



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO–VASTO–CHIETI

Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1668 DEL 29 novembre 2014

Il Direttore Generale

Dott. Francesco Nicola Zavattaro, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 24 del 18 gennaio 2013 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni, di propria iniziativa e di concerto con il Direttore Amministrativo Aziendale e con il Direttore Sanitario Aziendale per quanto di rispettiva competenza, assume il seguente atto avente ad oggetto:

Oggetto: Adozione ed approvazione degli strumenti di programmazione 2015-2017: Piano Strategico, Bilancio pluriennale 2015-2017 e Piano Programmatico di esercizio 2015.

PREMESSO CHE

- con legge Regionale n. 146 del 24/12/1996 e s.m.i. sono state emanate dalla Regione Abruzzo, in attuazione del D.lgs 502/92, nuove norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende Sanitarie;
- l'art. 6 della predetta legge Regionale n. 146/1996 prevede espressamente che "Sono strumenti della programmazione: a) il piano strategico; b) il bilancio pluriennale di previsione; c) il piano programmatico di esercizio;
- i suddetti strumenti di programmazione devono essere redatti coerentemente con quanto prescritto dalla L.R. 146/1996 e dal Dlgs 118/2011 e s.m.i.;
- gli artt. 25 e 26 del D.lgs n.118/2011 prevedono, in particolare che il Piano Programmatico di Esercizio è costituito da 1) Conto economico preventivo; 2) Piano dei flussi di cassa prospettici; 3) Il piano annuale delle dinamiche complessive del personale; 4) Nota illustrativa; 5) Relazione del Direttore Generale; 6) Piano degli investimenti; 7) Relazione del Collegio Sindacale;
- con decreto commissariale n. 84 del 09/10/2013 e s.m.i. è stato approvato il Programma Operativo 2013-2015;

PRESO ATTO del Decreto Commissariale n. 149 del 7 novembre 2014 avente ad oggetto: Indirizzi Regionali per la Redazione degli strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali triennio 2015-2017;

ATTESO che il suddetto Decreto 149/2014 stabilisce che:


1. gli strumenti di Programmazione 2015-2017 delle Aziende Sanitarie regionali dovranno essere predisposti sulla base del Programma Operativo 2013-2015, fermo restando l'obbligo della realizzazione degli interventi previsti nel programma stesso nel periodo ivi indicato e sulla base di quanto evidenziato nell'allegato 1) "Programmazione triennale 2015-2017 delle Aziende Sanitarie Regionali, Indirizzi formulati dai Dirigenti della Direzione Politiche della Salute";
2. le Aziende dovranno effettuare la loro programmazione, per l'annualità 2015, nei limiti dei valori previsti dal Programma Operativo, come riportati nei modelli economici programmatici allegati al Decreto Commissariale n. 91 del 24/10/2013 e, per le annualità 2016-2017, con la sola previsione delle dinamiche tendenziali e degli impatti economici derivanti dalle manovre richieste, garantendo in tal modo il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario;

RITENUTO

- di dover adottare, ai sensi della L.R. 146/96, gli strumenti di programmazione 2015-2017, redatti coerentemente con i citati atti regionali ed in relazione agli attuali assetti organizzativi dell'azienda secondo gli schemi di cui al Dlgs 118/2011 e nei termini di cui ai documenti che si allegano al presente atto quale parte integrante e sostanziale e di seguito tutti meglio esplicitati:
 - a) il piano strategico;
 - b) il bilancio pluriennale di previsione;
 - c) il piano programmatico di esercizio, composto da:
 - 1) Bilancio Economico preventivo annuale costituito da:
 - Conto economico preventivo;
 - Piano dei flussi di cassa prospettici
 - 2) Piano annuale di organizzazione;
 - 3) Il piano annuale delle dinamiche complessive del personale (delibera n. 1495 del 23/10/2013);
 - 4) Nota illustrativa;
 - 5) Relazione del Direttore Generale;
 - 6) Piano degli investimenti (delibera n. 1666 del 28/11/2014);
- di dover riservare a successivi e separati atti l'adozione di eventuali ulteriori provvedimenti attuativi delle manovre descritte negli strumenti di programmazione in corso di approvazione;
- di dover dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile stante l'imminente scadenza prevista dalla richiamata normativa fissata al 30 novembre 2014;

DELIBERA:

per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,

- 
1. di adottare, ai sensi della L.R. 146/96, gli strumenti di programmazione 2015-2017, redatti coerentemente con i citati atti regionali ed in relazione agli attuali assetti organizzativi dell'azienda secondo gli schemi di cui al Dlgs 118/2011 e nei termini di cui ai documenti che si allegano al presente atto quale parte integrante e sostanziale e di seguito tutti meglio esplicitati:

- a) il piano strategico;
- b) il bilancio pluriennale di previsione;
- c) il piano programmatico di esercizio, composto da:
 - 1) Bilancio Economico preventivo annuale composto da:
 - Conto economico preventivo;
 - Piano dei flussi di cassa prospettici
 - 2) Piano annuale di organizzazione;
 - 3) Il piano annuale delle dinamiche complessive del personale (delibera n. 1495 del 23/10/2013);
 - 4) Nota illustrativa;
 - 5) Relazione del Direttore Generale;
 - 6) Piano degli investimenti (delibera n. 1666 del 28/11/2014);

- 2. di riservare a successivi e separati atti l'adozione di eventuali ulteriori provvedimenti attuativi delle manovre descritte negli strumenti di programmazione in corso di approvazione;
- 3. di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile stante l'imminente scadenza prevista dalla richiamata normativa fissata al 30 novembre 2014;
- 4. di disporre che della presente deliberazione venga data pubblicità mediante pubblicazione sul sito on-line dell'Azienda ai sensi del combinato disposto di cui all'art. 32 della legge n. 18 giugno 2009, n. 69 e all'art. 2, comma 5, della legge n. 25 del 26.02.2010;
- 5. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale, al Comitato Ristretto dei Sindaci, alla Direzione Politiche della Salute, all'Ufficio del Commissario ad acta;
- 6. di trasmettere altresì copia del presente atto alle UU.OO. Affari Generali e Legali, Acquisizione di Beni e Servizi e Procedure di Gara ad Evidenza Pubblica, Bilancio e Contabilità, Investimenti e Patrimonio, Ingegneria Clinica, Informatica e Reti, Servizi Economici e Logistici e Governo dei Contratti dei Servizi, Governo Assistenza di Base e Specialistica e Territorio, Direzione Amministrative dei PP.OO., Gestione Magazzini, ai Servizi Farmaceutici ed alle restanti UU. OO. ordinanti;

La presente delibera consta di n. 4 pagine e di n. 10 allegati.

Data 29/11/2014

Il Direttore ff U.O.C. Bilancio e Contabilità
 Dott. Pierluigi Galassi

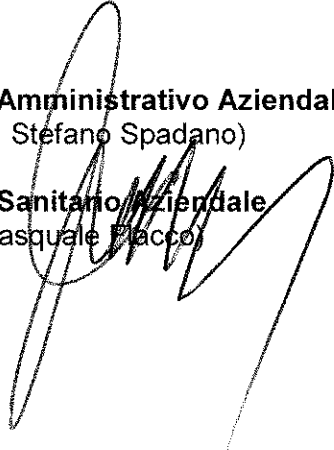


Parere favorevole _____ assente _____

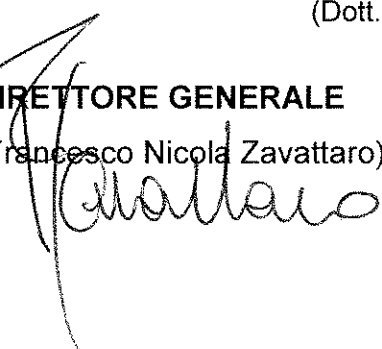
Il Direttore Amministrativo Aziendale
 (Dott. Stefano Spadano)

Parere favorevole _____

Il Direttore Sanitario Aziendale
 (Dott. Pasquale Piacco)



IL DIRETTORE GENERALE
 (Dott. Francesco Nicola Zavattaro)



CONTROLLO DI BUDGET

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto trova sufficiente capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. n..... del bilancio (*anno*)

Il Direttore/Responsabile U.O. _____

Firma _____

RISCONTRO CONTABILE

Si attesta l'esecuzione del riscontro di regolarità contabile e di verifica e/o effettuazione delle scritture contabili anche ai fini della liquidazione e del pagamento.

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Il Direttore e/o Responsabile U.O.

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno

17 DIC. 2014 con prot. n. **67560**

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal decimo giorno successivo alla pubblicazione.

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa per 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile".

Il Funzionario preposto





PIANO STRATEGICO 2015-2017



PIANO STRATEGICO 2015 | 2017



PIANO STRATEGICO 2015 | 2017

Parte I

IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO DEI BISOGNI DI SALUTE



Sommario

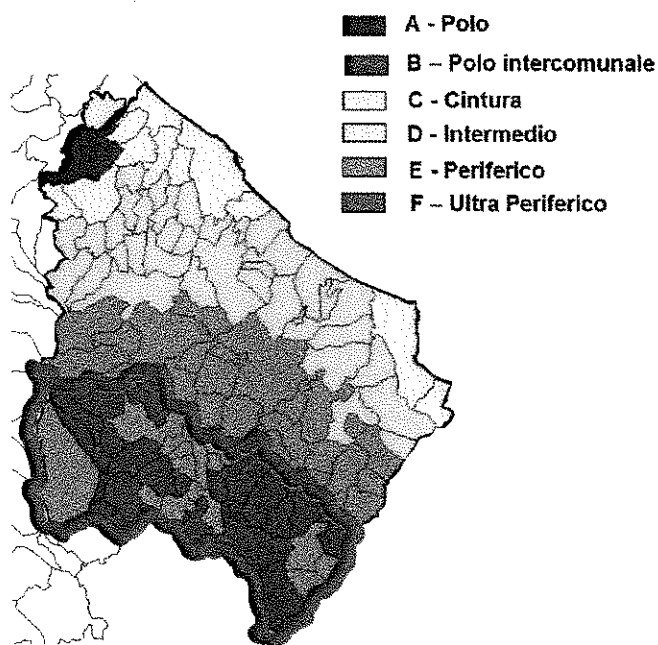
IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO.....	1
DEI BISOGNI DI SALUTE	1
1.1 CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE	3
1.2 AREE INTERNE	6
1.3 SPERANZA DI VITA E INDICE DI VECCHIAIA	6
1.4 CONDIZIONI SOCIO ECONOMICHE	8
1.5 DEPRESSIONE E SVANTAGGIO ECONOMICO.....	11
1.6 MORTALITA'	12
1.7 MALATTIE	15
1.8 FRAGILITA'	26
1.9 QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA.....	34

1.1 | CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

Il **territorio** della Asl Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2588,35 Km² e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani.

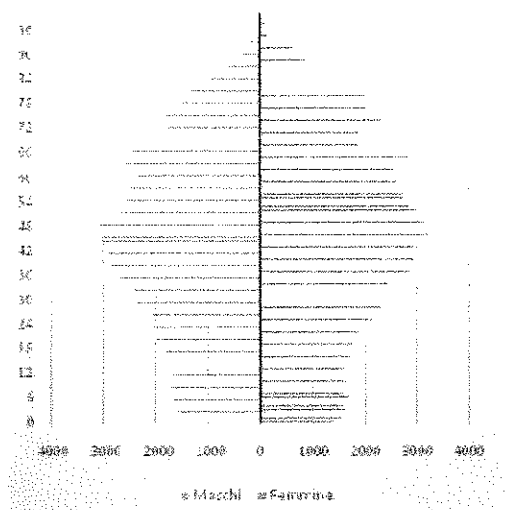
Da un punto di vista geomorfologico l'area presenta un territorio prevalentemente collinare e montano, con un'orografia molto varia: un susseguirsi di valli parallele. Nella parte più settentrionale il paesaggio si presenta più aspro e disabitato, nella parte meridionale, più dolce e ricco di piccoli insediamenti. Il territorio pianeggiante è presente solo in corrispondenza delle valli. All'interno del territorio si trova buona parte del massiccio della Majella (2.793 m.s.l.m.) oltre a molte riserve naturali.

A causa della sua particolare conformazione orografica, il territorio sconta diversi problemi di viabilità, in particolare nelle aree interne, dove i collegamenti stradali restano disagiati, soprattutto nella zona dell'alto Vastese e nel medio Sangro. Questa situazione comporta anche una difficoltà nei collegamenti fra le zone interne (mediamente più povere, meno sviluppate e spesso carenti dal punto di vista dei servizi) e quelle costiere (più sviluppate e con una buona dotazione di servizi alla persona).

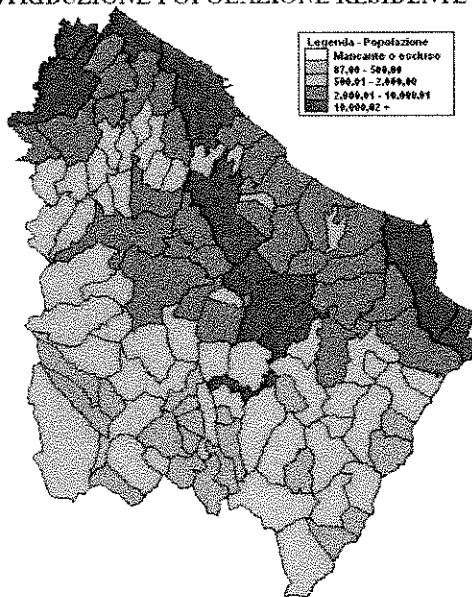


L'Accordo di partenariato 2014-2020 dell'Italia con la Comunità Europea definisce programmi per lo sviluppo delle Aree interne (che in provincia di Chieti comprende 33 comuni dell'Alto Vastese e Sangro Aventino), inseriti all'interno del Programma nazionale deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 8 aprile 2014, recepita dal DGR n. 473 del 15.07.2014 dalla Regione Abruzzo. L'area ha una popolazione pari a 22.568 abitanti e raggruppa n. 33 Comuni di cui 20 ultraperiferici (su un totale di 23 Comuni ultraperiferici a livello regionale) e 9 periferici.

