano	Implementazione e consegna attrezzature Sede di Chieti	Ulteriore consolidament o analitico e strumentale con revisione delle sedi e delle attività dei Laboratori

2. CRONOPROGRAMMA Allestimento di un unico sistema informativo					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Implementazione ed attivazione in routine di un unico sistema informativo "LIS" (Sistema Informatico del Laboratorio). Installazione presso i P.O. Ortona, Guardiagrele e Chieti <i>Già in uso presso i presidi di Lanciano, Vasto e Aversa</i>	Controllo e messa a punto dell'implementazione di tutte le funzionalità del Sistema Informatico previsto in gara. Corsi personale reparti e distretti Start-up del LIS.	Ulteriori verifiche di funzionalità del Sistema Informatico come da gara. Refertazione unica. Verifiche di funzionalità della intera architettura del sistema con particolare attenzione all'appropriatezza delle richieste tramite il LIS. Refertazione unica	Verifica della riduzione dei costi a seguito del controllo, tramite LIS, della aderenza ai protocolli diagnostici, secondo EBML.	Ulteriore consolidamento analitico e strumentale

Gli Indicatori delle singole azioni sono riportati di seguito.

• **Indicatore Azione 1:**

- Conferma nuova Pubblicazione Bando di Gara;
- Definizione Crono programma delle attività amministrative e tecniche delle Commissioni di Gara;
- Conclusione e affidamento della Fornitura entro ottobre 2016;
- Ulteriore dismissione della strumentazione ridondante a seguito dell'implementazione dei Sistemi aggiudicati.

• **Indicatore Azione 2:**

- Consolidamento funzionalità e collegamenti ospedalieri e territoriali per le sedi di Lanciano, Vasto e Aversa;
- Rispetto e conferma del crono programma attività di implementazione presso le sedi di Chieti, Ortona e Guardiagrele;
- Riduzione esami inappropriati in relazione alla diagnosi.

Oggetto di monitoraggio sono la verifica mensile dello stato di avanzamento delle attività programmate.

Per quanto concerne le previsioni economiche e la sostenibilità delle manovre, in sostanza propone a seguito delle attività previste un contenimento della spesa generale al netto dei valori riferiti ai lavori necessari per la realizzazione (adeguamento alla normativa) della sede del Laboratorio Analisi del P.O. di Chieti.

Il contenimento della spesa attuale trova elementi di carattere strutturale e previsionale in relazione a:

1. Migliore utilizzo delle risorse umane disponibili;
2. Riduzione del numero e della tipologia di Sistemi Analitici oggi presenti;
3. Previsione di incremento della produttività;
4. Riduzione dei tempi di attesa per la refertazione;

5. Miglioramento dell'appropriatezza della richiesta di indagini diagnostiche grazie anche alla ulteriore implementazione di profili riferiti al quesito diagnostico.

In merito ai valori economici e relativo impatto, si conferma, come più volte segnalato, il fatto che la significativa variabilità dei dati disponibili per gli esercizi a consuntivo, rende estremamente complessa ed in ogni caso empirica qualsiasi valutazione previsionale.

4.4. Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni sanitarie;

L'Azienda si è strutturata per rispondere in tempi congrui alle scadenze del debito informativo ed ha attivato o attiverà durante il triennio i contratti di assistenza di manutenzione necessari ad adempiere alle richieste di variazioni di tracciati record dei flussi informativi da conferire. Analogamente per ogni nuova rilevazione. Verranno, all'occorrenza, costituiti gruppi di lavoro finalizzati alla emanazione di procedure operative con lo scopo di coordinare gli uffici interessati dalle innovazioni ed intervenire tempestivamente sull'organizzazione, parallelamente alle sinergie già costituite tra Sistemi Informativi e il Controllo strategico Aziendale.

4.5. Vigilanza e monitoraggio sul funzionamento delle U.V.M. mediante l'adozione di sistemi unici di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali, con particolare riferimento all'attuazione del Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 del 20/12/2013

Per attivare una pianificazione locale degli interventi di prevenzione e sorveglianza nonché di potenziamento delle attività di sostegno socio-sanitario è indispensabile la definizione e la misurazione delle attività sociali e sanitarie svolte sul territorio (in termini di persone, minuti e ore) tramite la creazione di un'unica banca dati socio-sanitaria. A tal proposito è stato istituito un gruppo di lavoro inter-istituzionale, in collaborazione con i referenti degli E.A.S. (Enti d'Ambito Sociali) n. 20, 21 e 25, per definire un sistema informativo socio-sanitario comune per le "Aree Interne" (con dati sociali e dati sanitari-PUA/UVM) collegati con il Registro Epidemiologico della Fragilità, anche in riferimento all'inserimento nella pratica quotidiana in via sperimentale della Telemedicina per le persone con Alta Fragilità Assistenziale, assistiti dai Servizi Sociali dei Comuni ed in questa prima fase affetti anche da diabete. L'obiettivo è quello di definire, a partire dall'anagrafe dei 33 comuni, un minimo DATA-SET, ovvero una lista di variabili essenziali che descrivono/misurano la popolazione, orientativamente legato a: dati anagrafici, condizioni sanitarie, condizioni sociali e attività offerte al paziente. Il gruppo interistituzionale ha dunque il compito di definire un tracciato record. Considerato che il comune di Casoli, nuovo Ente di Ambito Sociale rappresentativo dell'Ambito Territoriale Sociale n. 20 "Aventino", ha acquistato, tramite il MePa (Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione), dalla ditta Software Consulting srl il servizio di assistenza al "Sistema Informativo del Sociale" che offre una piattaforma per la gestione dei servizi sociali e socio-sanitari che copre tutto il processo di erogazione del servizio al cittadino, la Asl Lanciano Vasto Chieti ha inoltrato una richiesta di acquisizione, per un anno, in via sperimentale, del Sistema Informativo SiaSoc per gli interventi sociali e socio sanitari al fine di dotare l'azienda di un sistema informativo, unico ed omogeneo, che consenta la condivisione di dati sociali (EAS 20, 21 e 25) e dati sanitari (ADI, PUA, UVM). Tale servizio è reso disponibile sulla rete internet, solleva l'Ente da tutte le problematiche collegate alla gestione di un prodotto informatico (individuazione, installazione e connessione di server alla rete internet) e consente di integrare le informazioni sociali e sanitarie

(ADI, PUA, UVM), per effettuare una valutazione multidimensionale dell'anziano e dell'adulto con schede di valutazione idonee. Nel distretto Sangro-Aventino è in corso il data entry nel database dei pazienti in PUA-UVM (250 circa). Il sistema informativo in oggetto è stato avviato in fase sperimentale nelle Aree Interne per poter essere implementato in tutta l'azienda nel corso del 2016.

5. Ispettivo e Controllo Qualità

5.1. Sicurezza e Rischio Clinico

La gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti.

Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

5.1.1. Monitoraggio dei piani di miglioramento a seguito di eventi sentinella

Come da DCA n. 69/2013, entro il 28/2 di ogni anno occorre procedere alla registrazione nella Banca dati nazionale (SIMES/NSIS) degli eventi sentinella e delle denunce sinistri avvenuti nel corso dell'anno.

La ASL Lanciano Vasto Chieti presenta un sistema strutturato di incident reporting attraverso il quale al verificarsi di un evento avverso/near miss l'operatore sanitario (medico, infermiere o altro professionista coinvolto nell'evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell'occorrenza dello stesso) procede alla compilazione del modulo di segnalazione e lo invia, nel più breve tempo possibile, al Rischio Clinico. Il Risk Management aziendale, al ricevimento della segnalazione:

- avvia immediatamente una pre-analisi confrontandosi con i referenti e gli operatori coinvolti per stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella;
- acquisisce, se lo ritiene necessario, la documentazione clinica agli atti e coinvolge i soggetti direttamente interessati;

Se dalla pre-analisi emerge che l'evento avverso non è un evento sentinella valuta la possibilità di implementare azioni di miglioramento identificabili anche attraverso audit.

Se dalla pre-analisi emerge che l'evento avverso è un evento sentinella:

- attiva misure di supporto agli operatori;
- verifica quali misure sono state intraprese dall'U.O. nei confronti del paziente al fine di mitigare il danno;
- verifica se sono stati attivati i dovuti processi di comunicazione con i pazienti e/o i loro familiari in modo trasparente e completo.

Identifica insieme al Direttore ed al referente dell'U.O. ulteriori misure da intraprendere.

Raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie per effettuare una analisi sistemica articolata utilizzando lo strumento di risk management ritenuto più opportuno al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento. Se necessario avvia un audit con le parti interessate. Si identificano comunque le azioni correttive da avviare.

I piani di miglioramento scaturiti dagli audit vengono verificati alla scadenza prevista dal piano.

L'evento sentinella viene inserito nella Banca dati SIMES nei tempi previsti dal protocollo ministeriale degli eventi sentinella.

L'ufficio Legale aziendale provvede periodicamente e sistematicamente all'aggiornamento di un report di tutte le richieste di risarcimento da responsabilità degli operatori sanitari, sia stragiudiziali che giudiziali, per responsabilità civile verso terzi, denunciate a questa Azienda. Ciò consente di effettuare una mappatura delle aree di rischio nonché valutare le forme di copertura assicurativa più idonee per l'Azienda.

L'Ufficio Affari Generali e Legali provvede all'alimentazione dei sinistri nella Banca dati Simes tempestivamente alla notifica della richiesta risarcitoria.

CRONOPROGRAMMA 2016 - 2018					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Monitoraggio eventi sentinella /Predisposizione piani di miglioramento alla luce degli eventi sentinella.	Continuativo	Contin.	Contin.	Contin.
2	Implementazione Gestione informatica del processo di segnalazione/gestione eventi avversi.		Acquisto sistema	Implement. sistema	Implement. sistema
Indicatori		Modalità di monitoraggio			
Monitoraggio segnalazioni eventi avversi/near miss		Rendicontazione SQA			

5.1.2. Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti (Root Cause Analysis, Audit clinico)

Al fine di diffondere le conoscenze metodologiche e di trasmettere la cultura del rischio, la UOC Qualità, Accreditamento, Risk Management e Governo Clinico annualmente predispone un piano formativo con l'obiettivo di trasmettere la cultura del rischio ed attuare i programmi di prevenzione dell'errore e di gestione del rischio clinico.

Il piano prevede diversi corsi di cui alcuni dedicati a tutti gli operatori sanitari, altri unicamente ai facilitatori delle diverse UU.OO.

Con i corsi sul rischio clinico si vogliono sensibilizzare gli operatori sul tema dell'errore e sull'importanza della segnalazione degli eventi avversi/near miss, importante fonte di informazione per le attività di audit clinico.

La ASL Lanciano Vasto Chieti ha iniziato un percorso innovativo della formazione in simulazione applicata in ambiti ad elevata complessità, sotto la guida di docenti scelti fra i maggiori esperti nazionali su tali metodiche e sul rischio clinico. E' infatti noto che numerosi eventi avversi, in sanità come in aeronautica, possano essere non tanto provocati dall'incapacità, quanto dal rischio di "errore umano", ancor più subdolo quando si lavora in team: deficit nella comunicazione, nella consapevolezza del rischio e nella capacità di reazione a situazioni di crisi che richiedono decisioni rapide, difetti di coordinamento fra i membri dell'equipe, sono le cosiddette "abilità non tecniche", difficili da esercitare con la formazione tradizionale.

Attraverso la tecnica del CRM si possono invece inscenare situazioni di crisi in sala operatoria, anche rare o potenzialmente fatali nelle quali gli operatori esercitano le Non Technical Skills grazie a simulatori ad elevato realismo, che si dimostrano efficaci per allenare i team a rispondere all'evento inatteso in maniera coordinata, con lo scopo finale di comportarsi come una intelligenza collettiva che supera gli individualismi.

Tra le 5 cause principali di "eventi avversi" nelle organizzazioni sanitarie al primo posto è riportata "la carenza a livello di comunicazione", a tal proposito la ASL Lanciano Vasto Chieti ha avviato un progetto formativo con cui intende promuovere un programma di formazione sulla comunicazione come strumento di gestione del rischio clinico. Obiettivo del corso è quello di

sviluppare la consapevolezza dell'importanza della comunicazione sia tra operatori si tra operatore-paziente (diagnosi infausta, evento avverso etc).

CRONOPROGRAMMA 2016 - 2018					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Attuazione/Predisposizione piano di formazione sulle tematiche di gestione del rischio clinico.		Entro 31/12/2016	Entro 31/12/2017	Entro 31/12/2018
Indicatori		Modalità di monitoraggio			
N° di eventi formativi attuati		Rendicontazione piano formativo			
N° di operatori sanitari formati					

5.1.3. Monitoraggio sistemico dell'uso della check list in Sala Operatoria

L'utilizzo delle check list perioperatorie, inserite dall'AHRQ tra le Buone Pratiche per la sicurezza del paziente (BP), è ormai una prassi consolidata presso la ASL Lanciano Vasto Chieti. Il monitoraggio sistemico dell'uso della check list in Sala Operatoria viene effettuato regolarmente.

Nell'anno 2015 la ASL Lanciano-Vasto-Chieti ha introdotto l'autovalutazione delle cartelle cliniche, ossia una valutazione effettuata dal reparto quadrimestralmente su cartelle cliniche scelte random. Nella griglia utilizzata per l'autovalutazione è prevista una sezione riguardante la corretta compilazione della checklist perioperatoria (la checklist perioperatoria è strutturata su due pagine, una che viene compilata in reparto e l'altra che ricalca quella ministeriale e viene compilata in Sala Operatoria). Inoltre annualmente l'SQA effettua delle verifiche periodiche sulle cartelle cliniche.

L'introduzione di questo doppio controllo permette un monitoraggio continuo sulla compilazione della checklist perioperatoria.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Monitoraggio sistemico dell'uso della check list in Sala Operatoria in tutte le UU.OO.	Continuativo	Contin.	Contin.	Contin.
Indicatori		Modalità di monitoraggio			
N° di check list di Sala Operatoria compilate correttamente/N° cartelle verificate		Autovalutazione delle cartelle cliniche/verifiche SQA.			

5.1.4. Implementazione e Monitoraggio della Raccomandazione per la Sicurezza nella terapia oncologica.

A causa della elevata tossicità dei farmaci antineoplastici e del loro basso indice terapeutico, gli errori in corso di terapia oncologica determinano danni molto gravi anche alle dosi approvate. Pertanto, è necessario avere a disposizione indicazioni mirate alla prevenzione di tali errori. La scelta del setting assistenziale per la somministrazione della chemioterapia può influenzare la sicurezza delle cure ed è necessario porre attenzione ai criteri necessari a classificare i pazienti in accesso al trattamento chemioterapico (condizioni generali del paziente, tipo di farmaco e durata della terapia, età pediatrica e condizioni logistiche e sociali ed altri), ai fini di una valutazione accurata in termini di efficacia, efficienza, qualità e sicurezza. Nella prevenzione degli errori in corso di terapia con farmaci antineoplastici è decisivo il ruolo della Direzione sanitaria/aziendale per accrescere il grado di consapevolezza tra gli operatori sanitari e implementare azioni di miglioramento tra le quali risultano di notevole rilevanza l'introduzione di tecnologie informatizzate e la garanzia di condizioni lavorative adeguate in termini sia di risorse strutturali sia gestionali.

La ASL Lanciano Vasto Chieti ha implementato la "Procedura prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici". In seguito all'emanazione da parte del Ministero della raccomandazione n.17 "Ricognizione e Riconciliazione farmacologica", la Procedura aziendale "Gestione Farmaci" è stata integrata con la parte relativa alla ricognizione e riconciliazione farmacologica che prevede l'implementazione di una modulistica dedicata il cui utilizzo verrà monitorato nel tempo.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Monitoraggio e aggiornamento periodico delle Procedure - "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" - "Gestione Farmaci"	Continuativo	Contin.	Contin.	Contin.
2	Implementazione Gestione informatica del processo di gestione della terapia farmacologica oncologica aziendale		Acquisto sistema	Implement. sistema	Implement. sistema

Indicatori	Modalità di monitoraggio
Indicatori procedure aziendali con cui sono state recepite le Raccomandazioni Ministeriali n° 14 e n°7	Verifica SQA
Implementazione Gestione informatica del processo di gestione della terapia	

farmacologica oncologica aziendale

5.1.5 Prevenzione delle cadute

Per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente è stata elaborata la procedura aziendale (PGSQA26 REV. 2 DEL 7/05/13 PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DELLA PERSONA ASSISTITA come recepimento della Raccomandazione n°13: Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie). Inoltre sono state realizzate delle brochure informative per il paziente, dei poster affissi in tutti i reparti per informare e coinvolgere i pazienti, dei poster affissi in tutte le guardiole degli infermieri con le informazioni per la prevenzione delle cadute. Con l'introduzione nell'anno 2015 dell'autovalutazione e valutazione della cartella clinica, è possibile effettuare un continuo monitoraggio sulla compilazione della scala di Conley e la messa in atto di azioni preventive, poiché nella griglia elaborata è presente un item per la verifica della compilazione della modulistica per la prevenzione del rischio cadute (scala di Conley).

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Monitoraggio Procedura Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita	Continuativo	Contin.	Contin.	Contin.

Indicatori	Modalità di monitoraggio
N° di cadute annue Valutazione Conley	La UOC Qualità Accreditamento Risk Management e Governo clinico effettua controlli periodici per il controllo del corretto utilizzo della procedura mediante verifica degli indicatori.

5.1.6. Monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali

La ASL Lanciano - Vasto - Chieti ha recepito tutte e 17 le raccomandazioni ministeriali che dopo essere state inviate ai Direttori delle UU.OO. interessate sono state pubblicate sul sito aziendale in maniera da essere fruibili da tutti gli operatori.

Le raccomandazioni sono state implementate a livello aziendale con procedure specifiche pubblicate sul sito.

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti, con delibera N° 1206 del 11/11/2010 sancisce che "dal momento della pubblicazione il documento è da considerarsi vigente e obbligatorio per gli operatori coinvolti".

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Monitoraggio procedure aziendale con cui sono state recepite le Raccomandazioni Ministeriali	Continuativo	Contin.	Contin.	Contin.
Indicatori		Modalità di monitoraggio			
Indicatori procedure aziendali		La UOC Qualità Accreditamento Risk Management e Governo clinico effettua controlli periodici per il controllo del corretto utilizzo della procedura mediante verifica degli indicatori.			

5.2. Controllo Cartelle Cliniche

Il Contesto normativo (nazionale- regionale) a cui si fa riferimento riguarda:

- DM 10/12/2009;
- L.R. 5 (PRS 2008/2010);
- Decreti commissariali nn. 64/2012, 50/2011 e ss.mm.ii;
- DGR N. 1438/ 2006.

L'attività di verifica svolta dall'Azienda, per il tramite della UOC Valutazione Appropriatazza delle Prestazioni Sanitarie, riguarda sia le Strutture Pubbliche che quelle Private Accreditate, di seguito riepilogate:

Tipologia di setting assistenziale		
Strutture Private Accreditate	Ospedaliere	3
	Riabilitative ex art.26	23
	Specialistica Ambulatoriale	29
	Branche Specialistiche a visita	3
	Psicoriabilitative	10
	Residenze Assistite	10
	Residenze Sanitarie Assistite	5
Strutture pubbliche	Ospedaliere	6

Il controllo realizzato in ottemperanza della normativa nazionale e regionale vigente in materia e secondo le specifiche disposizioni contrattuali, è finalizzato ad accertare la legittimità, appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie; tale attività viene effettuata

sul campione pari ad almeno il 10% del file di produzione determinato, attraverso metodo random, cui si aggiunge, nel caso delle prestazioni erogate in ambito ospedaliero, l'estensione alle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, come individuate dal Decreto Ministeriale 10.12.2009

Per quanto riguarda le prestazioni erogate nei Presidi Ospedalieri Pubblici, nel triennio 2016-2018, si continueranno ad espletare controlli, di concerto con le Direzioni Mediche di Presidio, finalizzati a garantire l'appropriatezza del setting di erogazione e la corretta codifica delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera).

Parallelamente, riguardo alle prestazioni erogate dalle Strutture Private Accreditate, continueranno ad essere esercitate azioni correttive, che tengano conto sia della normativa vigente in materia, che, di quanto disposto da apposite procedure aziendali, anche attraverso provvedimenti sanzionatori, consistenti nell'applicazione delle decurtazioni, dal fatturato, di somme corrispondenti alla valorizzazione delle inappropriatezze rilevate.

La suddetta attività di controllo costituirà oggetto di relazioni periodiche, trimestrali, trasmesse al Servizio Ispettivo Regionale ed alla UOC Sviluppo Strategico Aziendale

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Controlli cartelle cliniche- Strutture Ospedaliere Pubbliche ed azioni correttive. Addestramento del personale verso l'appropriata erogazione del setting assistenziale e la corretta codifica della SDO, in collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio;				
2	Controlli cartelle cliniche- strutture private accreditate e d azioni correttive attraverso un sistema sanzionatorio basato su decurtazioni, dalle somme fatturate, di importi corrispondenti alle inappropriatezze rilevate				
3	Predisposizione e trasmissione periodica di reportistica trimestrale al Servizio Ispettivo Regionale ed alla UOC Sviluppo Strategico Aziendale				
Responsabile del procedimento: dott.ssa Annabella Antonucci					

Gli Indicatori e le modalità di monitoraggio sono riportati di seguito.

- Indicatore Azione 1 e 2: rispetto delle percentuali dei controlli come previsto nei contratti vigenti e nella normativa nazionale e regionale di riferimento
- Indicatore Azione 3: invio trimestrale della reportistica a Servizio Ispettivo Regionale e alla UOC Sviluppo Strategico Aziendale.

6. Programmazioni socio-sanitaria

"I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN)". Il riferimento è del DM 70/2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, da cui le citazioni di seguito riportate che sottolineano i punti del Programmazione socio-sanitaria dell'Azienda Lanciano vasto Chieti orientati alla programmazione delle infrastrutture territoriali per l'attuazione di tale Decreto.

"Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni".

"Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di **"presa in carico"**, garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita".

"L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei **PDT** per le patologie complesse ed a lungo termine e di **Protocolli di Dimissione protetta** per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta".

"Le Regioni avviano programmi di **telemedicina** per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete".

"Dovranno essere messe a disposizione della continuità assistenziale le **dotazioni tecnologiche** delle centrali operative e l'integrazione con i medici di medicina generale, con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e **riduzione dei tempi di attesa** dell'utenza."

"La riorganizzazione della rete ospedaliera è finalizzata alla copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, in una logica di continuità assistenziale, vengono potenziate le strutture territoriali. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale."

"Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di **dimissione protetta e/o assistita**, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità/poliambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale (MMG)."

"Per lo sviluppo di questi percorsi è necessario favorire l'implementazione di forme di **lavoro multidisciplinare**, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i **sistemi informativi**), l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti."

"Le Regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, con particolare riferimento ai cosiddetti **Ospedali di Comunità**."

6.1. Rete ospedaliera

La riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale, in questo momento storico per la Regione Abruzzo, in fase di uscita dal Piano di Rientro, segue il percorso di risanamento, che il Sistema Sanitario sta portando a termine, attraverso il riorientamento della programmazione socio-sanitaria verso la centralità del paziente. In questo senso l'obiettivo dell'integrazione tra Ospedale e Territorio passa attraverso l'identificazione dei pazienti che hanno episodi di assistenza sia ospedaliera che territoriale o che potrebbero

beneficiarne. La parte prima di questo documento (Parte Prima: Quadro epidemiologico) definisce i criteri per l'identificazione e l'entità dei pazienti fragili, dei loro Percorsi Assistenziali (PDTA) per favorire la maggiore attenzione verso la riorganizzazione strategica dell'assistenza.

In particolare, tale attività riorganizzativa è attuabile integrando tre principali asset:

- classificazione dei Presidi Ospedalieri nell'ambito della rete emergenza-urgenza (DEA di primo e secondo livello, Pronto Soccorso e altre strutture) e della rete territoriale di continuità assistenziale:
 - Ambulatori, MMG/CA, H24 della emergenza a bassa criticità;
 - Dotazione diagnostica strumentale (vedi paragrafo 3.5.10) e di laboratorio (angoli della salute) nelle sedi territoriale periferiche a disposizione dei MMG e PLS;
 - Attivazione di dispositivi di telemedicina specialistica, telesalute e teleassistenza, a domicilio dei pazienti per il monitoraggio continuo e in remoto dei parametri clinici e assistenziali, attraverso la disponibilità di una centrale infermieristica H12 per 6 giorni settimanali;
- sviluppo e riorganizzazione della rete territoriale delle cure primarie, attraverso la presa in carico proattiva dei pazienti cronici e fragili, con l'integrazione tra i MMG, per la presa in carico clinica (Diagnostica e Terapeutica) e della continuità assistenziale, e gli infermieri della fragilità, per la presa in carico assistenziale proattiva (attiva attenzione all'esecuzione corretta della terapia medica, supporto all'auto cura e alla aderenza alle prescrizioni mediche);
- riqualificazione della rete ospedaliera concentrando i ricoveri ospedalieri esclusivamente verso i pazienti acuti. In particolare, in ottemperanza del DM 70/2015, lo sviluppo della rete ospedaliera seguirà *in primis* la logica di specializzazione per struttura con l'obiettivo di aumentare i casi trattati dalla stessa, favorendo così un *outcome* più performante ed integrazione tra i diversi Presidi ospedalieri, oltre che la logica del potenziamento della funzione di filtro per l'accesso in ospedale.

In aggiunta a quanto descritto in precedenza, l'Azienda ha rimodulato la rete dell'offerta sanitaria ambulatoriale definendo le strategie e le azioni finalizzate al contenimento dei tempi d'attesa rivisitando l'organizzazione e la razionalizzazione dei servizi con particolare riguardo all'integrazione ospedale-territorio. Da una parte l'ospedale non solo come struttura di ricovero, ma complesso tecnologico a crescente specializzazione, dall'altra, nello specifico, la delocalizzazione dell'offerta ambulatoriale dall'ospedale che dovrà rappresentare sempre meno la sede esaustiva del percorso, all'organizzazione sanitaria territoriale organizzando al meglio la stessa e prevedendo, fatta salva la continuità assistenziale, la presenza di personale medico e di supporto anche dai P.O. perché contribuiscano a tali attività.

Con Decreto n. 60/2015 la Regione ha autorizzato il nuovo Piano Operativo Regionale 2015-2016 di Governo delle Liste d'Attesa e la ASL Lanciano – Vasto - Chieti, nel rispetto dei termini previsti dalla legge, ha provveduto ad elaborare ed approvare con Delibera aziendale 248 del 18/8/15, il Nuovo Piano Attuativo Aziendale (**PAA**) per il periodo 2015-2016.

Nella stesura del **PAA** il gruppo di lavoro, individuato dalla Direzione Aziendale, ha provveduto ad un'analisi dell'offerta ambulatoriale esistente e delle cause che determinano per le prestazioni ambulatoriali, tempi di attesa oltre i valori soglia consentiti. Successivamente, sulla base del fabbisogno di prestazioni stimato, l'Azienda ha individuato 4 azioni principali (come da Piano Aziendale delle Prestazioni, allegato n.3) determinandone anche la valutazione economica-finanziaria di cui si riporta il contenuto dell'azione relativa all'Integrazione Ospedale Territorio.

La riqualificazione della rete ospedaliera, in coerenza con quanto definito dal DM 70/2015, comporterà una razionalizzazione del personale ospedaliero con la riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse e la concentrazione di specializzazioni omogenee in singole strutture. Tale contesto crea le condizioni per cui si possa prevedere da un lato la garanzia della continuità assistenziale ospedaliera e contestuale erogazione di prestazioni ambulatoriali di elevata complessità, dall'altro lo sviluppo dell'attività territoriale volta all'erogazione dei servizi di primo livello da cui derivano anche molte delle prestazioni traccianti oggetto del piano.

Le principali criticità rilevate a livello territoriale dipendono sia dalla circostanza che il territorio risente di carenze strumentali che impediscono l'erogazione di alcune prestazioni, sia dal fatto che in alcune sedi sono scarsamente rappresentate le prestazioni specialistiche di primo livello soprattutto in aree disagiate e distanti dalle strutture ospedaliere, il tutto aggravato dal congelamento della spesa complessiva della specialistica convenzionata che impedisce di fatto le sostituzioni di specialisti che hanno lasciato il servizio per quiescenza o per altre ragioni.

L'Azienda intende rendere omogenea l'erogazione delle prestazioni specialistiche di primo livello soprattutto in aree disagiate e distanti dalle strutture ospedaliere per evitare la mobilità soprattutto di un'utenza fragile e disagiata, implementare l'attività specialistica

domiciliare non garantita attualmente dalle strutture ospedaliere, distribuire le prestazioni traccianti in ogni aria distrettuale e differenziare l'offerta territoriale delle altre specialità in rapporto a caratteristiche demografiche ed epidemiologiche.

Inoltre l'Azienda è già impegnata nello sviluppo di strumenti per la Telemedicina che consentirà sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti. Il principale obiettivo della implementazione della Telemedicina è quello di sviluppare la continuità delle cure e l'integrazione Ospedale – Territorio. Si tratta di introdurre un modello organizzativo integrato per il monitoraggio remoto domiciliare di pazienti cronici (telemedicina specialistica, teleconsulto, teleradiologia, laboratorio biomedico, telesalute e monitoraggio dei parametri relativi ai dispositivi elencati di seguito), associato ad una centrale di servizi di emergenza (H24) e educativa, presso la sede dell'UCCP gestito dagli infermieri di fragilità a supporto del medico di medicina generale, fornito ad una coorte di pazienti fragili, sia in grado di migliorare i parametri clinici, assistenziali, organizzativi ed economici rispetto alla tradizionale assistenza.

6.2. Appropriately delle prestazioni ospedaliere

Nei documenti dell'allegato n.2 sono descritti i progetti elencati nel crono programma che si aggiungono ai progetti obiettivo "a rilevanza nazionale Legge 662/96 Finanziamento anno 2014".

- Progetto sperimentale "Centro per i Disturbi Cognitivi e delle Demenze (C.D.C.D.)";
- Ambulatorio Infermieristico della Fragilità nelle aree interne;
- Qualità delle prestazioni e percorsi clinico-organizzativi nella gestione dei pazienti diabetici;
- Presa in Carico Ostetrica per il Percorso Nascita delle Aree Interne;
- Presa In Carico della Fragilità nella Area Interna Basso-Sangro-Trigno;
- Servizio di telesalute e teleassistenza.

Le Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018 sono riportate di seguito.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Progetto sperimentale "Centro per i Disturbi Cognitivi e delle Demenze (C.D.C.D.)"				
2	Ambulatorio Infermieristico della Fragilità nelle aree interne				
3	Qualità delle prestazioni e percorsi clinico-organizzativi nella gestione dei pazienti diabetici				
4	Presa in Carico Ostetrica per il Percorso Nascita delle Aree Interne				
5	Presa In Carico della Fragilità nella Area Interna Basso-Sangro-Trigno				
6	Servizio di tele-salute e teleassistenza				

La valutazione dell'efficacia delle azioni previste avverrà con i seguenti indicatori di processo e di esito:

- ✓ % di soggetti inviati dal Pronto Soccorso al MMG-AFT;
- ✓ % di soggetti dimessi in dimissione programmata dall'Ospedale segnalati al PUA;
- ✓ % dei soggetti che accedono all'Ospedale di Comunità;
- ✓ N° pazienti con primo accesso in ambulatorio fragilità / N° pazienti candidabili al percorso fragilità 70%;
- ✓ N° pazienti fragili presi in carico dall'ambulatorio fragilità / N° pazienti con prima visita in ambulatorio fragilità 85%;
- ✓ N° schede infermieristiche correttamente compilate per indici di fragilità / N° pazienti che effettuano la prima visita in ambulatorio fragilità 95%;
- ✓ N° pazienti valutati per aderenza alle terapie / N° pazienti presi in carico 90%;
- ✓ N° pazienti valutati per aderenza al self care / N° pazienti presi in carico 90%;
- ✓ N° pazienti affidati a Telesalute / N° pazienti con indicazione a Telesalute 80%;
- ✓ N° ricoveri ospedalieri-anno del paziente fragile Riduzione trend;
- ✓ N° accessi in PS anno del paziente fragile Riduzione trend.

6.2.1. Attuazione dei PDTA/PAC decreti e di prossima adozione

Attivazione Pacchetto Ambulatoriale Complesso "Anziano Fragile"

Il Pacchetto Ambulatoriale Complesso "Anziano Fragile" prevede:

- Visita ortopedica, densitometria ossea, ecografia muscolo tendinea finalizzati alla prevenzione della osteoporosi, delle fratture patologiche, della degenerazione artrosica;
- Visita odontoiatrica, conservativa e protesica finalizzati alla prevenzione della malnutrizione, delle male occlusioni, dell'edentulia;
- Visita ORL ed esame audiometrico finalizzati alla prevenzione, cura e riabilitazione dell'ipoacusia e del conseguente isolamento sociale;
- Visita oculistica finalizzata alla prevenzione e cura della cataratta e dell'ipovisione in generale;
- Visita urologica, ecografia vescicale ed uroflussimetria finalizzati alla prevenzione e cura dell'incontinenza e dei tumori della sfera urinaria (prostata in particolare);
- Assistenza psicologica finalizzata al sostegno del percorso della senescenza.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Attivazione Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC) "Anziano Fragile"	Accordo con Responsabile U.O.S.D Governo delle Liste d'Attesa e sistemi di prenotazione e con U.O. Qualità Aziendale già concordato con successivo verbale.	Approvazione regionale di protocolli e procedure.	Avvio in fase sperimentale	A regime

Referente Dott.ssa Rosa Borgia, Direttore Distretto Sanitario di Francavilla al mare.

7. Prevenzione e Tutela Sanitaria

Il Dipartimento di Prevenzione, come da atto Aziendale n. 1460 del 2011, così come modificato ed aggiornato con Deliberazioni del Direttore Generale n. 664 del 15 maggio 2013 e n. 1470 del 10 ottobre 2013, è strutturato nei seguenti Servizi:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL LANCIANO VASTO - CHIETI	
SERVIZIO	UOC
SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA	Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro
SERVIZIO TUTELA DELLA SALUTE LUOGHI DI LAVORO	Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI	Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
SERVIZIO DI SANITA' ANIMALE	Servizio di Sanità Animale
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Servizio di Igiene della Produzione della Trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONE ANIMALE	Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni zootecniche

Il PIANO SANITARIO 2014 – 2018 (Approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 56 del 29/5/2015), prevede l'attuazione dei seguenti macro obiettivi:

- ✚ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;
- ✚ Prevenire le conseguenze dei disturbi neuropsicologici;
- ✚ Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;
- ✚ Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
- ✚ Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti;
- ✚ Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti;
- ✚ Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute – Acque potabili;
- ✚ Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie;
- ✚ Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.

Nel contesto delle azioni programmate, il Dipartimento di Prevenzione costituisce storicamente la struttura di riferimento per le principali Istituzioni rappresentative della comunità stessa (Comuni, Scuola, etc). Al Dipartimento di Prevenzione compete quindi un ruolo di regia per strutturare organicamente iniziative talora complesse, garantendo i necessari riferimenti epidemiologici di base, l'analisi evolutiva di tali riferimenti nelle fasi intermedie e nella valutazione di esito, i necessari requisiti di qualità e di economicità, il raccordo istituzionale, la congruità e la pertinenza terminologica, la condivisione degli obiettivi con le altre strutture sanitarie dell'Azienda, con particolare riferimento alla Medicina Generale e alle aree cliniche competenti per i singoli capitoli di lavoro.