Piramide dell'età in Provincia di Chieti 2014



DISTRIBUZIONE POPOLAZIONE RESIDENTE 2014

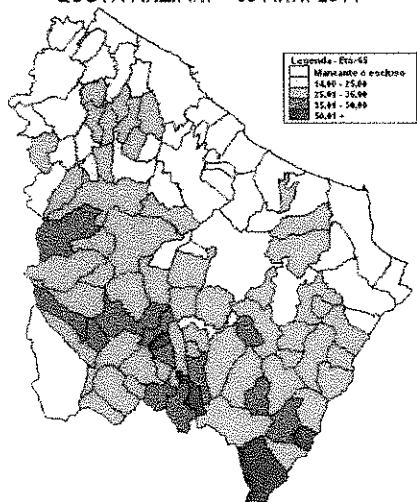


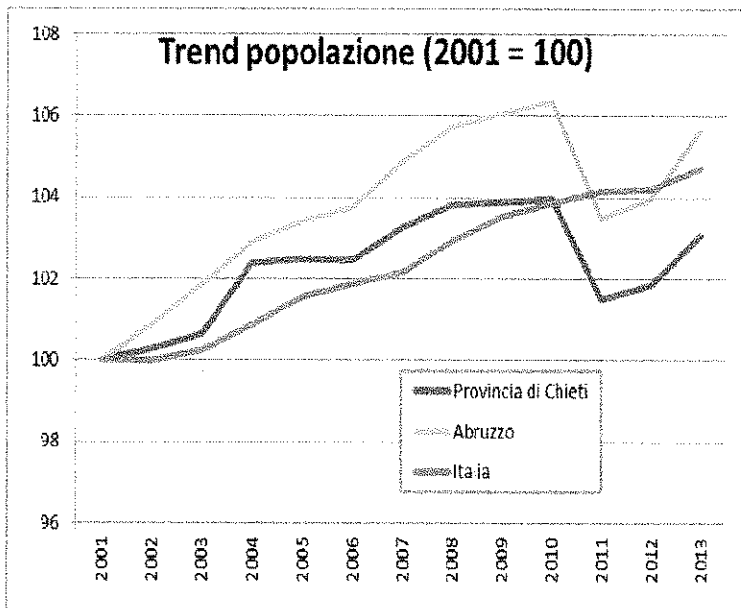
Popolazione residente nella Asl 2 per Distretto e genere (Istat 2014)

Distretto	Femmine	Maschi	Totale
Alto Vastese	8769	8221	16990
Chieti	27557	25006	52563
Francavilla al Mare	28678	27446	56124
Guardiagrele	16762	15894	32656
Lanciano	31837	30106	61943
Ortona	18281	17394	35675
Sangro-Aventino	26732	25604	52336
Vasto-Costa sud	43740	41707	85447
Totale Asl2	202356	191378	393734

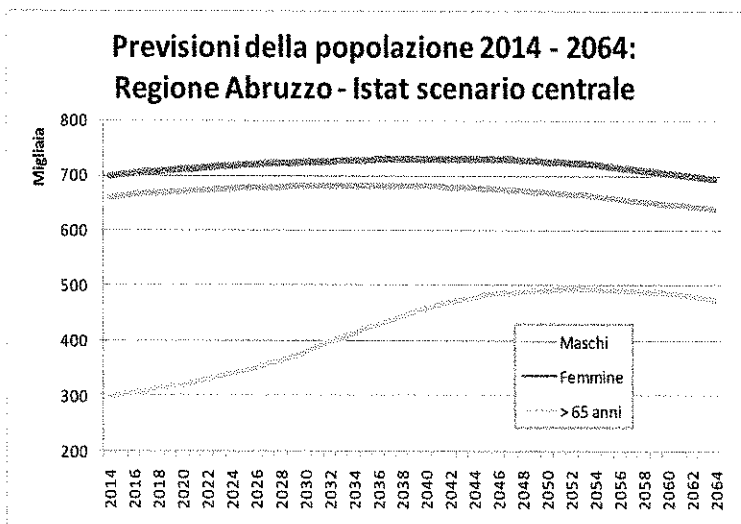
Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 393.734 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2014), per una densità abitativa media di 150,3 ab/kmq. Le figure descrivono la piramide demografica (per genere ed età) e la distribuzione sul territorio provinciale della popolazione, inoltre una tabella con la suddivisione della popolazione negli 8 Distretti in cui è suddivisa geograficamente l'Asl Lanciano-Vasto-Chieti.

QUOTA ANZIANI > 65 ANNI 2014





Le previsioni demografiche dell'Istat sono predisposte utilizzando il modello per componenti di coorte, secondo il quale la popolazione, tenuto conto del naturale processo di avanzamento dell'età, si modifica da un anno al successivo sulla base del saldo naturale (differenza tra nascite e decessi) e del saldo migratorio (differenza tra movimenti migratori in entrata e in uscita). Le previsioni sono articolate secondo tre distinti scenari di oscillazione (ad es. nel 2064 la popolazione residente in Italia attesa è pari a 61,3 milioni (scenario centrale), ma tenendo conto della variabilità associata agli eventi demografici, la stima oscilla da un minimo di 53,4 milioni ad un massimo di 69,1 milioni).



La popolazione è destinata ad invecchiare gradualmente. Nello scenario centrale l'età media aumenta da 43,5 anni nel 2014 fino ad un massimo di 49,8 anni nel 2059. Dopo tale anno l'età media si stabilizza sul valore di 49,7 anni, a indicare una presumibile conclusione del processo di invecchiamento della popolazione. Particolarmente accentuato è l'aumento del numero di anziani: gli ultra 65enni, oggi pari al 20,3% del totale, nello scenario centrale aumentano fino al 2043, anno in cui oltrepassano il 32%. Dopo tale anno, tuttavia, la quota di ultra 65enni si consolida intorno al valore del 32-33%, con un massimo del 33,2% nel 2056.

1.2 | AREE INTERNE

Una parte preponderante del territorio italiano è caratterizzata da un'organizzazione spaziale fondata su "centri minori", spesso di piccole dimensioni, che in molti casi sono in grado di garantire ai residenti soltanto una limitata accessibilità ai servizi essenziali. L'espressione "Aree interne" indica aree:

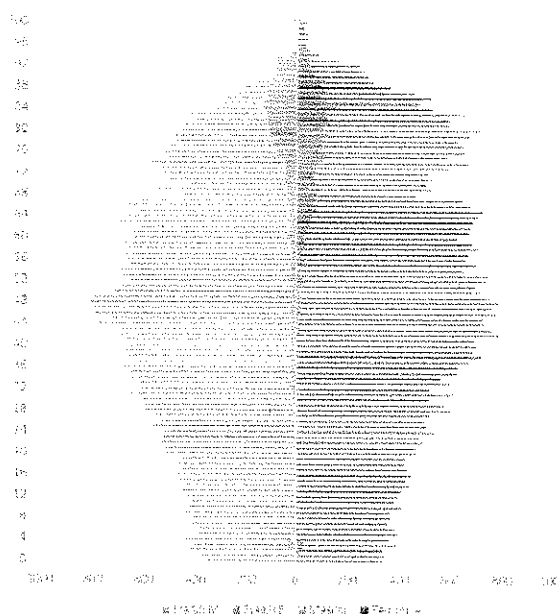
- significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (istruzione, salute e mobilità);
- dotate di importanti risorse ambientali (risorse idriche, sistemi agricoli, foreste, paesaggi naturali e umani) e culturali (beni archeologici, insediamenti storici, abbazie, piccoli musei, centri di mestiere);
- profondamente diversificate, per sistemi naturali e a seguito di secolari processi di antropizzazione.

Dal punto di vista demografico (struttura per età e genere) della popolazione, le Aree interne della provincia di Chieti sono caratterizzate da una popolazione con unapercentuale di anziani del 26,6% (23% in tutta la provincia) in prevalenza donne (29,6%

tra le donne e 23,5% tra gli uomini). Come si osserva nella piramide d'età la proporzione delle persone fragili risulta del 6,7% in media per tutte le età, ma sale all'aumentare dell'età soprattutto per gli uomini. Infatti le persone fragili sono per età > 65 anni il 20,3% tra gli uomini e 17,5% donne; > 80 anni 41,7% uomini e 22,5% donne.

Nota metodologica. I soggetti fragili sono stati individuati a partire dalla popolazione residente con un algoritmo statistico predittivo (validato nel 2011¹) che tiene conto della numerosità e della qualità dei ricoveri ospedalieri (variabile dipendente) e di 10 variabili che misurano la correlazione delle patologie croniche (diabete mellito di tipo 2, bronco pneumopatia cronica ostruttiva [BPCO], scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa e tumori in fase di remissione) con gli Accessi al PS, l'Assistenza Domiciliare (sanitaria e sociale), l'età, il genere, le prestazioni specialistiche ambulatoriali, i chilometri percorsi per recarsi in Ospedale e/o Pronto soccorso, l'esenzione ticket e la poli-prescrizione farmaceutica. L'algoritmo calcola un indice predittivo in grado di individuare i soggetti più fragili, cioè maggiormente a rischio di progressione sfavorevole verso l'insorgenza di eventi avversi alla salute, la non autosufficienza e il ricorso ai servizi sanitari. Tale indice presenta vantaggi sia a livello manageriale (programmazione), sia clinico - assistenziale: per fornire all'operatore sanitario un profilo socio-assistenziale in grado di guidare l'individuazione degli interventi proattivi e la scelta dei percorsi assistenziali del singolo paziente (case management).

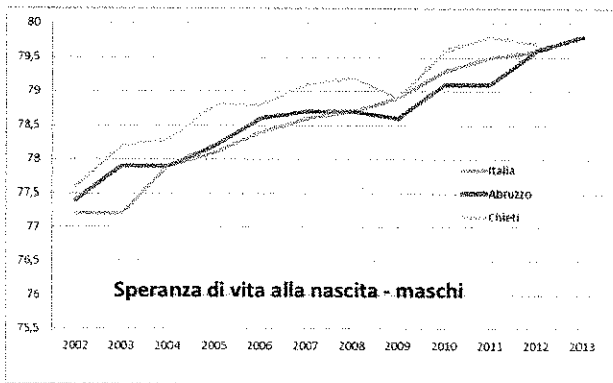
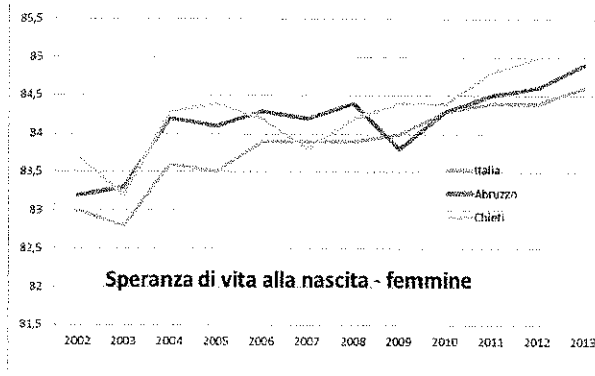
Piramide dell'età (fragili) Aree Interne 2014



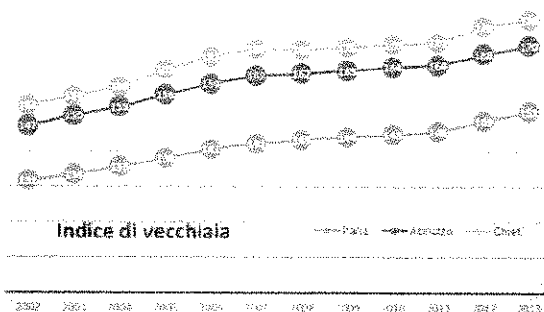
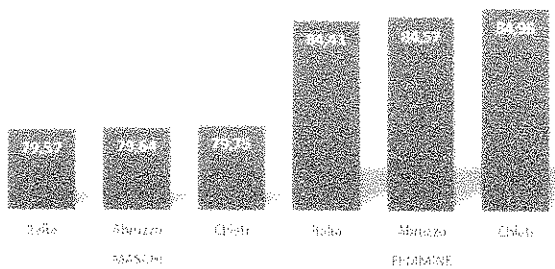
1.3 | SPERANZA DI VITA E INDICE DI VECCHIAIA

La speranza di vita è un indicatore statistico che esprime il numero medio di anni della vita a partire da una certa età, all'interno della popolazione indicizzata. Solitamente, l'espressione è usata per indicare la speranza di vita alla nascita. A causa delle forti differenze di genere nelle aspettative di vita, la speranza di vita è calcolata distintamente per uomini e donne.

¹Falasca P, Berardo A and Di Tommaso F, Development and validation of predictive MoSaiCo (ModelloStatisticoCombinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? Annist Super Sanità 2011 | Vol. 47, No. 2: 220-228 DOI: 10.4415/ANN_11_02_15



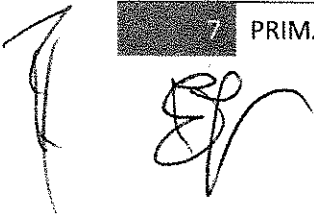
Aspettativa di vita alla nascita 2012



La speranza di vita è strettamente correlata al tasso di mortalità alle diverse età: l'allungamento dell'aspettativa di vita alla nascita, ad esempio, può essere la semplice conseguenza della riduzione dei tassi di mortalità infantile, dovuta a migliori condizioni igieniche e sanitarie, senza che vi sia effettivo allungamento nella soglia di vita complessiva delle persone. Nel secolo scorso l'aspettativa di vita media in Europa è aumentata più di 30 anni, per gran parte semplice conseguenza di riduzione dei tassi di mortalità alla nascita e infantili, alla riduzione dei tassi di mortalità evitabile e altri interventi di sanità pubblica. Dal 2000 si assiste ad un ulteriore incremento della speranza di vita (figure) in sostanziale parità di tassi dei mortalità, conseguenza dell'aumento percentuale della popolazione anziana (invecchiamento della popolazione), particolarmente evidente nella popolazione assistita della Asl Lanciano-Vasto-Chieti.

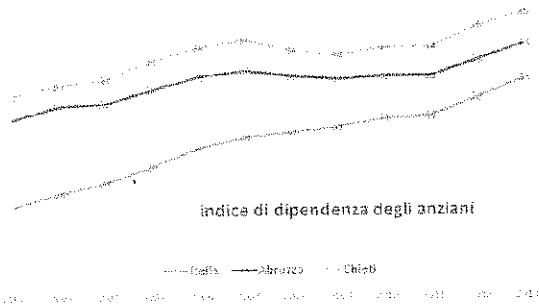
La speranza di vita, combinata con l'indice di mortalità infantile, rispecchia lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione. Oltre a rappresentare semplicemente un indice demografico, è quindi utile per valutare lo stato di sviluppo di una popolazione.

L'indice di vecchiaia è un indicatore statistico dinamico usato nella statistica demografica per descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione. Sostanzialmente stima il grado di invecchiamento di una popolazione. Esso si definisce come il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni); valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi. È un indicatore abbastanza grossolano ma efficace, poiché nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani, ed in questo modo numeratore e denominatore variano in senso opposto esaltando l'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

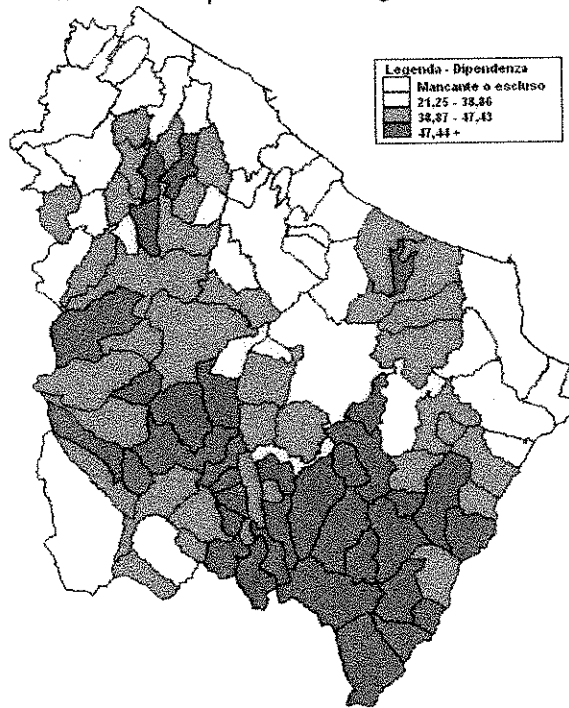




L'indice di dipendenza degli anziani rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età >= 65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti ed in età lavorativa (età 15-64). Un indice di dipendenza alto (come quello rilevato nelle Aree interne della provincia di Chieti, aree verdi > 47%) è sinonimo di un numero elevato di anziani sulla popolazione attiva con ripercussioni a livello economico, occupazionale e sul welfare.



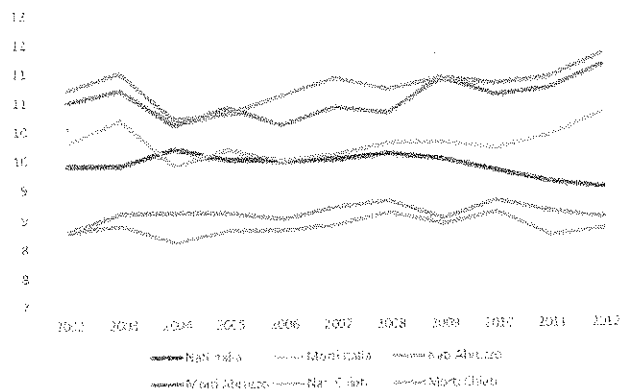
Indice di dipendenza degli anziani



1.4 | CONDIZIONI SOCIO ECONOMICHE

Il tasso di natalità e quello di mortalità rapportato a 1.000 abitanti, rende l'immagine del ricambio naturale della popolazione. Come si osserva in figura, mentre le linee di andamento delle nascite e delle morti negli ultimi 10 anni è scarsamente divergente in Italia, sono molto distanti (molte più morti che nascite) in Abruzzo e particolarmente nella popolazione della provincia di Chieti. Il tasso di fecondità totale, che misura il numero medio di figli per donna in età feconda (convenzionalmente intesa quella tra i 15 e i 49 anni), è dato dalla somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda, il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile. L'età media al parto è calcolata come media delle età al parto ponderata con i quozienti specifici di fecondità. Anche questo indicatore conferma la minore natalità in provincia di Chieti in sostanziale parità di età delle madri.

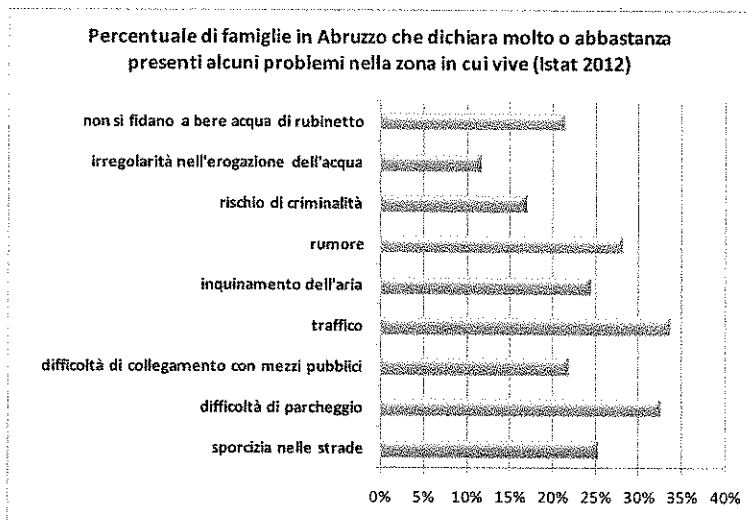
Tasso di natalità e mortalità x 1.000 abitanti



Indicatori di fecondità - Anno 2012

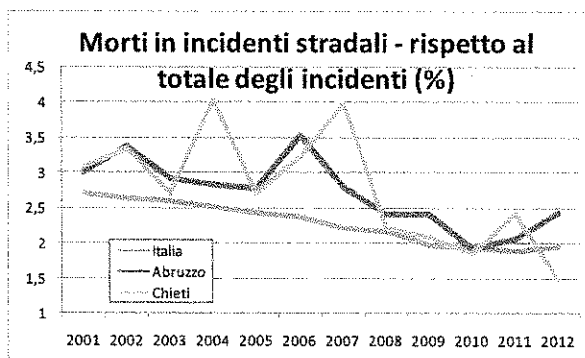
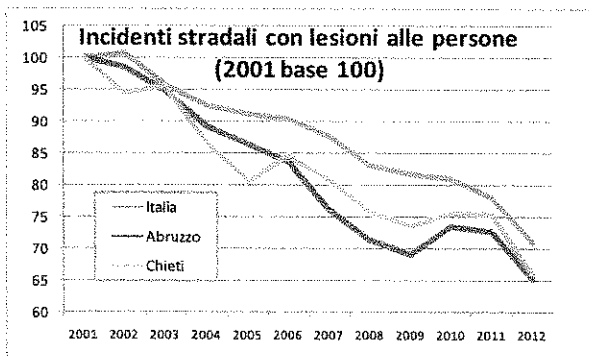
	Rapporti di fecondità specifici			TFR (Popolazione femminile in età feconda)		
	Totale	15-24	25-34	Totale	15-24	25-34
Italia	1,29	2,37	1,42	32,02	28,44	31,39
Abruzzo	1,25	2,29	1,34	32,37	27,87	31,72
Chieti	1,25	2,16	1,32	32,1	27,4	31,56

Dati estratti da ISTAT - Natalità



- L'Abruzzo è la regione italiana con più elevata percentuale di superficie territoriale per "Aree comprese nelle Zone di protezione speciale (28,4%), dei "Siti di importanza comunitaria/Zone speciali di conservazione" (23,3%) e Rete Natura 2000 (35,5%) – Dati Ministero Ambiente 2014²
- In Abruzzo il 21,7% della popolazione ha la licenza elementare o nessun titolo, mentre il 12,7% possiede una laurea, in linea con la media nazionale.

- In Abruzzo il 30% degli adulti tra 18 e 69 anni è fumatore, il 16% è un ex fumatore e il 54% non ha mai fumato. La percentuale di fumatori è leggermente superiore rispetto a quella dell'Italia (28%). Tra le ASL regionali la prevalenza di fumatori è minima a Lanciano-Vasto-Chieti (26%).
- Sulla base dei dati PASSI relativi al quadriennio 2009-2012, si stima che a Lanciano-Vasto-Chieti il 48% degli adulti 18-69enni presenti un eccesso ponderale (in Abruzzo e in Italia il 42%).
- Ogni 100 persone si reputano il buona salute il 20,5% in Abruzzo verso il 66,8% del resto d'Italia (Indagine multiscopo Istat 2013)
- La rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone riguarda tutti gli incidenti stradali verificatisi sulla rete stradale del territorio nazionale, verbalizzati da un autorità di Polizia o dai Carabinieri, avvenuti su una strada aperta alla circolazione pubblica e che hanno causato lesioni a persone, morti e/o feriti, con il coinvolgimento di almeno un veicolo. La rilevazione è condotta correntemente dall'Istat, con la compartecipazione dell'ACI e di numerosi Enti pubblici istituzionali, è a carattere totale e a cadenza mensile.



²<http://www.minambiente.it/pagina/sic-zsc-e-zps-italia>

- Il 4,9% dei cittadini dell'Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti sono stranieri residenti, 4,8% nella città di Chieti, 3,6% a Lanciano, 4,4% a Ortona, 5,3% a Vasto, 6,8% Francavilla al mare, 6% in Abruzzo e 7,5% in Italia.
- Le famiglie con il primo quinto di reddito equivalente (più basso) sono il 25,9% in Abruzzo, mentre il quinto più alto comprende l'11,3%. Tale dato va comparato con la media italiana che comprende nel primo quinto il 20 per cento delle famiglie con i redditi più bassi, nell'ultimo quinto il 20 per cento di famiglie con i redditi più alti.

- La tabella a fianco compara i dati sul reddito imponibile ai fini delle addizionali Irpef, dei comuni della provincia di Chieti che entrano nel primo e nell'ultimo decile (il reddito medio che si colloca al 10% più alto e 10% più basso). A fianco al reddito medio dei singoli comuni sono indicati i valori della percentuale dei soggetti > 65 anni su tutta la popolazione e l'indice di vecchiaia. E' evidente una correlazione inversa tra il reddito imponibile medio e la frazione della popolazione anziana.

Reddito imponibile Irpef 2011

Comuni nel primo decile (reddito medio 10% più alto)

Comune	€ medi / popolazione	% 65+	Indice Vecchiaia
Chieti	€ 12.950	23%	200%
Fara San Martino	€ 12.704	25%	222%
Taranta Peligna	€ 11.803	35%	627%
Francavilla al Mare	€ 11.702	19%	148%
Vasto	€ 11.143	20%	145%
Lanciano	€ 10.830	22%	173%
Treglio	€ 10.551	17%	105%

Comuni ultimo decile

Comune	€ medi / popolazione	% 65+	Indice Vecchiaia
Palmoli	€ 6.894	32%	327%
Civitaluparella	€ 6.888	27%	282%
Ari	€ 6.833	32%	318%
Montazzoli	€ 6.821	28%	240%
Roccaspinalveti	€ 6.750	32%	307%
Castiglione Messer Marino	€ 6.712	30%	266%
Pennapiedimonte	€ 6.603	33%	311%
Vacri	€ 6.582	25%	196%
Carpineto Sinello	€ 6.578	32%	260%
Liscia	€ 6.546	31%	261%
Castelguidone	€ 6.423	32%	324%
Colledimezzo	€ 6.096	33%	533%
Fraine	€ 5.770	37%	377%
Fallo	€ 5.475	32%	277%
Schiavi di Abruzzo	€ 5.398	60%	1863%

- Nota metodologica. Utilizzando il reddito equivalente i redditi medi possono essere ordinati dal più basso al più alto e successivamente divise in cinque gruppi (quinti) o dieci (decili). Elaborazioni su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze relativi all'anno d'imposta 2011.