Per quanto attiene le strategie basate sull'individuo, il Dipartimento di Prevenzione è certamente chiamato ad un ruolo organizzativo più organico. A tale riguardo, in riferimento alle azioni di prevenzione secondaria mediante screening, al Dipartimento di Prevenzione competono la strutturazione della centrale organizzativa, unica per i diversi programmi di screening (oncologici e non), il marketing sociale, la valutazione epidemiologica di base, di processo e di esito, la creazione di reti e di percorsi assistenziali all'interno dell'Azienda Sanitaria, il raccordo con la Medicina Generale, l'implementazione di percorsi istituzionali di quality improvement, il budgeting e il reporting.

Tale complesso ruolo di azione e di regia affidato al Dipartimento di Prevenzione richiede una crescente qualificazione delle competenze, con particolare riferimento all'analisi epidemiologica, alla creazione di partnership orizzontali, al ruolo di advocacy istituzionale, alla formazione di professionisti interni ed esterni all'Azienda Sanitaria, alla leadership progettuale. Gli obiettivi centrali del Piano regionale di prevenzione 2014-2018 sono 73 e sono posti all'interno dei 13 programmi di seguito specificati:

1. MISURARE PER AGIRE;
2. A SCUOLA DI SALUTE;
3. VIVERE IN SALUTE... PER GUADAGNARE SALUTE;
4. AMBIENTI DI LAVORO E SIMILARI;
5. OPERATORI SANITARI PROMOTORI DI SALUTE;
6. SCREENING ONCOLOGICI;
7. GUIDA SICURA;
8. PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE MALATTIE PROFESSIONALI;
9. CASA SICURA;
10. AMBIENTE E SALUTE;
11. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONALE;
12. PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA DA PARTE DELLA COMUNITA' NELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI;
13. VACCINAZIONI E MALATTIE INTETTIVE: CONSOLIDAMENTO DEI RISULTATI E NUOVI ORIZZONTI.

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 104 del 19/11/2015 avente ad oggetto "Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende sanitarie locali triennio 2016-2018", nella sezione relativa al **Servizio DPF010 - Prevenzione e Tutela Sanitaria**, prevede come obiettivo dell'Azienda il raggiungimento di almeno il 70% degli indicatori sentinella di tutti i programmi, con la precisazione che lo scostamento tra il valore osservato e lo standard previsto non deve essere superiore al 20%. Per l'anno 2018 è stato assegnato l'obiettivo aziendale del raggiungimento di almeno l'80% degli indicatori sentinella di tutti i programmi. In particolare si chiede di porre particolare attenzione alle seguenti attività: PASSI, PASSI D'Argento, OKKIO alla salute, HBSC, Influnet, HIV, prevenzione delle malattie attraverso gli screening oncologici, vaccinazione antinfluenzale, copertura di tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa, REACH.

7.1 Sostenere e consolidare l'attività di rilevazione dei comportamenti e stili di vita previsti da sistemi PASSI, PASSI D'Argento, OKKIO alla salute, HBSC, con il raggiungimento del numero delle interviste fissato a livello nazionale

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) causano, in tutto il mondo, la gran parte dei decessi, morti premature e disabilità. In Italia, secondo i dati raccolti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per il 2010, il 92% di tutti i decessi sono riferibili a poche malattie ben conosciute, principalmente le malattie cardiovascolari (41%), i tumori (28%), le malattie respiratorie croniche (5%), il diabete (4%) e le altre (15%).

L'impatto delle MCNT è, inoltre, rilevante anche in termini di spesa sanitaria sostenuta per la cura e l'assistenza dei malati cronici che mette a dura prova la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici, come quello italiano.

Il contrasto e la prevenzione delle malattie cronicodegenerative è tuttavia possibile. L'OMS identifica tra le cause delle malattie croniche molti fattori sui quali è possibile agire; secondo l'OMS quasi la metà di questi fattori è attribuibile a 7 fattori modificabili molti dei quali rientrano fra gli stili di vita adottati dai singoli: il consumo di tabacco, il consumo dannoso di alcol, l'inattività fisica, il basso

consumo di frutta e verdura, l'ipertensione, l'ipercolesterolemia e l'obesità. Il contrasto alle MCNT è al centro della strategia universale che da diversi anni l'OMS e molti paesi membri (compreso il nostro) stanno realizzando attraverso piani e programmi internazionali e nazionali di prevenzione delle MCNT che ponendo chiari obiettivi di salute e di contrasto a queste malattie ed ai loro determinanti, assegnano un ruolo fondamentale alla sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali.

In Italia obiettivi di "Salute in tutte le politiche" sono incorporati nella strategia *Guadagnare salute* e nel Piano Nazionale della Prevenzione e dal 2004 il Ministero della Salute ed il CCM, in collaborazione con le Regioni, ha promosso la sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, all'interno del SSN, volti a fornire dati sui fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle MCNT, per sostenere gli interventi di prevenzione e promozione della salute ma anche per monitorare e valutare nel tempo l'efficacia degli interventi attuati.

In questo quadro epidemiologico e normativo è stata avviata nel 2006 la sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana.

La sorveglianza Passi si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione

I temi indagati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure di sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

Anche nella Regione Abruzzo il Sistema di Sorveglianza PASSI è attivo da vari anni nelle diverse ASL regionali compresa la ASL Lanciano-Vasto-Chieti anche se, per quest'ultima, in modo discontinuo (vedi sotto).

Per quanto riguarda il contesto normativo il principale quadro di riferimento è rappresentato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 13 novembre 2014) in cui PASSI viene considerato uno strumento fondamentale per la valutazione dei programmi di prevenzione nell'ambito del macro obiettivo 1 (**Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili**), macro obiettivo 5 (**Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti**), macro obiettivo 9 (**Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie**). Infatti il Sistema di Sorveglianza PASSI rileverà i seguenti dati da utilizzare nei monitoraggi periodici e nella valutazione finale dei programmi di prevenzione:

Macro obiettivo 1: **Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili**

- Prevalenza di fumatori nella popolazione;
- Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato;
- Prevalenza di consumatori di alcol a rischio;
- Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno;
- Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale;
- Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi;
- Proporzioni di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere;
- Proporzioni di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso;
- Proporzioni di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo;
- Proporzioni di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica.

Macro obiettivo 5: **Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti:**

- Proporzioni di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini;

- Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche.

Macro obiettivo 9: **Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie**

- Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una malattia cronica (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato);

A livello regionale, in attesa dell'approvazione del Piano Regionale della Prevenzione, l'importanza del Sistema di Sorveglianza PASSI è sottolineata dalla Deliberazione della Giunta Regionale 386 del 20 maggio 2015 "Obiettivi di salute ed assistenziali previsti dai LEA anno 2015 da conseguire da parte dei Direttori Generali delle Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo" in cui PASSI è posto tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Aziendali delle ASL regionali.

Relativamente allo stato dell'arte aziendale si riportano nella sottostante tabella il numero delle interviste effettuate negli ultimi anni:

Anno	Interviste effettuate	note
2010	122	Area Lanciano-Vasto
2011	180	Area Lanciano-Vasto
2012	17	
2013	216	Con unica intervistatrice dedicata
2014	0	Sono state eseguite 390 interviste Passi d'Argento

Per l'anno 2015 sono state eseguite al momento 220 interviste a fronte di un obiettivo previsto, per la fine del periodo di rilevazione, di un numero di interviste compreso tra 250 e 275.

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018,

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Effettuazione interviste (25 interviste mensili per 11 mesi)*		275	275	275

*I mesi di luglio agosto vengono considerati un unico mese

Verrà eseguito il monitoraggio mensile delle interviste effettuate e calcolata per singola intervistatrice e globalmente la percentuale delle interviste effettuate rispetto a quelle programmate: $\text{interviste effettuate} / \text{interviste programmate} \times 100$.

Responsabile del Procedimento Attuativo: Dr. Claudio Turchi Dirigente Medico SIESP

Passi d'Argento è un sistema di sorveglianza della popolazione con più di 64 anni del nostro Paese. Questo tipo di sorveglianza costituisce un approccio abbastanza moderno cominciato in Italia nel 2005 con Passi, una sorveglianza per la popolazione da 18 a 69 anni. Si tratta di prendere in considerazione alcuni aspetti di salute e di malattia e di seguirli, producendo in tempo utile un'informazione per gli amministratori, per chi opera nel sistema sanitario, per gli ultra 64enni stessi e per le loro famiglie, in maniera tale da offrire a tutti un'opportunità per fare meglio proteggendo e promuovendo la salute, prevenendo le malattie e migliorando l'assistenza per questo gruppo di popolazione. Al momento attuale vi partecipano 18 Regioni e la P.A. Trento, che con i loro operatori appositamente formati, raccolgono l'informazione, attraverso un questionario, direttamente dalle persone selezionate con un campionamento casuale semplice stratificato o a cluster dalla liste anagrafe degli assistiti della Asl.

Nel nostro Paese il gruppo di persone ultra 64enni cresce in continuazione. Oggi rappresenta circa il 21% della popolazione, ma fra 20 anni arriverà a più del 30%. È un cambiamento profondo per la nostra società che deve cominciare a considerare queste persone non come "anziani" oggetto di assistenza ma come risorsa, per se stessi, per le famiglie e per la società intera. Passi d'Argento seguirà nel tempo gli ultra64enni registrandone la qualità della vita percepita, alcuni aspetti sociali, sanitari e ambientali. Mettere a disposizione le informazioni che possono permettere di mantenerli in buona salute promuovendone le condizioni di vita, costituirà un beneficio per loro e per la società, in quanto migliori condizioni di salute si associano a minori costi economici socio-sanitari ma anche a maggiori risorse per le famiglie e la comunità. Molti piani sanitari o piani di prevenzione regionali mettono in atto delle azioni a favore degli ultra64enni e la sorveglianza di Passi d'Argento può costituire una fonte di informazioni utile per il loro monitoraggio e valutazione.

La raccolta dei dati in ogni Regione o Asl partecipante è periodica (ogni 1-2 anni). In questa maniera non solo sarà possibile confrontare all'interno di una stessa regione una Asl con l'altra, ma anche la stessa Asl nel tempo. Passi d'Argento descrive degli aspetti e dei problemi di salute che, se correttamente comunicati e a chi di dovere (ultra64enni stessi, famiglie, operatori sanitari, amministratori delle Asl o dei Comuni, e altri) dovrebbero produrre un miglioramento delle condizioni di vita tramite delle azioni che già in molti contesti si sono dimostrate efficaci.

Alcune caratteristiche fanno di Passi d'Argento un sistema di sorveglianza innovativo: la sua realizzazione poggia sulla collaborazione fra operatori sociali e sanitari. Questa collaborazione è valida non solo per la raccolta dei dati ma anche per l'interpretazione dei risultati e per la messa in opera di azioni congiunte. La popolazione di ultra64enni è stata suddivisa in 4 sottogruppi, in buona salute a basso rischio di malattie, in buona salute a rischio di malattia, a rischio di disabilità e con disabilità. Ognuno di questi gruppi fa appello a degli operatori o gruppi di interesse diversi. Il primo gruppo, per esempio, fa appello principalmente agli amministratori e a coloro che agiscono per la protezione della salute, mentre l'ultimo gruppo fa appello prevalentemente a operatori socio-sanitari specializzati nell'assistenza domiciliare. Per ognuno di questi gruppi verranno descritte le condizioni di salute, gli aspetti problematici e le indicazioni all'azione che ne derivano, dando in questa maniera informazioni specifiche su ciascun sottogruppo a delle figure che hanno particolare interesse in ciascuno di essi.

La sorveglianza della popolazione ultra64enne trova la sua ragione di esistere nel fatto che dalla lettura delle condizioni (problematiche o no) si traggono delle indicazioni operative per promuovere la salute o prendersi carico delle patologie di questo gruppo di popolazione. A tale scopo dopo la realizzazione, in tutto il Paese, di una raccolta di dati fra aprile 2012 e marzo 2013, una ulteriore rilevazione si realizzerà nel biennio 2016-2017 per informare operatori e popolazione sui progressi nelle aree di salute studiate. Progressivamente si farà in modo che si abbia una fotografia della condizione degli ultra64enni non solo per le Regioni ma anche per tutte le Aziende sanitarie locali.

I dati sono le informazioni che un numero di ultra64enni, selezionati a caso nelle liste anagrafiche delle Regioni, daranno all'intervistatore che (per una ventina di minuti) registrerà su un questionario messo a punto dall'Istituto superiore di sanità. Naturalmente le informazioni sono raccolte in maniera anonima. Nel questionario, cioè, saranno annotate le risposte ma non le generalità della persona intervistata che quindi è libera di pronunciare liberamente le sue risposte o i suoi commenti.

Per quanto riguarda il contesto normativo il principale quadro di riferimento è rappresentato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 13 novembre 2014) in cui PASSI d'Argento viene considerato uno strumento per la valutazione dei programmi di prevenzione nell'ambito del macro obiettivo 1 (**Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili**).

Infatti il Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento rileverà i seguenti dati da utilizzare nei monitoraggi periodici e nella valutazione finale dei programmi di prevenzione:

Macro obiettivo 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

- Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi.

A livello Regionale si ricorda che il Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento è stato inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.

La regione Abruzzo ha partecipato alla prima raccolta dei dati del 2010 con il DSB di Francavilla al Mare, mentre ha aderito alla messa a regime del Sistema di Sorveglianza nel 2012 con la partecipazione alla raccolta dati delle quattro asl regionali. La ASL Lanciano-Vasto-Chieti ha partecipato alla rilevazione 2012 con l'effettuazione di 390 interviste.

La prossima rilevazione Passi d'Argento sarà svolta nel corso del biennio 2016-2017 con la realizzazione complessiva di 400 interviste (200 per anno con distribuzione mensile di 18-19 interviste).

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
Effettuazione interviste (18-19 interviste mensili)*		200	200	Elaborazione dati raccolti

*I mesi di luglio ed agosto vengono considerati un unico mese

Verrà eseguito il monitoraggio mensile delle interviste effettuate e calcolata per singola intervistatrice e globalmente la percentuale delle interviste effettuate rispetto a quelle programmate. L'indicatore utilizzato è il seguente: interviste effettuate/interviste programmate*100.

Responsabile del Procedimento Attuativo : Dr. Claudio Turchi Dirigente Medico Servizio IESP

L'ASL di Lanciano Vasto Chieti ha già partecipato alle precedenti 4 fasi di raccolta dati inerente OKKIO, costituendo un gruppo di lavoro provvisorio presso il SIAN che si è occupato dello svolgimento di tutte le attività connesse con tale raccolta raggiungendo tutti gli obiettivi proposti. Il contesto normativo a cui si fa riferimento sono: PNP 2014-18, PRP 2015-18, ISS Okkio alla salute.

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Produzione del materiale didattico di OKKIO 2014	Correzione delle bozze da parte dell'ISS e stampa	Riporto dei dati di OKKIO 2014 alle scuole interessate dal campionamento		
2	Programmazione della raccolta dati 2016	Riunione nazionale di avvio delle attività. Riunione del gruppo	Formazione del personale impegnato nella raccolta e nell'inserimento dati. Campionamento delle	Produzione del materiale didattico di OKKIO 2016	Riporto dei dati di OKKIO 2016 alle scuole interessate

		aziendale.	classi, riunioni per la formazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, realizzazione del materiale cartaceo per la raccolta dati, distribuzione, intervento nelle classi per la misurazione/pesatura degli alunni, raccolta dei questionari genitori e scuole, inserimento dati sul data base nazionale.	Correzione delle bozze da parte dell'ISS e stampa	dal campionamento
3	Elaborazione e diffusione dei dati regionali di OKkio		Riunione nazionale di presentazione preliminare dei risultati di Okkio Verifica del dato regionale	Preparazione e diffusione dei reports	
4					Programmazione della raccolta dati 2018

Indicatori e modalità di monitoraggio:

AZIONI	Indicatori
1	Produzione e diffusione del materiale informativo entro il 31.3.2016 ai dirigenti e agli insegnanti di tutte le scuole campionate, ai genitori degli alunni partecipanti e agli altri portatori di interesse.
2	Inserimento di tutti i dati inerenti le scuole campionate entro il 30.6.2016
3	Diffusione dei reports entro il 31.12.2017
4	Partecipazione alla formazione nazionale del referente ASL per Okkio 2018

Responsabile dell'attuazione dell'intervento Dr . Ercole Ranalli - Direttore ff SIAN

L'ASL di Lanciano Vasto Chieti ha già partecipato alle precedenti fasi di raccolta dati inerente HBSC, costituendo un gruppo di lavoro provvisorio presso il SIAN che si è occupato dello svolgimento di tutte le attività connesse con tale raccolta raggiungendo tutti gli obiettivi proposti.

Il contesto normativo a cui fa riferimento sono: PNP 2014-18, PRP 2015-18, PROGRAMMA NAZIONALE GUADAGNARE SALUTE.

CRONOPROGRAMMA						
N	AZIONI	90 dall'approvazione Piano Aziendale	gg del Strategico	2016	2017	2018
1	Produzione del materiale didattico			Riporto dei dati alle scuole interessate dal campionamento		
2	Programmazione della raccolta dati 2016	Riunione nazionale di avvio delle attività. Riunione del gruppo aziendale.		Formazione del personale impegnato nella raccolta e nell'inserimento dati. Campionamento delle classi, riunioni per la formazione dei dirigenti scolastici e degli insegnanti, realizzazione del materiale cartaceo per la raccolta dati, distribuzione, intervento nelle scuole per la raccolta dei questionari genitori e scuole, invio dati alla sede nazionale.	Produzione del materiale didattico di	Riporto dei dati di HBSC 2016 alle scuole interessate dal campionamento
3	Elaborazione e diffusione dei dati regionali HBSC			Riunione nazionale di presentazione preliminare dei risultati di HBSC Verifica del dato regionale	Preparazione e diffusione dei reports	
4	RACCOLTA 2018					Programmazione della raccolta dati 2018

Indicatori e modalità di monitoraggio:

AZIONI	Indicatori
1	Produzione e diffusione del materiale informativo entro il 31.3.2016 ai dirigenti e agli insegnanti di tutte le scuole campionate, ai genitori degli alunni partecipanti e agli altri portatori di interesse.
2	Inserimento di tutti i dati inerenti le scuole campionate entro il 2016
3	Diffusione dei reports entro il 31.12.2017
4	Partecipazione alla formazione nazionale del referente ASL per il 2018

Responsabile dell'attuazione dell'intervento Dr. Ercole Ranalli - Direttore ff SIAN

7.2 Sostenere e consolidare il sistema di sorveglianza dell'influenza denominato "Influnet", il sistema di sorveglianza HIV e il sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide acute secondo specifiche direttive regionali

Influnet è il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza, coordinata dal Ministero della Salute, che si avvale della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del Centro Interuniversitario per la Ricerca sull'Influenza (CIRI), dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, della rete dei laboratori periferici per l'influenza e degli Assessorati regionali alla Sanità.

Gli obiettivi della sorveglianza epidemiologica sono: stimare l'incidenza settimanale della sindrome influenzale durante la stagione invernale, in modo da rilevare la durata e l'intensità dell'epidemia. Gli obiettivi della sorveglianza virologica sono: monitorare la circolazione dei diversi tipi e sottotipi di virus influenzali nelle diverse aree geografiche e nei diversi periodi della stagione epidemica, valutare l'omologia antigenica tra ceppi epidemici e ceppi vaccinali, attraverso analisi sierologiche e molecolari su campioni clinici prelevati dai pazienti con sintomatologia influenzale. Tutti i dati raccolti ed elaborati a livello nazionale sono resi disponibili agli Organismi di riferimento Internazionale (OMS, ECDC) e pubblicati settimanalmente nel periodo epidemico sul sito del Ministero della Salute.

La partecipazione al Sistema di Sorveglianza Influnet da parte dei MMG e PLS è su base volontaria e non è riconducibile a disposizioni normative nazionali e regionali. Ricordiamo, comunque, che la circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'Influenza: raccomandazioni per la stagione 2015-2016" sottolinea al punto 4.1 che "La sorveglianza epidemiologica viene sistematicamente attivata ogni anno in base ad un protocollo che viene inviato agli Assessorati Regionali alla Sanità che individuano i referenti ed i medici sentinella per la sorveglianza. Le Regioni sono, pertanto, invitate a sensibilizzare la partecipazione dei MMG e PLS alla sorveglianza epidemiologica". La Regione Abruzzo con decreto n.99/2015 del 26 ottobre 2015 avente ad oggetto "Campagna vaccinale antinfluenzale 2015-2016-Recepimento circolare ministeriale recante "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2015-2016" ed indicazioni alle AASSLL del territorio" dispone che i Direttori Generali delle ASL, per il tramite dei Servizi Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, provvedano ad individuare i MMG e PLS aderenti al sistema di sorveglianza Influnet comunicando i nominativi al Servizio Regionale della Prevenzione e Tutela Sanitaria.

Negli anni precedenti è stata inviata per posta elettronica ai MMG e PLS la richiesta di adesione al sistema Influnet. Considerando gli ultimi anni di rilevazione epidemiologica si evidenzia che a fronte di numerosi medici che inviano le loro adesioni, in realtà il numero dei medici che invia effettivamente i rapporti settimanali al CIRI è ridotto, per cui sono stati solo tre i medici attivi nelle stagioni influenzali 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015.

Va fatto notare, però che a determinare questo basso numero di partecipanti contribuisce la questione della mancata remunerazione dei partecipanti che annualmente si ripresenta.

Sarà inviato, per posta elettronica, a tutti i MMG e PLS il protocollo Influnet con richiesta di adesione

CRONOPROGRAMMA				
AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
Invio protocollo Influnet e richiesta di adesione		MMG e PLS	MMG e PLS	MMG e PLS

L'indicatore utilizzato per l'Azione 1 è riportato di seguito: Numero di richieste di adesioni inviate/ numero di invii falliti

Responsabile del Procedimento Attuativo : Dr. Claudio Turchi Dirigente Medico Servizio IESP

7.3. Potenziare la prevenzione delle malattie attraverso gli screening oncologici

Il Contesto normativo (nazionale-regionale ecc) a cui si fa riferimento riguarda : Decreto Regionale n° 56 del 29 maggio 2015; Decreto Commissario ad Acta Regione Abruzzo n° 104 del 19 novembre 2015

ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI			
DATI AL 31 OTTOBRE 2015			
	COPERTURA (Dato LEA)	Estensione all'invito	Adesione all'invito
Screening Mammografico	54,9%	91,5%	59,9%
Screening Colorettaie	10,42%	47,3%	22,48%
Screening cervice uterina	57,2%	93,5 %	62,6%

CRONOPROGRAMMA

N	AZIONI	90gg dall'approvazio ne del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Aumentare l'estensione reale dei Programmi di Screening della popolazione target garantendo l'adeguatezza della fase di arruolamento con aggiornamento degli archivi anagrafici e l'interfacciamento informatico della gestione dei flussi anagrafici e sanitari <u>1° INDICATORE:</u> stipula accordi tra ASL e Comuni sotto la supervisione del Sistema Informativo Regionale dei dati anagrafici <u>2° INDICATORE:</u> interfacciamento informatico e flusso dei dati anagrafici e sanitari <u>3° INDICATORE:</u> % di persone in età target invitate screening mammografico <u>4° INDICATORE:</u> % di persone in età target invitate screening coloretale <u>5° INDICATORE:</u> % di persone in età target invitate screening cervico-vaginale		0%	100%	100%
			0%	0%	100%
			60%	70%	85%
			40%	70%	85%
			70%	70%	85%
2	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a Screening Oncologici riorientando la prevenzione individuale spontanea verso i Programmi di Screening, monitorando la qualità e l'aderenza ai percorsi in essere previsti dalle Linee Guida Regionali, mantenendo le performance dei Programmi di Screening mediante formazione ed attività di gruppi di lavoro per le varie figure professionali, coinvolgendo i MMG <u>1° INDICATORE:</u> audit annuali interni <u>2° INDICATORE:</u> monitoraggio % di aderenti agli screening per ciascun MMG <u>3° INDICATORE:</u> % di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione invitata MAMMELLA <u>4° INDICATORE:</u> % di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione invitata COLONRETTO <u>5° INDICATORE:</u> % di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione invitata CERVICE		50%	100%	100%
			60%	60%	60%
			50%	50%	50%
			50%	50%	50%

3	Riorientare i Programmi di Screening per il cancro della cervice uterina introducendo il Test HPV-DNA, formando gli operatori dello screening, implementando protocolli e procedure operative relative allo screening con test HPV-DNA, adeguando e producendo nuovi materiali informativi, attivando una Rete Informatica Aziendale e monitorando i dati <u>1° INDICATORE:</u> definire protocolli operativi 1°, 2° e 3° livello screening <u>2° INDICATORE:</u> formazione personale aziendale <u>3° INDICATORE:</u> Attivazione nuovo programma HPV		100%	100%	100%
4	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella organizzando ed adottando un percorso di diagnosi, sorveglianza e profilassi per le donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario <u>1° INDICATORE:</u> adozione del percorso organizzativo secondo programmazione Regionale		0%	50%	100%
	Raggiungere l'obiettivo della Copertura della popolazione target previsto previsto nel Decreto Commissario ad Acta n° 104 del 19/11/2015 Regione Abruzzo <u>1° INDICATORE:</u> % di persone che hanno aderito allo screening sulla popolazione eleggibile residente (Fonte ISTAT) – MAMMELLA <u>1° INDICATORE:</u> % di persone che hanno aderito allo screening sulla popolazione eleggibile residente (Fonte ISTAT) – COLONRETTO <u>1° INDICATORE:</u> % di persone che hanno aderito allo screening sulla popolazione eleggibile residente (Fonte ISTAT) – CERVICE		65%	65%	65%
			50%	50%	50%
			50%	50%	50%

Per poter realizzare nel triennio 2016-2018 le azioni descritte nel Cronoprogramma e contemplate nel PRP e nel Decreto Commissario ad Acta n° 104 del 19/11/2015 si propone l' istituzione entro massimo 6 mesi di un Centro di Coordinamento unico per i 3 Programmi di Screening che, sotto la direzione del Coordinatore dei Programmi di Screening, svolga le funzioni di programmazione, orientamento, pianificazione e gestione dei percorsi in collaborazione con i Referenti Screening; centralizzi le attività di call-center attraverso numero verde dedicato; organizzi campagne di promozione, realizzi un piano formativo annuale degli operatori coinvolti nei percorsi; garantisca il monitoraggio costante delle fasi del percorso, l'aggiornamento degli archivi anagrafici condivisi con l'anagrafe unica regionale centralizzata e la valutazione quali quantitativa dell'intervento di screening attraverso l'elaborazione dei dati sul sistema informativo dei Programmi di Screening Oncologici.

Per la realizzazione di un Centro unico dovrà essere identificata un'ideale sede per l'allocatione della strumentazione e delle risorse umane. Dovrà essere in primis realizzata dai sistemi informativi aziendali o dopo stipula di una convenzione con una società esterna, una Rete informatica aziendale dei 3 screening dotata di attrezzature tecnologiche hardware all'avanguardia, di interfacciamento del software Regionale (Gara in atto) con i software aziendali, di tecnologia necessaria per rendere operativo il call-center telefonico, il

tutto in conformità con le regole/norme dell' ICT. Dovrà essere stipulata una convenzione con una Ditta esterna per la spedizione degli inviti e delle brochure pubblicitarie.

Vanno pertanto attuati i seguenti punti:

- 1) identificazione sede idonea;
- 2) rete informatica in conformità delle regole/norme dell'ICT;
- 3) accordi Asl con tutti i Comuni per aggiornamento periodico delle anagrafiche;
- 4) interfacciamento informatico e flusso dati I,II,III livello screening ,aderenti per MMG, codici ICD9, dati CUP comprensivi dell'attività intramoenia/privata in convenzione esterna ecc. ;
- 5) Health Tecnology Assessment;
- 6) definizione del fabbisogno di risorse;
- 7) definizione del fabbisogno di personale: n° 2 esperti informatici per elaborazione dati statistico-epidemiologici, flussi anagrafici e sanitari ecc, n°1 epidemiologo, n°4 unità di personale sanitario (infermieri/assistenti sanitari) per Call Center, n°1 infermiera professionale interna con ruolo di Case Manager, n° 4 amministrativi/stabilizzazione di personale esperto già esistente;
- 8) messa a punto di programmi di formazione specifici per tutte le categorie professionali coinvolte nello screening con particolare riguardo per gli operatori del Call Center e per l'uso del sistema informativo regionale;
- 9) individuazione di strategie di comunicazione sia nei confronti della popolazione sia del singolo cittadino;
- 10) definizione dei percorsi di assistenza;
- 11) stipula di accordi di base con partner esterni per assicurare il regolare funzionamento dei programmi.

Responsabile del Procedimento Attuativo: Dott.ssa Donatella Caraceni - Referente Screening Oncologici

Stato dell'arte aziendale: N. 5 punti attivi c/o ex ASL Lanciano Vasto, N.2 punti attivi c/o Ex ASL di Chieti.

Oltre al già esistente centro per la effettuazione di PAP Test, il Distretto intende attivare anche un punto di colposcopia, in una posizione geograficamente strategica rispetto al territorio della ex ASL di Chieti al fine di potenziare la prevenzione delle malattie attraverso gli screening oncologici e del raggiungimento dell'obiettivo della copertura della popolazione target pari o superiore al 50% nel caso della cervice uterina entro il 31 dicembre di ciascun anno di riferimento.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Autorizzazione Aziendale del punto di colposcopia	Accordo su procedure con Direttore U.O.C. Screening e Citodiagnostica e acquisizione colposcopio.	Partecipazione alla copertura della popolazione prevista dalla Regione.	A regime	A regime

2	Attivazione del punto di colposcopia				
---	--------------------------------------	--	--	--	--

Referenti Dott.ssa Rosa Borgia, Direttore Distretto Sanitario di Francavilla al mare e Dott.ssa Donatella Caraceni, Direttore U.O.C. Screening del cervicocarcinoma e citodiagnostica.

7.3 Innalzare le coperture di vaccinazione antinfluenzale della popolazione ultrasessantacinquenne e delle categorie a rischio

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 costituisce il documento di riferimento per le vaccinazioni.

In esso viene indicata quale priorità di Sanità Pubblica l'eliminazione o almeno la riduzione del carico di quelle malattie infettive che risultano prevenibili attraverso la vaccinazione.

Ciò potrà essere conseguito con l'implementazione e la realizzazione di efficaci interventi vaccinali che, per essere tali, dovranno anche avere carattere di omogeneità sull'intero territorio nazionale.

Una vaccinazione condotta a macchia di leopardo tra le varie Regioni o peggio tra le varie ASL, rischia di vanificare gli interventi delle aziende virtuose in campo vaccinale.

Il Piano di Prevenzione Vaccinale della Regione Abruzzo 2012-2014, sulla scorta delle indicazioni fornite dal PNPV, ha definito i propri specifici obiettivi vaccinali da conseguire nella popolazione generale e nei gruppi a rischio in particolare.

Le vaccinazioni sono un diritto esigibile per tutti i cittadini. Le coperture raggiunte vanno verificate annualmente, nell'ambito del **monitoraggio** previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Riepilogo Generale Aziendale: Dati relativi alla Campagna di Vaccinazione antinfluenzale 2014-2015.

Categorie		Fasce di età								TOTALE
		6 - 23 mesi	2 - 4 anni	5 - 8 anni	9 - 14 anni	15 - 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	≥65 anni	
0	Soggetti di età pari o superiore a 65 anni								37011	37011
1	Soggetti di età compresa fra 6 mesi e 64 anni con condizioni di rischio	73	99	108	135	71	828	4066		5380
2	Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico									
3	Donne nel secondo e terzo trimestre di gravidanza						3			3

4	Individui di qualunque età ricoverati presso le strutture per lungodegenti						22		22
5	Medici e personale sanitario di assistenza					62	186		248
6	Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio	1		3	1	29	51		85
7	Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e particolari categorie di lavoratori					88	248		336
8	Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani					22	40		62
9	Bambini non compresi nelle categorie a rischio	6		1	1				8
10	Popolazione generale (escluse le categorie di cui sopra)			2		55	90		147
Totale		79	100	109	141	72	1087	4703	43302

Per la categoria di rischio "soggetti con età pari o superiore a 65 anni" la copertura raggiunta dalla nostra Azienda nella trascorsa Campagna vaccinale è stata pari al 29,1%.

Per la Campagna di Vaccinazione antinfluenzale 2015-2016 si intende conseguire l'obiettivo di una copertura pari al 75% nella popolazione target, di età pari o superiore a 65 anni.

Alla data del 27.11.2015 l'azienda ha acquistato complessivamente n. 74.500 dosi di vaccino antinfluenzale così differenziate:

- Vaccino antinfluenzale a sub-unità: 32.000 dosi;
- Vaccino antinfluenzale a sub-unità adiuvato: 21.500 dosi;
- Vaccino antinfluenzale split intradermico: 21.000 dosi;

Ad oggi sono stati distribuiti ai MMG, PLS, strutture sanitarie, centri vaccinali e altri enti che ne avevano diritto, circa 63.000 dosi.

Tutte le azioni di cui ai precedenti punti sono state attuate.

A far data dal 1.12.2015 e fino al 22.12.2015 alcuni dei Centri vaccinali presenti sul territorio attueranno turni di apertura straordinaria pomeridiana per favorire l'adesione dell'utenza.

Le Azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi fissati sono riportate di seguito.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazio ne del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Attuare interventi di Comunicazione sanitaria sui benefici della Vaccinazione antinfluenzale presso gruppi strutturati (Vigili del Fuoco, Organi di polizia, ecc.);		X	X	X
2	Aumentare la consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni nei di MMG, nei PLS e nei Medici ospedalieri, attraverso incontri di aggiornamento;		X	X	X
3	Aumentare l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) attraverso l'intervento dei MMG e dei Centri di Riferimento per patologie specifiche e Mediatori culturali;		X	X	X
4	Aumentare le motivazioni positive del personale operante nei Centri vaccinali, attraverso incontri dedicati;		X	X	X
5	Prevedere un congruo numero di aperture pomeridiane dei Centri Vaccinali per favorire l'afflusso dell'utenza;		X	X	X
6	Acquistare un congruo numero di Vaccini antinfluenzali per garantire il raggiungimento dell'obiettivo prefissato;		X	X	X
7	Richiedere alle Direzioni Sanitarie un maggior impegno nella promozione dell'adesione alla vaccinazione antinfluenzale del personale sanitario ospedaliero, che è personale a rischio;		X	X	X
8	Coinvolgere i Distretti sanitari ad interventi attivi nella Campagna di vaccinazione antinfluenzale.		X	X	X

C) Indicatori di risultato

Indicatori di risultato per copertura	Baselin e	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
Vaccinazione antinfluenzale in soggetti con età ≥ 65 anni	29,1%	46%	51%	56%	$\geq 75\%$
Copertura vaccinazione antinfluenzale in specifici gruppi a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica - ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi)	20%	28%	30%	35%	40%

D) Governo degli interventi:

- Responsabile del procedimento attuativo: Dott.ssa Ada Luisanna Mammarella Anchitella, Direttore del Servizio I.E.S.P.;
- Responsabile delle procedure: Dott. Antonio Savino, Referente per le attività vaccinali;
- Responsabili dell'attività vaccinale: Dirigenti Medici, Referenti dei vari Centri vaccinali territoriali

E) Cronoprogramma

AZIONI	Settembre 2016 e 2017	Ottobre 2016 e 2017	Novembre 2016 e 2017	Dicembre 2016 e 2017	Gennaio 2017 e 2018	Febbraio 2017 e 2018
Calcolo della popolazione a rischio, del fabbisogno di vaccini (per aree e totale)	X					
Ricognizione e adegamento delle attrezzature alle necessità della campagna vaccinale antinfluenzale	X	X				
Valutazione tecnica e ordinativo vaccini		X				
Preparazione modulistica e comunicazione alle categorie coinvolte		X	X			
Attuazione della Campagna di vaccinazione antinfluenzale			X	X		
Segnalazione eventuali reazioni avverse			X	X		
Raccolta dati da tutti i partecipanti					X	
Elaborazione dati e invio agli Enti interessati					X	X

N.B. L'aumentata disponibilità sul mercato di vaccini ed il loro impiego in varie combinazioni nella stessa seduta vaccinale non possono prescindere dall'**attenta sorveglianza delle reazioni avverse alle vaccinazioni** e dalla diffusione dei dati relativi alla loro reale incidenza. Tale attività permette, inoltre, di rilevare tempestivamente reazioni avverse insolite e poco frequenti associate all'introduzione di nuovi vaccini (sorveglianza post-marketing).