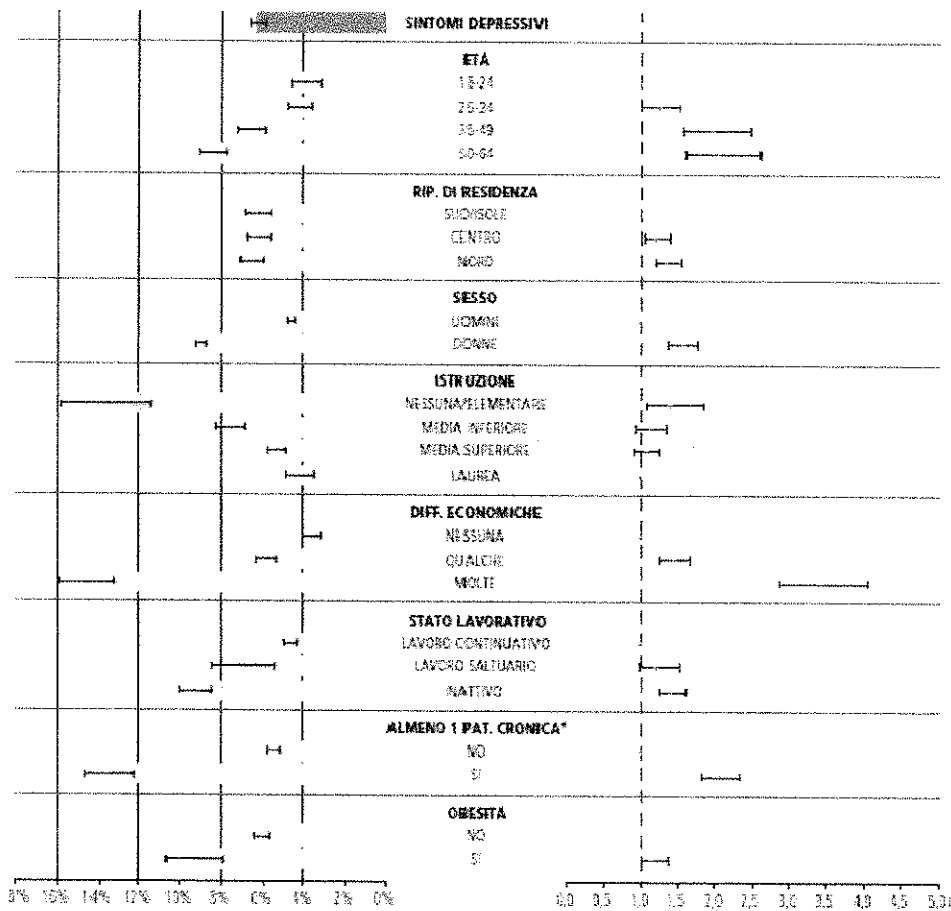
1.5 | DEPRESSIONE E SVANTAGGIO ECONOMICO

I dati PASSI confermano, per la popolazione adulta italiana in età lavorativa (18-64 anni), che l'associazione fra i sintomi depressivi e lo svantaggio socioeconomico è forte e significativa.

Nel 2012 i sintomi depressivi, rilevati in PASSI attraverso il Patient Health Questionnaire (PHQ-2), vengono riferiti dal 6% degli intervistati 18-64enni. La prevalenza dei sintomi depressivi aumenta all'aumentare dell'età, è maggiore fra le donne, fra le persone con più bassi livelli di istruzione, frachi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica o è obeso, fra chi non lavora o lavora saltuariamente, ma soprattutto fra chi dichiara di avere molte difficoltà economiche.

L'analisi logistica multivariata conferma tali associazioni e fa emergere che le difficoltà economiche risultano le caratteristiche più significativamente associate alla presenza di sintomi depressivi: la probabilità che una persona dichiari sintomi depressivi è 3,8 volte maggiore fra coloro che hanno molte difficoltà economiche rispetto a chi non ne ha, a parità di genere, età, residenza, titolo di studio e condizioni di salute.

FORTE ASSOCIAZIONE FRA DEPRESSIONE E SVANTAGGIO SOCIOECONOMICO NEGLI ITALIANI



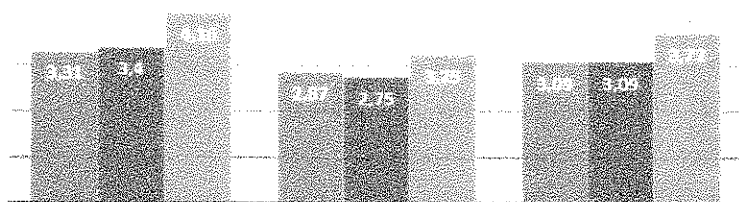


1.6 | MORTALITA'

Le statistiche sulle cause di morte costituiscono la principale fonte statistica per definire lo stato di salute di una popolazione e per rispondere alle esigenze di programmazione sanitaria di un paese. I dati relativi alla mortalità generale e per causa sono appena stati resi disponibili dall'Istat per l'anno 2011. Dal 2008 al 2011, il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause è rimasto stabile sia nei maschi (103x10.000 abitanti) che nelle femmine (64 x10.000). Se nel 2008, e negli anni precedenti, il tasso di mortalità regionale era leggermente inferiore a quello nazionale, nel 2011 l'Abruzzo è apparso sostanzialmente allineato con il resto della nazione (il cui tasso è invece sceso). La mortalità abruzzese rimane, tuttavia, la più bassa tra le regioni del Sud Italia. Lo scenario menzionato è sostanzialmente identico per tutti i tassi di mortalità specifici per causa, sia per i maschi che per le femmine (tumori, cardiovascolare, diabete, e altri). Vi sono poche eccezioni - malattie del sistema nervoso e cause esterne/traumatismi - i cui tassi di mortalità sono maggiori della media nazionale (e anche delle altre regioni dell'Italia meridionale), e tuttavia lo scarto è sempre limitato. Inoltre, sebbene il tasso di mortalità per tumori dell'utero siano nettamente cresciuti, anche in

questo caso lo scarto con il dato nazionale è minimo. In ogni caso, questo valore dovrà essere monitorato in futuro. Nell'interpretare i valori dei tassi specifici per causa stratificati per provincia si deve tenere conto dei numeri relativamente esigui in gioco, che determinano inevitabilmente un'oscillazione casuale anche ampia di anno in anno. Ciò detto, si evidenziano alcune differenze di rilievo nella mortalità nel sesso maschile: il tasso di mortalità per cause esterne e traumatismi e per malattie del sistema nervoso è peggiorato nella provincia di Chieti e il tasso di decessi per diabete è leggermente peggiorato (anche per le femmine).

Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi) 2011



Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti) - tutte le cause 2011

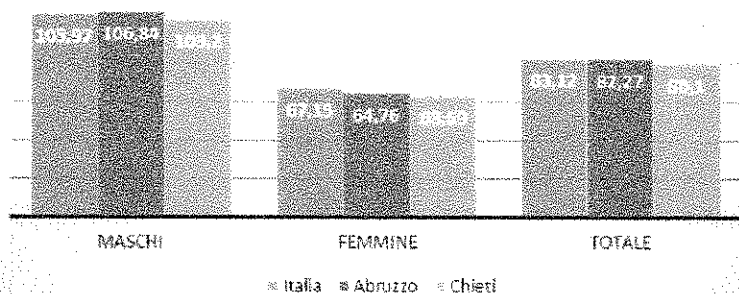




Tavola 2. Tassi di mortalità, standardizzati per età x10.000 abitanti, in Abruzzo, Sud Italia e Italia, anni 2008 e 2011 (ultimi dati disponibili - fonte Health for All, Ministero della Salute).

Cause di morte	Anno	Maschi			Femmine		
		Abruzzo	Sud-Italia	Italia	Abruzzo	Sud-Italia	Italia
Mal. Sistema circolatorio	2008	38	41	39	27	31	28
	2011	38	39	35	26	30	25
- Mal. ischemiche del cuore	2008	15	15	15	8.3	8.9	8.2
	2011	15	15	13	8.3	8.7	7.5
- Disturbi circolatori dell'encefalo	2008	9.8	10	10	7.8	9.5	8.4
	2011	8.8	9.8	8.7	7.1	8.4	7.3
Diabete mellito	2008	3.2	4.3	3.2	2.6	4.1	2.7
	2011	3.2	4.2	3.2	2.9	4.2	2.6
Mal. Apparato Respiratorio	2008	8.8	9.2	8.5	3.2	3.6	3.7
	2011	9.2	9.0	8.2	3.1	3.6	3.7
- Polmonite, influenza	2008	1.2	0.8	1.4	0.6	0.5	0.8
	2011	1.1	0.8	1.6	0.8	0.6	0.9
Mal. Apparato Digerente	2008	4.7	4.9	4.3	2.8	3.1	2.8
	2011	4.6	4.4	4.0	2.7	2.8	2.6
- Mal. croniche del fegato	2008	1.9	2.4	1.8	0.8	1.3	0.9
	2011	1.7	1.9	1.4	0.6	1.1	0.7
Malattie infettive	2008	1.4	1.5	1.6	0.7	0.9	1.0
	2011	1.3	1.5	1.9	0.8	1.1	1.3
Mal. Apparato Genito-Urinario	2008	1.8	2.0	1.9	0.9	1.3	1.1
	2011	2.1	2.2	1.3	1.0	1.4	1.2
Mal. Sistema Nervoso	2008	3.9	3.3	3.5	3.1	2.7	2.9
	2011	3.9	3.4	3.5	3.1	2.7	2.9
Disturbi psichici	2008	2.3	1.5	1.9	2.3	1.5	2.0
	2011	2.1	1.6	2.0	2.0	1.6	2.1
Cause esterne, traumatismi	2008	5.6	4.9	5.1	2.7	2.5	2.3
	2011	5.5	4.4	4.8	2.8	2.3	2.2

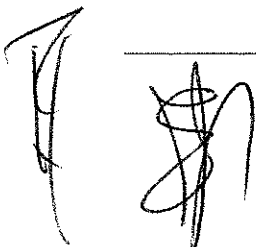
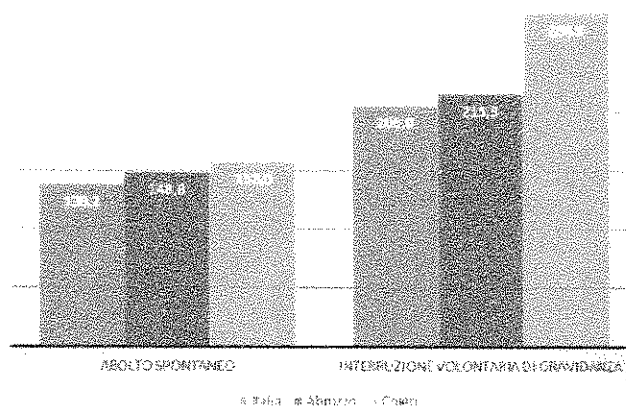
Tavola 3. Tassi di mortalità, standardizzati per età x10.000 abitanti, nelle quattro province abruzzesi, anni 2008 e 2011 (ultimi dati disponibili - fonte Health for All, Ministero della Salute).

Cause di morte	Anno	Maschi				Femmine			
		L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo	L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo
Mal. Sistema circolatorio	2008	38	39	36	40	27	28	25	27
	2011	38	38	40	37	27	27	24	24
- Mal. ischemiche del cuore	2008	16	15	15	13	8,0	9,3	8,0	7,4
	2011	14	16	15	15	8,8	9,1	8,3	7,0
- Disturbi circolatori dell'encefalo	2008	9,5	9,1	9,4	11,6	7,3	7,1	7,6	9,6
	2011	8,5	7,7	10,4	8,7	6,3	7,3	7,1	7,9
Diabete mellito	2008	3,6	3,3	2,7	3,0	3,4	2,8	2,1	2,1
	2011	3,3	3,3	2,8	3,7	3,2	3,3	2,7	2,4
Mal. Apparato Respiratorio	2008	9,0	7,0	8,6	11,1	3,0	3,4	3,1	3,3
	2011	9,5	8,0	8,5	10	2,9	2,7	3,4	3,6
- Polmonite, influenza	2008	1,7	0,7	1,5	0,9	0,9	0,7	0,5	0,5
	2011	1,9	0,7	1,2	0,5	1,0	0,4	1,0	0,9
Mal. Apparato Digerente	2008	4,8	5,7	4,4	3,7	2,9	2,8	2,8	2,7
	2011	5,3	4,3	4,3	4,4	3,1	2,8	2,9	2,1
- Mal. croniche del fegato	2008	2,0	2,5	1,7	1,4	1,0	0,8	0,7	0,9
	2011	2,1	1,4	1,3	1,9	0,8	0,5	0,5	0,6
Malattie Infettive	2008	1,9	1,0	1,5	1,3	1,2	0,5	0,6	0,6
	2011	1,6	0,8	1,7	1,4	0,7	0,6	0,6	1,1
Mal. Apparato Genito-Urinario	2008	2,4	1,7	1,6	1,5	1,0	1,1	1,0	0,8
	2011	2,0	1,7	2,1	2,5	0,7	1,2	1,1	0,9
Mal. Sistema Nervoso e org. senso	2008	3,6	4,1	3,9	3,8	3,4	3,0	3,6	2,6
	2011	3,4	3,6	5,3	3,4	2,8	2,8	3,7	3,1
Disturbi psichici	2008	1,6	2,4	2,3	3,0	1,8	2,9	1,9	2,8
	2011	1,9	1,9	2,1	2,2	2,3	2,0	2,4	1,7
Cause esterne, traumatismi	2008	5,8	6,9	5,0	5,4	2,7	3,0	2,6	2,3
	2011	5,4	6,9	4,7	4,7	2,7	2,9	2,7	2,7

Aborti spontanei e interruzioni volontarie della gravidanza

A partire dal 1979 l'Istituto nazionale di statistica conduce un'indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza, a seguito dell'entrata in vigore della legge numero 194/78. Di seguito un confronto tra il tasso di abortività (numero di aborti ogni 1000 nati) della provincia di Chieti, la regione Abruzzo e l'Italia, distinto tra abortività spontanea e Interruzione volontaria di gravidanza.

Tasso di abortività x 1.000 nati - 2012



1.7 | MALATTIE

Trattati in assistenza farmaceutica 2014 ogni 100 ab.		
Fascia di età	Femmine	Maschi
0-14	59%	61%
15-44	62%	50%
45-64	86%	77%
> 65 anni	100%	100%
Totale	79%	70%

La classificazione ATC è un sistema internazionale di classificazione Anatomica Terapeutica Chimica che permette di identificare con livelli di dettaglio progressivamente maggiori, tutti i farmaci e le sostanze ad uso terapeutico. Nel sistema di classificazione ATC, i farmaci sono suddivisi in gruppi sulla base degli organi o apparati su cui agiscono e delle loro proprietà chimiche, farmacologiche e terapeutiche. La classificazione è articolata in cinque livelli gerarchici. Al primo livello, i farmaci sono divisi in quattordici gruppi anatomici principali: identifica il principale organo bersaglio del gruppo dei farmaci (es: apparato cardiovascolare, gastrointestinale, ecc.). La tabella riporta per il primo livello ATC il numero delle persone che hanno assunto almeno un farmaco nel 2014 e la prevalenza sulla popolazione residente. Risulta evidente che il 78% della popolazione utilizza farmaci per disturbi o patologie riferibili alle classi anatomiche descritte. La terapia farmacologica territoriale viene impiegata nel 44% per trattamenti infettivi e in seconda istanza per malattie cardiovascolari (30%) e dell'apparato gastrointestinale (29%). Successivamente, con una prevalenza compresa tra il 15 e il 20%, le malattie del sangue, ormonali e metaboliche (tra cui il diabete), il muscolo-scheletrico e il respiratorio.

Numero di trattati per Gruppo ATC (I livello). Soggetti che hanno ricevuto, nel 2014, almeno una prescrizione farmacologica del gruppo ATC in esame

1° Livello Atc	Totale trattati	Trattati x 100 residenti
(A) Apparato gastrointestinale e metabolismo	114.144	29%
(B) Sangue e organi emopoietici	66.028	17%
(C) Sistema cardiovascolare	116.559	30%
(D) Dermatologici	5.884	1%
(G) Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	20.598	5%
(H) Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali e insuline	64.847	16%
(J) Antinfettivi per uso sistemico	172.502	44%
(L) Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	4.311	1%
(M) Sistema muscolo-scheletrico	83.346	21%
(N) Sistema nervoso	48.130	12%
(P) Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	1.737	0%
(R) Sistema respiratorio	60.763	15%
(S) Organi di senso	11.069	3%
(V) Vari	2.402	1%
Totale trattati	306.375	78%

Asl 2 Lanciano Vasto Chieti - Integrazione Ospedale Territorio

Pazienti, dimissioni e importo dei ricoveri dei residenti in ASL2 del periodo 2011-I sem.2014 affetti dalle patologie croniche prese in esame confrontati con quelle delle altre patologie

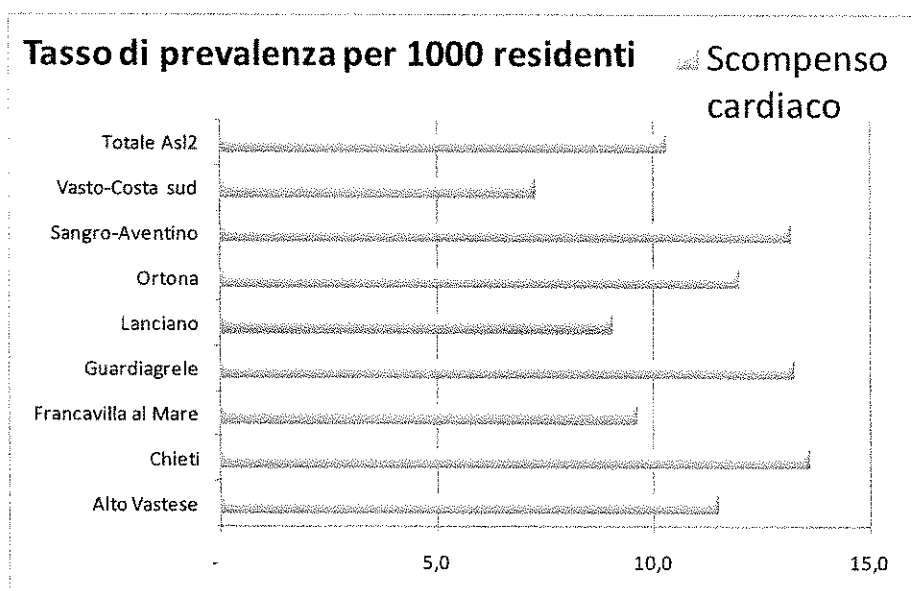
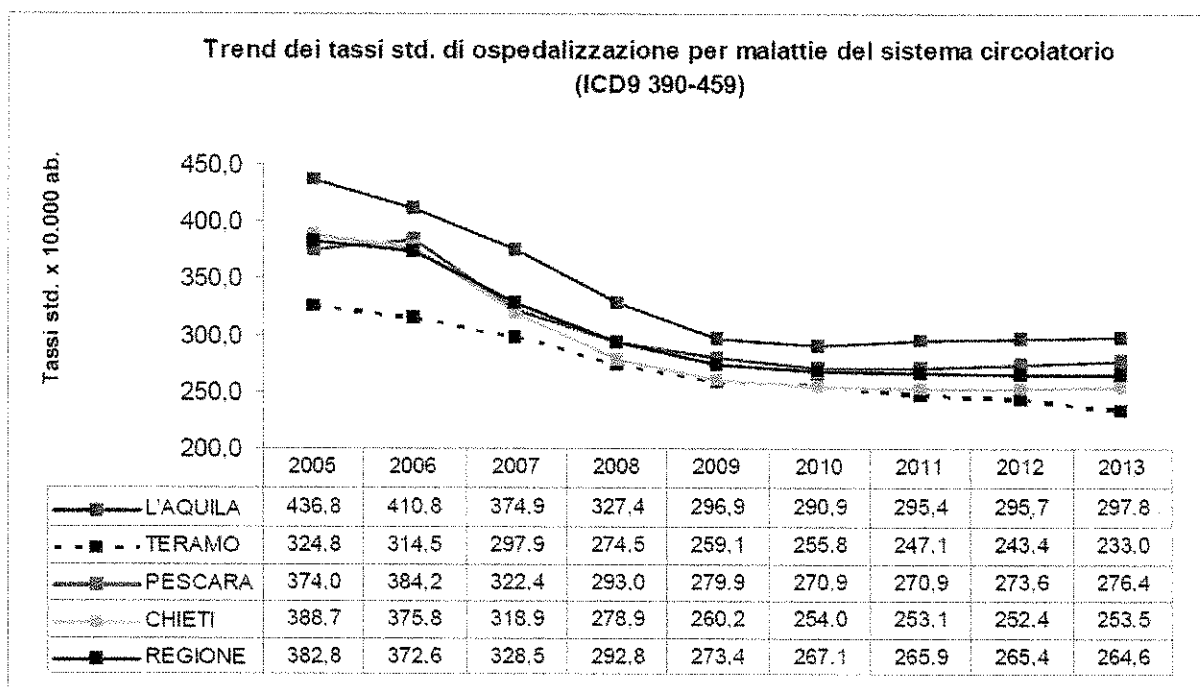
Indici	Cronici	Altre patologie	Totale	Percentuale Cronici
Pazienti	23.539	131.952	155.491	15%
Ricoveri	92.606	190.680	283.286	33%
Giornate di degenza	772.073	1.633.683	2.405.756	32%
Importo (€)	€ 369.012.674	€ 491.916.391	€ 860.929.064	43%
Dimissioni pro-capite	3,9	1,4	1,8	2,72
Giornate di degenza pro-capite	32,8	12,4	15,5	2,65
Importo pro-capite €	15.677 €	3.728 €	5.537	4,21

Distribuzione per le patologie croniche prese in esame

Patologia cronica	n. Casi	Ricoveri	Importo (€)	Dimissioni pro-capite	Importo pro-capite
Bpco	3.658	9.705	€ 36.659.002	2,65	€ 10.022
Diabete	5.620	14.670	€ 57.659.341	2,61	€ 10.260
Scompenso	6.962	39.304	€ 156.067.877	5,65	€ 22.417
Tumori maligni	7.299	28.927	€ 118.626.453	3,96	€ 16.252
Totale	23.539	92.606	€ 369.012.674	3,93	€ 15.677

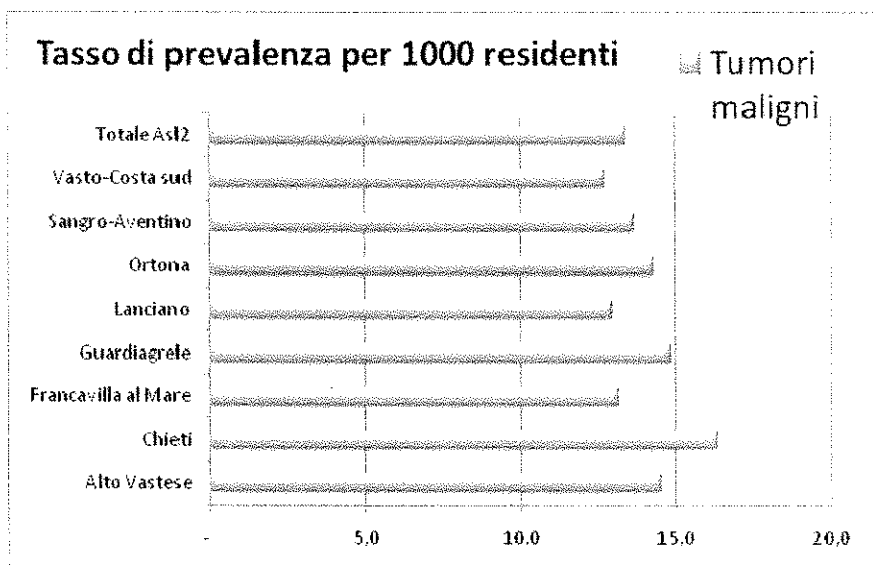
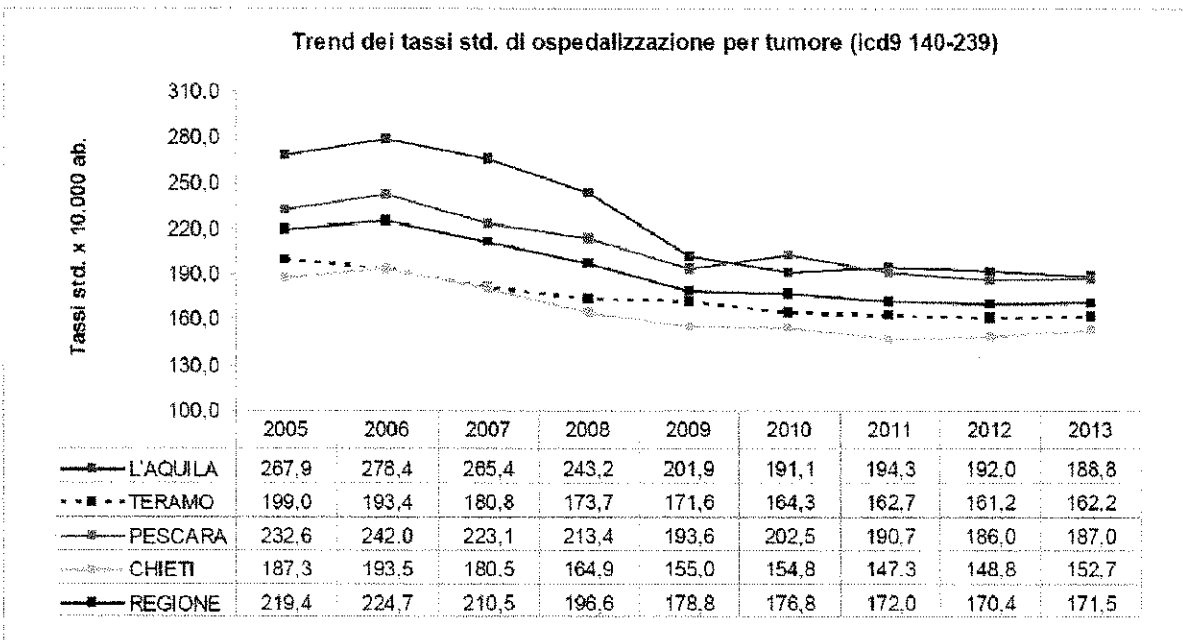
N.B. I criteri usati per la selezione da SDO sono quelli del PNE

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per le **malattie del sistema cardio- e cerebro-vascolare** si è ridotto fortemente e costantemente dal 2005 al 2010 (-30,2% a livello regionale), anno dopo il quale il tasso è rimasto sostanzialmente stabile. Nonostante la netta riduzione, tuttavia, il tasso di ricovero per patologie cardiovascolari, in Abruzzo, nel 2012 continua ad essere nettamente superiore alla media nazionale. Le differenze tra le province sono diminuite ma permangono notevoli. Tutti i tassi sono standardizzati per età e le cause non vanno quindi ricercate nella distribuzione per età della popolazione.