Per la segnalazione degli effetti indesiderati va utilizzata la scheda allegata al Decreto del Ministero della Salute del 12.12.2003 ("Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini") pubblicato sulla G. U. n. 36 del 13.02.2004.

L'obbligo di segnalazione compete a ciascun sanitario (medico vaccinatore, pediatra di libera scelta, medico di base, medico del pronto soccorso od ospedaliero, ecc.) a cui giunge all'osservazione una sospetta reazione a vaccino. La scheda di segnalazione, compilata e firmata, deve essere trasmessa tempestivamente al Responsabile della farmacovigilanza della ASL.

7.4 Raggiungere e/o mantenere le percentuali di copertura di tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste nel Nuovo Piano Regionale vaccini 2015-2017, in corso di pubblicazione e del successivo Piano regionale vaccini 2015-2017

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 costituisce il documento di riferimento per le vaccinazioni.

In esso viene indicata quale priorità di Sanità Pubblica l'eliminazione o almeno la riduzione del carico di quelle malattie infettive che risultano prevenibili attraverso la vaccinazione.

Ciò potrà essere conseguito con l'implementazione e la realizzazione di efficaci interventi vaccinali che, per essere tali, dovranno anche avere carattere di omogeneità sull'intero territorio nazionale.

Una vaccinazione condotta a macchia di leopardo tra le varie Regioni o peggio tra le varie ASL, rischia di vanificare gli interventi delle aziende virtuose in campo vaccinale.

Il Piano di Prevenzione Vaccinale della Regione Abruzzo 2012-2014, sulla scorta delle indicazioni fornite dal PNPV, ha definito i propri specifici obiettivi vaccinali da conseguire nella popolazione generale e nei gruppi a rischio in particolare.

Le vaccinazioni sono un diritto esigibile per tutti i cittadini. Le coperture raggiunte vanno verificate annualmente, nell'ambito del monitoraggio previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza.

A) Stato dell'arte alla data del 31.12.2014

Tipo di vaccino	Anno Coorte di riferimento	Numerosità coorte	Numero soggetti vaccinati	Copertura
Antipneumococcico prima dose	2014	2322	1935	83%
Antipneumococcico (tre dosi)	2013	3157	2358	75%
Antimeningococco tipo C	2013	3157	1499	47%
Esavalente	2012	3219	3048	95%
MPR prima dose	2012	3219	2597	81%
PCV	2012	3219	2603	81%
Antimeningococco tipo C	2012	3219	2020	63%
Meningo tetra ACWY	2012	3219	0	0%
Rotavirus	2012	3219	23	1%
Meningo B	2012	3219	0	0%

Varicella	2012	3219	207	6%
MPRV prima dose	2012	3219	24	1%
MPRV seconda dose	2012	3219	0	0%
Esavalente	2011	3398	3124	92%
MPR prima dose	2011	3398	2802	82%
PCV	2011	3398	2004	59%
Meningo C	2011	3398	1954	58%
Meningo tetra ACWY	2011	3398	2	0%
Rotavirus	2011	3398	21	1%
Meningo B	2011	3398	0	0%
Varicella	2011	3398	262	8%
MPRV prima dose	2011	3398	21	1%
MPRV seconda dose	2011	3398	1	0%
DTPa-IPV, quarta dose	2006	3241	3082	92%
MPR seconda dose	2006	3241	2747	85%
MPRV prima dose	2006	3241	57	2%
MPRV seconda dose	2006	3241	202	6%
DTPa-IPV, quarta dose	2007	3372	3194	95%
MPR seconda dose	2007	3372	2769	82%
MPRV prima dose	2007	3372	69	2%
MPRV seconda dose	2007	3372	225	7%
dTpa quinta dose	1998	3550	2460	69%
MPR seconda dose	1998	3550	2928	82%
Meningo C	1998	3550	1280	36%
Varicella	1998	3550	118	3%
Meningo tetra ACWY135	1998	3550	181	5%

dTpa quinta dose	1999	3476	2083	60%
MPR seconda dose	1999	3476	2850	82%
Antimeningococcica negli adolescenti	1999	3476	1083	31%
Varicella	1999	3476	159	5%
Meningo tetra ACWY 135	1999	3476	128	4%
Anti HPV ciclo completo	2002			60%
Anti HPV prima dose nelle dodicenni	2003			30%
MPR 2 dosi negli adolescenti	2002			84%
Antivaricella agli adolescenti suscettibili	1999	3476	174	5%

Stato immunitario nei confronti della rosolia

Numero donne nate nel 1984 e nel 1989 (Totale)	3015
Numero di lettere inviate alle donne nate nel 1984 e nel 1989	2286 pari al 76%
Numero donne nate nel 1984 e nel 1989 risultate suscettibili alla rosolia	/
Numero di donne nate nel 1984 e 1989 vaccinate con MPR nel 2014	108
Numero di donne nate nel 1984 e 1989 vaccinate con MPR (anno 2014 + pregresso)	189
Numero donne in età fertile di altre età vaccinate per rosolia	/
Numero madri dei nati nel 2014	1990
Numero questionari su stato immunitario per rosolia somministrati alle madri dei nati nel 2014	1938
Numero di madri dei nati nel 2014 risultate suscettibili alla rosolia	168
Numero di madri dei nati nel 2014 risultate suscettibili alla rosolia vaccinate	74 pari al 44%

I dati alla data del 30.09.2015 sono parziali:

Si riferiscono ai Centri Vaccinali di Vasto - San Salvo - Atesa- Casoli - Villa S. Maria - Guardiaregre - Ortona - Francavilla al Mare

Ad oggi non sono ancora pervenuti i dati relativi ai Centri vaccinali di Lanciano - Castiglione M.M.- Chieti - S. Giovanni Teatino- Orsogna/Tollo

Tipo di vaccino	Obiettivo di copertura %	Coorte di riferimento	N° residenti	N° vaccinati	% copertura
Vaccinazione anti DTPa Poliomielite - Epatite B - HiB	≥ 95	2013	1494	1461	97%
Vaccinazione MPR 1 dose	≥ 95	2013	1494	1367	91%
Vaccinazione antipneumococcica	≥ 95	2013	1494	1368	92%
Vaccinazione antimeningococcica	≥ 95	2013	1494	1231	82%
Vaccinazione antipneumococcica nuovi nati	≥ 95 per 1 ^a dose	2015 (nati fino al 30.06.2015)	708	620	87%
Vaccinazione antimeningococcica	≥ 95	2014	1390	872	63%
Vaccinazione anti DTPa Poliomielite	≥ 95	2008	1678	1586	95%
Vaccinazione MPR 2 dosi nei bambini	≥ 95	2008	1678	1475	87%
Vaccinazione dTpa negli adolescenti	≥ 90	2000	1690	1056	62%
Vaccinazione MPR 2 dosi negli adolescenti	≥ 95	2000	1690	1495	88%
Vaccinazione antimeningococco C negli adolescenti	≥ 95	2000	1690	955	56%
Vaccinazione antivaricella agli adolescenti suscettibili	n.d.	2000	1690	127	8%
Vaccinazione anti HPV ciclo completo nelle dodicenni	≥ 95	2003	1108	734	66%
Vaccinazione anti HPV 1 ^a dose nelle dodicenni	≥ 95	2004	432	197	46%
Vaccinazione MPR 2 dosi negli adolescenti	≥ 95	2003	1718	1594	93%
Stato immunitario nei confronti della rosolia	≥ 60 lettere inviate	1985 e 1990	660	565	86%
Questionari somministrati su stato immunitario per rosolia	≥ 60	madri nati 2015	863	698	81%
<u>Madri suscettibili alla rosolia vaccinate</u> Madri suscettibili alla rosolia	30%	madri nati 2015	645	71	11%
N° di eventi avversi a vaccino	Locale	Grave	//	//	//
		Non Grave	//	1	//

	Generale	Grave	//	//	//
		Non Grave	//	3	//

Per consolidare e/o migliorare le attuali coperture vaccinali, con particolare attenzione al tema delle disuguaglianze, è necessario:

- Mantenere i livelli di copertura raggiunti nei nuovi nati per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale;
- Incrementare gradualmente le coperture vaccinali per tutte le altre vaccinazioni previste dal PNPV;
- Raggiungere gradualmente il tasso di copertura previsto per vaccinazioni introdotte dal 2015 (Varicella nei nuovi nati ed eventuali altre vaccinazioni introdotte dal nuovo PNV).

CRONOPROGRAMMA						
	AZIONI PREVISTE	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018	
1	Aggiornamento tecnico-scientifico di tutto il personale sanitario dei centri vaccinali e aggiornamento degli stessi su nuove specialità vaccinali introdotte o variazioni di specialità vaccinali		X	X	X	
2	Potenziamento delle capacità comunicative del personale addetto, attraverso incontri formativi, per migliorare l'adesione alle vaccinazioni da parte degli utenti		X	X	X	
3	Adozione di appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie per le quali è stata già definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono stati raggiunti livelli di copertura ottimali		X	X	X	
4	Azione di catch-up dei soggetti non vaccinati attraverso inviti, solleciti anche ripetuti, se necessari.	X	X	X	X	
5	Migliorare le modalità della chiamata attiva (lettera o telefono) dei bambini nei tempi previsti dal calendario vaccinale (2° mese, 5° mese e 11° mese di vita) per polio, epatite B, DTP, Hib; attuare il sollecito a chi non si presenta all'appuntamento	X	X	X	X	
6	Migliorare le modalità di chiamata attiva (via telefono, lettera o cartolina) dei bambini nei tempi previsti dal calendario vaccinale (a partire dal 13° ed entro il 15° mese di vita) per MPR; attuare il sollecito a chi non si presenta all'appuntamento; invio periodico ai Pediatri di un elenco dei loro assistiti non ancora vaccinati.	X	X	X	X	
7	Offrire attivamente la seconda dose di vaccino MPR ai bambini di 5-6 anni di età attraverso: invito di sollecito a chi non si presenta all'appuntamento fissato; Offrire attivamente la seconda dose di MPR a 11 - 12 anni di età e ai		X	X	X	

	bambini che non abbiano ricevuto la seconda dose a 5-6 anni attraverso: utilizzazione di ogni occasione opportuna (es. richiamo anti difterite-tetano-pertosse, vaccinazione per i viaggiatori, certificazioni), per vaccinare con la seconda dose di MPR; invio periodico ai MMG e PLS degli elenchi dei loro assistiti che risultano non vaccinati per la 2° dose di MPR; rilevamento periodico delle coperture per la 2° dose di MPR a 6 anni, a 12 anni e a 15 anni.				
8	Offrire attivamente in occasione del richiamo dTp. (15 anni di età) la vaccinazione MPR, con due dosi in tempi ravvicinati a coloro che non sono mai stati vaccinati e con una dose a chi ne ha già effettuata una		X	X	X
9	Aumentare la consapevolezza delle donne in gravidanza nei riguardi della prevenzione delle malattie infettive potenzialmente gravi. (Il Piano di Prevenzione Vaccinale della Regione Abruzzo ha, come obiettivo, la riduzione della percentuale delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia a meno del 5%): chiamata attiva delle donne delle coorti interessate per accertare il loro stato di immunità o meno nei confronti della rosolia; vaccinare le suscettibili; inviare lettere invito alle mamme dei nuovi nati al fine di invitarle a sottoporsi alla vaccinazione antirosolia con vaccino trivalente (MPR) in occasione della vaccinazione del figlio; somministrazione, in occasione della vaccinazione del figlio, di un questionario conoscitivo dello stato immunitario nei confronti della rosolia a tutte le madri dei bambini coorte 2015 e offrire attivamente la vaccinazione MPR alle suscettibili; offerta della vaccinazione MPR a tutte le donne in età fertile (18 - 49 anni, coorti dal 1997 al 1966) ancora suscettibili alla rosolia che si presentino per qualsiasi motivo nei centri vaccinali; verificare sistematicamente se è stata effettuata la vaccinazione contro la rosolia al momento della vaccinazione anti-HPV; implementare il flusso informativo dai laboratori analisi al SIESP affinché tutti i rubeo-test (IgG negative) effettuato per qualunque motivo in donne in età fertile vengano comunicati ai servizi di vaccinazione in modo da invitare alla vaccinazione.		X	X	X
10	Aumentare la consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni da parte dei MMG, dei PLS e dei Medici ospedalieri attraverso incontri di aggiornamento		X	X	X
11	Interventi di counseling sui genitori in tutte le occasioni utili.		X	X	X

12	Interventi di educazione sanitaria sui genitori per ottenere una adesione consapevole.		X	X	X
13	Coinvolgimento di associazioni di immigrati e di donne migranti per migliorare la loro adesione consapevole.		X	X	X
14	Aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale				
15	Elaborazione di un libretto vaccinale regionale			X	
16	Introduzione, in ogni ambulatorio vaccinale, di un registro regionale dei rifiuti vaccinali, dove vengono puntualmente annotati i motivi di mancata o incompleta vaccinazione per polio e per MPR 1 dose a 24 mesi			X	
17	Elaborazione di materiale informativo e promozione delle vaccinazioni in categorie a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica - ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi)		X		
18	Consegna del materiale informativo e di promozione delle vaccinazioni in categorie a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica - ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi)			X	X

Gli obiettivi specifici di copertura vaccinale che si intendono raggiungere per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, per le quali è prevista l'offerta attiva e gratuita alla popolazione, sono quelli di seguito indicati:

Indicatori di risultato per copertura	Baseline	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
DTP-Polio-Ep. B, Hib a 24 mesi	96.6%	≥95%	≥95%	≥95%	≥95%
MPR a 24 mesi 1 dose	85.7%	88%	90%	92%	≥95%
Varicella nei nuovi nati	----	15%	50%	70%	≥95%
Meningococco C a 24 mesi	62.2%	65%	75%	85%	≥95%
Pneumococco a 24 mesi	83.6%	85%	90%	92%	≥95%
dTP-Polio a 5-6 anni	92.7%	93%	≥95%	≥95%	≥95%
MPR a 5-6 anni 2 dose	87.3%	90%	92%	93%	≥95%
dTpa a 15 anni	73.9%	75%	78%	85%	≥90%
MPR a 15 anni (due dosi)	83.9%	85%	88%	90%	≥95%
Men C a 15 anni	38.1%	40%	45 %	50%	≥95%
HPV F 11 anni	62%	65%	68%	70%	≥95%
Influenza ≥65 anni	39%	46%	51%	56%	≥75%

D) Governo degli interventi:

- Responsabile del procedimento attuativo: Direttore del Servizio I.E.S.P.
- Responsabile delle procedure: Dott. Antonio Savino
- Dirigenti medici referenti dei vari centri vaccinali territoriali

E) Cronoprogramma:

Attività	2015	2016	2017	2018
Partecipazione agli incontri di aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale		x	x	x
Chiamate attive per le coorti individuate nel PRP (prime vaccinazioni, richiami, solleciti)	x	x	x	x
Elaborazione di un libretto vaccinale regionale		x		
Introduzione del registro regionale dei rifiuti alle vaccinazioni			x	x
Aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali		x	x	x
Formazione dei PLS, MMG e altro personale sanitario coinvolto nella promozione delle vaccinazioni			x	x
Fornitura del materiale informativo e promozione delle vaccinazioni in categorie a rischio (persone affette da almeno una malattia cronica - ictus, infarto, diabete, insufficienza renale, BPCO, asma, tumori, epatiti e cirrosi)			x	x
Segnalazione eventuali reazioni avverse	x	x	x	x

N.B. L'aumentata disponibilità sul mercato di vaccini ed il loro impiego in varie combinazioni nella stessa seduta vaccinale non possono prescindere dall'**attenta sorveglianza delle reazioni avverse alle vaccinazioni** e dalla diffusione dei dati relativi alla loro reale incidenza. Tale attività permette, inoltre, di rilevare tempestivamente reazioni avverse insolite e poco frequenti associate all'introduzione di nuovi vaccini (sorveglianza post-marketing).

Per la segnalazione degli effetti indesiderati va utilizzata la scheda allegata al Decreto del Ministero della Salute del 12.12.2003 ("Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini") pubblicato sulla G. U. n. 36 del 13.02.2004.

L'obbligo di segnalazione compete a ciascun sanitario (medico vaccinatore, pediatra di libera scelta, medico di base, medico del pronto soccorso od ospedaliero, ecc.) a cui giunge all'osservazione una sospetta reazione a vaccino. La scheda di segnalazione, compilata e firmata, deve essere trasmessa tempestivamente al Responsabile della farmacovigilanza della ASL.

Responsabile del Procedimento Attuativo: Dott. Antonio Savino – Dirigente Medico SIESP

7.5 Sviluppare programmi specifici di intervento tesi alla promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa

In riferimento all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2016 e, nella fattispecie, al comma 3 dell'art. 17 del Patto che impegna le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano a mettere in atto "...ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche ed attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate e intersettoriali a sostegno del diritto di ciascun cittadino a realizzare il proprio progetto di vita in un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive ciascuno..." - nei limiti delle risorse stabilite al medesimo articolo 17 del Patto stesso - risulta indispensabile che le Aziende Sanitarie pongano in essere tutti gli interventi volti alla promozione della salute.

Lo strumento di programmazione vigente che definisce la politica regionale nella prevenzione e tutela sanitaria è costituita dal Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 56 del 29 maggio 2015.

Il Nuovo Piano regionale di prevenzione, coerentemente alle indicazioni nazionali, programma le azioni di prevenzione ricomprese nel sottoelencato macro obiettivo:

- **Prevenire gli infortuni e le malattie professionali.**

In particolare si chiede di finalizzare le azioni di prevenzione a:

- A) Sviluppare programmi specifici di intervento tesi alla promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa e, nella fattispecie, realizzare piani di prevenzione e interventi di vigilanza, siccome previsto dal Piano Regionale per la Prevenzione vigente e nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007), raggiungendo una copertura di controlli effettuati almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio;
- B) Attivare controlli ufficiali e modalità operative ed organizzative connesse alle finalità richieste dal piano nazionale di vigilanza e dal piano regionale dei controlli sul rischio chimico. (REACH) — D.G.R. n. 242/2010, D.G.R. n. 476/2010 in base al Regolamento CE n. 1907/2006.

Per ciascuno degli interventi/azioni che si intendono realizzare per il raggiungimento degli obiettivi definiti a livello aziendale è necessario che siano riportati:

- Gli indicatori di risultato che consentano di verificare la realizzazione degli stessi;
- Il cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate;
- L'impatto economico, laddove vi sia impatto economico atteso;
- La chiara identificazione del responsabile del procedimento attuativo.

In coerenza con la valutazione annuale Ministeriale del Piano regionale di Prevenzione ai fini della relativa certificazione per gli anni 2016-2017 — è stato assegnato l'obiettivo aziendale del raggiungimento di almeno il 70% degli indicatori sentinella di ciascun programma con la precisazione che lo scostamento tra il valore osservato e lo standard previsto non deve essere superiore al 20%.

Gli indicatori di risultato sono definiti nel Piano Regionale di Prevenzione. Il Piano adottato consta di specifici programmi contenenti la individuazione di specifici indicatori sentinella riferiti a ciascuna annualità di vigenza dello stesso.

In riferimento alla nota mail del 24/11/2015 inviata dallo Sviluppo Strategico per la descrizione delle Azioni e dei risultati attesi da conseguire nel triennio 2016-2018, si comunicano qui di seguito i dati relativi allo stato di avanzamento delle attività realizzate dallo scrivente SPSAL alla data del 30/09/2015, con indicazione dei valori osservati di copertura numerica e percentuale dei controlli ispettivi effettuati e con evidenza degli scostamenti dalla programmazione regionale e delle motivazioni rilevate rispetto ai valori attesi, stabiliti da ultimo in sede di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7, D.Lgs. 81/08, nella riunione del 05/08/2015, alla luce del nuovo Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, approvato con Decreto CA n. 56, del 29/05/2015.

A) STATO DI AVANZAMENTO EROGAZIONE LEA AL 30/09/2015

In relazione alle attività: "Ispezione aziende con dipendenti (Patto Tutela Salute CSRPA 01/08/2007)", finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di sottoporre ad interventi di vigilanza ed ispezione la quota del 5% delle Unità Locali del territorio, **alla data del 30/09/2015** si sono registrati i seguenti risultati:

- **n. 589 Unità Locali controllate su n. 15630** Unità Locali censite (Flussi Informativi INAIL-REGIONI), raggiungendo una percentuale di imprese attive sul territorio controllate **pari al 3,7%** rispetto all'obiettivo LEA di controllare n. 781 Unità Locali, pari al valore atteso del 5%;

- di cui **n. 200 cantieri ispezionati, pari al 74,9% di n. 267** cantieri assegnati dalla Regione Abruzzo alla ASL Lanciano-Vasto-Chieti in recepimento del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, di cui n. 13 cantieri ispezionati in modo congiunto con la DTL di Chieti;

- di cui **n. 20 Aziende Agricole** controllate ai fini della sicurezza delle macchine agricole sul totale di 673 Aziende Agricole censite (Flussi Informativi INAIL-REGIONI), **pari al 2,9%** rispetto all'obiettivo LEA di controllare n. 36 Aziende Agricole, pari al valore atteso del 5%, assegnate dalla Regione Abruzzo alla ASL Lanciano-Vasto-Chieti in recepimento del Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura.

OBIETTIVI LEA VIGILANZA E CONTROLLO SPSAL 2015

Si riporta, di seguito, a titolo riassuntivo, la tabella relativa agli obiettivi LEA da realizzare nell'anno 2015 per la Regione e i Servizi PSAL delle ASL Abruzzo, i cui indicatori sono stabiliti dal "Patto per la Tutela della Salute e della Sicurezza nei luoghi di lavoro" (PTS), sancito in data 1 Agosto 2007 tra Governo e Regioni, che prevede il raggiungimento di una copertura almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio, dal Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura, che prevede il raggiungimento della stessa quota percentuale del 5% di controllo delle aziende agricole con dipendenti, e dal Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, che assegna alla regione Abruzzo il controllo di n. 1.141 cantieri da ispezionare nell'anno 2015.

OBIETTIVI LEA VIGILANZA E CONTROLLO SPSAL 2015

TERRITORIO	TOTALE INSEDIAMENTI	5% ispezioni totali	INSEDIAMENTI AGRICOLTURA	ispezioni agricoltura 5%	NOTIFICHE CANTIERI	Ispezioni cantieri 15%
ABRUZZO	56575	2829	2.277	120	7605	1141 (57)*
PESCARA	13492	675	415	22	1747	262 (13) *
L'AQUILA	13432	672	706	37	3000	450 (23) *
CHIETI	15630	781	673	36	1781	267 (13) *
TERAMO	14021	701	483	25	1077	162 (8) *

*5% di controlli congiunti in edilizia

- B) Attivazione dei controlli ufficiali e di tutte le modalità operative connesse alla applicazione dei Regolamenti CE N. 1907/2006 (REACH) E CE N. 1272/2008 (CLP) – ANNO 2015** relativamente ai controlli in materia di registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizione delle sostanze chimiche (REACH), implementati annualmente con DGR 675/2011, DGR 542/2012, DGR 317/2013, DGR n. 320/2014, e più recentemente con DGR n. 261, del 11/04/2015, recante: “Recepimento Piano Nazionale dei controlli sulla applicazione del regolamento REACH – anno 2015 – indicazioni alle ASL sui controlli da effettuarsi sul territorio nell’anno 2015”.

Il programma dei controlli ufficiali comprende l’adesione al progetto pilota sull’autorizzazione del forum dell’ECHA, quale novità del nuovo piano nazionale REACH per il 2015, in particolare l’attività del progetto pilota per il quale la vigilanza è indirizzata verso sostanze precise (MDA, muschio xilene) e per il quale ogni regione deve garantire almeno un controllo annuale. L’autorità dei controlli regionale ha stabilito, considerato che in Abruzzo c’è una sola ditta che tratta queste particolari sostanze chimiche e che la stessa si trova nel territorio di competenza della ASL Lanciano–Vasto–Chieti, di affidare a quest’ultima l’impegno di garantire il controllo del progetto pilota di seguito sintetizzato.

Target group

- imprese che fabbricano e/o importano sostanze soggette ad autorizzazione (MDA, muschio xilene) o formulano specifici prodotti chimici contenenti MDA e/o Muschio Xilene

Criteri di priorità nella selezione delle imprese

- imprese individuate dalla AC nazionale/regionale secondo le informazioni fornite dall’ECHA;

Tipologia di prodotti verso cui orientare il controllo

- Riferimento a Musk Xylene e MDA.

Quantificazione numerica dei controlli

Le Regioni e le Province Autonome comunicano l’eventuale adesione al progetto pilota sull’autorizzazione dell’ECHA su Musk Xylene e MDA. In caso di adesione, il controllo deve essere effettuato entro il 30 Giugno 2015 e condotto secondo i criteri e le modalità stabilite dal Forum dell’ECHA.

Modalità rendicontazione dei controlli

Entro il 15 Luglio 2015, le Regioni e Province Autonome che aderiscono al progetto pilota sull’autorizzazione trasmettono Autorità Competente Nazionale REACH l’esito del controllo secondo il format prodotto dal Forum dell’ECHA.

Attività espletata alla data del 30/09/2015.

Il Gruppo Ispettivo REACH ha provveduto ad espletate, con le modalità operative ed organizzative dettate dal Piano Nazionale delle attività di controllo sull’applicazione dei Regolamenti CE N. 1907/2006 (REACH) e CE N. 1272/2008 (CLP) – Anno 2015, le attività di controllo di cui al “Progetto pilota adottato dal Forum dell’ECHA in materia di Autorizzazione presso l’Azienda individuata nel territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, con Ruolo di Importatore, verificando, mediante ricerche documentali ed accertamento ispettivo del 26/05/2015, l’astensione della stessa dalla immissione sul mercato del prodotto **MDA (4,4’ diamminodifenilmetano)**.

In data 01/07/2015 si è provveduto alla rendicontazione delle attività espletate alla Regione Abruzzo e al Ministero della Salute, secondo quanto previsto dal punto 1.5 del Piano Nazionale delle attività di controllo Anno 2015.

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	Indicatore Sentinella	2016	2017	2018
1	Sottoporre ad interventi di vigilanza ed ispezione la quota del 5% delle Unità Locali del territorio censite nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM 1 Agosto 2007)	Raggiungimento di una copertura almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio nel rispetto delle indicazioni del Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (D.P.C.M. 1/8/07, P.N.P., P.R.P.).	5%	5%	5%
2	Garantire l'attività di vigilanza e controllo nel comparto delle costruzioni in applicazione della procedura regionale e secondo gli standard indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia e in applicazione della procedura regionale	n. cantieri controllati / n. cantieri notificati l'anno precedente di cui n. cantieri di allestimento fiere e spettacoli / totale cantieri di allestimento fiere e spettacoli	13% Di cui 5% dei cantieri di allestimento fiere e spettacoli	14% Di cui 5% dei cantieri di allestimento fiere e spettacoli	15% Di cui 5% dei cantieri di allestimento fiere e spettacoli
3	Garantire l'attività di vigilanza e controllo, applicando la procedura e gli indirizzi regionali, nelle aziende del comparto agricolo-forestale, in coerenza con i contenuti del relativo Piano Nazionale di Prevenzione	n. interventi di vigilanza e controllo salute e sicurezza nelle aziende agricole in funzione delle dimensioni / anno compresi: - controlli nelle rivendite di macchine e attrezzature agricole - controlli negli allevamenti	145 (obiettivo regionale da suddividere per 4 ASL)	174 (obiettivo regionale da suddividere per 4 ASL)	210 (obiettivo regionale da suddividere per 4 ASL)
4	Analizzare l'andamento delle Malattie professionali denunciate ed indennizzate dall'INAIL, e di quelle denunciate e segnalate ai SPSAL, nel complesso e con riferimento alle malattie muscoloscheletriche, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro correlato, individuando i comparti lavorativi a maggiore incidenza	Report annuale sull'andamento epidemiologico delle MP nella regione, con particolare riferimento alle patologie dell'apparato muscoloscheletrico da sovraccarico biomeccanico, ai tumori professionali e alle patologie da stress lavoro-correlato	1 report annuale per ogni ASL	1 report annuale per ogni ASL	1 report annuale per ogni ASL

5	Implementare sportelli di informazione/ assistenza presso le ASL per il supporto alla valutazione e gestione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici, con priorità per i comparti edilizia e agricoltura / silvicoltura	Attività di sportello operante in tutti i SPSAL con modalità standardizzate e monitoraggio delle richieste e delle risposte	Sportello già attivo (ad accesso diretto regolamentato, telefonico e/o telematico) da implementare con modalità standardizzate monitoraggio delle risposte ad almeno il 50% delle richieste in edilizia.	Sportello già attivo (ad accesso diretto regolamentato, telefonico e/o telematico) secondo modalità standardizzate e monitoraggio delle risposte ad almeno il 70% delle richieste in edilizia.	Sportello già attivo (ad accesso diretto regolamentato, telefonico e/o telematico) da implementare monitoraggio delle risposte ad almeno il 90% delle richieste in edilizia.
---	---	---	--	--	--

CRITICITA' e AZIONI CORRETTIVE

A fronte della perdurante grave carenza delle risorse di personale dello scrivente Servizio, difformemente a quanto, invece, previsto dal Decreto Commissariale 72/2103, del 07/10/2013, recante: "Potenziamento dotazione organica per personale del Comparto dell'area di prevenzione (Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro)", che indica almeno n. 11 TdP e n. 5 Medici del Lavoro, ovviamente supportati dal contestuale potenziamento di personale amministrativo.

Da cui origina primariamente lo scostamento del numero di cantieri e aziende agricole ispezionati e del numero di imprese attive sul territorio controllate alla data del 30/09/2015 rispetto ai relativi valori attesi, si è reso necessario adottare la strategia correttiva di disporre, con nota prot. n. 28575 U15-CH, del 10/06/2015, a firma congiunta con il Direttore Generale, che tutti gli operatori SPSAL dovessero procedere a programmare ed effettuare con immediatezza nel restante corso d'anno 2015, dandone la priorità assoluta rispetto a ogni altra attività in corso di svolgimento, con riferimento, in particolare, all'elevato carico di lavoro istituzionale delle inchieste giudiziarie per infortuni sul lavoro e malattie professionali rimaste arretrate e/o di nuova assegnazione, salvo per i casi "urgenti" segnalati e/o sollecitati dalla competente A.G., le proprie attività istituzionali finalizzate al massimo recupero possibile degli scostamenti registrati rispetto ai risultati previsionali progettuali regionali e locali, prevedendo specificamente l'accesso, ancorchè su base "volontaria", degli operatori SPSAL, oltre i rispettivi debiti istituzionali e in orario aggiuntivo al normale orario di servizio, agli incentivi economici previsti dal progetto-obiettivo "Cantieri-Agricoltura", debitamente autorizzato con la Deliberazione DG n. 731, del 04/06/2015.

Responsabile del Procedimento Attuativo: Dott. Domenico Cocomazzi - Direttore SPSAL

7.6 Attivare controlli ufficiali e modalità operative ed organizzative connesse alle finalità richieste dal piano nazionale di vigilanza e dal piano regionale dei controlli sul rischio chimico

Il Contesto normativo (nazionale-regionale ecc) a cui si fa riferimento sono il Regolamento REACH (CE) n.1907/2006 e smi, e il Regolamento CLP (CE) n.1272/2008 e smi.

In ottemperanza ai Piani Annuali Nazionali delle attività di controllo REACH/CLP, questa Azienda ASL, per il tramite del gruppo REACH aziendale individuato con DDG n.1240/2012, ha espletato le seguenti attività ispettive:

2012/2013: n.3 ispezioni (progetto REF 2);

2013: n.2 ispezioni (progetto REF 3);

2014: n. 1 ispezione (progetto pilota – autorizzazione).

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Obiettivo specifico 8.7.1 Azione :Ridefinizione da parte della regione Abruzzo del Gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale		Atto formale		
2	Obiettivo specifico 8.7.2. Azione :Strutturazione da parte della Regione Abruzzo di un gruppo a supporto tecnico scientifico		Atto formale		
3	Obiettivo specifico 8.7.3. Azione :Elaborare procedure per l'espletamento delle attività di vigilanza			Produzione bozza	Atto formale
4	Obiettivo specifico 8.7.4. Azione :Adozione Piano regionale dei controlli e verifica attuazione Piano Nazionale dei controlli		x	x	x
5	Obiettivo specifico 8.7.5. Azione: Verifica da parte dell'Autorità Competente Regionale dei controlli effettuati sui fitosanitari			Rendicontazione di n. 2 controlli	Rendicontazione di n. 2 controlli

1	Obiettivo specifico 8.8.1 Azione: Regione Abruzzo organizza eventi formativi destinati ai formatori dei Servizi Pubblici addetti alla vigilanza delle sostanze pericolose				1 evento
2	Obiettivo specifico 8.8.2 Azione: Regione Abruzzo organizza eventi di aggiornamento e approfondimento per gli operatori di vigilanza REACH/CLP	x	x	x	x
3	Obiettivo specifico 8.8.3 Azione : Regione Abruzzo supporta le Aziende attraverso iniziative di divulgazione di informazioni riguardanti il corretto uso e gestione delle sostanze chimiche.		x		

Indicatori e modalità di monitoraggio:

Obiettivo centrale 8.7

- Indicatore Azione 1: Atto formale di ridefinizione del Gruppo di Coordinamento Regionale;
- Indicatore Azione 2: Atto formale di istituzione del Gruppo;
- Indicatori Azione 3: a)Elaborazione bozza procedure; b)Recepimento procedure con atto formale;
- Indicatori Azione 4: a)Adozione Piano regionale dei Controlli, ovvero di un sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale dei Controlli; b)Rendicontazione da parte dell'Autorità Competente Regionale;
- Indicatore Azione 5 : Rendicontazione da parte dell'Autorità Competente Regionale.

Obiettivo centrale 8.8

- Indicatore Azione 1: Corso di formazione nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche;
- Indicatore Azione 2: Evento formativo di ricaduta di corsi/eventi nazionali – DICEMBRE 2015 (trattandosi di formazione a cascata, gli eventi seguiranno nel tempo le iniziative di ECHA e/o Ministeriali);
- Indicatore Azione 3: evento informativo.

Tutto quanto non specificato nel presente format sintetico in riferimento alle attività ricomprese in ciascuna azione e relativo cronoprogramma , è indicato nel Programma 10 (Ambiente e salute), Obiettivi centrali 8.7 – 8.8 del PRP 2014-2018 e smi.

Responsabile del Procedimento Attuativo: Dott.ssa Maria Capista – Dirigente Biologo SIESP

STUDIO SULLA CONTAMINAZIONE CHIMICA DELLA CATENA ALIMENTARE DA INTERFERENTI ENDOCRINI (IE) NELLE PRINCIPALI AREE URBANE E PERIURBANE DELLA ASL 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI: RISVOLTI AMBIENTALI E SANITARI.

Breve descrizione delle criticità e/o dei fabbisogni clinico-assistenziali a cui si vuole dare risposta	La produzione di alimenti per autoconsumo in zone urbane e periurbane (es. città, zone industriali, discariche, siti contaminati) non è oggetto di attività di controllo igienico-sanitario da parte delle organi preposti. Si ravvisa la necessità di valutare il rischio per il consumatore derivante dall'assunzione di alimenti contaminati da sostanze chimiche (interferenti organici) che per loro natura ed origine possono potenzialmente essere presenti nei suddetti ambiti territoriali. Indirettamente la ricerca di IE negli alimenti può costituire una indicazione del livello di contaminazione ambientale .
Obiettivi del progetto e modalità di svolgimento	1) Individuazione e scelta delle aree urbane e periurbane a rischio per la salute del consumatore derivante dall'assunzione di alimenti di origine animale e vegetale, ottenuti in ambienti potenzialmente contaminati da interferenti endocrini nel territorio della ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti. 2) Scelta del metodo per la valutazione del rischio. 3) Valutazione quali-quantitativa del livello di contaminazione da interferenti endocrini negli ambienti di riferimento. 4) Stima del rischio. 5) Individuazione di programmi e di misure per la gestione del rischio. 6) Comunicazione del rischio.
Tempi ed eventuali risorse	24 mesi Risorse umane interdisciplinari, strumentali e finanziarie da utilizzare per le attività di studio, predisposizione e realizzazione del progetto.

Tempi e risorse

Lo svolgimento delle attività progettuali previste richiede un periodo di 24 mesi, secondo il seguente cronogramma.

Attività	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1. Individuazione e scelta delle aree a rischio																								
2. Identificazione microallevamenti e produzioni agricole																								
3. Studio dell'incidenza delle patologie correlabili agli IE																								
4. Studio ecologico propedeutico alla valutazione del rischio																								
5. Creazione di un Sistema Informativo Territoriale																								
6. Comunicazione																								

Per le attività di studio, predisposizione e realizzazione del progetto lo svolgimento si prevede di impiegare le risorse umane e imprenditoriali di seguito descritte con i relativi impegni finanziari.

Risorse coinvolte		Fasi del progetto					Totali (€ lordi)
ruolo	funzione	1 (€)	2 (€)	3 (€)	4 (€)	5 (€)	
Direttore di dipartimento di Prevenzione ASL 02	Responsabile del progetto						
Veterinario Dirigente Serv. IAPZ ASL 02	Coordinatore						
Medico Dirigente Serv. IESP ASL 02							
Medico serv. SIAN ASL02							
Tecnico della Prev. Serv. IAPZ ASL 02	Prelevatore						
Tecnico ALS 02	Informatico						
Biologo esperto in salute ambientale	Collaboratore borsista	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	30.000,00
Tecnico cartografia statistica	Collaboratore borsista	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	20.000,00
Ente di organizzazione eventi e comunicazione	Animazione e comunicazione	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	3.000,00	11.000,00

8 Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti

Nella sezione **DPF011-SANITA' VETERINARIA, IGIENE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI** sono contemplate le attività che devono essere svolte al fine di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza in tema di Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, nonché l'adempimento degli obblighi comunitari in materia di controllo ufficiale coerentemente con quanto previsto dal Reg. 882/2004 e successive modifiche.

SERVIZIO DI SANITA' ANIMALE

Il Servizio Veterinario di Sanità Animale promuove le attività profilattiche e diagnostiche per prevenire i pericoli collegati alla salute degli animali e minimizzare l'impatto ambientale a sostegno della strategia dell'Unione Europea a favore dello sviluppo sostenibile.

Nel settore della profilassi delle malattie degli animali da reddito, e tra queste delle zoonosi, cioè malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e viceversa, tra gli obiettivi prioritari si evidenzia la epidemiosorveglianza delle principali patologie mediante accurate analisi e valutazione dei rischi e la programmazione dei controlli in allevamento, sui pascoli, nelle mostre e nelle movimentazioni nazionali ed internazionali.

La lotta al randagismo e la igiene urbana veterinaria sono i campi di azione preventiva per ciò che attiene il settore degli animali. Gli interventi prioritari restano la lotta alla proliferazione delle popolazioni canine e feline vaganti, la lotta alla rabbia e la costituzione di colonie feline urbane allo scopo di incrementare ed esaltare il giusto rapporto uomo-animale.

Le normative comunitarie, nazionali e regionali vincolano gli Stati Membri ad una applicazione uniforme e coerente delle direttive con il raggiungimento di un elevato livello di protezione per i cittadini/consumatori dell'Unione. I risultati raggiunti dall'Italia in materia di garanzie per i propri cittadini e di sostegno alle produzioni agro-alimentari richiedono un'adeguata valorizzazione delle attività dei Servizi Veterinari e il superamento di alcune fragilità che stanno pesando in maniera significativa sull'ulteriore promozione del Sistema Italia in campo europeo ed internazionale. Alla luce di queste considerazioni, risulta pertanto indispensabile assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza in tema di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, nonché l'adempimento degli obblighi comunitari in materia di controlli ufficiali, previsti dal Regolamento (CE) 882/2004 e successive modifiche. Le azioni dovranno rispondere ai principi generali contenuti nel PSR, nel Patto per la Salute 2014-2016, nel PPRICC 2015-2018.

Le azioni da potenziare riguardano:

1) Il controllo delle popolazioni degli animali domestici e selvatici;

Tale azione dovrà tenere conto della normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di anagrafi zootecniche, epidemiosorveglianza delle malattie infettive e profilassi di Stato per la eradicazione delle principali malattie infettive, zoonosiche e non. Si tratta di dare continuità all'attività programmata negli anni precedenti e di completare le azioni finora portate a termine con l'obiettivo primario di rendere la Provincia, e conseguentemente l'intera Regione, Ufficialmente Indenne da Tubercolosi, Leucosi e Brucellosi Bovine e da Brucellosi Ovicaprina. A tale scopo è necessario completare la informatizzazione degli allevamenti mediante la costante e continua implementazione dei sistemi (BDN, SIVRA); fare accurate analisi del rischio epidemiologico per ciascuna patologia; dare completa attuazione alle verifiche per mezzo degli Audit, come strumento di miglioramento continuo delle condizioni igienico sanitarie delle produzioni alimentari.

2) Attività di vigilanza permanente;

L'attività di vigilanza permanente riguarderà principalmente le aziende di animali da reddito, soprattutto le stalle di sosta quali focus potenziali di scambio di agenti patogeni ed ancora i pascoli, luoghi dedicati all'allevamento brado ma sicura fonte di infezione se non attenzionati costantemente. Particolare sorveglianza sarà portata sulle movimentazioni, nazionali ed internazionali, di animali vivi, embrioni, ovuli e materiale seminale per evitare, o quanto meno ridurre, l'incidenza di malattie emergenti e riemergenti.

3) Lotta al randagismo/vagantismo e alle malattie infettive ed esotiche trasmesse dai pets;

Il contrasto alla proliferazione delle popolazioni canine e feline vaganti mediante sterilizzazioni chirurgiche e la lotta alla rabbia e alle altre malattie, endemiche ed esotiche, trasmesse dai pets restano le armi principali per garantire questo livello essenziale. Tenendo conto della normativa comunitaria, nazionale e regionale e seguendo le direttive impartite dal PPRICC 2015-2018 si implementeranno le attività chirurgiche

nelle tre sale operatorie del territorio e la sierodiagnosi di leishmaniosi e di altre patologie ritenute oggetto di monitoraggio quali erlichiosi, rickettsiosi, leptospirosi.

Per il periodo 2016-2018 è previsto di dare attuazione:

1. al PPRIC per i piani previsti (Profilassi di Stato, Epidemi sorveglianza Malattie Epidemiche, Controlli I&R, vigilanza permanente ,ecc.);
2. al programma regionale di Audit sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare, allevamenti, stalle di sosta, strutture di ricovero; previsti anche audit interno all'organizzazione;
3. alla alimentazione ed implementazione dei dati e gestione dei flussi informativi (BDR-SIVRA-SANAN);
4. ad almeno un corso di formazione ogni anno per il proprio personale anche in collaborazione con altri Enti (IZS, ARTA, Università, Ordini ecc.) sulle materie sanitarie;
5. ad incontri/eventi formativi per gli utenti, almeno uno ogni anno, sulle materie di competenza (Anagrafi Zootecniche, profilassi di Stato, Epidemi sorveglianza delle malattie Epidemiche, Movimentazioni nazionali ed internazionali, ecc.).

Il regolare svolgimento delle attività previste nel PPRICC consentirà al sistema regionale l'allineamento con le verifiche dei LEA a livello nazionale.

Contesto normativo

- Regolamento (CE) n. 882/2004 ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;
- Regolamento (CE) n. 852/2004 del 29 aprile 2004: relativo sull'igiene dei prodotti alimentari;
- Regolamento (CE) 178/2002 del 28 gennaio 2002: che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare;
- Regolamento (CE) n. 999/2001 del 22 maggio 2001 recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie trasmissibili;
- D.P.R. 8 febbraio 1954, n. 320 - Regolamento di polizia veterinaria;
- Ordinanza 28 maggio 2015 - Misure straordinarie di polizia veterinaria in materia di tubercolosi, brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovi-caprina, leucosi bovina enzootica;
- D.P.R. 30 aprile 1996, n. 317 - Regolamento recante norme per l'attuazione della direttiva 92/102/CEE relativa all'identificazione e alla registrazione degli animali;
- Decreto legislativo 196/99 - Attuazione della direttiva 97/12/CE che modifica e aggiorna la direttiva 64/432/CEE relativa ai problemi di polizia sanitaria in materia di scambi intracomunitari di animali delle specie bovina e suina;
- Decreto Legislativo 19 agosto 2005, n. 193 - Attuazione della direttiva 2003/50/CE relativa al rafforzamento dei controlli sui movimenti di ovini e caprini;
- DECRETO 27 agosto 1994, n. 651 - Regolamento concernente il piano nazionale per la eradicazione della brucellosi negli allevamenti bovini;
- D.M. 2 luglio 1992, n. 453 - Regolamento concernente il piano nazionale per la eradicazione della brucellosi negli allevamenti ovini e caprini;
- DECRETO 15 dicembre 1995, n. 592 - Regolamento concernente il piano nazionale per la eradicazione della tubercolosi negli allevamenti bovini e bufalini;
- D.M. 2 maggio 1996, n. 358 - Regolamento concernente il piano nazionale per l'eradicazione della leucosi bovina enzootica;

- Decreto legislativo 04 aprile 2006, n. 191 - Attuazione della direttiva 2003/99/CE sulle misure di sorveglianza delle zoonosi e degli agenti zoonotici;
- Decisione della Commissione del 18 dicembre 2006, che modifica la decisione 2005/779/CE relativa a talune misure sanitarie di protezione contro la malattia vescicolare dei suini in Italia;
- O.M.12 aprile 2008 - Misure sanitarie di eradicazione della malattia vescicolare del suino e di sorveglianza della peste suina classica;
- Circolare 05/1 I/2001 n. 10 ;
- Circolare 02/02/2000 n. 3 e succ. modifiche;
- Patto per la Salute 2014-2016;
- Piano Regionale Integrato 2015-2018-DG 21/51 del 31-03-2015;
- Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018;
- DCA n. 104 del 19-11-2015 sugli indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle ASL –triennio 2016-2018.

Stato dell'arte aziendale al 30 settembre 2015

AZIONI	PROGRAMMATE	ESEGUITE DATI SIVRA/BDN	RISULTATI %
PROFILASSI DI STATO TUBERCOLOSI BOVINA E BUFALINA	479	417	87,06
PROFILASSI DI STATO BRUCELLOSI BOVINA E BUFALINA	386	317	82,12
PROFILASSI DI STATO LEUCOSI BOVINA ENZOOTICA	386	317	82,12
PROFILASSI DI STATO BRUCELLOSI OVINA	728	620	85,16
PROFILASSI DI STATO BRUCELLOSI CAPRINA	340	289	85,00
PIANO DI CONTROLLO B.S.E.	434	417	96,08
PIANO DI SORVEGLIANZA BLUE TONGUE	13	13	100
PIANO DI SORVEGLIANZA MVS E PSC ALLEVAMENTI RCA	65	39	60,00
PIANO DI SORVEGLIANZA MVS E PSC ALLEVAMENTI RCC	1	1	100
PIANO DI SORVEGLIANZA MVS E PSC ALLEVAMENTI DA INGRASSO	66	38	57,58
PIANO DI SORVEGLIANZA MVS E PSC STALLE DI SOSTA DA VITA	1	1	100
MALATTIA DI AUJESZKY MANTENIMENTO QUALIFICA ACCREDITAMENTO	7	7	100
PIANO DI SORVEGLIANZA INFLUENZA AVIARE	5	5	100
PIANO DI SORVEGLIANZA SALMONELLA NEI RIPRODUTTORI GALLUS GALLUS	4	3	75,00

PIANO DI CONTROLLO SALMONELLA PULLORUM NEI RIPRODUTTORI GALLUS GALLUS	3	3	100
ANAGRAFICHE ANIMALI E CONTROLLI MINIMI PER CONDIZIONALITA' - CHECK LIST ANAGRAFE BOVINA 3% ALLEVAMENTI	21	20	95,24
ANAGRAFICHE ANIMALI E CONTROLLI MINIMI PER CONDIZIONALITA' - CHECK LIST	44	20	45,45
ANAGRAFICHE ANIMALI E CONTROLLI MINIMI PER CONDIZIONALITA' - CHECK LIST ANAGRAFE SUINA 1% ALLEVAMENTI	47	34	72,34
ANAGRAFICHE ANIMALI E CONTROLLI MINIMI PER CONDIZIONALITA' - CHECK LIST ANAGRAFE EQUIDI 5% ALLEVAMENTI	45	10	22,22
VIGILANZA E CONTROLLO SULLE STALLE DI SOSTA STALLE DI SOSTA BOVINI	9	9	100
VIGILANZA E CONTROLLO SULLE STALLE DI SOSTA STALLE DI SOSTA SUINI	9	9	100

La programmazione dell'attività viene svolta annualmente, coerentemente con quella predisposta per l'anno di riferimento dalla Regione Abruzzo, individuando le linee e la quantificazione delle di attività da svolgere. La suddetta programmazione è vincolante e prevede la realizzazione del 100% delle attività da svolgere.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Piano nazionale di eradicazione della tubercolosi bovina e bufalina	Ultimare gli esami programmati per anno 2015	100%	100%	100%
2	Piano nazionale di eradicazione della brucellosi bovina e bufalina	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
3	Piano nazionale di eradicazione della leucosi bovina e bufalina enzootica	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
4	Piano nazionale di eradicazione della brucellosi ovina e caprina	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
5	Programma di sorveglianza BSE sui bovini	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%

6	Controlli ufficiali mediante Audit sugli OSA ai sensi del Regolamento 882/04/CE	Ultimare gli audit programmati n. 2 Fatti 3	100%	100%	100%
7	Piano di controllo Salmonella pullorum nei riproduttori Gallus gallus	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
8	Piano di sorveglianza Salmonella nei riproduttori Gallus gallus	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
9	Piano di sorveglianza Blue tongue	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
10	Piano di sorveglianza Mvs e Psc	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%

Indicatori e modalità di monitoraggio:

- **Indicatore Azione 1:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Controlli programmati/Controlli eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 2:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Controlli programmati / Controlli eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 3:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Controlli programmati / Controlli eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 4:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" ispezioni e verifiche programmati / ispezioni e verifiche eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 5:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare"; Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 6:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli audit in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" audit programmati/audit eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 7:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 8:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;

- **Indicatore Azione 9:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 10:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100.

Responsabile del Procedimento Attuativo: Dr. Giovanni Di Paolo - Direttore Servizio Sanità Animale.

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

Contesto normativo REG CE 852/04, 882/04, 178/02 LN 283/62 DPR 327/80, DPR 193/07, DPR 190/06.

Controllo delle Imprese Alimentari

Per il 2015 il Piano di vigilanza, affidato negli anni scorsi prevalentemente al personale Tecnico di Prevenzione, vista l'attuale situazione dell'organico, dovrà essere integrato con una maggiore partecipazione del personale medico e tecnico assegnato ad altri settori operativi del SIAN.

In particolare la sorveglianza delle attività di ristorazione collettiva assistenziale, con esclusione delle mense aziendali, verrà affidata al personale medico e tecnico della IASP Nutrizione che già svolge presso queste IA le attività di sorveglianza nutrizionale.

Il Piano si articola in:

- Controlli programmati**
- Vigilanza occasionale**
- Audit**
- Verifiche di efficacia reg CE 882/04**

A) Controlli programmati

Il numero di strutture da controllare è riportato nella tabella sottostante ed è derivato da quanto assegnato a questo SIAN dal PPRIC regionale 2015-2018.

In particolare, a partire dal corrente anno la numerosità dei controlli non è più indicata direttamente dal SV e SA regionale, ma ogni SIAN deve provvedere ad individuare la numerosità delle I.A. da controllare sulla base alla tipologia e della categorizzazione del rischio delle IA registrate sul SIVRA.

Applicate tali indicazioni la numerosità e la frequenza dei controlli saranno:

TIPO DI IA	RISCHIO	NUMERO	FREQUENZA	TOTALE ANNUALE 2015
Ristorazione collettiva	alto	25	semestrale	50
Ristorazione collettiva	medio	279	annuale	279
Ristorazione collettiva	basso	12	biennale	6
Ristorazione pubblica	alto	214	annuale	214

Ristorazione pubblica	medio	1088	triennale	363
Ristorazione pubblica	basso	662	quinquennale	132
Commercio Grande distribuzione	alto	1	semestrale	2
Commercio Grande distribuzione	medio	118	annuale	118
Commercio Grande distribuzione	basso	5	biennale	3
Commercio al dettaglio vicinato ec	alto	52	annuale	52
Commercio al dettaglio vicinato ecc	medio	160	biennale	80
Commercio al dettaglio vicinato ecc	basso	611	quinquennale	122
TOTALI		3961		2036

Sarà cura dell'UOS Sicurezza Alimentare e IASP Nutrizione organizzare i controlli poliennali al fine di assicurare la dovuta rotazione delle strutture da controllare.

Il Piano dei Controlli è allegato al presente Programma.

Controlli integrati SIAOA

Nell'ambito dei controlli una parte delle attività vengono dedicate a quelle congiunte con il SIAOA, come da disposizioni del PPRIC e della Direzione dipartimentale, riguarderanno, state la relativa scarsità di personale, una parte delle attività di somministrazione, in particolare la Ristorazione collettivo-assistenziale ad alto rischio e la grande distribuzione a rischio medio-alto.

La programmazione è inserita nel Piano di Controllo.

B) Vigilanza occasionale

Rientrano in questa tipologia di compiti le attività derivanti da interventi occasionali a seguito di segnalazioni di privati, pubbliche amministrazioni, distruzione di alimenti avariati, indagini per tossinfezioni alimentari, richieste di altri corpi di vigilanza quali NAS Poizia, Carabinieri, Forestale, Capitaneria di porto, Guardia di finanza, Polizia provinciale ed Urbana ecc.

Tali attività non sono facilmente calcolabili a priori, né come numero, tipologia, personale da impegnare e durata.

Si utilizza pertanto il dato storico dell'anno precedente 2014 in cui gli interventi eseguiti dal personale SIAN a seguito di tali situazioni sono state circa 400, in genere si impiega un dirigente medico e un tecnico di prevenzione per eseguire l'intervento la cui durata media è calcolata in un giorno di attività.

Nei casi che si verificheranno nelle ore notturne o festive l'intervento è garantito dal personale di turno in Pronta disponibilità.

RASFF

A parte viene considerato il sistema di controllo a seguito di allerta alimentare RASFF, anch'esso non pianificabile in partenza, si tiene conto del dato storico di 30 allerte nel 2014, la tipologia dell'intervento è tale da impegnare una media di tre DM e tre TdP per due giorni/intervento.

Per le modalità operative si fa riferimento alla procedura RASFF (**Rev N. 2 del 15.01.2015**).

C) Audit

Le imprese alimentari da sottoporre ad audit, verranno individuate dal dr. Ranalli che provvederà alla programmazione degli interventi e a nominare il responsabile per ogni intervento il quale a sua volta elaborerà il piano di audit relativo alla struttura in questione.

D) Verifiche di efficacia reg CE 882/04

Le attività di verifica dell'efficacia del sistema di controllo messo in atto dal SIAN sono affidate al Direttore del servizio che le esegue nei tempi e modi previsti dalla relativa **Procedura di verifica ART. 8 c 3 reg CE 882/04 rev n. 02 del 12.04.2013**.

ATTIVITA'	PREVISTI	EFFETTUATI AL 30.10.15
NUMERO CONTROLLI I.A. 2015	900	887
PRELIEVI	221	179
PIANO RESIDUI	129	89
AUDIT	10	9
RAFF	100,00%	100,00%

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del PSA	2016	2017	2018
1	Controllo delle imprese alimentari PPRIC 2015-18	Applicazione dei controlli previsti dal PPRIC della regione Abruzzo	Applicazione dei controlli previsti dal PPRIC della regione Abruzzo	Applicazione dei controlli previsti dal PPRIC della regione Abruzzo	Applicazione dei controlli previsti dal PPRIC della regione Abruzzo
2	Piano di controlli sugli alimenti PPRIC 2015-18	Rispetto della previsione regionale	Effettuazione della tipologia di campioni previsti dalla programmazione regionale	Effettuazione della tipologia di campioni previsti dalla programmazione e regionale	Effettuazione della tipologia di campioni previsti dalla programmazione regionale
3	Controlli OGM	Completamento del piano ASL	Effettuazione del campionamento nei tempi previsti dalla RA	Effettuazione del campionamento o nei tempi previsti dalla RA	Effettuazione del campionamento o nei tempi previsti dalla RA
4	RASFF	Riassetto del sistema operativo SIAN RASFF	Applicazione della procedura di controllo previsto dal piano operativo	Revisione e applicazione del PO RASFF	Revisione e applicazione del PO RASFF
5	Residui Prodotti Fitosanitari negli alimenti	Completamento del piano 2015	Effettuazione del piano 2016 e inserimento dati sul SIVRA	Riassetto organizzativo e mantenimento del numero di prelievi richiesti	Riassetto organizzativo e mantenimento del numero di prelievi richiesti
6	Audit	Completamento del piano 2015	Revisione del Piano degli AUDIT e completamento degli interventi	Aumento del 30% del numero di audit rispetto al 2015	Revisione del Piano degli AUDIT e completamento degli interventi

indicatori					
N	AZIONI	90 gg dall'approvazione del PSA	2016	2017	2018
1	Controllo delle imprese alimentari PPRIC 2015-18	70% della previsione regionale	70% della previsione regionale	70% della previsione regionale	70% della previsione regionale
2	Piano di controlli sugli alimenti PPRIC 2015-18	80,00% della previsione regionale	80,00% della previsione regionale	80,00% della previsione regionale	80,00% della previsione regionale
3	Controlli OGM	90,00%	90,00%	90,00%	90,00%
4	RASFF	100% degli interventi richiesti dal nodo regionale	100% degli interventi richiesti dal nodo regionale	100% degli interventi richiesti dal nodo regionale	100% degli interventi richiesti dal nodo regionale
5	Residui Prodotti Fitosanitari negli alimenti	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%
	Audit	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Modalità di monitoraggio: SIVRA REGIONE ABRUZZO

Responsabile del Procedimento Attuativo: Dr. Ranalli Ercole - Direttore ff SIAN.

Servizio Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e Derivati

Il Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale controlla l'Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e Derivati (carne, uova, latte e prodotti a base di latte, miele, pesce e loro derivati). Effettua il controllo ufficiale di tutte le strutture di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione e somministrazione degli alimenti di origine animale loro derivati e prodotti prevalentemente di origine animale, secondo un protocollo diretto a garantire la sicurezza alimentare mediante la verifica dell'igiene degli alimenti, delle condizioni igienico sanitarie delle strutture, dell'igiene del personale, della validità della documentazione autorizzativa, dei sistemi di autocontrollo ed i loro risultati.

Il settore di attività ha visto negli ultimi anni l'implementazione della normativa comunitaria in materia di igiene. Ciò ha portato ad un cambiamento radicale nell'impostazione dei controlli ufficiali e ad una piena responsabilizzazione da parte dell'operatore del settore alimentare (OSA).

Le normative comunitarie in materia veterinaria (sanità animale, benessere e sicurezza alimentare) vincolano gli Stati Membri ad una applicazione uniforme e coerente con il raggiungimento di un elevato livello di protezione per i cittadini/consumatori dell'Unione. I risultati raggiunti dall'Italia in materia di garanzie per propri cittadini e di sostegno alle produzioni agro-alimentari richiedono un'adeguata valorizzazione delle attività dei Servizi Veterinari e il superamento di alcune fragilità che stanno pesando in maniera significativa sull'ulteriore promozione del Sistema Italia in campo europeo ed internazionale. Alla luce di queste considerazioni, risulta pertanto indispensabile assicurare i livelli essenziali di assistenza in tema di Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, nonché l'adempimento degli obblighi comunitari in

materia di controlli ufficiali, previsti dal Regolamento (CE) 882/2004 e successive modifiche. Le azioni dovranno rispondere ai seguenti principi generali, del PSR, del Patto per la Salute 2014- 2016 e di integrazione ed appropriatezza.

Le azioni da potenziare riguardano:

4) Il controllo ufficiale delle imprese alimentari;

Tale azione dovrà tenere conto della normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di alimenti; si tratta di dare continuità all'attività programmata negli anni precedenti e di completare le anagrafiche degli operatori del settore alimentare, completare la categorizzazione del rischio per le imprese alimentari e dare completa attuazione alle verifiche per mezzo degli Audit, come strumento di miglioramento continuo delle condizioni igienico sanitarie delle produzioni alimentari.

5) Attività di campionamento degli alimenti ;

L'attività di campionamento di alimenti si concretizza sostanzialmente in tre situazioni diverse: durante l'esecuzione di specifici programmi di campionamento, durante l'esecuzione dei controlli ufficiali nelle imprese alimentari e campionamento per piani mirati (Comunitari, Nazionali, Regionali).

Per il periodo 2016-2018 è previsto di dare attuazione:

1. Al PPRIC per i piani previsti (PNR, Fitofarmaci, Molluschi, Radioattività, ecc.).
2. Agli Audit. - Sarà data attuazione al programma regionale di Audit sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare, ed è previsto anche un piano di audit interno all'organizzazione;
3. Implementazione dei dati e gestione dei flussi informativi (BDR-SIVRA);
4. Svolgere almeno un corso di formazione ogni anno per il proprio personale anche in collaborazione con altri Enti (IZS, ARTA, Università, Ordini ecc.) sulle materie sanitarie;
5. Svolgere incontri / eventi formativi per gli utenti almeno uno ogni anno sulle materie di competenza (Igiene e sicurezza alimentare, TSE ecc.).
6. Il regolare svolgimento delle attività previste nel piano pluriennale integrato consentirà al sistema regionale l'allineamento con le verifiche dei LEA a livello nazionale.

Contesto normativo

- Regolamento (CE) n. 882/2004 ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;
- Regolamento (CE) n. 852/2004 del 29 aprile 2004: relativo sull'igiene dei prodotti alimentari;
- Regolamento (CE) n. 853/2004 del 29 aprile 2004: che stabilisce norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale;
- Regolamento (CE) n. 854/2004 del 29 aprile 2004: che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano;
- Regolamento (CE) 178/2002 del 28 gennaio 2002 :che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare;
- Regolamento (CE) n. 999/2001 del 22 maggio 2001: recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie trasmissibili;
- Regolamento (CE) n. 2073/2005 del 15 novembre 2005 sui criteri microbiologici applicabili ai prodotti alimentari;
- Decreto legislativo 16 marzo 2006, n. 158, recante attuazione delle direttive 96/22/CE e 96/23/CE e loro successive modifiche e delle decisioni 97/747/CE e 98/179/CE, per quanto riguarda i livelli e le frequenze di campionamento e le procedure per il prelievo ufficiale e la gestione dei campioni per la ricerca dei residui di medicinali veterinari, di antiparassitari nonché di agenti contaminanti per l'ambiente;
- Patto per la Salute 2014-2016;

- Piano Regionale Integrato 2015-2018-DG 21/51 del 31-03-2015;
- Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018;
- DCA n. 104 del 19-11-2015 sugli indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle ASL –triennio 2016-2018.

Stato dell'arte aziendale

AZIONI	PROGRAMMATI	ESEGUITI DATI SIVRA	Risultato %
Monitoraggio agenti zoonosici negli alimenti di origine animale- verifica dei Criteri di Sicurezza Alimentare (CSA) e Criteri di Igiene di Processo (CIP)- Reg CE 2073/05 così come modificato dal Reg. CE 1441/07-	105	88 SIVRA	84%
Reg.999/2001, Allegato III Programma di sorveglianza TSE sugli ovicapri macellati per il consumo umano.	OVINI n. 60 CAPRINI n.10	OVINI n. 60 CAPRINI n.10 Dati BDN	100%
Ispezione su stabilimenti riconosciuti e imprese registrate	470	445 SIVRA	95%
FITOSANITARI SU ALIMENTI – DM 23 DICEMBRE 1992 – controllo ufficiali di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine animale	21	21 SIVRA	100%
Controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento 854/04/CE Stabilimenti latte n.15	7	3 SIVRA	43%
Controlli ufficiali mediante Audit sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento 882/04/CE	20	17 SIVRA	85%
Piano Nazionale Residui farmaci e contaminati negli alimenti di origine animale - Decreto legislativo 158/2006	58	54 SIVRA	93%
Piano regionale di controllo radioattività da matrici alimentari A.o.A.	14	13 SIVRA	93%
RASSF – sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Segnalazione mediante il sistema RASSF nodo regionale	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunicazione del nodo regionale	100%

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Monitoraggio agenti zoonosici negli alimenti di origine animale-verifica dei Criteri di Sicurezza Alimentare (CSA) e Criteri di Igiene di Processo (CIP)- Reg CE 2073/05 così come modificato dal Reg. CE 1441/07-	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	110	115	120
2	Reg.999/2001, Allegato III Programma di sorveglianza TSE sugli ovicaprini macellati per il consumo umano.	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	OVINI n. 60 CAPRINI n.10	OVINI n. 60 CAPRINI n.10	OVINI n. 60 CAPRINI n.10
3	Ispezione su stabilimenti riconosciuti e imprese registrate	Ultimare le ispezioni programmati per anno 2015	477	485	490
4	FITOSANITARI SU ALIMENTI – DM 23 DICEMBRE 1992 – controllo ufficiali di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine animale	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	21	21	21
5	Controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento 854/04/CE Stabilimenti latte n.15	Ultimare gli audit programmati n. 7 Fatti 3/7	34% Stabilimenti latte n.5	33% Stabilimenti latte n.5	33% Stabilimenti latte n.5
6	Controlli ufficiali mediante Audit sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale ai sensi del Regolamento 882/04/CE	Ultimare gli audit programmati n. 20 Fatti 17/20	22	24	26
7	Piano Nazionale Residui farmaci e contaminati negli alimenti di origine animale - Decreto legislativo 158/2006	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	58	58	58
8	Piano regionale di controllo radioattività da matrici alimentari A.o.A.	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	14	14	14

9	RASSF – sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunicazione del nodo regionale	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunic-azione del nodo regionale	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunic-azione del nodo regionale	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunic-azione del nodo regionale
---	--	--	---	---	---

Indicatori e modalità di monitoraggio:

- **Indicatore Azione 1:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 2:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 3:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" ispezioni programmati / ispezioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 4:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 5:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli audit in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" audit programmati/audit eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 6:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli audit in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" audit programmati/audit eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 7 :** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 8:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 9:** N.° segnalazioni/ N.° risposte entro 5 settimane.

Modalità di monitoraggio: SIVRA REGIONE ABRUZZO

Responsabile del Procedimento Attuativo: Dott. Nicola Cannone Direttore Servizio IAOA

Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Il Servizio Veterinario della Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche promuove le pratiche di allevamento e il benessere degli animali per prevenire i pericoli collegati alla salute degli animali e minimizzare l'impatto ambientale a sostegno della strategia dell'Unione Europea a favore dello sviluppo sostenibile. Nel settore della protezione degli animali da reddito, tra gli obiettivi prioritari si ritrova quello inerente il miglioramento dell'attività di controllo. A tal fine è stato elaborato il Piano Nazionale Benessere Animale (PNBA), partito in via sperimentale nell'anno 2008 con la programmazione dei controlli in allevamento, che dal 2010 include anche la programmazione dei controlli per la tutela del benessere animale durante il trasporto e la macellazione e la formazione degli operatori.

Nel settore degli animali d'affezione l'obiettivo prioritario consiste nella realizzazione della corretta relazione uomo-animale per tutelare la salute e il benessere degli animali, la salute e l'incolumità pubblica e contrastare e prevenire maltrattamenti, abbandoni e randagismo.

Le normative comunitarie in materia veterinaria (sanità animale, benessere e sicurezza alimentare) vincolano gli Stati Membri ad una applicazione uniforme e coerente con il raggiungimento di un elevato livello di protezione per i cittadini/consumatori dell'Unione. I risultati raggiunti dall'Italia in materia di garanzie per propri cittadini e di sostegno alle produzioni agro-alimentari richiedono un'adeguata valorizzazione delle attività dei Servizi Veterinari e il superamento di alcune fragilità che stanno pesando in maniera significativa sull'ulteriore promozione del Sistema Italia in campo europeo ed internazionale. Alla luce di queste considerazioni, risulta pertanto indispensabile assicurare i livelli essenziali di assistenza in tema di Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, nonché l'adempimento degli obblighi comunitari in materia di controlli ufficiali, previsti dal Regolamento (CE) 882/2004 e successive modifiche. Le azioni dovranno rispondere ai seguenti principi generali, del PSR, del Patto per la Salute 2014- 2016 e di integrazione ed appropriatezza.

Le azioni da potenziare riguardano:

6) Il controllo ufficiale delle imprese alimentari;

Tale azione dovrà tenere conto della normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di alimenti; si tratta di dare continuità all'attività programmata negli anni precedenti e di completare le anagrafiche degli operatori del settore alimentare, completare la categorizzazione del rischio per le imprese alimentari e dare completa attuazione alle verifiche per mezzo degli Audit, come strumento di miglioramento continuo delle condizioni igienico sanitarie delle produzioni alimentari.

7) Attività di campionamento degli alimenti ;

L'attività di campionamento di alimenti si concretizza sostanzialmente in tre situazioni diverse: durante l'esecuzione di specifici programmi di campionamento, durante l'esecuzione dei controlli ufficiali nelle imprese alimentari e campionamento per piani mirati (Comunitari, Nazionali, Regionali).

Per il periodo 2016-2018 è previsto di dare attuazione:

6. Al PPRIC per i piani previsti (PNR, Molluschi, PNAA, PNBA, ecc.).
7. Agli Audit. - Sarà data attuazione al programma regionale di Audit sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare degli alimenti e dei mangimi, ed è previsto anche un piano di audit interno all'organizzazione;
8. Implementazione dei dati e gestione dei flussi informativi (BDR-SIVRA);
9. Svolgere almeno un corso di formazione ogni anno per il proprio personale anche in collaborazione con altri Enti (IZS, ARTA, Università, Ordini ecc.) sulle materie sanitarie;
10. Svolgere incontri / eventi formativi per gli utenti almeno uno ogni anno sulle materie di competenza (Benessere degli animali, Trasporto, TSE ecc.).

Il regolare svolgimento delle attività previste nel piano pluriennale integrato consentirà al sistema regionale l'allineamento con le verifiche dei LEA a livello nazionale.