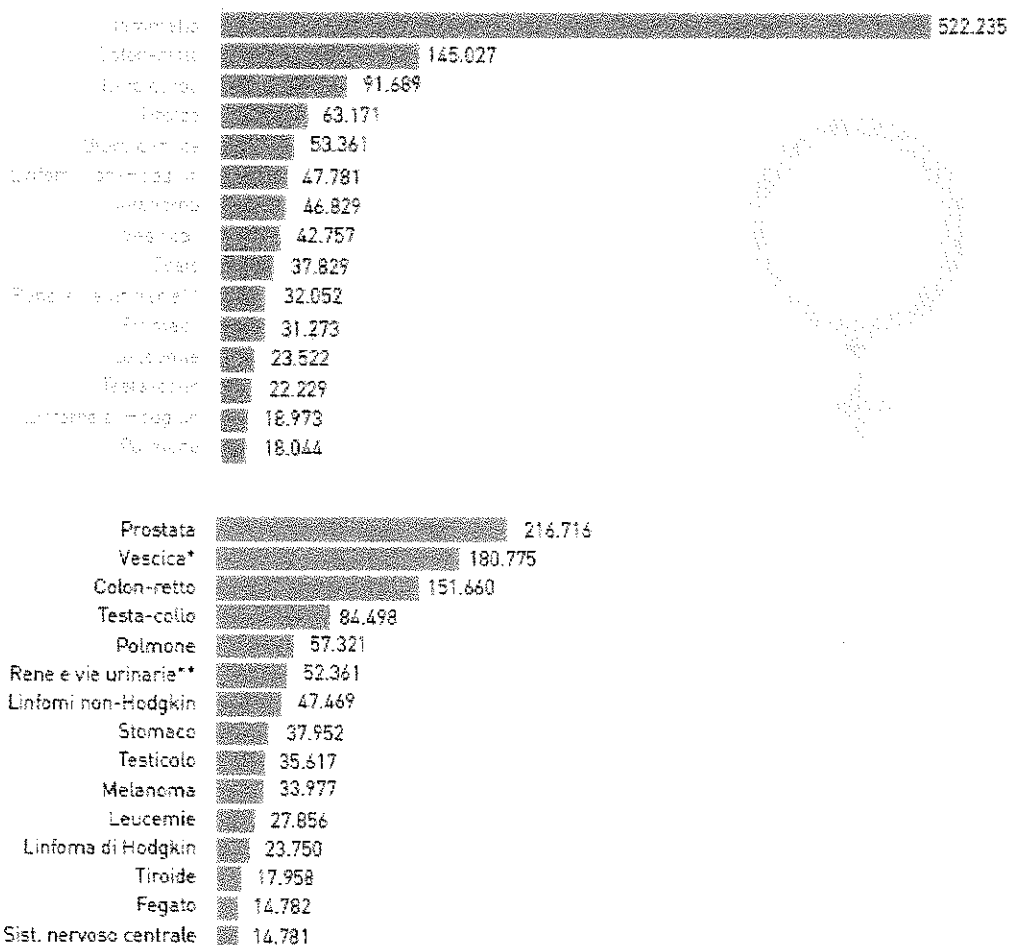


Dal 2005 il tasso standardizzato di ricovero per patologie tumorali è diminuito costantemente in tutte le province, con l'eccezione dell'ultimo anno, nel quale è rimasto sostanzialmente stabile. Nel complesso, dal 2005 al 2013 la riduzione a livello regionale è stata del 21,8%. La riduzione dei ricoveri è stata più marcata nella provincia di L'Aquila (-29,5%), che mostrava il tasso più elevato, piuttosto che nelle altre province. Ciò ha determinato un parziale riequilibrio delle differenze tra province, che tuttavia rimangono ampie (in particolare tra Chieti - 152 ricoveri x10.000 abitanti - e la stessa L'Aquila, con 189 ricoveri x10.000 abitanti). Nel 2012 il tasso di ricovero per tumori in Abruzzo era in linea (superiore di soli 2,0 punti) rispetto alla media nazionale, per cui è lecito attendersi che tale risultato sia confermato nel 2013.





Numero stimato di casi prevalenti di tumori maligni in Italia per sesso. Prime 15 sedi per frequenza.



Aumenta la sopravvivenza per tutti i tumori. In 18 anni (dal 1990 al 2007) in Italia la sopravvivenza delle donne a 5 anni di distanza dalla diagnosi per tutti i tumori è cresciuta dal 54,2% al 62,7%, mentre negli uomini è passata dal 41,3% al 54,6%. L'incremento nelle donne è stato dell'8,5%, negli uomini ha raggiunto il 13,3%. La stima è standardizzata per sede per evitare che la variazione dipenda dal cambiamento nel tempo della distribuzione dell'incidenza dei tumori con differente letalità (EpidemiolPrev 2011; 35 (5-6) suppl 3: 150-167)



	Maschi		Femmine	
	Centro	Sud	Centro	Sud
Vie aerodigestive superiori	-33%	-15%	-49%	-22%
Esofago	-57%	-34%	-58%	-34%
Stomaco	6%	-33%	7%	-39%
Colon-retto	-1%	-28%	-1%	-23%
Colon	-7%	-32%	-3%	-26%
Retto	15%	-18%	5%	-14%
Fegato	-39%	17%	-19%	65%
Colecisti e vie biliari	-17%	23%	-9%	18%
Pancreas	-23%	-12%	-27%	-21%
Polmone	-12%	-10%	-18%	-40%
Mammella	4%	21%	-20%	-27%
Utero cervice	-	-	-6%	-14%
Utero corpo	-	-	-12%	-7%
Ovaio	-	-	-17%	-20%
Prostata	-25%	-47%	-	-
Leucemie	7%	-12%	-5%	-8%
Tutti i tumori, escl. carcinomi della cute	-15%	-23%	-14%	-23%

AIRTUM 2006-2008. Tassi di mortalità per tumore standardizzati sulla popolazione europea per area geografica e sesso. Differenze percentuali rispetto al Nord.

Tumori multipli

- In Italia ci sono 2 milioni e 800mila persone che rischiano più delle altre di vedersi diagnosticare un tumore. Chi sono? Sono le persone che nel corso della vita hanno già avuto una precedente diagnosi di cancro.
- Queste persone hanno il 10% in più di probabilità di ammalarsi (di nuovo) di cancro rispetto a chi non ha mai vissuto questa esperienza.
- Più precisamente, questo eccesso è del 12% per le donne e dell'8% per gli uomini.
- L' eccesso è spesso associato alla stessa esposizione che ha contribuito all'insorgenza del primo tumore, come risulta chiaro, per esempio, per i tumori che insorgono nei diversi organi bersaglio dell'esposizione a fumo di tabacco.
- Sapere che questa popolazione corre un eccesso di rischio per uno o più specifici tumori è di **grande importanza per guidare il follow-up clinico**, cioè per contribuire alla definizione delle modalità con cui si devono effettuare gli accertamenti clinici e strumentali successivi al trattamento della prima neoplasia.
- Questi sono i messaggi principali contenuti nel **Rapporto AIRTUM 2013** dell'Associazione Italiana Registri tumori, interamente dedicato allo studio dei **Tumori multipli**, pubblicato come supplemento di *Epidemiologia & Prevenzione*, la rivista dell'Associazione Italiana di Epidemiologia.

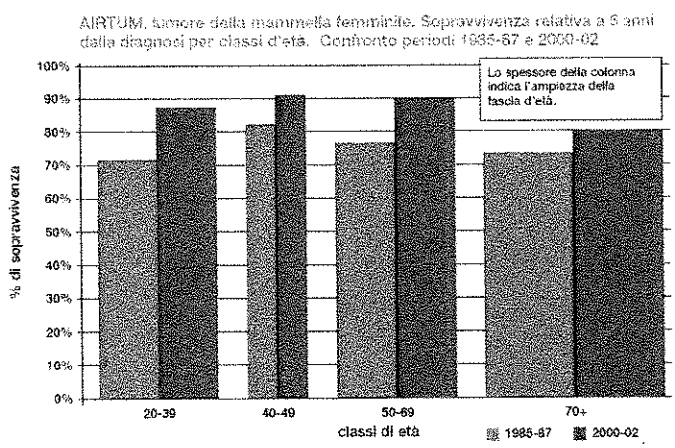




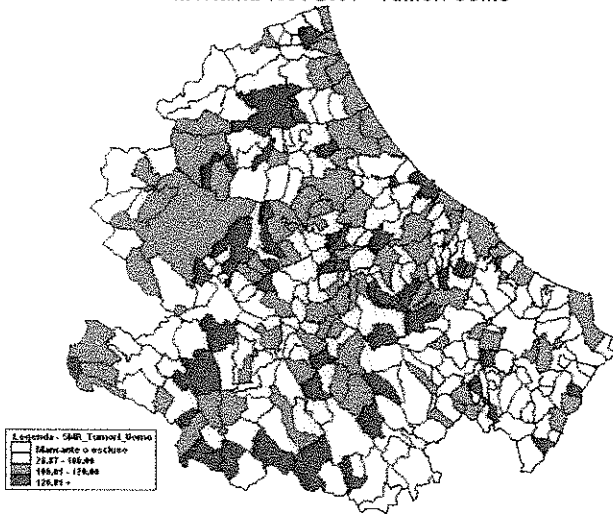
Tavola 2. Tassi di mortalità, standardizzati per età x10.000 abitanti, in Abruzzo, Sud Italia e Italia, anni 2008 e 2011 (ultimi dati disponibili - fonte Health for All, Ministero della Salute).

Cause di morte	Anno	Maschi			Femmine		
		Abruzzo	Sud-Italia	Italia	Abruzzo	Sud-Italia	Italia
Mortalità generale	2008	104	111	109	64	72	69
	2011	103	107	103	64	71	66
Tumori	2008	31	34	36	16	17	19
	2011	30	33	35	17	18	19
- Neoplasie trachea, bronchi, polmoni	2008	6.8	8.9	9.2	1.1	1.4	2.1
	2011	6.7	8.6	8.7	1.3	1.6	2.2
- Mammella, femmine	2008	-	-	-	2.5	2.9	3.3
	2011	-	-	-	2.4	2.8	3.1
- Colon retto	2008	3.6	3.3	3.7	2.0	1.9	2.2
	2011	3.7	3.3	3.6	1.9	2.0	2.1
- Stomaco	2008	2.1	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0
	2011	1.9	1.8	2.0	1.1	1.0	1.0
- Utero	2008	-	-	-	0.5	0.7	0.7
	2011	-	-	-	0.9	0.8	0.8
- Prostata	2008	2.6	3.2	2.9	-	-	-
	2011	2.6	3.1	2.7	-	-	-
- Tessuto Linfatico ed ematopoietico	2008	2.9	2.6	2.8	1.6	1.5	1.7
	2011	2.5	2.5	2.6	1.6	1.6	1.6

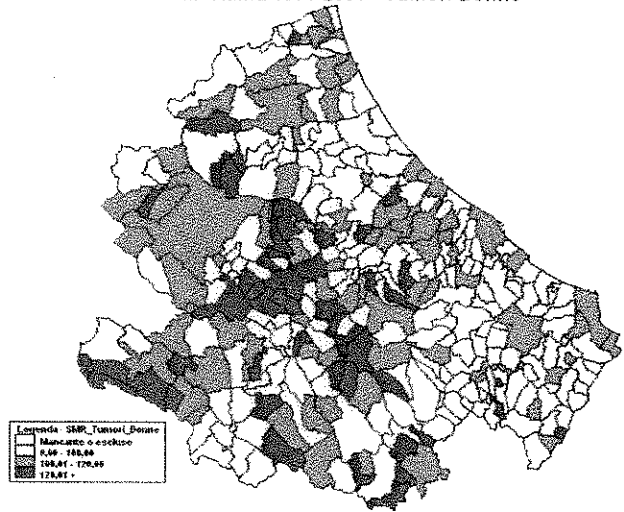
Tavola 3. Tassi di mortalità, standardizzati per età x10.000 abitanti, nelle quattro province abruzzesi, anni 2008 e 2011 (ultimi dati disponibili - fonte Health for All, Ministero della Salute).

Cause di morte	Anno	Maschi				Femmine			
		L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo	L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo
Mortalità generale	2008	108	102	99	108	66	66	60	64
	2011	104	100	104	106	65	63	65	61
Tumori	2008	33	29	31	32	16	15	15	17
	2011	29	29	30	34	17	16	18	17
- Neoplasie trachea, bronchi, polmoni	2008	7.2	6.2	7.1	6.7	1.2	1.1	0.8	1.5
	2011	5.6	6.1	6.9	8.3	1.1	1.2	1.3	1.5
- Mammella, femmine	2008	-	-	-	-	2.6	2.7	2.7	2.0
	2011	-	-	-	-	2.2	1.9	3.6	2.2
- Colon retto	2008	3.8	3.5	3.6	3.7	1.8	1.9	2.3	2.1
	2011	4.5	3.4	3.2	3.6	2.1	1.8	2.1	1.7
- Stomaco	2008	3.1	1.6	1.5	2.4	1.3	0.9	0.9	1.2
	2011	1.8	1.3	1.4	2.5	1.1	1.2	1.4	0.9
- Utero	2008	-	-	-	-	0.4	0.5	0.6	0.4
	2011	-	-	-	-	1.1	0.8	1.1	0.7
- Prostata	2008	2.3	2.5	2.1	3.5	-	-	-	-
	2011	2.9	2.1	2.5	3.5	-	-	-	-
- Tessuto Linfatico ed ematopoietico	2008	2.7	3.1	3.1	2.9	1.9	1.2	1.5	2.1
	2011	2.3	2.9	2.4	2.3	1.3	1.5	1.3	2.4