Contesto normativo

- Regolamento (CE) n. 882/2004 ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;

- Regolamento (CE) n. 852/2004 del 29 aprile 2004: relativo sull'igiene dei prodotti alimentari;

- Regolamento (CE) 178/2002 del 28 gennaio 2002 :che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare;

- Regolamento (CE) n. 999/2001 del 22 maggio 2001: recante disposizioni per la prevenzione, il controllo e l'eradicazione di alcune encefalopatie trasmissibili;

- Decreto legislativo 16 marzo 2006, n. 158, recante attuazione delle direttive 96/22/CE e 96/23/CE e loro successive modifiche e delle decisioni 97/747/CE e 98/179/CE, per quanto riguarda i livelli e le frequenze di campionamento e le procedure per il prelievo ufficiale e la gestione dei campioni per la ricerca dei residui di medicinali veterinari, di antiparassitari nonché di agenti contaminanti per l'ambiente;

- Regolamento CE 1829/2003;

- Regolamento CE 1830/2003;
- D.Lvo 90/93;
- Decisione della Commissione 2001/9/CE;
- Regolamento (CE) n. 183/2005 ;
- D.Lgs. 267/03;
- Decisione 2000/50/CE della Commissione;
- D.Lg. 533/92 e succ. modifiche;
- D.Lgs, 534/92 e succ., modifiche;
- D.Lgs, 146/01;
- Circolare 05/11/2001 n. 10 ;
- Circolare 02/02/2000 n. 3 e succ. modifiche;
- Patto per la Salute 2014-2016;
- Piano Regionale Integrato 2015-2018-DG 21/51 del 31-03-2015;
- Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018;
- DCA n. 104 del 19-11-2015 sugli indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle ASL –triennio 2016-2018.

Stato dell'arte aziendale al 30 settembre 2015

AZIONI	PROGRAMMATI	ESEGUITI DATI SIVRA	Risultato %
Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale –PNAA.	103	72	70%
Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto" PNBA	21	18	89%
Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti" PNBA	41	25	60%
Formacosorveglianza - Attività di ispezione e verifica- D.Lg.vo 6 aprile 2006, n.193,	2110	1930	91%
Reg.999/2001, Allegato III Programma di sorveglianza TSE sugli ovicapri e bovini morti o abbattuti	443	355	81%
Controlli ufficiali mediante Audit sugli stabilimenti di produzione di mangimi ai sensi del Regolamento 882/04/CE	5	5	100%
Piano Nazionale Residui farmaci e contaminati negli allevamenti Decreto legislativo 158/2006	24	20	83%
Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati relativi ai mangimi Reg. CE 18'29/2003 e Reg. CE 1830/2003	6	5	83%
RASSF – sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Segnalazione mediante il sistema RASFF nodo regionale	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunicazione del nodo regionale	100%

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018

La programmazione dell'attività viene svolta annualmente, coerentemente con quella predisposta per l'anno di riferimento dalla Regione Abruzzo, individuando le linee e la quantificazione delle di attività da svolgere. La suddetta programmazione è vincolante e prevede la realizzazione del 100% delle attività da svolgere.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale PNAA	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
2	Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto" PNBA	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
3	Controlli riguardanti In "protezione degli animali negli allevamenti" PNBA	Ultimare le ispezioni programmati per anno 2015	100%	100%	100%
4	Formacosorveglianza - Attività di ispezione e verifica- D.Lg.vo 6 aprile 2006, n.193,	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
5	Reg.999/2001, Allegato III Programma di sorveglianza TSE sugli ovicapri e bovini morti o abbattuti	Ultimare le eventuali richieste di accertamento sulle cause di morte	100%	100%	100%
6	Controlli ufficiali mediante Audit sugli stabilimenti di produzione di mangimi ai sensi del Regolamento 882/04/CE	Ultimare gli audit programmati n. 2 Fatti 2	100%	100%	100%
7	Piano Nazionale Residui farmaci e contaminati negli allevamenti Decreto legislativo 158/2006	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
8	Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati relativi ai mangimi Reg, CE 18'29/2003 e Reg CE 1830/2003	Ultimare i prelievi programmati per anno 2015	100%	100%	100%
9	RASSF – sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunicazione del nodo regionale	Tutte le Segnalazion e entro 5 settimane dalla comunic-azione del	Tutte le Segnalazion e entro 5 settimane dalla comunic-azione del	Tutte le Segnalazione entro 5 settimane dalla comunic-azione del

			nodo regionale	nodo regionale	nodo regionale
--	--	--	----------------	----------------	----------------

Indicatori e modalità di monitoraggio:

- **Indicatore Azione 1:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Controlli programmati / Controlli eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 2:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Controlli programmati / Controlli eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 3:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Controlli programmati / Controlli eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 4:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" ispezioni e verifiche programmati / ispezioni e verifiche eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 5:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" ; Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 6:** L'assegnazione e ripartizione dei controlli audit in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" audit programmati/audit eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 7 :** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 8:** L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il "Programma Annuale dei Controlli in Sanità Animale e Sicurezza Alimentare" Campioni programmati / Campioni eseguiti 90/100;
- **Indicatore Azione 9:** N.° segnalazioni/ N.° risposte entro 5 settimane.

Modalità di monitoraggio: SIVRA REGIONE ABRUZZO

Responsabile del Procedimento Attuativo: Dr. Giuseppe Torzi Direttore Servizio IAPZ

9 Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento SSR

9.1. Beni e servizi

L'Azienda Lanciano Vasto Chieti si atterrà alle manovre di contenimento e razionalizzazione della spesa in materia di beni e servizi e di Dispositivi Medici contenute nelle ultime disposizioni legislative inserite in sede di conversione del D.L. n.78/2015 convertito in legge n.125/2015. La manovra di contenimento della spesa per **beni e servizi** si svolgerà nel triennio **2016/2018** prefiggendosi:

- di ottenere sconti su tutti i contratti in essere;
- di ridurre le quantità consumate con attento controllo degli ordini di beni;
- di monitorare semestralmente la spesa secondo le azioni indicate nel seguente crono programma.

Azione 1 : Riallineamento dei prezzi medi dei D.M. in uso nelle diverse Strutture Aziendali.

A seguito del monitoraggio pilota per il riallineamento dei prezzi già avviato per il fornitore di DASIT spa è stata predisposta una modalità generalizzata di revisione dei prezzi dei prodotti presenti nell'anagrafica dei D.M. anche a seguito dell'attento lavoro predisposto dai responsabili di farmacia. In particolare sono stati controllati alcuni ordini relativi ad un medesimo codice prodotto ma recante prezzi differenti presso le diverse sedi farmaceutiche ordinanti (P.O. Vasto, P.O. Chieti, P.O. Lanciano) poiché rivenienti da delibere di affidamento prorogate nel tempo. L'attività è stata realizzata anche a seguito dell'implementazione di un nuovo aggiornamento tecnologico dello strumentario di ematologia in service presso i laboratori dei P.O. di Lanciano, Vasto e Chieti con allineamento dei relativi prezzi dei reagenti (rif. Delibera n. 495/2015 – scheda DASIT allegata).

Tale azione svolta in maniera diffusa sullo strumentario di laboratorio presente ancora oggi nei diversi ospedali consentirà sicuramente di ridurre la spesa attuale dei D.M. dando luogo a frequenti monitoraggi focalizzati sui nuovi prodotti delle nuove delibere.

Estensione attività istruttoria, in collaborazione con l'U.O.C. Governo dei Contratti di Servizi e Forniture, per la sostituzione della strumentazione di ematologia in service anche per i due restanti P.O. di Ortona e Guardiagrele, con allineamento dei prezzi dei relativi reagenti DASIT.

Entro il termine di tre mesi dall'adozione del presente piano e previa acquisizione del file riepilogativo di tutti i D.M. già inviato alla Regione e recante il nuovi prezzi ricontrattati, l'azione n.1 verrà ripetuta su tutti gli ordini dei dispositivi recanti prezzi diversi.

Per il 2016, pertanto, dall'attività di revisione prezzi dei prodotti disallineati così come descritta, si attendono risultati pari ad una riduzione del 0,5% del costo sostenuto per l'acquisto dei DM rispetto alla spesa dell'anno 2015, pari a € 260.000,00. Per gli anni 2017-2018 si ci attende un consolidamento delle azioni di monitoraggio intraprese.

Azione 2: Riduzione spesa beni farmaceutici e dispositivi medici con proposta di riduzione dei tempi medi di pagamento delle forniture a 30gg. dffm, previa accettazione delle rinegoziazioni dei contratti già poste in essere con i fornitori, avviata dal U.O.C. Governo dei Contratti di Servizi e Forniture e dalla Regione, in applicazione delle manovre di contenimento e razionalizzazione della spesa in materia di beni farmaceutici e dispositivi medici contenute nel D.L. 78/2015 convertito in Legge n. 125 del 06/08/2015.

Pertanto sin dai primi mesi del 2016 è prevista l' Acquisizione dei dati dall'U.O.C. Governo dei Contratti di Servizi e Forniture in merito alla ricognizione delle rinegoziazioni effettuate con i fornitori.

L'azione preventivata, nelle more dell'individuazione da parte dell'ANAC dei prezzi di riferimento dei DM e della messa a disposizione da parte del Ministero della Salute dei prezzi unitari presenti nel NSIS, è stata già avviata dall'U.O.C. competente proponendo sconti del 5%.

Di concerto con l'U.O.C. Governo dei Contratti di Servizi e Forniture e dell'avvio delle procedure finalizzate alla stipula di nuovi contratti in caso di eventuale diniego da parte dei fornitori dei DM, si procederà al monitoraggio trimestrale delle attività di rinegoziazione intraprese per rilevare i risparmi conseguiti.

Il dato di risparmio sarà reso noto nelle Riunioni di Comitati Direttivi ed Esecutivi Aziendali.

Per il 2016, pertanto, **€ 2.601.603,00** rappresenta il valore tendenziale dello sconto applicabile sulla spesa complessiva dei D.M. (€ 52.032.059,00 – manovra 2015 U.O.C. Servizi Economici e Logistici).

Per gli anni 2017-2018 ci si attende un consolidamento delle azioni di monitoraggio intraprese.

Azione 3: Monitoraggio trimestrale e chiusura degli ordini di beni sanitari emessi e non evasi, al fine di individuare ulteriori economie derivanti dalla riduzione accertata dei consumi

L'attività già in fase avanzata di realizzazione per i beni sanitari emessi e non evasi al 31/07/2015 (rif. Prot. 53799U15-CH del 11/11/2015) per un valore complessivo pari a **€ 903.707,00**, con chiusura assistita da parte della Società Engeneering Spa da concludersi entro il 31/12/2015. Si presume di proseguire tale attività nel primo trimestre 2016 con risultati pari alla metà di quelli indicati nei due trimestri 2015.

Per il 2016 è prevista la prosecuzione del monitoraggio e l'eventuale recupero degli ordini farmaceutici rimasti inevasi. Continuità nell'azione di monitoraggio trimestrale anche nel 2016 per garantire l'eventuale recupero da ordini di beni sanitari emessi e non evasi.

€ 451.000,00

Per gli anni 2017-2018 ci si attende un consolidamento delle azioni di monitoraggio intraprese.

Azione 4: Contenimento della spesa dei servizi elencati nella tabella "A" allegata al D.L.78/2015, intervenendo sui prezzi unitari di fornitura e/o volumi d'acquisto ferma restando la durata dei contratti e le procedure di evidenza pubblica già avviate, al fine di ottenere un risparmio su base annua del 5% del valore complessivo dei contratti in essere.

Entro il termine di sei mesi dall'adozione del presente Piano è previsto un Consolidamento del monitoraggio pilota già avviato per i servizi erogati nell'anno 2014 di:

- vigilanza (vedi scheda allegata);
- Pulizia (vedi relazione allegata).

La scheda di monitoraggio è articolata seguendo i provvedimenti di affidamento, eventuali variazioni in corso d'anno, gli importi annuali con tracciabilità di tutti gli elementi di variabilità delle condizioni contrattuali.

La Predisposizione delle schede di monitoraggio è prevista per i seguenti servizi externalizzati:

- lavanolo per tracciabilità delle divise e degenze e dei servizi externalizzati
- Supporto Mensa cucina Ospedale Chieti ed altre cucine aziendali per la verifica delle ore da capitolato e ore rese
- Supporto Assistenziale OSS e Ausiliario per la verifica delle ore da capitolato e ore rese (sirio)
- Assistenza Psichiatrica per il reinserimento lavorativo per la verifica delle ore da capitolato e ore rese
- CUP per la verifica delle ore da capitolato e ore rese
- Rifiuti Ospedalieri applicazione linee di rinegoziazione regionale

Le schede serviranno anche a monitorare gli accordi derivanti dalle rinegoziazioni regionali per i contratti con acquisti centralizzati.

Pertanto, il valore stimato per il 2016 è € 200.000,00.

Per il 2017 ci si attende il Monitoraggio trimestrale delle attività di rinegoziazione intraprese e dei risparmi conseguiti, e la Partecipazione alle riunioni dei Comitati Direttivi ed Esecutivi per i suddetti monitoraggi, nonché per le nuove esigenze di acquisto centralizzato.

Pertanto per il 2018 ci si attende un Mantenimento e la stabilizzazione dei risparmi conseguiti.

Azione 5: Azione abbinata di pagamento delle fatture relative ai servizi a 30 gg. d.f.f.m. ad avvenuta attestazione di regolare esecuzione da parte del D.E.C., al fine di ottenere riduzione della spesa in seguito a chiusura di contestazioni e transazioni commerciali.

Entro il termine di sei mesi dall'adozione del presente Piano è prevista la Rilevazione degli effetti economici di transazioni per contestazioni di debito commerciale mediante note di credito per il controllo dell'esecuzione del contratto e per la riduzione di interessi di mora (CAMST, ARJO HUNTLEIGHT, PUBLICLEAN).

Pertanto, per il 2016 è prevista una riduzione della spesa pari a € 1.000.000,00, per il 2017 è prevista una riduzione della spesa pari a € 300.000,00 e per il 2018 è prevista una riduzione della spesa pari a € 200.000,00.

Azione 6: Centralizzazione degli ordini di beni economici presso un'unica sede per rifornire tutti i magazzini economici aziendali sul territorio

Entro il termine di sei mesi dall'adozione del presente Piano è prevista l'Unificazione degli ordini dei beni di convivenza, di pulizia e di stampati. Nel corso del 2016 è prevista l'Unificazione degli ordini di tutti i restanti beni (carta, cancelleria, viveri).

Per il 2016 il valore stimato è € 100.000,00.

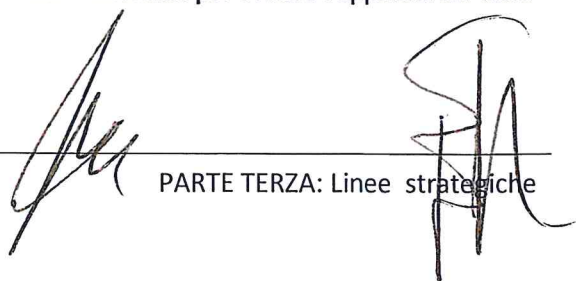
Per il 2017 e il 2018 è previsto un Consolidamento delle azioni di monitoraggio intraprese.

Azione 7: settore trasporti

7.1 Per il settore trasporti e parco automezzi, nell'anno 2015 sono continuate le azioni di razionalizzazione del parco macchine collegata all'attenta rilevazione del chilometraggio effettuato dai veicoli assegnati alla disponibilità delle diverse sedi, mediante la contabilizzazione mensile dei fogli viaggio, il monitoraggio delle schede carburanti e dei telepass e viacard e dei sistemi satellitari. Monitoraggio delle riparazioni e applicazione accordo quadro sulle officine di manutenzione.

Entro il termine di sei mesi dall'adozione del presente Piano sono previsti il Monitoraggio chilometrico auto, la Rendicontazione mensile della spesa per riparazioni auto-autoambulanze-autocarri e l'Atto istruttorio unico per scadenziario bolli parco auto aziendale.

7.2 Riorganizzazione al fine di rendere uniforme le linee di ATTIVITA' COLLEGATE AL PAGAMENTO DEI BOLLI AUTO effettuando un pagamento centralizzato delle imposte di bollo dei veicoli aziendali per evitare l'applicazione delle sanzioni per ritardi ed omissioni di pagamenti dell'imposta del bollo.



Avvio nuove procedure di rottamazione per rinnovo parco auto in proprietà

Predisposizione dell'istruttoria per la rilevazione del censimento auto della P.A.

Entro il termine di sei mesi dall'adozione del presente Piano sono previsti: la Ricognizioni auto da rottamare, l'Inserimento dati nel censimento P.A. e il Pagamento delle fatture elettroniche entro 30 gg dffm con verifica dei documenti di viaggio con percorsi, itinerari e servizi effettuati

7.3 Monitoraggio delle linee di attività relative ai Trasporti Sanitari in outsourcing con puntuale riscontro dei documenti di viaggio con le tipologie di servizi fatturati sul sistema elettronico sdi.

Peranto, per l'intera Azione 7, per il 2016 il valore stimato è € 100.000,00, per il 2017 e il 2018 è previsto un Consolidamento delle azioni di monitoraggio intraprese.

CRONOPROGRAMMA					
N.	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Riallineamento dei prezzi medi dei D.M. in uso nelle diverse Strutture Aziendali.	Estensione attività istruttoria, in collaborazione con l'U.O.C. Governo dei Contratti di Servizi e Forniture.	€ 260.000,00.	Consolidamento delle azioni di monitoraggio intraprese.	Consolidamento delle azioni di monitoraggio intraprese.
2	Riduzione spesa beni farmaceutici e dispositivi medici con proposta di riduzione dei tempi medi di pagamento delle forniture a 30gg. Dffm.	Acquisizione dei dati dall'U.O.C. Governo dei Contratti di Servizi e Forniture in merito alla ricognizione delle rinegoziazioni effettuate con i fornitori.	€ 2.601.603,00 quale valore tendenziale dello sconto applicabile sulla spesa complessiva dei D.M.	Consolidamento delle azioni di monitoraggio intraprese.	Consolidamento delle azioni di monitoraggio intraprese.
3	Monitoraggio trimestrale e chiusura degli ordini di beni sanitari emessi e non evasi, al fine di individuare ulteriori economie derivanti dalla riduzione accertata dei consumi.	Attività già in fase avanzata di realizzazione per i beni sanitari emessi e non evasi al 31/07/2015 (rif. Prot. 53799U15-CH del 11/11/2015) per un valore complessivo pari a € 903.707,00, con chiusura assistita da parte della Società Engeneering Spa da concludersi entro il 31/12/2015. Si presume di proseguire tale attività nel primo trimestre 2016 con risultati pari alla metà di quelli indicati nei due trimestri 2015.	Prosecuzione monitoraggio ed eventuale recupero ordini farmaceutici rimasti inevasi. Continuità nell'azione di monitoraggio trimestrale anche nel 2016 € 451.000,00	Consolidamento	Consolidamento

4	Contenimento della spesa dei servizi elencati nella tabella "A" allegata al D.L.78/2015,	Consolidamento del monitoraggio pilota già avviato per i servizi erogati nell'anno 2014	€ 200.000,00	Monitoraggio trimestrale delle attività	Mantenimento e stabilizzazione dei risparmi conseguiti.
5	Azione abbinata di pagamento delle fatture relative ai servizi a 30 gg. d.f.f.m. ad avvenuta attestazione di regolare esecuzione da parte del D.E.C., al fine di ottenere riduzione della spesa in seguito a chiusura di contestazioni e transazioni commerciali.	Rilevazione degli effetti economici di transazioni per contestazioni di debito commerciale mediante note di credito per controllo dell'esecuzione del contratto e per riduzione di interessi di mora (CAMST, ARJO HUNTLEIGHT, PUBLICLEAN)	€ 1.000.000,00	€ 300.000,00	€ 200.000,00
6	Centralizzazione degli ordini di beni economici presso un'unica sede per rifornire tutti i magazzini economici aziendali sul territorio	Unificazione degli ordini dei beni di convivenza, di pulizia e di stampati. Successivamente nel corso del 2016 di tutti i restanti beni (carta, cancelleria, viveri)	€ 100.000,00	Consolidamento	Consolidamento
7	Settore trasporti	Monitoraggio chilometrico auto. Rendicontazione mensile della spesa per riparazioni auto-autoambulanze-autocarri. Atto istruttorio unico per scadenziario bolli parco auto aziendale. Ricognizioni auto da rottamare. Inserimento dati nel censimento P.A. Pagamento delle fatture elettroniche entro 30 gg dffm con verifica dei documenti di viaggio con percorsi, itinerari e servizi effettuati	€ 100.000,00	Consolidamento	Consolidamento

Indicatori e modalità di monitoraggio:

- Indicatore Azione 1: Report AREAS trimestrali relativi alla spesa Az.le per i DM, con evidenza degli eventuali risparmi conseguiti
- Indicatore Azione 2: Report AREAS trimestrali relativi alla spesa Az.le per i DM, con evidenza degli eventuali risparmi conseguiti
- Indicatore Azione 3: Report AREAS trimestrali ordini farmaceutici emessi e non evasi
- Indicatore Azione 4: Schede di monitoraggio predisposte dal U.O.C. scrivente su modello allegato - vigilanza
- Indicatore Azione 5: Report su transazioni concluse e contabilizzazione note credito
- Indicatore Azione 6: Report con ordini centralizzati
- Indicatore Azione 7: Schede di monitoraggio chilometrico, report per spesa riparazioni, report censimento auto e allineamento scadenziario operatori economici dei trasporti sanitari

Di seguito si riporta la sintesi delle manovre.

In particolare l'importo della manovra dell'Azione 2 *"Riduzione spesa beni farmaceutici e dispositivi medici con proposta di riduzione dei tempi medi di pagamento delle forniture a 30gg. Dffm."* è stata imputata per € 2.351 alla voce di CE Dispositivi Medici e per € 249 alla voce di CE Prodotti Farmaceutici

Sintesi delle manovre Beni e Servizi

Altri beni e servizi			
	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Dispositivi medici	-711.000	-711.000	-711.000
Dispositivi Medici (Azione 2)	-2.351.000	-2.351.000	-2.351.000
Lavanderia	-300.000	-300.000	-300.000
Pulizia	+330.000	+330.000	+330.000
Mensa	-100.000	-100.000	-100.000
Smaltimento rifiuti	-99.000	-99.000	-99.000
altri	-150.000	-150.000	-150.000
tarsu	-100.000	-100.000	-100.000
altri serv appaltati (supporto mensa)	-48.000	-48.000	-48.000
altri serv appaltati (sirio)	-164.000	-164.000	-164.000
altri serv appaltati (CUP)	-48.000	-48.000	-48.000
altri serv appaltati (VIGILANZA)	-200.000	-200.000	-200.000
Servizi Assicurativi	511.000	511.000	511.000

La rinegoziazione dei contratti assicurativi, inoltre, per il 2016 fa registrare un considerevole aumento che rispetto al tendenziale 2016 evidenzia un aumento di costi pari a € 511.

9.1.1. Razionalizzazione della spesa per beni e servizi e dispositivi medici

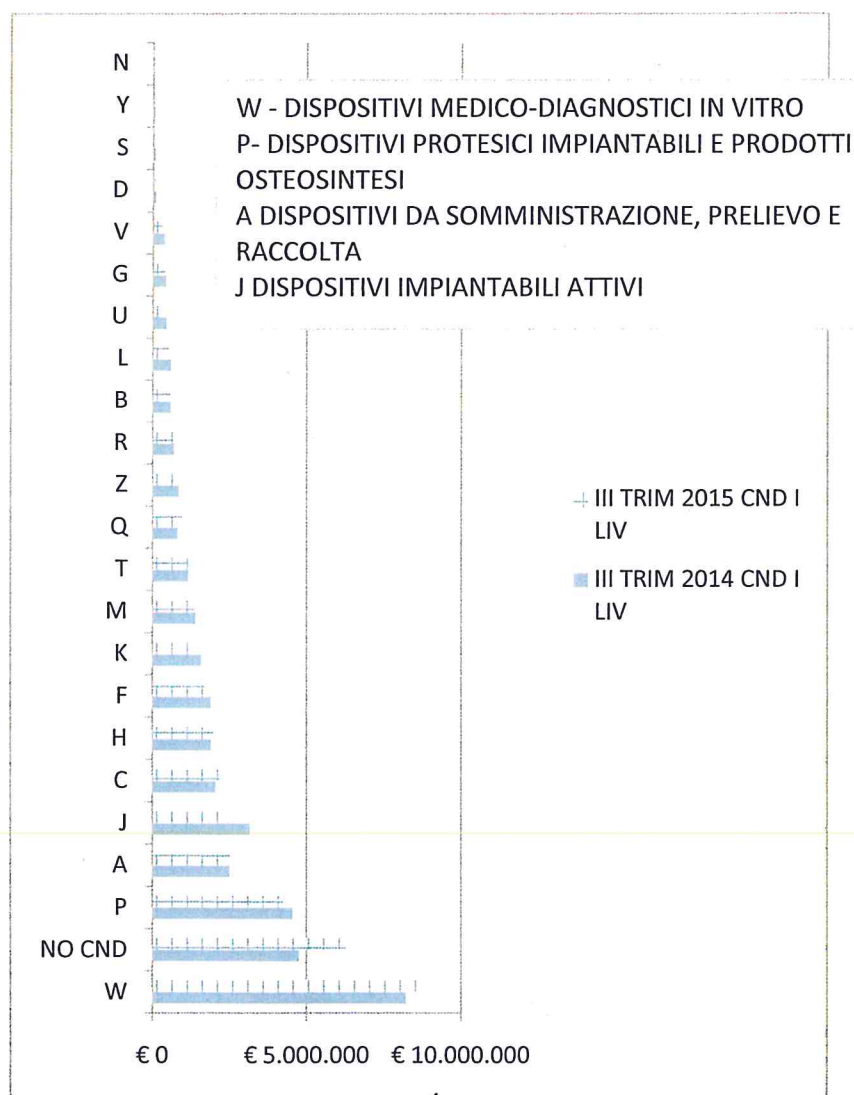
9.1.1.1. Dispositivi medici

Il consumo di Dispositivi Medici (DM) sta crescendo in maniera rilevante, mostrando un trend superiore a quello del settore farmaceutico.

Tuttavia, il mercato dei dispositivi ha delle specificità di rilievo rispetto al settore farmaceutico che lo rendono più difficile da regolare e con maggiore necessità di efficaci azioni di governo. In particolare, tali specificità riguardano l'eterogeneità dei prodotti, la rapida obsolescenza, i livelli di complessità tecnologica altamente differenziati e la variabilità degli impieghi clinici, spesso strettamente correlata anche all'abilità e all'esperienza degli utilizzatori.

Nel grafico sottostante è rappresentata la ripartizione di spesa al III trimestre 2015 (rispetto allo stesso periodo del 2014) dei Dispositivi medici per categoria CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici) di I livello.

CND I LIVELLO	GEN- SET 2015 VS 2014/1000
W	€ 735
NO CND	€ 1.506
P	-€ 318
A	-€ 5
J	-€ 936
C	€ 140
H	€ 102
F	-€ 179
K	-€ 173
M	€ 4
T	-€ 5
Q	€ 146
Z	-€ 84
R	-€ 12
B	-€ 4
L	-€ 80
U	-€ 50
G	-€ 36
V	-€ 69
D	€ 7
S	-€ 39
Y	-€ 6
N	€ 2



Fonte Dati; Consumi Aziendali.

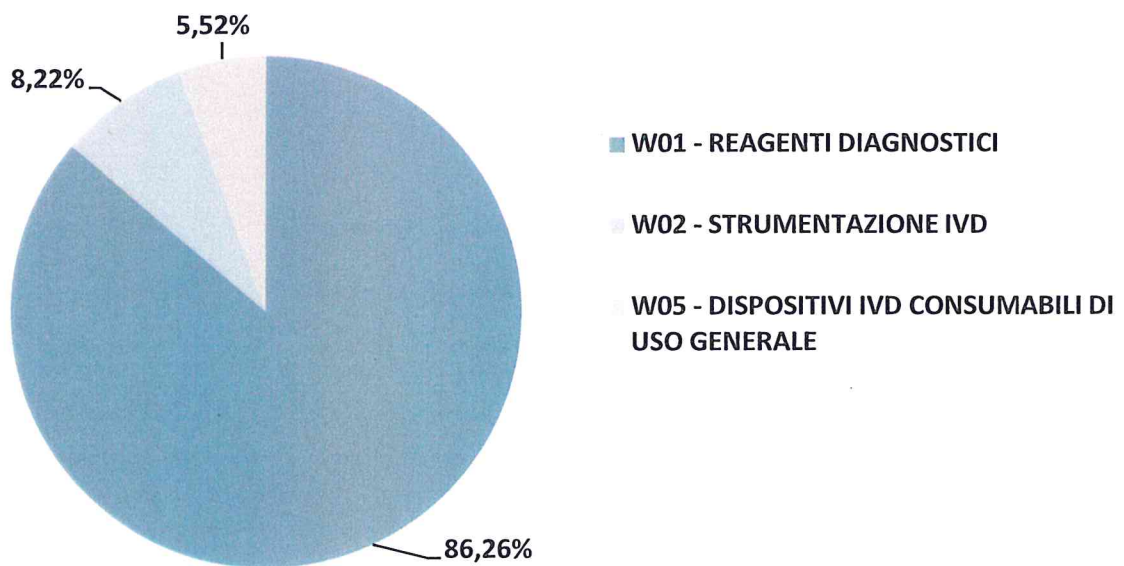
Per i primi 9 mesi del 2015 la spesa per le categorie W, P, A, J insieme ai prodotti non classificati costituisce circa il 60% della spesa totale per DM.

I prodotti per i quali si è registrato un notevole aumento di spesa sono: quelli non classificati in base al CND (+1.500/mln) e i DISPOSITIVI MEDICO-DIAGNOSTICI IN VITRO (D. Lgs. 332/2000) CND W. Tra le principali criticità in relazione ai Dispositivi Medici vi è quindi il completamento della classificazione in funzione del CND, come già definito nelle azioni previste dal Piano Strategico Aziendale 2015/2017 al fine di confrontare i dati Aziendali con i dati di riferimento Nazionali.

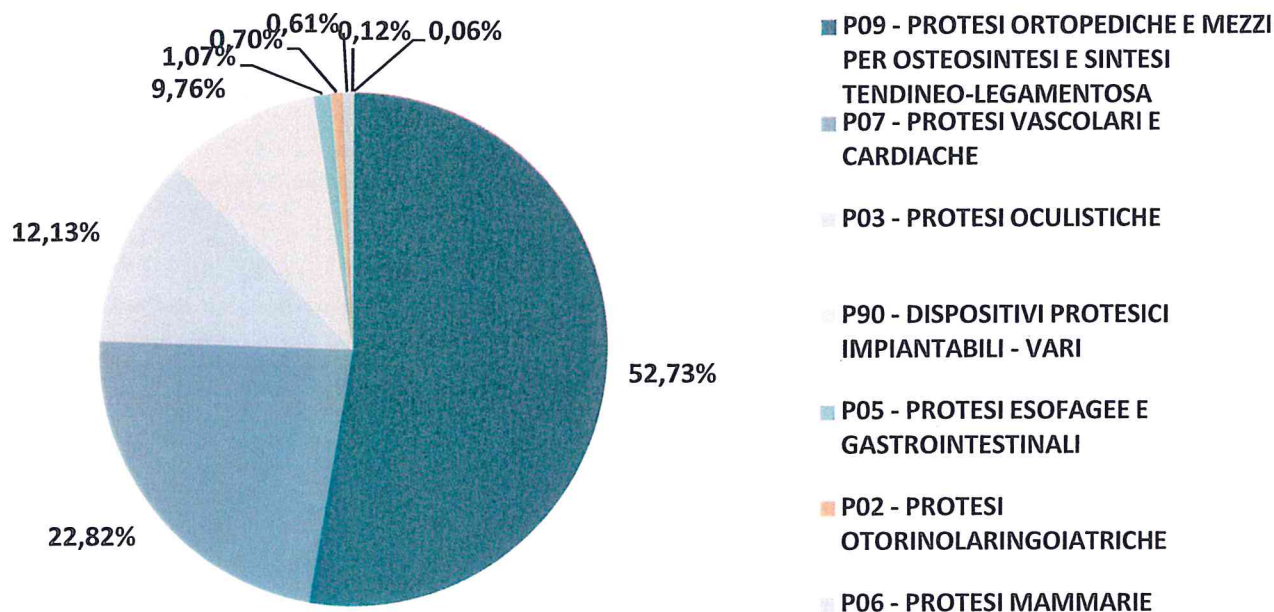
Di seguito è rappresentata la distribuzione della spesa all'interno delle categorie CND a maggiore impatto nel nonestre 2015.

Le figure seguenti rappresentano la distribuzione della spesa rilevata per i diversi gruppi nei quali sono articolate le categorie a maggior spesa (W, P, A, J), consentendo di evidenziare i gruppi prevalenti.

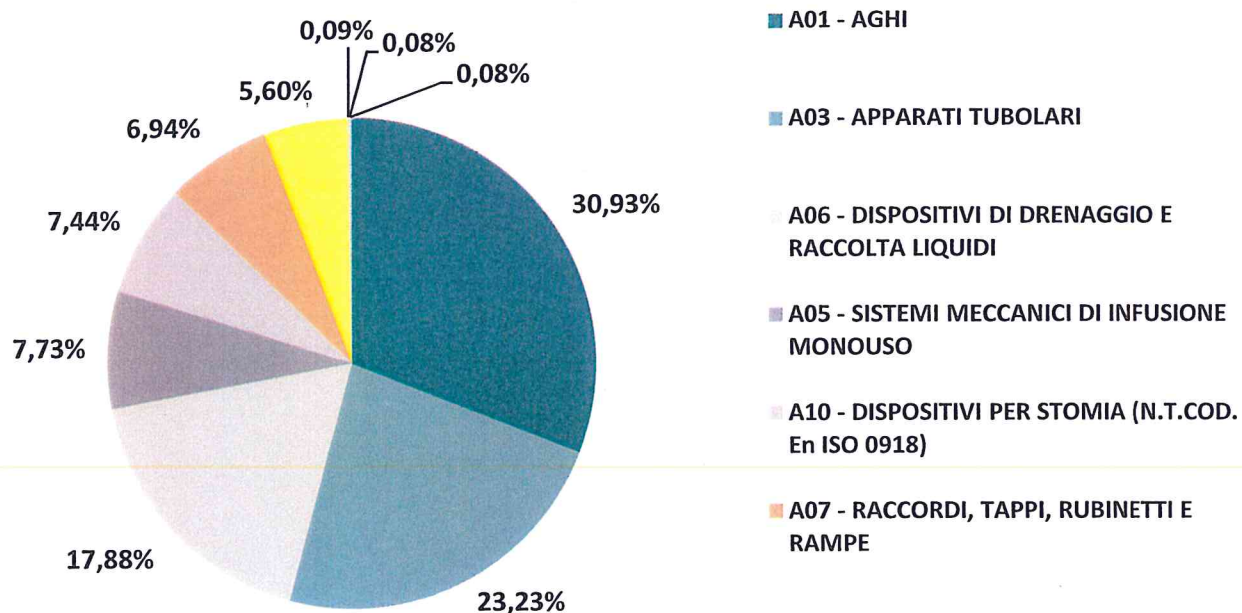
W - DISPOSITIVI MEDICO-DIAGNOSTICI IN VITRO (D. Lgs. 332/2000)



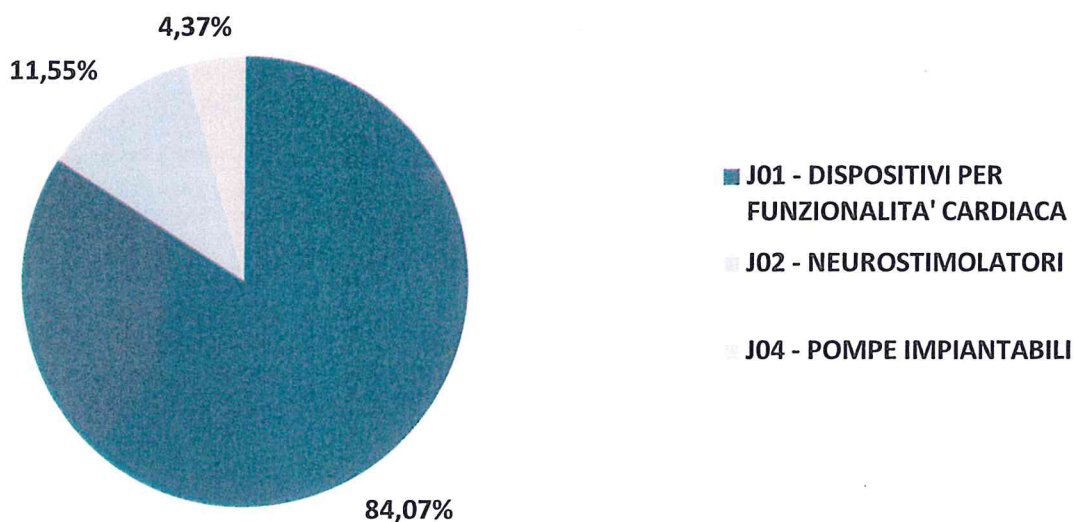
P - DISPOSITIVI PROTESICI IMPIANTABILI E PRODOTTI PER OSTEOSINTESI



A - DISPOSITIVI DA SOMMINISTRAZIONE, PRELIEVO E RACCOLTA



J - DISPOSITIVI IMPIANTABILI ATTIVI



1- Dispositivi medici categoria CND W - Dispositivi medico-diagnostici in vitro

Il primo intervento riguarda il settore CND W ed in particolare, le strisce diagnostiche in vitro per i pazienti diabetici ed in esteso, tutti i dispositivi medici dedicati a questo tipo di pazienti.

Gli interventi proposti riguardano l'uso di tali DM sia in ambito ospedaliero che territoriale essendo la legislazione amministrativa applicabile diversamente.

L'azione 1 è diretta a tutti i DM (aghi pungidito, strisce diagnostiche ed aghi per infusione) ed nel **rispetto degli indirizzi forniti dall'Agenzia delle Entrate (risoluzione n. 90/E del 15.9.2011)** e nella ASL 202 risulta applicata esclusivamente ai microinfusori e ai dispositivi ad essi relativi.

Questa risoluzione prevede, per i soli pazienti diabetici cronici territoriali (non ospedalizzati e non in ambito ambulatoriale e non affetti da iperglicemie transitorie), l'applicazione dell'IVA del 4% anziché del 22%.

Inizialmente un'informativa alle ditte fornitrici, le metterà a conoscenza sull'intenzione della ASL 02 di applicare sugli ordini a partire dal 01/01/2016 la risoluzione in oggetto. Tutti gli ordini successivi, destinati ai pazienti territoriali, dovranno essere certificati come da modulo predisposto, per le destinazioni d'uso previste, ed avere l'IVA applicata del 4% e non più del 22%. Il risparmio conseguente risulterebbe pertanto essere il 18% dei DM compresi in tale manovra.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	gogg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
i	Dispositivi medici destinati ai diabetici territoriali — abbattimento iva dal 22% al 4%	Studio applicazione normativa, e informativa a ditte fornitrici. Modulo certificativo condizioni risoluzione.	-18 % iva applicata	-18 % iva applicata	-18% iva applicata

Indicatori e modalità di monitoraggio:

- Indicatore Azione 1: Corretta applicazione aliquota IVA 4%. Audit periodici con Provveditorato, Report quadrimestrali di consumi aziendali;

Pertanto la manovra, rispetto alla prima azione, per il 2016 conta di avere un risultato pari a €-400mila.

2- Dispositivi medici: Completamento codifica CND dei codici aziendali dei dispositivi medici

Ai fini di una corretta analisi dei consumi dei Dispositivi Medici Aziendali è necessario che l'anagrafica prodotti presenti la completa classificazione degli stessi in funzione dei codici CND.

L'insieme dei DM ancora privi di codice di classificazione ha generato il maggiore incremento di spesa rispetto all'anno 2014 (vedi grafico 1), pertanto, nell'anno 2015 è stato considerato prioritario procedere al completamento della anagrafica prodotti:

Azione 2.1

Tramite un' apposita modalità condivisa tra il Servizio di Farmacia Ospedaliera ed il Provveditorato per l'inserimento dei nuovi codici di dispositivi medici, al fine di impedire che si aggiungano ulteriori codici privi di CND.

Azione 2.2

L'inserimento dei codici CND verrà effettuato su opportuno file, che sarà consegnato periodicamente alla ditta Engineering per l'aggiornamento nel programma gestionale Aziendale. I report estratti dal programma, quantificati economicamente, daranno indicazione della progressione del lavoro ed evidenzieranno i codici privi di CND.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
2.1	Definizione di procedura condivisa Farmacia Ospedaliera Aziendale-Provveditorato per inserimento di nuovi prodotti completi di codici di classificazione CND.	Produzione verbale recante indicazioni su inserimento dei nuovi codici di dispositivi medici.	Importo no CND <200.000 euro	Importo no CND <100.000 euro	Importo no CND <50.000 euro
2.2	Completamento dei CND per i prodotti già registrati in anagrafica ancora privi di codici.		Importo no CND <200.000 euro	<50.000 euro	Importo no CND <50.000 euro

Indicatori e modalità di monitoraggio:

Indicatore Azione 1:

Procedura condivisa Farmacia Ospedaliera Aziendale-Provveditorato per inserimento di nuovi prodotti completi di codici di classificazione CND e trasmissione alla Direzione Aziendale.

Indicatore Azione 2:

Report con indicazione dei DM ancora privi di CND e individuazione (specifica disposizione di servizio) del referente aziendale per l'attività di completamento della classificazione.

Report trimestrali con riduzione progressiva dei prodotti non classificati.

9.2. Gare centralizzate nell'attesa della costituzione di una Centrale Unica di Committenza

Per quanto concerne le gare centralizzate nell'attesa della costituzione di una centrale Unica di Committenza, in relazione al DCA 104 del 19/11/2015 si rileva quanto segue:

per il punto 1.1:

- sono stati proposti sconti del 5% su tutti i contratti in essere relativi alle categorie merceologiche di beni, servizi, dispositivi medici rientranti tra quelli rientranti nella Tabella A allegata al DL 78/2015 cfr prot n.ri 49273-CH e 49283-CH del 19/10/2015 (unici per tutti i fornitori).
- con nota prot. n. 56256-CH del 25/11/2015 è stato rivolto invito ai DEC a
 - ✓ rimodulare, lì dove possibile, le prestazioni contrattuali senza alterare le condizioni essenziali di aggiudicazione della gara;
 - ✓ ridurre le quantità consumate lì dove siano possibili eventuali economie;
- in ordine alla rilevazione dei contratti potenzialmente fruibili presso altre Amministrazioni, al fine di addivenire alla stipula di nuovi contratti in caso di eventuale diniego alla rinegoziazione, si comunica che con nota prot. n. 42640-CH del 09/11/2015 è stata avviata nei confronti degli Enti specificati in allegato apposita ricognizione, dalla quale, peraltro, è emersa una pressoché inesistenza di contratti attingibili. Sarà data comunicazione delle eventuali rescissioni intercorse rappresentando i risparmi conseguiti;
- sono stati individuati tutti i contratti aziendali in essere, riconducibili alla normativa sopra indicata, ricorrendo et al sistema amministrativo contabile AREAS in uso nell'Azienda et agli atti deliberati 15 e 51 del 2015;
- al fine di rendicontare il contenimento e la riduzione della spesa alla conclusione della fase di rinegoziazione verrà trasmesso il file riepilogativo di tutti i dispositivi medici precedentemente inviato al Servizio DPF012 con nota PEC del 08/09/2015, aggiornato con i nuovi prezzi ricontrattati.
- con nota prot. n. 56256-CH del 25/11/2015 è stato rivolto invito ai DEC a rendicontare semestralmente sulle azioni di contenimento e riduzione della spesa di cui ai punti che precedono.

Per il punto 1.2:

- sono stati individuati tutti i contratti aziendali in essere per DM, riconducibili alla normativa sopra indicata, ricorrendo et al sistema amministrativo contabile AREAS in uso nell'Azienda et agli atti deliberati 15 e 51 del 2015;
- sono stati proposti sconti del 5% (in luogo del 2%) su tutti i contratti in essere relativi ai DM prot n.ri 49273-CH e 49283-CH del 19/10/2015 (unici per tutti i fornitori);
- al fine di rendicontare il contenimento e la riduzione della spesa alla conclusione della fase di rinegoziazione verrà trasmesso il file riepilogativo di tutti i dispositivi medici precedentemente inviato al Servizio DPF012 con nota PEC del 08/09/2015, aggiornato con i nuovi prezzi ricontrattati;
- con nota prot. n. 56256-CH del 25/11/2015 è stato rivolto invito ai DEC a rendicontare semestralmente sulle azioni di contenimento e riduzione della spesa di cui ai punti che precedono;
- la rinegoziazione del 5% pari ad € 2.613.000 è idonea a superare il valore della manovra del 2016 fissato per questa ASL a € 1.718.000 e le conseguenti proiezioni del triennio.

Per il punto 2:

- si conferma la partecipazione a tutte le riunioni dei Comitati Direttivi ed Esecutivi per il monitoraggio delle iniziative intraprese e per le nuove esigenze di acquisto centralizzato;
- si riepilogano le seguenti procedure effettuate nell'ultimo semestre 2015 riferite ad acquisti CONSIP, MEPA E SDA:

Delibera	Del	Oggetto
		SDAPA - PROCEDURA APERTA PER L'AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO SPECIFICO INDETTO DALLA A.S.L. LANCIANO VASTO CHIETI QUALE CAPOFILIA DELL'UNIONE DI ACQUISTO DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE ABRUZZO PER LA FORNITURA DI PRODOTTI FARMACEUTICI, RADIOFARMACI E VACCINI
134	23/07/2015	Fornitura di due bagni termostatici per il blocco operatorio dell'Ospedale di Vasto - RDO 840460 - CIG. ZF315304F0
135	23/07/2015	Fornitura di n. 76 pneumatici quattro stagioni UU.OO. Aziendali - RDO 823608 - CIG. Z2315365D4
142	23/07/2015	Adesione accordo quadro Consip "apparecchiature Radiologiche Multifunzione " per la fornitura in acquisto di apparecchio radiologico digitale a doppio detettore - U.O.C. Radiologia P.O. Guardiagrele"
182	28/07/2015	Affidamento mediante RDO n. 886536 della fornitura di dotazioni assistenziali varie per UO Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Chieti
226	12/08/2015	Affidamento mediante RDO n. 88041 della fornitura di n. 4 monitor parametrici da destinare alla postazione PACU della UO di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Chieti CIG. Z90151F61E
227	12/08/2015	Affidamento mediante RDO n. 881013 della fornitura di 4 carrelli per emergenza CIG. Z9F1538D22
232	12/08/2015	Fornitura di un ecografo per la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Ospedale di Chieti - RDO 900518 - CIG. Z791595148
234	12/08/2015	Affidamento procedura negoziata per cottimo fiduciario finalizzato alla definizione di accordo quadro con più operatori economici ai sensi dell'art. 59 comma 5 del d.Lgs. 163/2006 e smi per l'affidamento delle attività di manutenzione meccanica, di carrozzeria e di gomme dei mezzi della Azienda ASL Lanciano Vasto Chieti in ambito provinciale . CIG. 6280409575
303	07/09/2015	Affidamento mediante RDO n. 880126 della fornitura di apparecchiature elettromedicali amagnetiche per progetto "SEDAZIONE E ANESTESIA IN RISONANZA MAGNETICA " da destinare a servizio della ASL2 ABRUZZO Lotto 1 CIG. 630693683A - DITTA PHILIPS; Lotto 4 CIG. 6306959B34 - Ditta Philips.
333	11/09/2015	Fornitura di n. 1 lavaendoscopi per la U.O.S. Endoscopia Digestiva del P.O. di Atessa. - R.d.O. 906779 - CIG. ZF615D8C13
364	21/09/2015	Fornitura sistema chiuso per preparazione e somministrazione di farmaci antiblastici per U.F.A. - R.D.O. Mepa n. 866010

403	30/09/2015	Corsi di formazione anticorruzione " in house" RDO 920401 del 13 agosto 2015 - CIG. ZC415F9CCC
404	30/09/2015	Fornitura di un ecografo ad alte prestazioni per la U.O.C. di Cardiocirurgia del P.O. di Chieti - RdO. 689959 - CIG. 638882037
522	22/10/2015	Adesione convenzione consip Telefonia fissa e connettività IP 4 - ASL2 Lanciano Vasto Chieti.
459	12/10/2015	Adesione convenzione Consip " Autoveicoli in acquisto 7 - Lotto 2 " Per la fornitura in acquisto di autoveicoli e dei servizi connessi ed opzionali per le pubbliche amministrazioni - ASL 2 Lanciano Vasto Chieti.
462	12/10/2015	Corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione in videoconferenza per il personale dell'azienda. Rdo. 948572 del 24 settembre 2015. CIG. Z80163437C
681	18/11/2015	Fornitura di un sistema spirometrico computerizzato da destinare all'ambulatorio pneumotisiologico del D.S.B. di Chieti - R.d.O. 963732 - CIG. 6418621D99
695	19/11/2015	Affidamento RDO varie. ditte Movi; Draeger Bionic; Esaote

- la percentuale degli acquisti effettuati in forma aggregata sul totale degli acquisti del secondo semestre 2015 è del 41,59%
- si rileva l'impossibilità di monitoraggio semestrale del risparmio conseguito in forma aggregata atteso che le precedenti forniture aggiudicate quale Azienda Sanitaria autonoma sono assai risalenti nel tempo (si veda in via esemplificativa gara farmaco effettuata in forma centralizzata nel 2007; gara assorbenti aggiudicata nel 2009; lettura ottica ricette).

10. Assistenza Distrettuale Territoriale-Medicina Convenzionata e Penitenziaria

10.1 Aggregazioni funzionali territoriali ed Unità complesse di cure primarie

Considerato che al fine degli adempimenti LEA risulta necessario favorire l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici convenzionati nelle istituende AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) ed UCCP (unità Complesse di Cure Primarie) in quanto:

- Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 prevede "... il graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana";
- Lo Schema di piano sanitario Nazionale 2011-2013 stabilisce che "La programmazione regionale definisce i modelli organizzativi delle cure primarie più rispondenti ai bisogni del proprio territorio e attiva, ove necessario, modelli sperimentali per i PLS, ai fini di adeguare il servizio ai nuovi bisogni [...] I principali strumenti di gestione delle cure primarie sono:
 - Forme organizzative, tra le quali le Aggregazioni Funzionali Territoriali (ACN 2009 e ACN 2010), che comprendono al proprio interno le medicine di gruppo;
 - Sistema di monitoraggio;
 - Processi d'integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria) sia a livello informatico/informativo (ACN 2009 e ACN 2010);
 - Formazione continua;"
- Il Decreto Legge n. 158/2012 (Decreto Balduzzi) "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute" stabilisce che le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale anche con riferimento all'assistenza domiciliare e i servizi ospedalieri secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi nonché forme organizzative multi professionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che erogano in coerenza con la programmazione regionale prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare le regioni disciplinano le UCCP privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata (H24) e che operano in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

In attuazione del DCA n. 57 del 11/06/2015 : Governo clinico dell'assistenza primaria anno 2015/2016 ed obiettivo sperimentale "studi aperti" finalizzato alla nascita delle Case della Salute – UCCP si descrivono le Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo
Responsabile Dott.ssa Maria Grazia Capitoli;

Proposta di un nuovo modello clinico - organizzativo di Integrazione Ospedale Territorio

La fragilità è definita come una sindrome con riduzione della forza, della resistenza, delle funzioni fisiologiche e una maggiore vulnerabilità al deterioramento: i pazienti fragili, infatti, hanno il tasso più alto di consultazione in medicina generale e

costituiscono la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per acuti. Il quadro epidemiologico evidenzia il prevalere delle patologie croniche degenerative e l'invecchiamento progressivo della popolazione, con progressiva riduzione delle capacità di autonomia e aumento della vulnerabilità delle persone. Il modello statistico predittivo multivariato della Fragilità permette di classificare i pazienti in base a tale rischio e orientare il Piano di Assistenza Socio-sanitaria individuale. L'ipotesi metodologica prevede che sia l'equipe strutturata di primo livello (UCCP - che coinvolge il MMG, l'Assistente Sociale e l'Infermiere di fragilità per una prima valutazione dei casi) sia l'UVM (per i casi ad alta complessità assistenziale, che richiedono un approccio multidisciplinare) l'utilizzo del modello di Fragilità per supportare l'assistenza. Il modello cui si fa riferimento è quello già ampiamente consolidato in letteratura di promuovere azioni assistenziali a iniziativa dell'UCCP (proattiva, similmente all'attività di prevenzione e screening). A supporto di questa strategia verranno predisposti 2 strumenti:

- 1) **Progetto formativo** a carico Asl2 rivolto ai MMG sottoscrittori e agli infermieri di fragilità finalizzato ad acquisire le capacità di progettazione, costruzione, organizzazione e gestione di una UCCP e sviluppare le competenze per creare un sistema locale integrato di cure primarie, in grado di migliorare la qualità delle cure, misurabili e verificabili in termini di out come clinici e al tempo stesso di ridurre i costi sanitari globali;
- 2) Creazione e condivisione del **Registro epidemiologico della Fragilità** alimentato da basi dati elettroniche continue con le finalità di supportare l'attività di iniziativa della UCCP (chiamata attiva dei pazienti fragili, agenda, monitoraggio), valutare gli esiti (report periodici ed analisi ad hoc), scambiare e condividere dati e con PUA/UVM, Sportello sociale dei Comuni, Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri medici e fungere da base informativa per audit clinici periodici.

Unità Complesse di Cure Primarie

Il modello clinico-organizzativo che si intende realizzare (Rete di Cure Primarie) è caratterizzato sia dalla presa in carico e dalla pianificazione del follow-up del paziente da parte di gruppi multi professionali (medico di medicina generale, infermiere della fragilità e specialisti territoriali/ospedalieri), denominata UCCP, sia da una struttura fisica che accoglie l'UCCP e le altre attività distrettuali (PUA, ADI, Residenze intermedie e 118), denominati Presidi Territoriali di Assistenza (PTA). Attraverso la creazione delle UCCP s'intende realizzare un processo organizzativo che garantisca assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello, continuità assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7 e quindi l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello con particolare attenzione ai pazienti cronici. I nuovi servizi, inoltre, dovranno favorire l'utilizzo, nelle località logisticamente disagiate, degli strumenti della telemedicina per la gestione del paziente fragile e la dotazione di supporti tecnologici ed informativi in grado di collegare tra loro i professionisti che vi operano e di scambiare dati con i poli di riferimento. Il Progetto prevede l'attivazione di alcuni servizi assistenziali territoriali aggiuntivi in base a Percorsi e Protocolli scritti e condivisi tra i vari operatori e organi di governo. Come accade per ogni cambiamento / innovazione sono presenti delle criticità, generate anche dal nuovo e diverso rapporto di collaborazione richiesto alle varie figure professionali, e il cui superamento porterà nel breve termine alla realizzazione complessiva del progetto e quindi all'attivazione di tutti i servizi da esso previsti. Nell'assistenza territoriale si segnala la carenza di coordinamento dei vari operatori e con tale programma s'intende dare un'indicazione per la soluzione di queste problematiche: Il rationale del Progetto si fonda sulla identificazione dei soggetti fragili e della misura del loro rischio di incorrere in eventi acuti (per esempio ospedalizzazione). Il cuore del sistema è quindi quello di offrire attività assistenziali in funzione del livello di rischio².

² La Medicina Generale tradizionale e l'assistenza territoriale sono basate sul rapporto "singolo medico - singolo paziente" che porta necessariamente a una medicina difensiva, un modello non più adeguato ad affrontare la complessità della presa in carico della cronicità. Il MMG non può sostenere da solo tale carico, è necessario stabilire una nuova alleanza tra la Medicina generale, l'Asl e la professione infermieristica per sostenere adeguatamente la "popolazione fragile".

Servizi Offerti nel PTA

1. **Ambulatori infermieristici della fragilità** per la gestione integrata ospedale-territorio dei pazienti con fragilità assistenziale, affetti da patologie croniche (Diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco). Gli infermieri della fragilità, mediante interventi di promozione, prevenzione, tutela, riabilitazione, educazione al miglioramento delle condizioni di salute, mettono in atto la cosiddetta presa in carico proattiva per l'assistenza delle cronicità. L'infermiere della fragilità, previa condivisione con il MMG del paziente, contatta i pazienti per valutare la condizione di fragilità e propone loro un percorso di presa in carico infermieristica per l'attivazione percorso personalizzato e invio risultati;
2. **Servizio di Telemedicina e Telesalute** domiciliare a gestione infermieristica. Rappresenta una modalità di applicazione delle tecnologie di comunicazione ed informazione, per portare l'assistenza nell'ambito domiciliare. Si tratta di un servizio a supporto dell'Ambulatorio Infermieristico: nuove tecnologie e programmi di telemedicina e teleassistenza utili per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche, tra le quali lo scompenso cardiaco, le bronco pneumopatie croniche e il diabete.
3. **Protocollo di Dimissione Programmata** con il Dipartimento medico ospedaliero (come previsto dagli obiettivi di Budget 2015) per i pazienti a bassa intensità assistenziale in fase di ospedalizzazione possono avvantaggiarsi con soluzioni di continuità di cura per in fase post acuta (PUA, Ambulatori Infermieristici della Fragilità, Ambulatori H24 MMG/CA); L'obiettivo è quello di realizzare un nuovo modello organizzativo mirato alla pianificazione, già in fase di presa in carico, della dimissione precoce di pazienti portatori di alcune patologie definite (Scompenso Cardiaco, BPCO, Diabete) nella UUOO di Clinica Geriatrica , Medicina e Lungodegenza del Presidio Ospedaliero e definizione del percorso extra-ospedaliero.
4. **Protocollo tra Pronto Soccorso e Medici di Medicina Generale.** Il cittadino qualora ritenga di aver bisogno di risposta immediata e intervento tempestivo contatta il 118 o 116117. Tali numeri telefonici garantiscono il trattamento tempestivo o con il trasporto del paziente al PS (condizioni tempo-dipendenti) o con interventi dell'equipe territoriale per condizioni a bassa complessità (UCCP ambulatorio H16 MMG/CA). E' stata stilata una lista di sintomi-disturbi-motivi di presentazione che dovrebbero essere trattati nell'ambulatorio MMG/CA H24. Qualora si presenti all'osservazione del PS dopo un primo inquadramento saranno oggetto di invio a visita specialistica (con percorso facilitato fast-track) o di rinvio all'UCCP previo contatto telefonico e trasferimento di cura.
5. **Punto unico di accesso (PUA)**
6. **Emergenza territoriale 118**
7. **Specialistica ambulatoriale**
8. **Diagnostica strumentale di base**
9. **Servizio di assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**
10. **Continuità assistenziale**
11. **Riabilitazione**
12. **Servizi Sociali dei Comuni**

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	programma attuativo del laboratorio di presa in carico della fragilità nella area internabassosangro-trigno				
2	Progetto Obiettivo LP1 (delibera 397/2015): Rete Assistenza Primaria nei distretti interni				
3	Progetto Obiettivo LP5 (delibera 397/2015): Servizi di telemedicina specialistica, tele salute e teleassistenza territoriale				
4	Costituzione di un Fondo Unico Aziendale per le AFT				

Indicatori e modalità di monitoraggio:

- Indicatore Azione 1: Costituzione di un Fondo Unico Aziendale per le AFT derivato dalla confluenza delle quote AIR compenso per visite per appuntamento (€ 908.950), indennità H12/24 in rete (€ 858.626), indennità H12/24 in gruppo (€ 1.136.973), indennità H12/24 personale di studio infermieristico (€ 258.577), quota finalizzata al governo clinico (€ 1.042.647). Il totale € 4.205.773 sarà gradualmente e progressivamente erogato ai medici partecipanti al progetto sperimentale "Studi Aperti" in relazione ai progetti attuativi di cui sopra.

Aggregazioni funzionali territoriali ed Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Normativa di riferimento: D.C.A. n. 57 dell' 11.06.15, DCA 7 novembre 2014 L. 189/2012 (Legge Balduzzi).

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo

Referente Dott.ssa Rosa Borgia, Direttore Distretto Sanitario di Francavilla al Mare.

Obiettivi:

- L'aggregazione e l'integrazione sperimentale dei Medici di Assistenza primaria in sedi uniche territoriali individuando le localizzazioni delle sedi, i giorni e le ore di apertura, il numero e i nominativi dei medici aggregati;
- La continuità delle cure primarie (MMG/MCA e la diagnostica di primo livello);
- La fruibilità delle risorse sanitarie esistenti, con particolare riguardo alle cure per le emergenze a bassa complessità;
- La riduzione dei codici bianchi nei pronto soccorso.

Il modello clinico-organizzativo che si intende realizzare (Rete di Cure Primarie) è caratterizzato dalla presa in carico e dalla pianificazione del follow-up del paziente da parte dei gruppi multi professionali (medico di medicina generale, infermiere della fragilità e specialisti territoriali/ospedalieri) denominata UCCP.

Attraverso la creazione delle UCCP, si intende realizzare un processo organizzativo che garantisca assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello, continuità assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7 e quindi l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello con particolare attenzione ai pazienti cronici/fragili.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Attivazione di una UCCP in ambito distrettuale.	Reperimento di spazi aziendali e/o in concessione	Acquisizione di tecnologie e stipula di accordi contrattuali	Fase sperimentale	A regime

10.3. Rispetto della programmazione regionale riferita alla spesa annuale per i medici convenzionati

In occasione degli indirizzi programmatici che la Regione dovrà definire per la istituzione delle forme più evolute di aggregazione delle Cure Primarie, si dovrà procedere a rinegoziare gli attuali AAIRR nei limiti del contenimento della spesa, fissati da ultimo, con il decreto commissariale n.27/201.

Infatti già con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 592 del 01.07.08 che aveva fissato i tetti di spesa per la medicina Convenzionata (Assistenza Primaria, Pediatria di libera Scelta, Continuità Assistenziale. Emergenza Sanitaria), in esecuzione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13.3.2007 con la quale era stato approvato l'Accordo, sottoscritto in data 06.03.2007 tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo, finalizzato al perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art.1, comma180, della legge 30 dicembre 2004, n.311, si era stabilito, altresì, *"...di riaprire i tavoli di concertazione per le necessarie modifiche ed integrazioni da apportare agli Accordi integrativi regionali"*.

Considerato inoltre i risultati del III CE si ritiene opportuno, al fine di rispettare quanto previsto dal DCA 104 del 19/11/2015 (€ 45.521.000) porre in essere delle manovre correttive.

Alla luce di quanto sopra, in assenza della rinegoziazione degli AAIIRR, le uniche azioni ipotizzabili per il triennio 2016, 2017 e 2018 sono le seguenti:

- la chiusura di n. 06 postazioni di Continuità Assistenziale, sul territorio Aziendale, con un abbattimento dei costi di circa € 1.000.000,00.
- contingentamento delle prestazioni ex art. 59, lettera C, vigente ACN della Medicina Generale con un abbattimento dei costi ACN per l'Assistenza Primaria pari a circa € 600.000,00.

11. Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria

11.1 Azioni di miglioramento in termini di completezza, qualità e tempistica dei Flussi informativi

L'Azienda intende perseguire, non solo per il semplice adempimento o per scopi amministrativo-contabili, ma anche per i fini della trasparenza, una rendicontazione fedele e dettagliata il più possibile della propria attività istituzionale.

Tra le attività poste in essere c'è la ricerca continua, in collaborazione tra le UOC/Servizi erogatori di prestazioni e i sistemi informativi. La veridicità e completezza dei dati costituenti il debito informativo istituzionale sono una delle linee di attività privilegiate. Saranno attivate procedure di verifica su tutte le anagrafiche e verranno presentate periodicamente alle UU.OO.CC. le aggregazioni dei dati di produzione per una continua verifica della completezza e coerenza con l'attività reale.

Contesto normativo (nazionale-regionale ecc)

Stato dell'arte aziendale possibilmente con tabella allegata

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo

In particolare in merito al rispetto delle scadenze temporali definite dal calendario regionale (nota prot. n. 30866 del 5 febbraio 2015 del Servizio Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche e Emergenza Sanitaria - ex DG13 - e successivi aggiornamenti previsti per gli anni 2016, 2017 e 2018) e della struttura logico-formale dei tracciati di riferimento come prerequisito di ogni trasmissione, saranno riverificate:

- le anagrafiche dei prodotti e dei servizi oggetti delle rendicontazioni e saranno applicati i controlli formali necessari alla validazione formale dei flussi
- la tempestiva validazione e trasmissione

in merito alle Procedure di comunicazione e integrazione tra area flussi informativi e area controllo di gestione saranno tempestivamente:

- Approvate le nuove Procedure di comunicazione tra integrazione tra area flussi informativi, area controllo di gestione e UOC GACEP
- Verificati i codici ministeriali dei Farmaci sull'Anagrafe prodotti Aziendali, in collaborazione con il servizio farmaceutico.
- Rivedute le scadenze contrattualizzate con i produttori esterni di flussi (es. RecordData - File D/DD)
- Verifica dei codici ministeriali dei DM sull'Anagrafe prodotti Aziendali, in collaborazione con il servizio farmaceutico

11.2. Mobilità sanitaria (interregionale/ internazionale)

Rispetto alle rilevazioni della produzione, saranno impartite istruzioni precise in merito all'acquisizione dei dati identificativi dell'assistito in fase di erogazione della prestazione e verificando puntualmente in fase di controdeduzioni le anagrafiche degli assistiti sia per correttezza che per ASL di Assistenza/Appartenenza.

In merito alla attività di gestione della mobilità sanitaria internazionale l'Azienda sta predisponendo l'armonizzazione delle procedure di rilevazione delle informazioni anagrafico amministrative e sanitarie relative alle prestazioni erogate ai cittadini il cui onere è a carico dei istituzioni estere. Al fine di meglio organizzare e verificare la rendicontazione delle proprie fatturazioni relative ai rimborsi per assistenza sanitaria erogata inserite nei sistemi ASPE UE, ASPE C etc., l'Azienda sta implementando l'integrazione delle attività fra Distretti sanitari di base e gli erogatori di prestazioni sanitarie sia ospedalieri sia territoriali sia privati accreditati.

11.3. Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT

Contesto normativo (nazionale-regionale ecc)

Stato dell'arte aziendale possibilmente con tabella allegata

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Emergenza Urgenza – Integrazione Pronto Soccorso -118;	Acquisizione delle eventuali attrezzature necessarie (PC, Monitor, Monitor di Sala).	Realizzazione entro il 30/06/2016 dell'integrazione tra i software		
2	Emergenza Urgenza – Esposizione Posti Letto su Gestionale di Centrali Operative 118	Configurazione dei sistemi aziendali .Attivazione presso tre reparti del P.O. di Chieti	Secondo le segnalazioni del competente comitato regionale		
3	Emergenza Urgenza – Potenziamento della Sala Operativa di Continuità Assistenziale	Secondo disposizioni del competente ufficio Regionale	Nei casi possibili, dismissione delle linee telefoniche secondo un piano concordato con la UOC GASBES e progressiva sostituzione con altri canali di		

			comunicazione		
4	Sanità Digitale – Tessera Sanitaria	a. Galante b. Dati dell'Azienda per 730 precompilato c. GASBES/Gestione Liste d'Attesa/UOC d. Informatica e reti e. GASBES			
5	Sanità Digitale – Fascicolo Sanitario Elettronico	a. AA.GG./Medicina di base b. Procedure di integrazione tra FSE e gestionali Aziendali per PS/Laboratorio Analisi/ c. Medicina di base			
6	Sanità Digitale – Anagrafe Regionale	Completamento del cambio tecnologico per le postazioni di front office			
7	Sanità Digitale – Dematerializzazione della documentazione Clinica	Ingegneria Clinica			

11.4. Emergenza Urgenza

Il contesto normativo è definito dalla determinazione dirigenziale DPF 017/10 del 13.10.2015, nonché dalle delibere aziendali che stabiliscono la dotazione di posti letto in ogni reparto.

Stato dell'arte: attualmente tutti i reparti di degenza dell'ASL 2 Abruzzo sono dotati di almeno un computer collegato alla rete dati, su cui è installato un applicativo sanitario (software in modalità web) denominato Sanità Amica, prodotto dalla ditta NBS, di cui l'ASL ha le licenze d'uso, nonché un contratto di assistenza e manutenzione in scadenza al 31.12.2015. Si possono utilizzare questi computer per raggiungere l'obiettivo sopra indicato, considerato il fatto che più di 1500 operatori sanitari (medici ed infermieri dell'ASL) sono dotati di valide credenziali (username e password) ed utilizzano il programma per lo svolgimento delle proprie mansioni.

Azioni: è possibile, con alcune modifiche e parametrizzazioni, adattare il programma Sanità Amica per gestire i posti letto dei reparti di degenza, fatto salvo il rinnovo del contratto con la ditta NBS. Sarà anche possibile realizzare un cruscotto che riepiloghi la situazione dei posti letto, reparto per reparto. Una volta collaudato il modulo applicativo, con disposizione della Direzione Sanitaria, si propageranno (in modo assolutamente trasparente) le modifiche software sui reparti e sarà fatta formazione agli operatori sanitari per l'uso del programma. Sarà anche fornito un manuale per la gestione dei posti letto e del cruscotto. In accordo con i Direttori delle singole Unità Operative, la direzione medica di presidio stabilirà una tabella dettagliata per la partenza dei vari reparti, che avverrà uno alla volta, ed in affiancamento con il personale informatico, partendo dal Policlinico di Chieti. Verrà fornita assistenza telefonica per gli operatori di quei reparti che dovessero riscontrare problemi o difficoltà con l'uso del software o per l'istruzione a nuovi operatori.

Risultati attesi: entro la fine del 2016 tutti i reparti di degenza, per lo meno del Presidio di Chieti, potrebbero gestire i posti letto con il computer. Quindi i dati dell'occupazione dei posti letto potranno essere visibili in tempo reale alla direzione medica ed anche alla Centrale Operativa del 118, mediante l'installazione di un opportuno client. Successivamente, si potranno esporre i dati relativi ai posti letto, ai programmi operativi del 118, fatto salvo che presso tali programmi sia possibile agire (dipende dagli accordi contrattuali e dal tipo di software in uso presso la centrale 118). Entro i primi mesi del 2017 è prevedibile che l'obiettivo sia raggiunto per tutti i reparti dell'ASL.

1°INTERVENTO: Esposizione posti letto su gestionale dei C.O.118

Per l'attività di STEN e STAM, nel 2016 la C.O. 118 di Chieti avrà la disponibilità dei reparti di NEONATOLOGIA ed OSTETRICIA – GINECOLOGIA regionali e quindi aziendali, nel 2017 saranno ultimati i lavori di esposizione di posti letto dei reparti intensivi dei PP.OO. aziendali. La C.O. 118 coordinerà la movimentazione dei mezzi e del personale con gli utenti verso i centri HUB di riferimento.