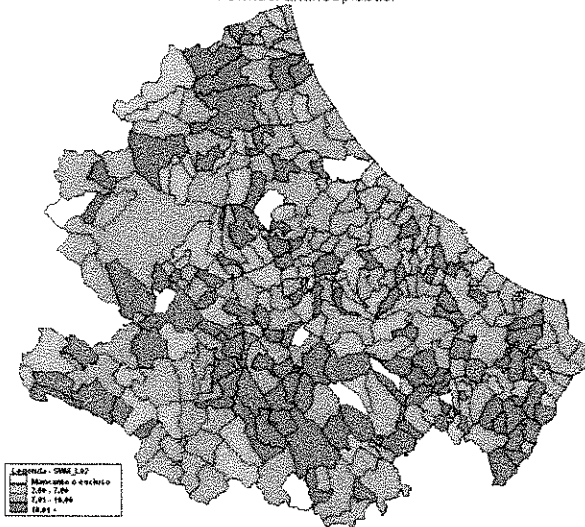
Mortalità 1991-2001 - Tumori Uomo



Mortalità 1991-2001 - Tumori Donne

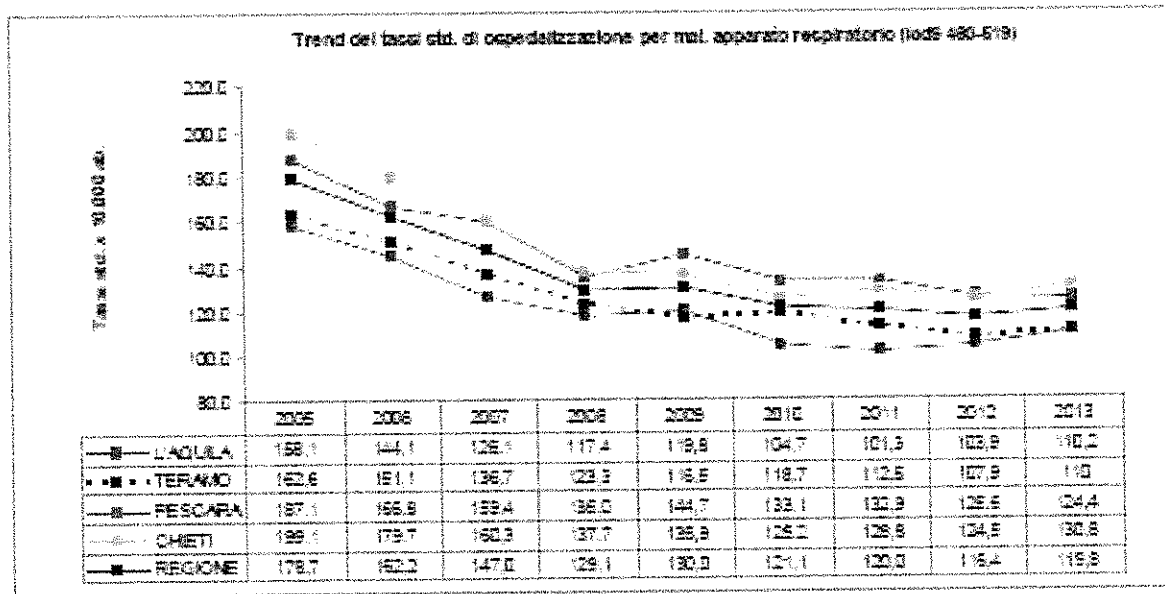


Farmaci antineoplastici



Farmaci anti neoplastici (2010-2013)

Regione: Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per **malattie dell'apparato respiratorio** (ICD9 460-519) ricalca perfettamente quello osservato per le patologie tumorali: il tasso di ricovero è diminuito costantemente in tutte le province, con l'eccezione dell'ultimo anno, nel quale è rimasto sostanzialmente stabile. A livello regionale, rispetto al 2005, nel 2013 il tasso di era ridotto del 33,0%. In questo caso, tuttavia, nel 2012 il tasso abruzzese è apparso in linea alla media nazionale. A livello provinciale, i valori delle province si sono avvicinati, anche se permane un certo squilibrio tra il Nord-Est ed il Sud-Ovest dell'Abruzzo (con le province di Chieti e Pescara che continuano a mostrare tassi più elevati).



Numero casi e ricoveri di Bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in ASLn. 2 - Lanciano Vasto Chieti per Provincia di residenza (SDO 2012)

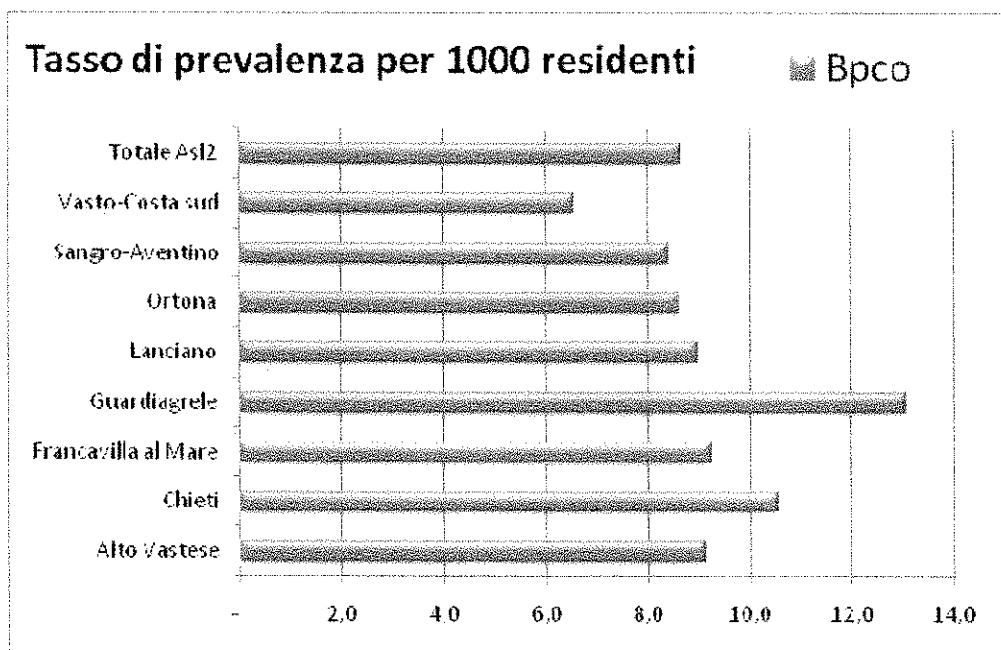
Provincia di residenza	Casi	%	Ricoveri in Asl2	Ricoveri pro-capite annui
Chieti	639	69,0%	813	1,27
L'Aquila	22	2,4%	31	1,41
Pescara	180	19,4%	259	1,44
Teramo	22	2,4%	36	1,64
Fuori Regione	63	6,8%	87	1,38
Totale	926	100%	1226	1,32



Numero di ricoveri per presidio ospedaliero e percentuale di propensione di Distretto

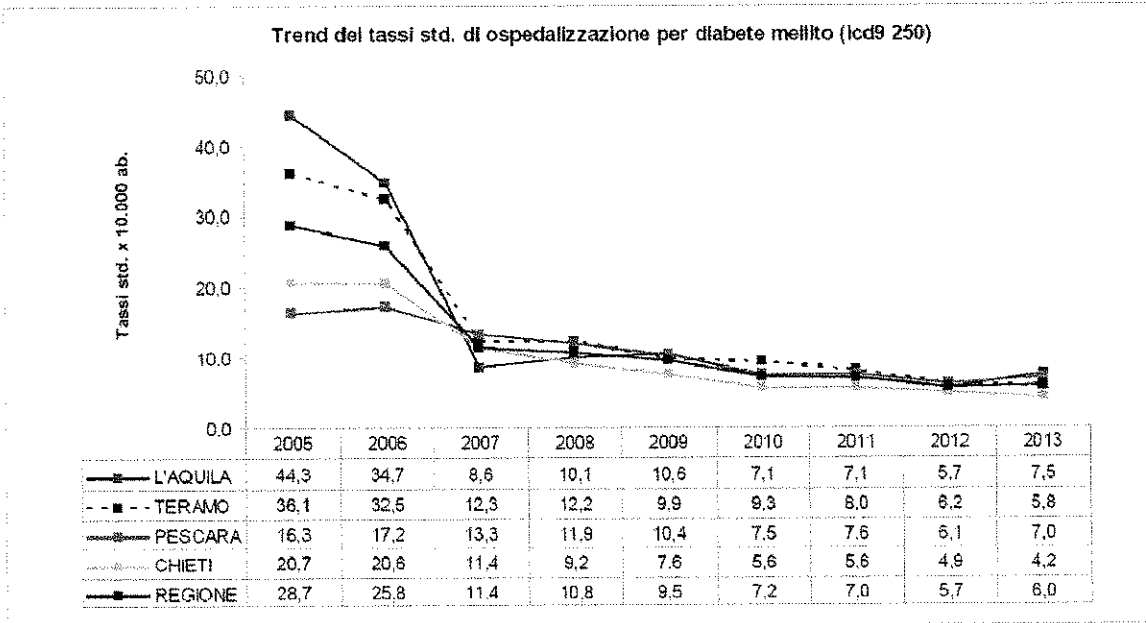
Percentuale di propensione del Distretto Sanitario per presidio ospedaliero

Presidio	Ricoveri totali Asl2	%	Vasto-Costa sud	Sangro-Aventino	Alto Vastese	Chieti	Francavilla al Mare	Guardiagrele	Lanciano	Ortona
CASA DI CURA DOTT.SPATOCCO	69	8,5%	6%	4%	6%	18%	7%	8%	5%	7%
CASA DI CURA S. FRANCESCO	5	0,6%	3%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%
CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	172	21,2%	11%	13%	0%	21%	48%	11%	6%	27%
OSPEDALE DI VASTO	69	8,5%	56%	2%	65%	0%	0%	0%	0%	0%
OSPEDALE G. BERNABEO ORTONA	36	4,4%	0%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	40%
OSPEDALE M. SS.IMMACOLATA GUARDIAGRELE	66	8,1%	0%	1%	6%	0%	5%	44%	1%	4%
OSPEDALE RENZETTI LANCIANO	103	12,7%	6%	31%	12%	0%	1%	0%	73%	4%
OSPEDALE V. EMANUELE ATESSA	52	6,4%	5%	39%	0%	0%	0%	0%	4%	0%
P.O. CLINICIZZ. SS. ANNUNZIATA CHIETI	241	29,6%	13%	9%	12%	61%	38%	37%	10%	17%
Totale	813	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

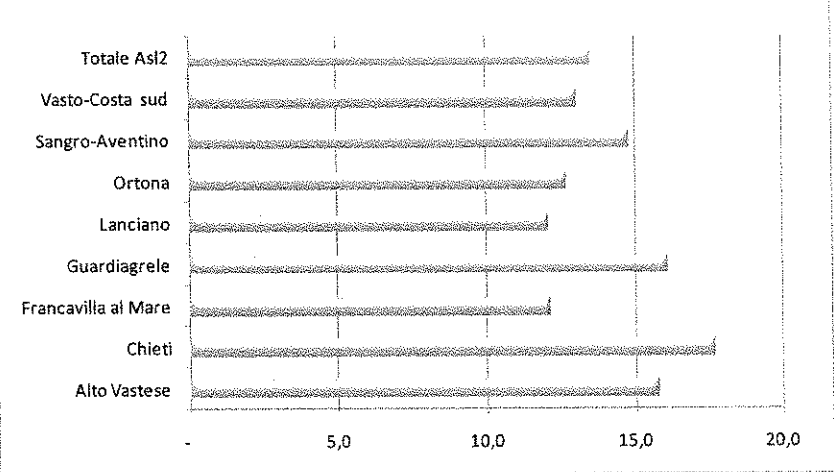


Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per diabete mellito (icd9 250)

Di tutte le patologie, il diabete mellito è quella che ha mostrato la più evidente, e per certi versi clamorosa, riduzione del tasso di ospedalizzazione. Nel 2005, il tasso di ricovero regionale era pari a 28,7 x 10.000 abitanti. Nel 2013 lo stesso tasso è stato 6,0, con una riduzione del 79,1% (79,7% nella Asl2). Inoltre, a fronte della drastica diminuzione dei ricoveri intra-regionali, sono calate anche i ricoveri in ospedali extra-regionali. Il crollo è stato tale che, se nel 2005 l'Abruzzo aveva un tasso superiore alla media nazionale, nel 2012 la media nazionale era oltre il doppio del tasso abruzzese. È probabile che abbiano agito fattori quali un miglior coordinamento tra i Medici di Medicina Generale ed i Centri diabetologici, e/o le iniziative volte a ridurre l'inappropriatezza del ricorso ospedaliero.



Tasso di prevalenza per 1000 residenti ■ Diabete



1.8 | FRAGILITA'

Le tabelle seguenti illustrano il profilo demografico, l'utilizzo dei servizi e l'importo economico della popolazione dei 3 distretti AltoVastese - Sangro Aventino – Guardiagrele, con il dettaglio della sottopopolazione fragile (alta fragilità).

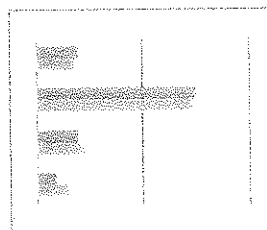
I soggetti fragili sono stati individuati con un algoritmo statistico che tiene conto della numerosità e della qualità dei ricoveri ospedalieri (variabile dipendente) e di 10 variabili che misurano la correlazione degli Accessi al PS, l'Assistenza Domiciliare (sanitaria e sociale), la presenza di malattie croniche, l'età, il genere, le prestazioni specialistiche ambulatoriali, i chilometri percorsi per recarsi in Ospedale e/o Pronto soccorso, l'esenzione ticket e la poliprescrizione farmaceutica.

Dalla distribuzione per classi di età e genere risulta un 27% ultrasessantacinquenne con prevalenza femminile, in particolare concentrata nell'area di Castiglione, Trigno, Torricella e Villa Santa Maria.