Azioni ed obiettivi: Con l'arrivo di nuove ambulanze dedicate a tali servizi, si prevede come risultato atteso- per i servizi STEN e STAM, il buon esito di tali attività per l'80% nel 2016, del 90% nel 2017 e del 100% nel 2018

Indicatori: Richieste di STEN e STAM/ servizi effettuati.

2° INTERVENTO: Attività formativa in ambito aziendale-disostruzione delle vie aeree in età pediatrica:

Corsi formativi di "disostruzione delle vie aeree in età pediatrica" riservati agli insegnanti e personale ausiliario di scuole materne ed elementari in ambito aziendale; nel 2015 il 118 ha iniziato tale attività formativa presso gli istituti di Paglieta, Atesa e Castiglione M.Marino.

Azioni ed obiettivi Con il reclutamento di altro personale istruttore già presente nel Sistema 118, nel 2016 tale progettualità sarà rivolta al 25% degli istituti scolastici aziendali, cosiccome nel 2017 per completarli nel 2018. I manichini illustrativi e dimostrativi sono già in dotazione alla C.O.118 di Chieti.

Indicatori : report del personale docente e non docente formato per istituto scolastico previsto

3° INTERVENTO: Attività formativa in ambito aziendale - BLS-D

Corsi formativi di BLS-D agli insegnanti e personale ausiliario delle scuole secondarie superiori in ambito aziendale (riservato al personale docente e non docente dell' ultima classe -V°liceo ecc.)-

Azioni ed obiettivi: La C.O. 118 di Chieti dispone di istruttori e materiale necessario a tale attività formativa che sarà rivolta al personale sopraindicato nel 25% delle scuole secondarie superiori, cosiccome nel 2017 per completarla nel 2018.

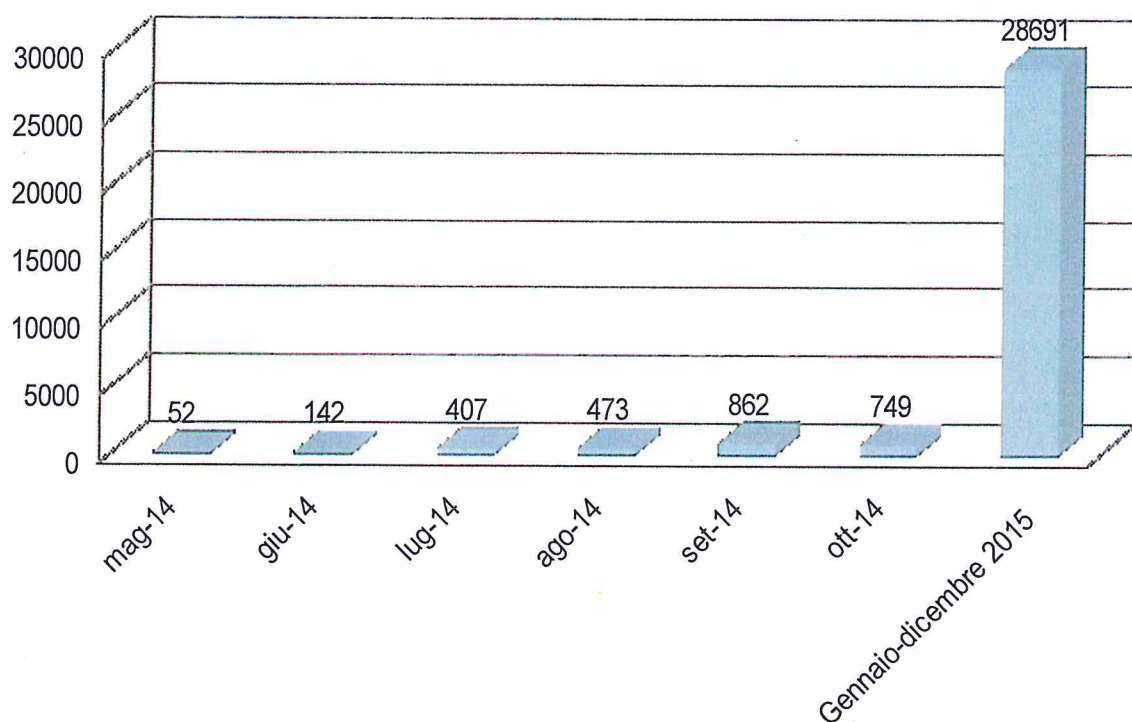
Indicatori : report del personale docente e non docente formato per singoli istituto scolastico.

11.4.1. Tessera Sanitaria

Contesto normativo (nazionale-regionale ecc)

Adempimenti previsti dalla Normativa Nazionale vigente in materia di Tessera Sanitaria, Legge 24 novembre 2003 n. 326 e smi, e DM 2/11/2011

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti, in applicazione di quanto previsto dal Programma Operativo 2013-2015, Det. n.41 del 31/10/2013, DCA 112/2013 – azione 2 tessera sanitaria – in materia di de materializzazione della ricetta medica cartacea (DM 2/11/2011),sta portando avanti dal 2014, un progetto pilota regionale il quale, attraverso appositi meccanismi di integrazione, testati e messi in produzione dalla Regione Abruzzo, SOGEI e dalla ASL 02 Abruzzo(UOC Servizio Informatica e Reti e UOSD Governo Liste d'Attesa e Sistemi di Prenotazione), per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Ciò rappresenta un'esperienza fondamentale di riferimento per tutte le ASL d'Abruzzo in materia di de materializzazione della ricetta medica cartacea (DM 2/11/2011).



Di seguito un grafico sull'andamento dell'utilizzo mensile della ricetta de materializzata nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti aggiornato al 30.11.201

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e Responsabile del Procedimento Attuativo

1) Implementazione della prescrizione de materializzata individuando ulteriori azioni e comportamenti con il pieno coinvolgimento di medici e laboratori , secondo il programma avviato nel 2014

2) Costruttiva collaborazione con la Regione Abruzzo, che coordina le attività per la gestione del Sistema TS, assicurando il rispetto dei tempi nel passaggio dai vecchi ai nuovi tracciati della ricetta dematerializzata specialistica.

3) Definizione di azioni locali per gestire correttamente tutte le variazioni dei tracciati della ricetta dematerializzata per il prescrittore e per l'erogatore (DM 2 nov 2011), evitando disservizi nelle fasi di prescrizione ed erogazione della ricetta de materializzata.

4) Aggiornare, nel corso del 2016, la dotazione informatica territoriale di circa 50 postazioni (computer, monitor, punto rete e stampante) con un costo stimato di 1.000€ cad, complessivamente € 50.000 circa. E nel corso del 2017-2018 quella ospedaliera di altrettante postazioni, stimando un costo finale di circa 100.000. Ciò rappresenta una delle condizioni essenziali per avere tutti i nostri medici specialisti in rete, consentendo il raggiungimento dei nostri obiettivi di avere la prescrizione de materializzata al 100% nell'anno 2018.

CRONOPROGRAMMA					
N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	2016	2017	2018
1	Implementazione della prescrizione de materializzata nell'ambito della specialistica ambulatoriale da parte dei professionisti medici della ASL2 Abruzzo		30%	60%	100%
2	Costruttiva collaborazione con la Regione Abruzzo, che coordina le attività per la gestione del Sistema TS, assicurando il rispetto dei tempi nel passaggio dai vecchi ai nuovi tracciati della ricetta dematerializzata specialistica.	N° di riunioni regionali ed aziendali a cui partecipano i Servizi aziendali preposti			
3	Azioni locali per gestire correttamente tutte le variazioni dei tracciati della ricetta dematerializzata per il prescrittore e per l'erogatore (DM 2 nov 2011).	N° di interventi tecnici effettuati N° di errori risolti.			
4	Aggiornamento della dotazione informatica ambulatoriale	N° di nuovi PC installati			

11.4.2. Fascicolo sanitario elettronico

Il contesto normativo è definito dal seguente quadro:

- D.Lgs 196/2003, riguardante il trattamento dei dati personali;
- D.Lgs 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) che pone le basi dell'uso dell'ICT nella Pubblica Amministrazione e sancisce il diritto per il cittadino di usare i sistemi informatici per colloquiare con la PA (quindi il dovere per la PA di dotarsi di tali tecnologie);
- D.Lgs 179/2012, che all'art. 12 istituisce il FSE e ne definisce le caratteristiche;
- D.Lgs 69/2013, che all'art. 17 fissa, per il giorno 30 giugno 2015, la data entro cui tutte le regioni italiane dovranno istituire il fascicolo e dotarsi del dossier farmaceutico;
- DPCD 178/2015, recante "Regolamento in materia di FSE".

Stato dell'arte: è il medesimo stato dell'arte già descritto per la precedente azione. Si consideri inoltre che tutti i reparti di degenza dell'ASL producono da circa 1 anno le lettere di dimissione con il software Sanità Amica.

Azioni: è possibile, con alcune modifiche e parametrizzazioni, adattare il programma Sanità Amica per inviare al server che gestisce il FSE regionale le lettere di dimissione di tutta l'ASL nel formato di interoperabilità previsto. Si potrà procedere individuando un primo reparto pilota e, fatti gli opportuni test, si potrà estendere il progetto a tutti i rimanenti reparti. Il raggiungimento dell'obiettivo è subordinato alla possibilità, per codesta rispettabile ASL, di interfacciarsi, collaborare, svolgere test, definire accordi ed implementare i protocolli standard con i tecnici ed i funzionari che gestiscono il FSE presso la Regione Abruzzo, nonché alla piena funzionalità degli apparati hardware e software che gestiscono il FSE. Sarà inoltre necessario garantire una banda dati di collegamento tra ASL e FSE Regionale di larghezza minima adeguata al passaggio quotidiano dei dati.

Risultati attesi: entro il primo trimestre 2016 possono iniziare i test per il trasferimento delle lettere di dimissione dall'ASL al FSE regionale. Entro il secondo semestre può iniziare il passaggio dei dati tra un reparto pilota dell'ASL ed il FSE. Entro al fine dell'anno si può prevedere il passaggio dei dati in tempo reale tra di tutti i reparti dell'ASL. E' anche possibile provvedere, nel corso del 2017, al recupero storico dei dati, che consiste nell'inviare al FSE regionale tutte le lettere di dimissione informatiche in possesso dell'ASL (prodotte a partire dal 01.01.2014 circa).

Il contesto normativo. Fatto salvo quanto già indicato al precedente punto 2, si considerino anche:

- Circolare ministeriale n. 61 del 19.12.1986
- Legge 675/96 del 14.03.1996
- Manuale di autorizzazione Regione Abruzzo
- DR. 29/2010 del 13.04.2010 "Direttive per la tenuta dei registri operatori"
- Documento ASL 2 Abruzzo, PGSQA 21 rev. 2.0 per la gestione del registro operatorio, redatto dall'ufficio Qualità in data 01.09.2011.

Stato dell'arte: è il medesimo stato dell'arte già descritto per la precedente azione N. 1. Si consideri inoltre che tutti i reparti di degenza producono da circa 1 anno i verbali operatori con il Software Sanità Amica, fatta esclusione per alcuni interventi di Oftalmologia che vengono svolti al livello 10 corpo B in regime ambulatoriale.

Azioni: valgono le medesime considerazioni fatte per l'obiettivo precedente.

Risultati attesi: valgono le medesime considerazioni fatte per l'obiettivo precedente, considerando però che i tempi dei due progetti non potranno essere sovrapposti, a meno che non si mettano più risorse in campo per il loro raggiungimento.

Descrizione delle Azioni e risultati attesi nel triennio 2016-2018, e resp. del procedimento attuativo

CRONOPROGRAMMA					
N.	AZIONI	Dal 01.01.2016 al 30.06.2016	Entro fine 2016	2017	2018
1	Esposizione dei posti letto su gestionale di centrali operative 118.	Sviluppi e /o modifiche al software, test reparto pilota, esposizione primi dati.	Estensione uso a tutti i reparti del PO di Chieti	Fine lavori entro il 30.03.2017	Aggiornamento
2	Fascicolo Sanitario Elettronico (lettere di dimissione)	Sviluppi e /o modifiche al software, test, passaggio prime lettere dimissione.	Passaggio di tutte le lettere del PO di Chieti	Fine lavori entro il 30.03.2017. Passaggio dati storici.	Aggiornamento
3	Fascicolo Sanitario Elettronico (verbali operatori)	Sviluppi e /o modifiche al software, test, passaggio primi verbali operatori.	Passaggio di tutti i verbali del PO di Chieti	Fine lavori entro il 30.06.2017.	Aggiornamento

Per tutti gli interventi sopra elencati il responsabile del procedimento è l'Ing. Alberto Rosotti.

Indicatori e modalità di monitoraggio:

Indicatore Azione 1:

- Numero dei reparti di degenza che gestiscono i posti letto con computer / Numero dei reparti di degenza dell'ASL
- Numero dei reparti di degenza che espongono nel cruscotto web i posti letto / Numero dei reparti di degenza dell'ASL

Indicatore Azione 2:

- Numero di lettere di dimissione trasmesse al FSE Regionale / Numero di lettere di dimissione prodotte dall'ASL

Indicatore Azione 3:

- Numero di verbali operatori trasmessi al FSE Regionale / Numero di verbali operatori prodotti dall'ASL

Altri beni e servizi

	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Servizi di assistenza informatica	90.000	90.000	90.000

Le cifre indicate nelle colonne "Manovra 2016" e "Programmatico 2017" sono da considerare parte dell'eventuale prosecuzione del contratto di assistenza e manutenzione in essere con la ditta NBS. Nel caso tale contratto non venga rinnovato, tali importi potrebbero variare, in esito alle necessarie gare da espletare.

11.6.3 Dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per le immagini

La dematerializzazione dell'attività quotidiana della diagnostica per immagini si basa sul trasferimento della gestione clinica e organizzativa della disciplina mediante sistemi informatici. L'attività ambulatoriale in elezione, in tutte le sedi della ASL, viene programmata dalle singole accettazioni, in entrata e in uscita, in collegamento con il sistema informatico del CUP che tiene conto delle agende e della programmazione delle singole sedi. Per l'attività in regime di ricovero è stato realizzato un programma con slot dedicati a singoli reparti di degenza, con inserimento autonomo in numeri prefissati, dei pazienti per i quali si richiede l'esecuzione degli esami più complessi (TC-RM) e stabiliti tenendo conto delle esigenze medie.

Questo progetto è operativo in maniera completa solo per il P.O. di Chieti mentre, per le sedi di Atezza-Lanciano, Vasto e Ortona, è in via di completamento attuativo con definizione nei primi mesi del 2016.

In tutti i presidi radiologici della ASL, anche i più periferici, la refertazione è eseguita utilizzando postazioni collegate al RIS, direttamente dai medici esecutori. Il referto cartaceo viene abbinato alle immagini radiologiche. Queste ultime, solo presso il P.O. di Chieti dove è operativo il sistema di gestione RIS-PACS, sono totalmente riprodotte su supporto elettronico o consultabili mediante work station, mentre nelle altre sedi per tecnologia non adeguata attualmente questo procedimento è parziale con ricorso, in parte, a stampa su pellicola.

Inoltre, l'orario di servizio del Personale Medico, TSRM, Infermieristico e Amministrativo è gestito e trasmesso mediante programmazione informatica.

Conclusioni

Le risorse Tecnologiche attualmente a disposizione, non permettono ulteriori implementazioni nel progetto di de materializzazione nelle attività radiologiche. In prospettiva, la realizzazione a medio termine di un sistema RIS-PACS aziendale che colleghi tutte le sedi, per il quale è stata istituita una gara di appalto con capitolato dedicato, permetterà di raggiungere l'obiettivo di una dematerializzazione completa dell'attività radiologica con collegamenti informatici sia interaziendali che all'esterno con il sistema della medicina di base.

Pertanto la ASL Lanciano Vasto Chieti è impegnata a perfezionare il valore assunto dall'indicatore, calcolato solo per le strutture di diagnostica per Immagini digitali pubbliche: "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini" che a livello regionale risulta è pari al 72,34% entro il primo trimestre 2016, mantenendolo inalterato nel corso del triennio. L'Azienda inoltre, nel corso del triennio implementerà tutti i necessari meccanismi di controllo e monitoraggio anche sulle strutture private accreditate che erogano prestazioni di diagnostica per immagini con l'obiettivo di renderle aderenti allo standard richiesto (DCA n. 41 del 30/05/2013).

11.7 Polo Cardiochirurgico "Palazzina M"

Nel 2015 è stata definitivamente attivata la Cardiochirurgia dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti. La "Palazzina M" è composta da nove piani con una superficie utile di circa 12.000 mq ed è da considerare a tutti gli effetti un "nuovo ospedale". Il Polo Cardiochirurgico accoglie 70 posti letto, 2 sale operatorie cardiochirurgiche, 2 sale di terapia intensiva UTIC e TICCH.

Per quanto concerne i costi non ci saranno costi cessanti in quanto le UUOO trasferite si troveranno allocate in strutture dove convivranno 20 o più UO.

Di seguito si riporta una scheda riassuntiva relativa ai costi della Palazzina M che verranno considerati tutti i costi emergenti nel 2016.

Palazzina M			
	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Pulizie	330.000	330.000	330.000
Energia Elettrica	200.000	200.000	200.000
Gas	350.000	350.000	350.000
Tarsu	100.000	100.000	100.000
Variazione costo manutenzioni	1.080.000	1.080.000	1.080.000
- di cui manutenzione ordinaria	920.000	920.000	920.000
- di cui manutenzione straordinaria	160.000	160.000	160.000
TOTALE	2.030.000	2.030.000	2.030.000

Inoltre, l'orario di servizio del Personale Medico, TSRM, Infermieristico e Amministrativo è gestito e trasmesso mediante programmazione informatica.

Conclusioni

Le risorse Tecnologiche attualmente a disposizione, non permettono ulteriori implementazioni nel progetto di de materializzazione nelle attività radiologiche. In prospettiva, la realizzazione a medio termine di un sistema RIS-PACS aziendale che colleghi tutte le sedi, per il quale è stata istituita una gara di appalto con capitolato dedicato, permetterà di raggiungere l'obiettivo di una dematerializzazione completa dell'attività radiologica con collegamenti informatici sia interaziendali che all'esterno con il sistema della medicina di base.

Pertanto la ASL Lanciano Vasto Chieti è impegnata a perfezionare il valore assunto dall'indicatore, calcolato solo per le strutture di diagnostica per Immagini digitali pubbliche: "Numero di strutture che hanno attivato i servizi di refertazione digitale/totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini" che a livello regionale risulta è pari al 72,34% entro il primo trimestre 2016, mantenendolo inalterato nel corso del triennio. L'Azienda inoltre, nel corso del triennio implementerà tutti i necessari meccanismi di controllo e monitoraggio anche sulle strutture private accreditate che erogano prestazioni di diagnostica per immagini con l'obiettivo di renderle aderenti allo standard richiesto (DCA n. 41 del 30/05/2013).

11.7 Polo Cardiochirurgico "Palazzina M"

Nel 2015 è stata definitivamente attivata la Cardiochirurgia dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti. La "Palazzina M" è composta da nove piani con una superficie utile di circa 12.000 mq ed è da considerare a tutti gli effetti un "nuovo ospedale". Il Polo Cardiochirurgico accoglie 70 posti letto, 2 sale operatorie cardiochirurgiche, 2 sale di terapia intensiva UTIC e TICCH.

Per quanto concerne i costi non ci saranno costi cessanti in quanto le UUOO trasferite si trovavano allocate in strutture dove convivevano 2 o più UO.

Di seguito si riporta una scheda riassuntiva relativa ai costi della Palazzina M che verranno considerati tutti i costi emergenti nel 2016.

Palazzina M			
	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018
Pulizie	330.000	330.000	330.000
Energia Elettrica	200.000	200.000	200.000
Gas	350.000	350.000	350.000
Tarsu	100.000	100.000	100.000
Variazione costo manutenzioni	1.080.000	1.080.000	1.080.000
- di cui manutenzione ordinaria	920.000	920.000	920.000
- di cui manutenzione straordinaria	160.000	160.000	160.000
TOTALE	2.030.000	2.030.000	2.030.000

ERRATA CORRIGE

11.8 Investimenti e Tecnologie sanitarie

Intervento Contenimento e Razionalizzazione Spesa Sanitaria

Dematerializzazione Documentazione Clinica Diagnostica per Immagini

Obiettivo 1

▪ Programmazione Acquisizione Apparecchiature

Nel rispetto della normativa specifica di riferimento D.Lgs.163/06 e in attuazione del piano di riorganizzazione- riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Regionale la UOC IC Clinica ha elaborato il piano triennale 2016-2018 degli investimenti per le acquisizioni delle seguenti tipologie di apparecchiature che risulta dettagliato nel Allegato n.1:

1. Potenziamento Rete di Diagnostica Senologica;
2. Potenziamento Ostetricia e Ginecologia;
3. Potenziamento Clinica Oftalmologica;
4. Potenziamento Diagnostica per Immagini;
5. Adeguamento Strutture di Degenza;
6. Progettazione ed allestimenti sistemi telemedicina intraospedalieri e territoriali;
7. Acquisizione apparecchiature ex Delibere n.1281/10 e 405/11 e 528/12 liste di attesa;
8. Acquisizione apparecchiature Alta, Media e Bassa Tecnologia.

Con riferimento

Obiettivo 2

▪ Dematerializzazione Documentazione Clinica Diagnostica per Immagini

1. SITUAZIONE ATTUALE E CRITICITA'

Con il progetto Dematerializzazione si intende adottare tecnologie informatiche che accrescano i contenuti di qualità operativa e clinica, in particolare tramite l'introduzione di sistemi informativi RIS/PACS, per acquisizione, archiviazione, gestione, elaborazione e distribuzione delle immagini e dei referti, integrati con la realtà dei Sistemi Informativi Aziendali, al fine di superare le criticità connesse alla frammentazione nella gestione del servizio di diagnostica per immagini nelle aree di Chieti e Lanciano-Vasto

Con tale progetto, si intendono raggiungere i seguenti obiettivi strategici, tra l'altro per quello che concerne la procedura attraverso la forma dell'unione d'acquisto con la Asl1 di l'Aquila:

- introduzione di un archivio di Bioimmagini (Repository Clinico) completamente integrato con il Sistema RIS-PACS offerto, che consenta di archiviare documentazione di carattere clinico (nativamente digitale) proveniente da: Radiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia, Cardiologia, Endoscopia, Istopatologia e Laboratorio Analisi,

Anatomia Patologica, Dermatologia, Oftalmologia, Urologia ed altri eventuali Dipartimenti produttori di immagini in formato digitale;

- miglioramento della produttività ed ottimizzazione del workflow dei servizi diagnostici;
- condivisione, a livello provinciale, delle informazioni cliniche relative agli esami radiologici;
- predisposizione all'interconnessione tra sistemi analoghi in dotazione alle altre ASL della stessa regione;
- completa digitalizzazione delle immagini prodotte, tramite l'adozione di opportune tecnologie;
- creazione di un ambiente di lavoro in logica film-less e paper-less per la gestione e distribuzione di
- minimizzazione del rischio di errori nella gestione del workflow clinico attraverso un elevato grado di automatizzazione ed integrazione informatica sia a livello dipartimentale che aziendale;
- gestione film-less e paper-less delle prestazioni radiologiche con conseguente eliminazione del consumo di pellicole radiografiche e della necessità di gestione dell'archivio film e referti;
- riduzione dei tempi del ciclo di esecuzione e refertazione delle prestazioni erogate;
- miglioramento del processo diagnostico attraverso la disponibilità immediata delle immagini di precedenti indagini radiologiche, consentendo così un confronto diretto tra esami eseguiti in tempi diversi;
- aumento del grado di appropriatezza nell'erogazione di prestazioni radiologiche, evitando la ripetizione di prestazioni;
- ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche a disposizione e dei costi di gestione del dipartimento di diagnostica per immagini e dei diversi reparti afferenti;
- adozione di soluzioni che permettano l'accesso controllato e la distribuzione di immagini e referti prodotti da parte di operatori sanitari e pazienti;
- adozione di soluzioni che permettano l'accesso alle informazioni affinché siano disponibili nel dossier clinico informatizzato aziendale;
- possibilità di introdurre consultazione e refertazione a distanza, nell'ambito di protocolli clinici e organizzativi da definire in conformità ai vincoli normativi e contrattuali, ovvero l'opportunità di avvalersi di supporto e competenze cliniche non necessariamente locali;
- possibilità di gestire doppia lettura sul medesimo esame (gestione dei Preliminary Records ad uso specializzandi/esterni/borsisti ovvero refertazione a "doppio cieco" con arbitrato, prima e seconda lettura secondo le linee guida dello screening mammografico).

Quanto sopra indicato andrà realizzato con tecnologie e strumenti che garantiranno:

- massimo livello di utilizzo e rispondenza agli standard esistenti nell'ambito radiologico (DICOM, HL7) ed al loro corretto utilizzo (profili IHE);
- innovazione tecnologica delle componenti sistemistiche ed applicative per garantire aggiornamenti in linea con l'evoluzione delle esigenze operative e funzionali dell'Azienda;

- apertura, modularità ed espandibilità dei sistemi offerti per ottimizzare le risorse da impiegare sia durante le fasi del progetto, sia a fronte di prevedibili nuove acquisizioni di apparecchiature e di incremento del numero di esami eseguibili annualmente, sia per l'inserimento di nuove strutture sanitarie nel territorio;
- possibilità di collegamento, attraverso l'adozione di opportuni collegamenti di rete (non a carico della ditta offerente), con i medici di base e specialisti, consentendo loro l'accesso ai referti e alle immagini;
- assicurazione della massima continuità operativa del sistema mediante opportune ridondanze;
- ottimizzazione del workflow per garantire l'immediata fruibilità di tutte le funzioni richieste, specialmente riguardo alla disponibilità delle immagini per le operazioni di visualizzazione e refertazione;
- facilità di utilizzo e flessibilità applicativa delle postazioni di lavoro, per consentire la massima fruibilità agli operatori sanitari anche se dotati di un limitato background informatico.

PIANO INVESTIMENTI GENERALE 2016-2018 - ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti												
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. PRIO-	ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO			
				2016	2017	2018			1	2	3	FINANZIAMENTO
Potenziamento rete di Diagnostica Senologica												
1	P.O. "G. BERNABEO" di ORTONA	ACQUISTO MAMMOGRAFO TRIDIMENSIONALE PER TOMOSINTESI	€ 230.000,00	€ 0,00	€ 230.000,00	€ 0,00					COSTO COMPRENSIVO DEI LAVORI DI INSTALLAZIONE	
2	P.O. "G. BERNABEO" di ORTONA	ACQUISTO SISTEMA PER BIOPSIE MAMMARIE VUOTO ASSISTITO	€ 220.000,00	€ 220.000,00	€ 0,00	€ 0,00			Capitolato tecnico in via di definizione			
3	P.O. "G. BERNABEO" di ORTONA	ACQUISTO ECOGRAFO	€ 90.000,00	€ 90.000,00	€ 0,00	€ 0,00			Capitolato tecnico in via di definizione			
4	P.O. di ATESSA	ACQUISTO MAMMOGRAFO	€ 160.000,00	€ 160.000,00	€ 0,00	€ 0,00					COSTO COMPRENSIVO DEI LAVORI DI INSTALLAZIONE	
5	P.O. di VASTO	ACQUISTO MAMMOGRAFO	€ 160.000,00	€ 160.000,00	€ 0,00	€ 0,00					COSTO COMPRENSIVO DEI LAVORI DI INSTALLAZIONE	
TOTALE			€ 860.000,00	€ 630.000,00	€ 230.000,00	€ 0,00						
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. PRIO-	ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO			
				2016	2017	2018			1	2	3	FINANZIAMENTO
Potenziamento Ostetricia e Ginecologia Chieti, Ortona e Lanciano												
1	P.O. "G. BERNABEO" di ORTONA	ACQUISTO COLONNA PER ISTEROSCOPIA	€ 45.000,00	€ 45.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
2	P.O. "G. BERNABEO" di ORTONA	ACQUISTO COLONNA PER LAPAROSCOPIA	€ 85.000,00	€ 85.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
3	P.O. CHIETI	ACQUISTO N. 2 INCUBATRICI DA TRASPORTO	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
4	P.O. "G. Renzetti" di LANCIANO	ACQUISTO N. 1 ECOGRAFO	€ 48.000,00	€ 48.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
5	P.O. "G. Renzetti" di LANCIANO	ACQUISTO N. 1 ECOGRAFO	€ 85.000,00	€ 0,00	€ 85.000,00	€ 0,00						
TOTALE			€ 293.000,00	€ 208.000,00	€ 85.000,00	€ 0,00						
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. PRIO-	ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO			
				2016	2017	2018			1	2	3	FINANZIAMENTO
Potenziamento Clinica Oftalmologica												
1	P.O. CHIETI	Simulatore chirurgico oftalmico	€ 350.000,00	€ 350.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
2	P.O. CHIETI	Oftalmoscopio a scansione cofocale	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
3	P.O. CHIETI	Modulo cornea Rostock	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
4	P.O. CHIETI	Sistema integrato angiografo/OCT	€ 183.000,00	€ 183.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
5	P.O. CHIETI	Ecografo oftalmico	€ 73.000,00	€ 73.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
6	P.O. CHIETI	Aggiornamento tomografo HRT	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione			
TOTALE			€ 696.000,00	€ 696.000,00	€ 0,00	€ 0,00						
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. PRIO-	ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO			
				2016	2017	2018			1	2	3	FINANZIAMENTO
Potenziamento Diagnostica x Immagini												
1	P.O. VASTO	ACQUISTO TAC 64s	€ 550.000,00	€ 550.000,00	€ 0,00	€ 0,00			in acquisizione		COSTO COMPRENSIVO DEI LAVORI DI INSTALLAZIONE	
2	P.O. VASTO	ACQUISTO RMN 1,5T	€ 1.400.000,00	€ 0,00	€ 1.400.000,00	€ 0,00						
3	P.O. LANCIANO	ACQUISTO TAC 64s	€ 550.000,00	€ 0,00	€ 550.000,00	€ 0,00			Capitolato tecnico in via di definizione		COSTO COMPRENSIVO DEI LAVORI DI INSTALLAZIONE	
4	P.O. LANCIANO	ACQUISTO GAMMACAMERA	€ 600.000,00	€ 600.000,00	€ 0,00	€ 0,00			Capitolato tecnico in via di definizione		COSTO COMPRENSIVO DEI LAVORI DI INSTALLAZIONE	
5	P.O. CHIETI	ACQUISTO N. 2 ACCELERATORI LINEARI	€ 6.500.000,00	€ 3.250.000,00	€ 3.250.000,00	€ 0,00			Capitolato tecnico in via di definizione		COSTO COMPRENSIVO DEI LAVORI DI INSTALLAZIONE	
6	P.O. CHIETI	ACQUISTO PET-TAC	€ 3.700.000,00	€ 0,00	€ 3.700.000,00	€ 0,00			Capitolato tecnico in via di definizione		COSTO COMPRENSIVO DEI LAVORI DI INSTALLAZIONE	
7	P.O. CHIETI	ACQUISTO RMN 1,5T	€ 1.400.000,00	€ 1.400.000,00	€ 0,00	€ 0,00			Capitolato tecnico in via di definizione		COSTO COMPRENSIVO DEI LAVORI DI INSTALLAZIONE	
8	P.O. CHIETI	ACQUISTO N. 2 ANGIOGRAFI PALAZZINA "CORPO M"	€ 1.730.924,36	€ 1.730.924,36	€ 0,00	€ 0,00			Delibera n. 800 del 11/05/2015		In fase di installazione, fine lavori: febbraio 2016	
TOTALE			€ 16.430.924,36	€ 7.530.924,36	€ 8.900.000,00	€ 0,00						

PIANO INVESTIMENTI GENERALE 2016-2018 - ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti											
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. Prio-			ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO
				2016	2017	2018	1	2	3		FINANZIAMENTO
E	Adeguamento strutture di degenza										
1	P.O. CHIETI	ATTREZZATURE SANITARIE PER REALIZZAZIONE DEGENZE NUMERO 28 POSTI LETTO	€ 200.000,00	€ 200.000,00	0,00	0,00	X			Capitolato tecnico in via di definizione	
2	P.O. CHIETI	ACQUISTO ARREDI ED ATTREZZATURE	€ 200.000,00	€ 200.000,00	0,00	0,00	X			Capitolato tecnico in via di definizione	
3	P.O. ORTONA	ATTREZZATURE SANITARIE PER REALIZZAZIONE DEGENZE NUMERO 11 POSTI LETTO	€ 50.000,00	€ 50.000,00	0,00	0,00	X			Capitolato tecnico in via di definizione	
TOTALE			€ 450.000,00	€ 450.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. Prio-			ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO
F	Progettazione e allestimenti sistemi di Telemedicina intraospedalieri e territoriali										
1	ASL2	ACQUISIZIONE n. 50 ECG E n. 5 SERVER	€ 336.000,00	€ 240.000,00	48.000,00	48.000,00				Capitolato tecnico in via di definizione	
2	ASL2	TELEMONITORAGGIO PER n. 16 AMBULANZE	€ 288.000,00	€ 0,00	240.000,00	48.000,00				Capitolato tecnico in via di definizione	
3	ASL2	TELERILEVAZIONE A DOMICILIO DEL PAZIENTE FRAGILE/DIABETICO	€ 720.000,00	€ 240.000,00	240.000,00	240.000,00				Capitolato tecnico in via di definizione	
4	ASL2	ADEGUAMENTO TECNOLOGICO DSB/INOD	€ 720.000,00	€ 240.000,00	240.000,00	240.000,00				Capitolato tecnico in via di definizione	
TOTALE			€ 2.064.000,00	€ 720.000,00	€ 768.000,00	€ 576.000,00					
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. Prio-			ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO
G1	Listo di Attesa Delibera 1281 del 29/11/2010										
1	ORTONA	N. 01 ECOCOLORDOPPLER + N. 01 VENTILATORE PORTATILE	€ 70.000,00	€ 70.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
2	VASTO	N. 1 EEG DIGITALE + N. 1 TELECAMERA TRICAM STORZ + N. 1 FONTE LUCE FREDDA	€ 52.000,00	€ 52.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
TOTALE			€ 122.000,00	€ 122.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. Prio-			ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO
G2	Listo di Attesa Delibera 405 del 26/04/2011										
1	CHIETI	N. 1 VERIQC + N. 1 MONITOR PORTATILE + N. 1 ECOGRAFO	€ 180.000,00	€ 180.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
2	ORTONA	N. 1 MICROSCOPIO + N. 1 TRAPANO B.O. + N. 1 EEG PEDIATRICO + N. 1 AGGIORNAMENTO ECT ESAOTE	€ 59.000,00	€ 59.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
3	VASTO	N. 1 PULSOSSIMETRO + N.1 MONITOR COLONNA ENDO + N.2 RIUNITO ORL + N. 1 STIMOLATORE CALORICO BITERMICO + N. 1 VIDEONISTAGMOSCOPIO + N.1 CARRELLO EMERGENZE + N. 4 MONITOR PER OBI + N.1 MMP + N. 1 V.CISTOSCOPIO + N. 1 URETERORENOSCOPIO	€ 107.000,00	€ 107.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
4	ATESSA	N. 1 SISTEMA AD ALTA DEFINIZIONE + N. 1 EGA + N. 1 SISTEMA PER ERGOMETRIA + N. 1 ECT PORTATILE + N. 1 RX DIGITALE TORACE + N. 1 BANCONC MEDICALE	€ 124.000,00	€ 124.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
5	LANCIANO	N. 1 STRUMENTARIO PER LAPAROSCOPIA + N. 2 MMP + N. 1 CPAP + N.1 TRAPANO SPARAFILI	€ 80.000,00	€ 80.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
TOTALE			€ 550.000,00	€ 550.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. Prio-			ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO
G3	Listo di Attesa Delibera N. 528 DEL 27/04/2012										
1	CHIETI	N. 1 ROBOT PER MACULOPATIE + N. 1 ORG	€ 350.000,00	€ 350.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
2	LANCIANO	N. 1 POLIGRAFO	€ 80.000,00	€ 80.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
3	LANCIANO	Arredi e attrezzature sanitarie	€ 130.000,00	€ 130.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
TOTALE			€ 560.000,00	€ 560.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
TOTALE COMPLESSIVO LISTE DI ATTESA			€ 1.232.000,00	€ 1.232.000,00	€ 0,00	€ 0,00					

PIANO INVESTIMENTI GENERALE 2016-2018 - ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti											
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. PRIO-			ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO
				2016	2017	2018	1	2	3		FINANZIAMENTO
H1	AEM BASSA- MEDIA TECNOLOGIA DA ACQUISIRE NEL TRIENNIO 2016-2018										
1	LANCIANO	Acquisto AEM bassa-media tecnologia	€ 1.366.000,00	€ 341.500,00	€ 478.100,00	€ 546.400,00					
2	VASTO	Acquisto AEM bassa-media tecnologia	€ 1.108.000,00	€ 277.000,00	€ 387.800,00	€ 443.200,00					
3	CHIETI	Acquisto AEM bassa-media tecnologia	€ 5.705.000,00	€ 1.426.250,00	€ 1.996.750,00	€ 2.282.000,00					
4	ORTONA	Acquisto AEM bassa-media tecnologia	€ 807.000,00	€ 201.750,00	€ 282.450,00	€ 322.800,00					
5	GUARDIAGRELE	Acquisto AEM bassa-media tecnologia	€ 55.000,00	€ 55.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
6	P.T.A. +DSB+SEDI EXTRA PP.OO	Acquisto AEM bassa-media tecnologia	€ 1.168.000,00	€ 292.000,00	€ 408.800,00	€ 467.200,00					
7	ATESSA	Acquisto AEM bassa-media tecnologia	€ 575.000,00	€ 143.750,00	€ 201.250,00	€ 230.000,00					
TOTALE			€ 10.784.000,00	€ 2.737.250,00	€ 3.755.150,00	€ 4.291.600,00					
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO IVA INCLUSA	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in € IVA 22% INCLUSA			ORD. PRIO-			ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO
				2016	2017	2018	1	2	3		FINANZIAMENTO
H2	AEM MEDIA-ALTA TECNOLOGIA DA ACQUISIRE NEL TRIENNIO 2016-2018										
1	LANCIANO	Acquisto AEM media-alta tecnologia	€ 220.000,00	€ 55.000,00	€ 165.000,00	€ 0,00					
2	VASTO	Acquisto AEM media-alta tecnologia	€ 160.000,00	€ 160.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
3	CHIETI	Acquisto AEM media-alta tecnologia	€ 5.130.000,00	€ 1.282.500,00	€ 1.795.500,00	€ 2.052.000,00					
4	ORTONA	Acquisto AEM media-alta tecnologia	€ 366.000,00	€ 91.500,00	€ 128.100,00	€ 146.400,00					
5	GUARDIAGRELE	Acquisto AEM media-alta tecnologia	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00					
6	P.T.A. +DSB+SEDI EXTRA PP.OO	Acquisto AEM media-alta tecnologia	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
7	CHIETI	Acquisto Litotritore	€ 700.000,00	€ 0,00	€ 700.000,00	€ 0,00					
8	CHIETI	Sistema di monitoraggio per Cardiologie	€ 250.000,00	€ 250.000,00	€ 0,00	€ 0,00					
9	ATESSA	Acquisto AEM media-alta tecnologia	€ 190.000,00	€ 70.000,00	€ 120.000,00	€ 0,00					
TOTALE			€ 7.166.000,00	€ 2.059.000,00	€ 2.908.600,00	€ 2.198.400,00					
TOTALE COMPLESSIVO AEM BASSA MEDIA E ALTA			€ 17.950.000,00	€ 4.796.250,00	€ 6.663.750,00	€ 6.490.000,00					

12. Sostenibilità delle manovre e previsioni economiche

L'Azienda, negli anni 2016-2018, pertanto gestirà l'attività perseguendo l'obiettivo principale di integrare costantemente le attività del Governo Economico e le attività del Governo Clinico-Organizzativo.

Le azioni di miglioramento/adeguamento riportate nel piano sono volte a garantire "l'appropriatezza" da un lato oltre che la sostenibilità economica dall'altro, e rappresentano il fondamento delle seguenti previsioni/manovre di seguito riportate in ottemperanza del DCA 104 del 19/11/2015.

Voci Ce POA		Triennio 2016 - 2018				
		Tendenziale 16	Manovra 16	Programmatico 16	Programmatico 17	Programmatico 18
B1	Personale	241.120	- 1.445	239.675	238.293	238.363
B2	Prodotti Farmaceutici e emoderivati	64.433	- 250	64.183	66.704	69.042
B3	altri beni e servizi	133.415	- 1.770	131.645	131.645	131.645
B3.1	Dispositivi medici (Altri beni sanitari)		- 3.062			
B3.3a.3	Lavanderia		- 300			
B3.3a.1	Pulizia		- 330			
B3.3a.3	Mensa		- 100			
B3.3a.1	Riscaldamento		- 350			
B3.3a.3	Servizi di assistenza informatica		- 90			
B3.3a.1	Smaltimento rifiuti		- 99			
B3.3b	Utenze		- 200			
B3.3e	Assicurazione		- 511			
B3.3a.2	Manutenzioni		- 920			
B3.3f	altri servizi sanitari e non		- 610			
B4	Ammortamenti e costi capitalizzati	1.907		1.907	1.907	1.907
B5	Accantonamenti	11.479		11.479	11.479	11.479
B6	Variazione rimanenze	1.318		1.318	1.318	1.318
B	totale costi interni	453.672	- 3.465	450.207	451.344	453.752
C1	Medicina di base	47.121	- 1.600	45.521	45.521	45.521
C2	Farmaceutica Convenzionata	71.857	- 980	70.877	70.907	70.937
C3	Prestazioni da privato	115.452		115.452	117.812	120.607
C	Totale Costi esterni	234.430	- 2.580	231.850	234.240	237.065

E' opportuno evidenziare che nella voce "altri beni e servizi" la manovra di -1.770€ ha come obiettivo di garantire il valore richiesto dai programmatici regionali per il periodo 2016-18.

In merito alle voci "Medicina di Base" e "Farmaceutica Convenzionata", seppur non espressamente richieste manovre nel DCA 104 del 19/11/2015, considerati i risultati del III CE 2015, si è ritenuto opportuno, al fine di rispettare quanto previsto (€ 45.521 e € 70.877), adeguare i valori del Tendenziale 16 evidenziando gli importi delle manovre come descritte in precedenza.

12.1 Bilancio Programmatico 2016-2018

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE 2
LANCIANO – VASTO – CHIETI



BILANCIO PLURIENNALE 2016-2018

CONTO ECONOMICO			
SCHEMA DI BILANCIO	Programmatico 2016	Programmatico 2017	Programmatico 2018
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio	689.966.199	689.966.199	689.966.199
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	689.047.448	689.047.448	689.047.448
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	918.751	918.751	918.751
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	382.000	382.000	382.000
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura L.F.1	-	-	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di apertura extra L.F.1	-	-	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-
5) Contributi da agende sanitarie pubbliche (extra fondo)	67.851	67.851	67.851
6) Contributi da altre soggetti pubblici	468.899	468.899	468.899
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	-	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-
3) da Regione e altre soggetti pubblici	-	-	-
4) da privati	-	-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-	-
2) Retifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-8.802.060	-8.802.060	-8.802.060
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	30.479.476	30.066.784	30.066.784
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	86.965.954	86.965.954	86.965.954
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	80.502.814	80.502.814	80.502.814
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	3.733.855	3.733.855	3.733.855
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.729.286	2.729.286	2.729.286
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	4.972.467	4.972.467	4.972.467
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	11.963.974	11.963.974	11.963.974
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	11.128.000	11.128.000	11.128.000
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	899.312	899.312	899.312
Totale A)	827.573.322	807.160.630	807.160.630
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
1) Acquisti di beni	120.934.803	123.455.803	125.793.803
a) Acquisti di beni sanitari	117.620.263	120.141.263	122.479.263
b) Acquisti di beni non sanitari	3.314.541	3.314.541	3.314.541
2) Acquisti di servizi sanitari	338.357.963	340.747.963	343.372.963
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	45.976.410	45.976.410	45.976.410
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	72.568.872	72.598.872	72.628.872
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	27.871.094	27.871.094	27.871.094
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	26.368.241	27.068.241	27.068.241
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	1.778.708	1.778.708	1.778.708
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	9.215.988	9.215.988	9.215.988
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	101.972.239	103.232.239	105.592.239
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	9.898.015	9.898.015	9.898.015
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	7.537.541	7.537.541	7.537.541
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.060.202	1.060.202	1.060.202
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	3.965.405	3.965.405	3.965.405
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	20.010.955	20.410.955	20.845.955
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	3.645.060	3.645.060	3.645.060
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	675.581	675.581	675.581
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	5.530.396	5.530.396	5.530.396
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	283.256	283.256	283.256
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	52.066.381	52.066.381	52.066.381
a) Servizi non sanitari	47.089.603	47.089.603	47.089.603
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	4.317.552	4.317.552	4.317.552
c) Formazione	659.226	659.226	659.226

CONTO ECONOMICO			
SCHEMA DI BILANCIO	Programmatico 2016	Programmatico 2017	Programmatico 2018
4) Manutenzione e riparazione	15.522.759	15.522.759	15.522.759
5) Godimento di beni di terzi	6.070.805	6.070.805	6.070.805
6) Costi del personale	234.034.623	232.702.623	232.772.623
a) Personale dirigente medico	95.694.267	95.109.267	95.150.267
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	6.656.831	6.629.831	6.631.831
c) Personale comparto ruolo sanitario	95.384.739	95.006.739	95.033.739
d) Personale dirigente altri ruoli	2.094.748	2.085.748	2.085.748
e) Personale comparto altri ruoli	34.254.037	33.871.037	33.871.037
7) Oneri diversi di gestione	2.426.458	2.426.458	2.426.458
8) Ammortamenti	13.035.011	13.035.011	13.035.011
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	24.255	24.255	24.255
b) Ammortamenti dei fabbricati	7.563.169	7.563.169	7.563.169
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	5.447.587	5.447.587	5.447.587
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	1.317.166	1.317.166	1.317.166
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	1.486.647	1.486.647	1.486.647
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-169.480	-169.480	-169.480
11) Accantonamenti	21.546.958	21.546.958	21.546.958
a) Accantonamenti per rischi	7.866.667	7.866.667	7.866.667
b) Accantonamenti per premio operosità	328.000	328.000	328.000
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	10.067.476	10.067.476	10.067.476
d) Altri accantonamenti	3.284.815	3.284.815	3.284.815
Totale B)	895.362.925	898.891.925	814.124.925
DIFF. TRA VALORI E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	22.210.397	-1.731.295	-6.964.295
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	84	84	84
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	290.736	290.736	290.736
Totale C)	-290.652	-290.652	-290.652
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
1) Rivalutazioni	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-
Totale D)	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			
1) Proventi straordinari	0	0	0
a) Plusvalenze	-	-	-
b) Altri proventi straordinari	0	0	0
2) Oneri straordinari	1.461.836	1.461.836	1.461.836
a) Minusvalenze	-	-	-
b) Altri oneri straordinari	1.461.836	1.461.836	1.461.836
Totale E)	-1.461.836	-1.461.836	-1.461.836
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A+B+C+D+E)	20.457.908	-3.483.764	-8.716.784
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
1) IRAP	17.233.579	17.135.579	17.140.579
a) IRAP relativa a personale dipendente	16.186.840	16.088.840	16.093.840
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	793.419	793.419	793.419
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	253.319	253.319	253.319
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-
2) IRES	259.099	259.099	259.099
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-
Totale Y)	17.492.677	17.394.677	17.399.677
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	2.965.231	-20.878.461	-26.116.461

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE 2
LANCIANO – VASTO – CHIETI



SCHEMA AGGEREGATO
PROGRAMMA OPERATIVO
2016-2018

Schema Aggregato Programma Operativo

ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

CONTO ECONOMICO		€(000)	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017	Tendenziale 2018	Manovre 2018	Programmatico 2018
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto		678.980	0	678.980	678.980	0	678.980	678.980	0	678.980
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato		10.067	0	10.067	10.067	0	10.067	10.067	0	10.067
A1	Contributi F.S.R.		689.047	0	689.047	689.047	0	689.047	689.047	0	689.047
A2.1a	Ricavi mobilità in compensazione infra		48.753	0	48.753	48.753	0	48.753	48.753	0	48.753
A2.1b	Costi mobilità in compensazione infra		44.792	0	44.792	44.792	0	44.792	44.792	0	44.792
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra		3.961	0	3.961	3.961	0	3.961	3.961	0	3.961
A2.2a	Ricavi mobilità non in compensazione infra		7.100	0	7.100	7.100	0	7.100	7.100	0	7.100
A2.2b	Costi mobilità non in compensazione infra		6.427	0	6.427	6.427	0	6.427	6.427	0	6.427
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra		673	0	673	673	0	673	673	0	673
A2.3a	Ricavi mobilità in compensazione extra		4.634	0	4.634	4.634	0	4.634	4.634	0	4.634
A2.3b	Costi mobilità in compensazione extra		24.649	0	24.649	24.649	0	24.649	24.649	0	24.649
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra		45.986	0	45.986	45.986	0	45.986	45.986	0	45.986
A2.4a	Ricavi mobilità non in compensazione extra		-21.337	0	-21.337	-21.337	0	-21.337	-21.337	0	-21.337
A2.4b	Costi mobilità non in compensazione extra		202	0	202	202	0	202	202	0	202
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra		-202	0	-202	-202	0	-202	-202	0	-202
A2.5a	Ricavi infragruppo regionali		-21.539	0	-21.539	-21.539	0	-21.539	-21.539	0	-21.539
A2.5b	Costi infragruppo regionali		76	0	76	76	0	76	76	0	76
A2.5	Saldo infragruppo regionale		1.461	0	1.461	1.461	0	1.461	1.461	0	1.461
A2	Saldo Mobilità		-1.385	0	-1.385	-1.385	0	-1.385	-1.385	0	-1.385
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero		-18.290	0	-18.290	-18.290	0	-18.290	-18.290	0	-18.290
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma		382	0	382	382	0	382	382	0	382
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro		469	0	469	469	0	469	469	0	469
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici		851	0	851	851	0	851	851	0	851
A3.2	Ticket		11.964	0	11.964	11.964	0	11.964	11.964	0	11.964
A3.3	Altre Entrate Proprie		8.601	0	8.601	8.601	0	8.601	8.601	0	8.601
A3	Entrate Proprie		21.416	0	21.416	21.416	0	21.416	21.416	0	21.416
A4.1	Ricavi Intramoenia		3.726	0	3.726	3.726	0	3.726	3.726	0	3.726
A4.2	Costi Intramoenia		3.645	0	3.645	3.645	0	3.645	3.645	0	3.645
A4	Saldo Intramoenia		81	0	81	81	0	81	81	0	81
A5.1	Retifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti		-8.802	0	-8.802	-8.802	0	-8.802	-8.802	0	-8.802
A5.2	Retifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti		0	0	0	0	0	0	0	0	0
A5	Retifica contributi d'esercizio per destinazione ad investimenti		-8.802	0	-8.802	-8.802	0	-8.802	-8.802	0	-8.802
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti		13.945	16.534	30.479	10.067	10.067	10.067	10.067	10.067	10.067
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso		10.067	0	10.067	10.067	0	10.067	10.067	0	10.067
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati		3.878	16.534	20.412	0	0	0	0	0	0
A	Totale Ricavi Netti		687.330	16.534	703.864	683.452	-	683.452	683.452	-	683.452
B1.1a.1	Personale Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato		190.510	-1.053	189.457	190.510	-2.043	188.467	190.510	1.973	188.537
B1.1a.2	Personale Sanitario - Dipendente - Tempo determinato		8.239	0	8.239	8.239	0	8.239	8.239	0	8.239
B1.1a.3	Personale Sanitario - Dipendente - Altro		40	0	40	40	0	40	40	0	40

Schema Aggregato Programma Operativo

ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

CONTO ECONOMICO		€000	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017	Tendenziale 2018	Manovre 2018	Programmatico 2018
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente	198.789	198.789	-1.053	197.736	198.789	-2.043	196.746	198.789	-1.973	196.816
B1.1b	Personale Sanitario - Non Dipendente	2.770	2.770	0	2.770	2.770	0	2.770	2.770	0	2.770
B1.1	Personale Sanitario	201.559	201.559	-1.053	200.506	201.559	-2.043	199.516	201.559	-1.973	199.586
B1.2a.1	Personale Non Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato	36.135	36.135	-392	35.743	36.135	-784	35.351	36.135	-784	35.351
B1.2a.2	Personale Non Sanitario - Dipendente - Tempo determinato	575	575	0	575	575	0	575	575	0	575
B1.2a.3	Personale Non Sanitario - Dipendente - Altro	29	29	0	29	29	0	29	29	0	29
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente	36.739	36.739	-392	36.347	36.739	-784	35.955	36.739	-784	35.955
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente	2.822	2.822	0	2.822	2.822	0	2.822	2.822	0	2.822
B1.2	Personale Non Sanitario	39.561	39.561	-392	39.169	39.561	-784	38.777	39.561	-784	38.777
B1	Personale	241.120	241.120	-1.445	239.675	241.120	-2.827	238.293	241.120	-2.757	238.363
B2.1	Prodotti Farmaceutici con AIC	63.896	63.896	-200	63.696	66.696	-1.000	65.696	69.696	-1.900	67.796
B2.2	Prodotti Farmaceutici senza AIC	537	537	-50	487	1.132	-124	1.008	1.347	-101	1.246
B2.3	Emoderivati	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	64.433	64.433	-250	64.183	67.828	-1.124	66.704	71.043	-2.001	69.042
B3.1a	Sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B3.1b	Dispositivi medici	35.814	35.814	-2.462	33.352	33.352	0	33.352	33.352	0	33.352
B3.1c	Dispositivi medici impiantabili attivi	21	21	0	21	21	0	21	21	0	21
B3.1d	Dispositivi medici diagnostici in vitro (IVD)	16.429	16.429	-600	15.829	15.829	0	15.829	15.829	0	15.829
B3.1e	Altri beni sanitari	3.450	3.450	0	3.450	3.450	0	3.450	3.450	0	3.450
B3.1	Altri Beni Sanitari	55.714	55.714	-3.062	52.652	52.652	0	52.652	52.652	0	52.652
B3.2	Beni Non Sanitari	3.315	3.315	0	3.315	3.315	0	3.315	3.315	0	3.315
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento Rifiuti	11.537	11.537	581	12.118	12.118	0	12.118	12.118	0	12.118
B3.3a.2	Mantenimento e riparazioni	14.603	14.603	920	15.523	15.523	0	15.523	15.523	0	15.523
B3.3a.3	Altri servizi appalti	6.298	6.298	-310	5.988	5.988	0	5.988	5.988	0	5.988
B3.3a	Servizi appalti	32.438	32.438	1.191	33.629	33.629	0	33.629	33.629	0	33.629
B3.3b	Servizi Utenze	9.689	9.689	200	9.889	9.889	0	9.889	9.889	0	9.889
B3.3c.1	Consulenze - Personale Non Dipendente Sanitario	2.760	2.760	0	2.760	2.760	0	2.760	2.760	0	2.760
B3.3c.2	Consulenze - Personale Non Dipendente Non Sanitario	1.496	1.496	0	1.496	1.496	0	1.496	1.496	0	1.496
B3.3c	Consulenze	4.256	4.256	0	4.256	4.256	0	4.256	4.256	0	4.256
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	675	675	0	675	675	0	675	675	0	675
B3.3e	Premi di Assicurazione	6.255	6.255	511	6.766	6.766	0	6.766	6.766	0	6.766
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	15.003	15.003	-610	14.393	14.393	0	14.393	14.393	0	14.393
B3.3g	Godimento Beni Di Terzi	6.070	6.070	0	6.070	6.070	0	6.070	6.070	0	6.070
B3.3	Servizi	74.386	74.386	1.292	75.678	75.678	0	75.678	75.678	0	75.678
B3	Altri Beni E Servizi	133.415	133.415	-1.770	131.645	131.645	0	131.645	131.645	0	131.645

cap AD Ce

AD

Schema Aggregato Programma Operativo

ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

CONTO ECONOMICO		€000	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017	Tendenziale 2018	Manovre 2018	Programmatico 2018
B4.1	Ammortamenti e Sterilizzazioni	0	1.907	0	1.907	1.907	0	1.907	1.907	0	1.907
B4.2	Costi Sostegni in Economia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	0	1.907	0	1.907	1.907	0	1.907	1.907	0	1.907
B5.1a	Accantonamenti per emesse civili e oneri processuali	0	4.401	0	4.401	4.401	0	4.401	4.401	0	4.401
B5.1b	Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	0	613	0	613	613	0	613	613	0	613
B5.1c	Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1d	Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (Autoassicurazione)	0	2.852	0	2.852	2.852	0	2.852	2.852	0	2.852
B5.1e	Altri accantonamenti per rischi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1	Accantonamenti Rischi	0	7.866	0	7.866	7.866	0	7.866	7.866	0	7.866
B5.2	Accantonamenti Sumai (+TFR)	0	328	0	328	328	0	328	328	0	328
B5.3a	Accantonamenti Rinnovi convenzioni MMG/PLS/NICA	0	375	0	375	375	0	375	375	0	375
B5.3b	Accantonamenti Rinnovi convenzioni Medici Sunni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.3c	Accantonamenti Rinnovi contrattuali: dirigenza medica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.3d	Accantonamenti Rinnovi contrattuali: dirigenza non medica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.3e	Accantonamenti Rinnovi contrattuali: compario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.3	Accantonamenti per Rinnovi contrattuali	0	375	0	375	375	0	375	375	0	375
B5.4	Accantonamenti per Interessi di Mor	0	1.508	0	1.508	1.508	0	1.508	1.508	0	1.508
B5.5	Altri Accantonamenti	0	1.402	0	1.402	1.402	0	1.402	1.402	0	1.402
B5	Accantonamenti	0	11.479	0	11.479	11.479	0	11.479	11.479	0	11.479
B6.1	Variazione Rimanenze Sanitarie	0	1.487	0	1.487	1.487	0	1.487	1.487	0	1.487
B6.2	Variazione Rimanenze Non Sanitarie	0	-169	0	-169	-169	0	-169	-169	0	-169
B6	Variazione Rimanenze	0	1.318	0	1.318	1.318	0	1.318	1.318	0	1.318
B	Totale Costi Interni	-	453.672	-	450.207	455.297	-	451.346	458.512	-	453.754
C1	Medicina Di Base	-	47.121	-	45.521	45.521	0	45.521	45.521	0	45.521
C2	Farmaceutici Convenzionati	-	71.857	-	70.877	70.877	0	70.877	70.877	0	70.877
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliere	-	34.731	-	34.731	35.991	0	35.991	38.351	0	38.351
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	-	11.248	-	11.248	11.248	0	11.248	11.248	0	11.248
C3.2b	Prestazioni da Summisti	-	5.024	-	5.024	5.024	0	5.024	5.024	0	5.024
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	-	16.272	-	16.272	16.272	0	16.272	16.272	0	16.272
C3.3	Prestazioni da Privato - Ribilanzione Extra Ospedaliere	-	23.697	-	23.697	24.397	0	24.397	24.397	0	24.397
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	-	3.560	-	3.560	3.560	0	3.560	3.560	0	3.560
C3.4b.1	Assistenza Integrativa da Privato	-	1.779	-	1.779	1.779	0	1.779	1.779	0	1.779
C3.4b.2	Assistenza Protetta da Privato	-	9.208	-	9.208	9.208	0	9.208	9.208	0	9.208
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protetta da Privato	-	10.987	-	10.987	10.987	0	10.987	10.987	0	10.987
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	-	7.271	-	7.271	7.271	0	7.271	7.271	0	7.271
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e Fie F da Privato	-	0	-	0	0	0	0	0	0	0
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	-	0	-	0	0	0	0	0	0	0
C3.4c.4	Prestazioni Socio Sanitarie da Privato	-	18.934	-	18.934	19.334	0	19.334	19.334	0	19.334
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	-	26.205	-	26.205	26.605	0	26.605	27.040	0	27.040
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	-	40.752	-	40.752	41.152	0	41.152	41.587	0	41.587
C3	Prestazioni da Privato	-	115.452	-	115.452	117.812	0	117.812	120.607	0	120.607
C	Totale Costi Esterni	-	234.430	-	231.850	234.240	-	234.240	237.065	-	237.065

Handwritten signatures and initials at the top right of the page.

Handwritten signature at the bottom right of the page.

Schema Aggregato Programma Operativo

ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

CONTO ECONOMICO		€000	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017	Tendenziale 2018	Manovre 2018	Programmatico 2018
D	Totale Costi Operativi (B+C)		688.102	6.045	682.057	689.537	3.951	685.586	695.577	4.758	690.819
E	Margine Operativo (A-D)		772	22.579	21.807	6.085	3.951	2.134	12.125	4.758	7.367
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni		0	0	0	0	0	0	0	0	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria		290	0	290	290	0	290	290	0	290
F3.1	IRAP		17.336	-101	17.235	17.336	-198	17.138	17.336	-193	17.143
F3.2	IRPE		259	0	259	259	0	259	259	0	259
F3.3	Altri Oneri Fiscali		957	100	1.057	1.057	0	1.057	1.057	0	1.057
F3	Oneri Fiscali		18.552	-1	18.551	18.652	-198	18.454	18.652	-193	18.459
F4.1a	Proventi Straordinari		0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.1b	Sopravvenienze Attive		0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.1	Componenti Straordinarie Attive		0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.2a	Oneri Straordinari		0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.2b	Sopravvenienze Passive		0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.2	Componenti Straordinarie Passive		0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4	Saldo Gestione Straordinaria		0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie		18.842	1	18.841	18.942	198	18.744	18.942	193	18.749
G	Risultato Economico (E-F)		19.614	22.580	2.966	25.027	4.149	20.878	31.067	4.951	26.116
H	Risorse Aggiuntive da bilancio regionale a titolo di coperti										
I	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva (G-H)		19.614	22.580	2.966	25.027	4.149	20.878	31.067	4.951	26.116

Handwritten signatures and initials:
 Top right: "eley" and "AC"
 Middle right: "Jky"

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE 2
LANCIANO – VASTO – CHIETI



CONTO ECONOMICO SINTETICO
2016-2018

Dep AD Ca



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE 2
LANCIANO – VASTO – CHIETI



CONTO ECONOMICO PREVENTIVO
2016

CONTO ECONOMICO	
SCHEMA DI BILANCIO	Programmatico 2016
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	
1) Contributi in c/esercizio	689.966.199
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	689.547.448
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	918.751
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - mezzan	382.000
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura L.R.A.	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra L.R.A.	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altre	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	67.851
6) Contributi da altri soggetti pubblici	468.899
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici	-
4) da privato	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-8.802.060
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	30.479.476
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	86.965.954
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	80.502.814
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	3.733.855
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.729.286
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	4.972.467
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	11.963.974
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	11.128.000
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-
9) Altri ricavi e proventi	899.312
Totale A)	827.573.322
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	
1) Acquisti di beni	120.934.503
a) Acquisti di beni sanitari	117.620.263
b) Acquisti di beni non sanitari	3.314.541
2) Acquisti di servizi sanitari	338.357.963
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	45.976.410
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	72.568.872
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	27.871.094
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	26.368.241
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	1.778.708
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	9.215.988
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	101.972.239
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	9.898.015
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	7.537.541
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.060.202
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	3.965.405
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	20.010.955
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	3.645.060
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	675.581
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	5.530.396
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	283.256
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	52.066.381
a) Servizi non sanitari	47.089.603
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	4.317.552
c) Formazione	659.226

CONTO ECONOMICO	
SCHEMA DI BILANCIO	Programmatico 2016
4) Manutenzione e riparazione	15.522.739
5) Godimento di beni di terzi	6.070.805
6) Costi del personale	234.054.623
a) Personale dirigente medico	95.694.267
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	6.656.811
c) Personale comparto ruolo sanitario	95.384.739
d) Personale dirigente altri ruoli	2.094.748
e) Personale comparto altri ruoli	34.254.037
7) Oneri diversi di gestione	2.426.458
8) Ammortamenti	13.035.011
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	24.255
b) Ammortamenti dei Fabbricati	7.563.169
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	5.447.587
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-
10) Variazione delle rimanenze	1.317.166
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	1.486.647
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-169.480
11) Accantonamenti	21.546.958
a) Accantonamenti per rischi	7.866.667
b) Accantonamenti per premio operosità	328.543
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	10.667.476
d) Altri accantonamenti	3.284.815
Totale B)	505.362.925
DIFE. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	22.210.397
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	84
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	290.736
Totale C)	-290.652
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	
1) Rivalutazioni	-
2) Svalutazioni	-
Totale D)	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	
1) Proventi straordinari	0
a) Plusvalenze	-
b) Altri proventi straordinari	0
2) Oneri straordinari	1.461.836
a) Minusvalenze	-
b) Altri oneri straordinari	1.461.836
Totale E)	-1.461.836
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C-D+E)	20.457.908
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	
1) IRAP	17.233.579
a) IRAP relativa a personale dipendente	16.186.840
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	793.419
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	253.319
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-
2) IRES	259.099
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-
Totale Y)	17.492.677
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	2.965.231




REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE 2
LANCIANO – VASTO – CHIETI



FLUSSI DI CASSA 2016

SCHEMA DI RENDICONTO FINANZIARIO 2014 (Ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 118/2011)

		2016
OPERAZIONI DI GESTIONE REDDITUALE		
(+)	risultato di esercizio	213
	- Voci che non hanno effetto sulla liquidità: costi e ricavi non monetari	
(+)	ammortamenti fabbricati	7.563
(+)	ammortamenti altre immobilizzazioni materiali	5.448
(+)	ammortamenti immobilizzazioni immateriali	24
Ammortamenti		13.035
(-)	Utilizzo finanziamenti per investimenti	-11.128
(-)	Utilizzo fondi riserva: investimenti, incentivi al personale, successioni e donaz., plusvalenze da reinvestire	
Utilizzo contributi in c/capitale e fondi riserva		-11.128
(+)	accantonamenti SUMAI	328
(-)	pagamenti SUMAI	-10
(+)	accantonamenti TFR	
(-)	pagamenti TFR	
- Premio operosità medici SUMAI + TFR		318
(+/-)	Rivalutazioni/svalutazioni di attività finanziarie	0,00
(+)	accantonamenti a fondi svalutazioni	
(-)	utilizzo fondi svalutazioni (*)	
- Fondi svalutazione di attività		0,00
(+)	accantonamenti a fondi per rischi e oneri	10.000
(-)	utilizzo fondi per rischi e oneri	-10.000
- Fondo per rischi ed oneri futuri		0
TOTALE Flusso di CCN della gestione corrente		2.438
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso regione e provincia autonoma, esclusa la variazione relativa a debiti per acquisto di beni strumentali	-90.000
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso comune	0
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso aziende sanitarie pubbliche	0
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso arpa	0
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso fornitori	-40.000
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti tributari	0
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso istituti di previdenza	0
(+)/(-)	aumento/diminuzione altri debiti	0
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti (escl. forn. di immob. e C/C bancari e istituto tesoriere)	-130.000
(+)/(-)	aumento/diminuzione ratei e risconti passivi	-15
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Stato quote indistinte	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Stato quote vincolate	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione per gettito addizionali Irpef e Irap	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione per partecipazioni regioni a Statuto speciale	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - vincolate per partecipazioni regioni a Statuto speciale	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - gettito fiscalità regionale	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - altri contributi extrafondo	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione	-7.000
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Comune	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Asl-Ao	-5.000

SCHEMA DI RENDICONTO FINANZIARIO 2014 (Ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 118/2011)

		2016
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/ARPA	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Erario	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Altri	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento di crediti	-12.015
(+)/(-)	diminuzione/aumento del magazzino	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento di acconti a fornitori per magazzino	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento rimanenze	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento ratei e risconti attivi	
A - Totale operazioni di gestione reddituale		-139.577
ATTIVITA' DI INVESTIMENTO		
(-)	Acquisto costi di impianto e di ampliamento	
(-)	Acquisto costi di ricerca e sviluppo	
(-)	Acquisto Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno	
(-)	Acquisto immobilizzazioni immateriali in corso	
(-)	Acquisto altre immobilizzazioni immateriali	
(-)	Acquisto immobilizzazioni immateriali	0
(+)	Valore netto contabile costi di impianto e di ampliamento dismessi	
(+)	Valore netto contabile costi di ricerca e sviluppo dismessi	
(+)	Valore netto contabile Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno dismessi	
(+)	Valore netto contabile immobilizzazioni immateriali in corso dismesse	
(+)	Valore netto contabile altre immobilizzazioni immateriali dismesse	
(+)	Valore netto contabile Immobilizzazioni Immateriali dismesse	
(-)	Acquisto terreni	
(-)	Acquisto fabbricati	3.000
(-)	Acquisto impianti e macchinari	2.000
(-)	Acquisto attrezzature sanitarie e scientifiche	1.500
(-)	Acquisto mobili e arredi	
(-)	Acquisto automezzi	
(-)	Acquisto altri beni materiali	
(-)	Acquisto Immobilizzazioni Materiali	6.500
(+)	Valore netto contabile terreni dismessi	
(+)	Valore netto contabile fabbricati dismessi	
(+)	Valore netto contabile impianti e macchinari dismessi	
(+)	Valore netto contabile attrezzature sanitarie e scientifiche dismesse	
(+)	Valore netto contabile mobili e arredi dismessi	
(+)	Valore netto contabile automezzi dismessi	
(+)	Valore netto contabile altri beni materiali dismessi	
(+)	Valore netto contabile Immobilizzazioni Materiali dismesse	
(-)	Acquisto crediti finanziari	
(-)	Acquisto titoli	
(-)	Acquisto Immobilizzazioni Finanziarie	
(+)	Valore netto contabile crediti finanziari dismessi	
(+)	Valore netto contabile titoli dismessi	
(+)	Valore netto contabile Immobilizzazioni Finanziarie dismesse	
(+/-)	Aumento/Diminuzione debiti v/fornitori di immobilizzazioni	
B - Totale attività di investimento		6.500
ATTIVITA' DI FINANZIAMENTO		
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Stato (finanziamenti per investimenti)	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (finanziamenti per investimenti)	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (aumento fondo di dotazione)	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (ripiamo perdite)	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti vs Regione (copertura debiti al 31.12.2005)	0
(+)	aumento fondo di dotazione	0
(+)	aumento contributi in c/capitale da regione e da altri	4.000
(+)/(-)	altri aumenti/diminuzioni al patrimonio netto (*)	100.000
(+)/(-)	aumenti/diminuzioni nette contabili al patrimonio netto	104.000
(+)/(-)	aumenti/diminuzione debiti C/C bancari e istituto tesoriere (*)	
(+)	assunzione nuovi mutui (*)	
(-)	mutui quota capitale rimborsata	
C - Totale attività di finanziamento		104.000
FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO (A+B+C+)		-29.077
Delta liquidità tra inizio e fine esercizio (al netto dei conti bancari passivi)		-29.077
Squadratura tra il valore delle disponibilità liquide nello SP e il valore del flusso di cassa complessivo		0

[Handwritten signatures and initials]