Distretti Alto Vastese, Sangro Aventino, Guardiagrele

Totale popolazione

Classi di età	Femmina	Maschio	Totale	%
0-18	7503	8002	15505	15%
19-64	29642	30205	59847	58%
65-79	9106	7913	17019	17%
>= 80	6334	3661	9995	10%
Totale	52.585	49.781	102.366	100%



Distretto	Comuni	Popolazione 2013	0-18	65-79	>= 80
Distretto Sangro-Aventino	Casoli	12.334	16%	16%	9%
	Atessa	21.099	17%	15%	8%
	Villa Santa Maria	8.108	12%	17%	13%
	Lama	5.870	14%	16%	11%
	Torricella	5.103	11%	18%	14%
Sangro-Aventino Totale		52.514	15%	16%	10%
Distretto sanitario Alto Vastese	Gissi	10.181	14%	18%	11%
	Castiglione	4.934	12%	22%	15%
Alto Vastese	Trigno	2.053	12%	20%	15%
Alto Vastese Totale		17.168	13%	20%	12%
Distretto Sanitario di Guardiagrele	Orsogna	17.817	17%	16%	8%
	Guardiagrele	14.867	15%	17%	9%
Guardiagrele Totale		32.684	16%	16%	8%
Totale		102.366	15%	17%	10%

Come si evidenzia nella tabella seguente 6.995 soggetti sono i soggetti fragili di questo territorio (6,4% della popolazione complessiva nei 3 distretti). Le caratteristiche demografiche di questa sottopopolazione evidenziano un



maggior numero di genere femminile (51% vs 48% della popolazione non fragile), un maggior numero di ultra sessantacinquenni (75% vs 28%) e di mortalità o cancellazione dall'anagrafe (30% vs 7%).

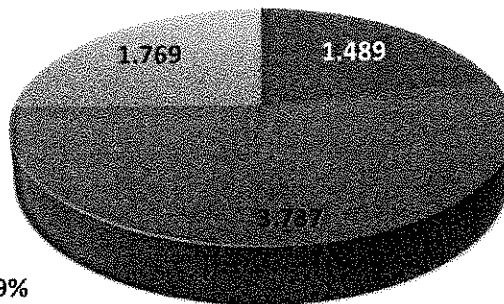
Indicatori	Alto Vastese - Sangro Aventino - Guardiagrele		Distretto		
	Area Interne	Fragilità	Alto Vastese	Sangro Aventino	Guardiagrele
Residenti	6.995	102.536	18.730	55.792	35.009
% Femmine	51%	48%	48%	49%	49%
Età >= 65	74%	28%	37%	31%	29%
% Cancellazione o morte	30%	7%	10%	9%	8%
Servizi assistenza consumati per 100 soggetti					
Accessi PS	82%	21%	16%	24%	32%
Ricoveri Totali	302%	28%	41%	44%	50%
Ricoveri Urgenti	139%	9%	17%	17%	19%
Ricoveri Impropri	56%	8%	10%	10%	13%
Km medi da ospedale	27,3	1,4	3,9	3,3	2,3
Assistenza Domiciliare	6%	1%	1%	1%	1%
Specialistica ambulatoriale	6,7	2,1	2,3	2,7	2,0
Dosi giornaliere farmaci	1077	415	504	475	405
Importo pro-capite					
Farmaci	€ 368,16	€ 110,67	€ 144,89	€ 130,05	€ 112,92
Ricoveri Totali	€ 10.972,98	€ 754,62	€ 1.329,62	€ 1.368,05	€ 1.511,08
Ricoveri Impropri	€ 993,94	€ 112,58	€ 147,65	€ 152,32	€ 206,59
Specialistica ambulatoriale	€ 332,01	€ 58,24	€ 76,81	€ 84,26	€ 61,54
Accessi PS	€ 73,12	€ 14,26	€ 15,62	€ 17,23	€ 20,55
Totale Importo pro-capite	€ 11.746,28	€ 937,79	€ 1.566,95	€ 1.599,59	€ 1.706,10

L'utilizzo dell'assistenza sanitaria è misurata con la percentuale di accessi al Pronto Soccorso (82% vs 21%), di ricoveri ospedalieri totali (302 ricoveri ogni 100 individui vs 28%), tra cui i ricoveri urgenti (139% vs 9%) e potenzialmente impropri (56% vs 8%). Questi soggetti fragili percorrono in media più chilometri per arrivare in ospedale (27,3 km vs 1,4 km), maggiore assistenza domiciliare (6% vs 1%), prestazioni di specialistica ambulatoriale pro-capite (6,7 vs 2,1) e di dosi giornaliere di terapia farmacologica (1077 vs 415).

Dal punto di vista dell'impatto economico l'importo pro-capite complessivo dei 7000 soggetti fragili di questi territori è 12 più alto dei soggetti non fragili (€ 11746 vs € 937). In buona sostanza i 7000 soggetti fragili distribuiti nei 3 distretti come evidenzia il grafico successivo, che corrisponde al 6,4 % della popolazione, consuma il 46% delle risorse economiche e, in particolare, il 50% di quelle dei ricoveri ospedalieri.

Gli stessi indicatori descritti sono declinati per 3 gruppi di popolazione in base al grado di fragilità.

N. soggetti Fragili e % sugli abitanti



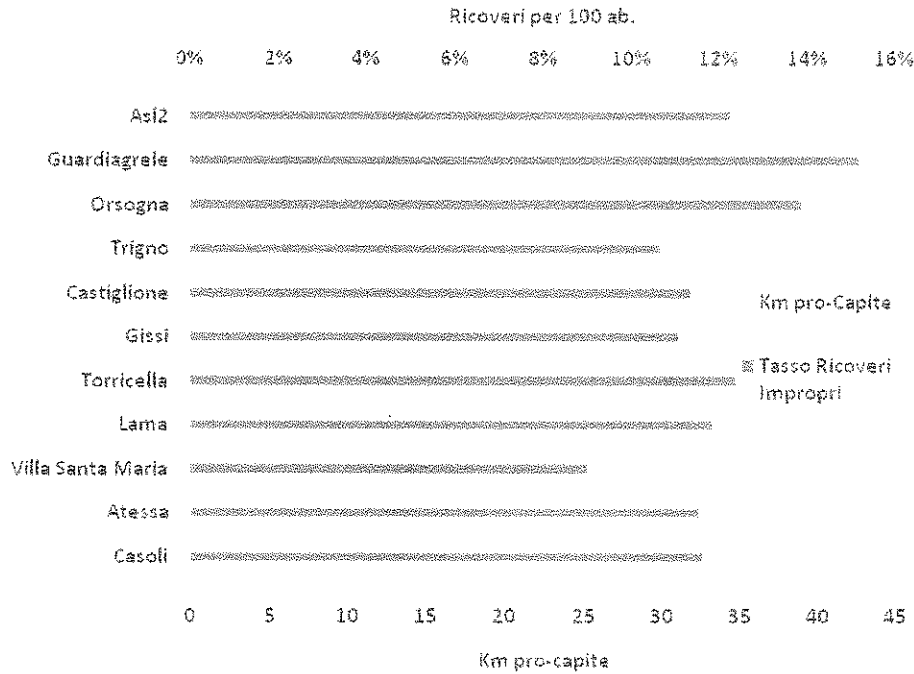
- Alto vastese 7,9%
- Sangro Aventino 6,7%
- Guardiagrele 5,1%

Rete Cure Primarie - Alti Vastese - Sangro Aventino - Guardiagrele Aree Interne - Fragilità

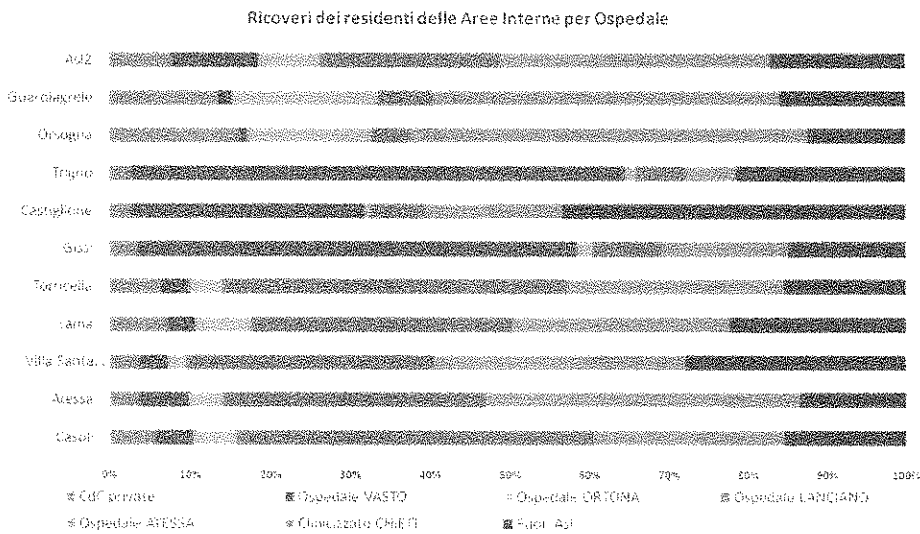
Indicatori	Alta Fragilità	Media Fragilità	Bassa Fragilità	Totale
Residenti	6.995	6.936	95.600	109.531
% Femmine	51%	45%	49%	49%
Età >= 65	74%	56%	26%	31%
% Cancellazione o morte	30%	15%	7%	9%
Servizi assistenza consumati per 100 soggetti				
Accessi PS	82%	59%	19%	25%
Ricoveri Totali	302%	156%	19%	46%
Ricoveri Urgenti	139%	66%	5%	18%
Ricoveri Impropri	56%	38%	6%	11%
Km medi da ospedale	27,3	11,3	0,7	3,1
Asistenza Domiciliare	6%	3%	0%	1%
Specialistica amb. p.c.	6,7	4,8	2,0	2,4
Dosi giornaliere farmaci p.c.	1077	828	385	457
Importo pro-capite				
Farmaci	€ 368,16	€ 229,49	€ 102,05	€ 127,11
Ricoveri Totali	€ 10.972,98	€ 4.747,08	€ 464,95	€ 1.407,19
Ricoveri Impropri	€ 993,94	€ 589,73	€ 77,96	€ 168,87
Specialistica ambulatoriale	€ 332,01	€ 156,99	€ 51,08	€ 75,73
Accessi PS	€ 73,12	€ 47,69	€ 11,83	€ 18,02
Totale Importo pro-capite	€ 11.746,28	€ 5.181,25	€ 629,91	€ 1.628,05



I seguenti grafici descrivono con maggiore dettaglio le attività di ricovero ospedaliero e di accesso al pronto soccorso. Le aree geografiche corrispondono alle sedi di presidi territoriali della rete di cure primarie. Per ciascuna la barra blu identifica per 100 abitanti il tasso di ricoveri impropri e quella grigia i km pro-capite percorsi per raggiungere l'ospedale. È evidente come i ricoveri potenzialmente inappropriati siano maggiori nelle aree di Guardiagrele, Orsogna, Atessa e Casoli in rapporto ai km percorsi. Mentre i residenti di Villa Santa Maria e Trigno percorrono più chilometri impropri. Il grafico successivo mostra la proporzione dei ricoveri di ciascun presidio dei residenti di ciascuna area della rete di cure primarie.



La tabella successiva mette a confronto in un quadro di sintesi

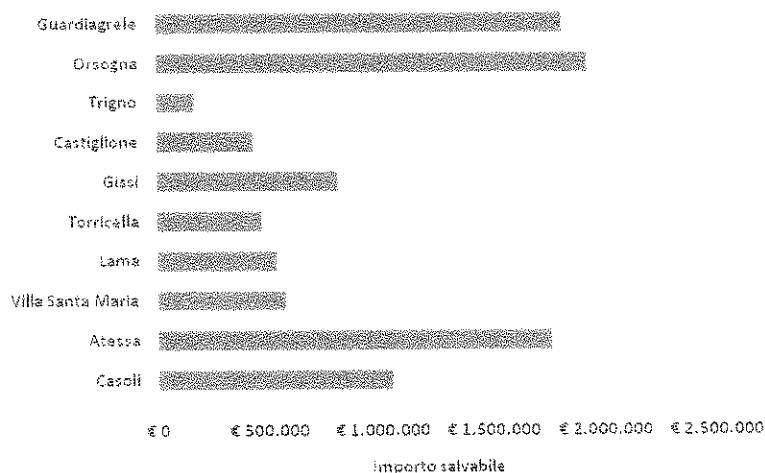


delle varie aree delle cure primarie la percentuale dei fragili, l'importo pro-capite, la sua incidenza sulla spesa sanitaria complessiva e l'importo salvabile in 3 anni unicamente derivato dalla riduzione del 50 % dei soli ricoveri potenzialmente inappropriati (vedi anche grafico).



Distretto	Comuni	Fragili	%	Importo assistenza pro-capite	% spesa complessiva	Importo salvabile
Distretto Sangro-Aventino	Casoli	762	6,2%	€ 12.345	43,4%	€ 335.316
	Atessa	1214	5,8%	€ 12.601	42,6%	€ 475.036
	Villa Santa Maria	680	8,4%	€ 9.679	53,6%	€ 250.167
	Lama	524	8,9%	€ 9.352	51,7%	€ 245.243
	Torricella	557	10,9%	€ 10.914	61,6%	€ 237.388
Sangro-Aventino Totale		3737	7,1%	€ 11.310	47,4%	€ 1.543.150
Distretto sanitario Alto Vastese	Gissi	847	8,3%	€ 10.370	50,7%	€ 299.567
	Castiglione	430	8,7%	€ 9.769	49,7%	€ 175.939
	Trigno	212	10,3%	€ 9.254	55,1%	€ 97.616
Alto Vastese Totale		1489	8,7%	€ 10.037	50,9%	€ 573.122
Distretto Sanitario di Guardiagrele	Orsogna	866	4,9%	€ 14.431	39,7%	€ 665.324
	Guardiagrele	903	6,1%	€ 13.795	44,1%	€ 694.727
Guardiagrele Totale		1769	5,4%	€ 14.106	41,8%	€ 1.360.051
Totale		6995	6,8%	€ 11.746	46,1%	€ 3.476.322

Importo salvabile per area di cure primarie



In relazione ai gradi di fragilità e singolo distretto si osserva che il maggior numero di accessi per 100 abitanti avviene per Sangro Aventino (146% abitanti) seguito da Guardiagrele (78% abitanti) e Alto Vastese (60% abitanti), mentre ogni 100 individui fragili accedono al pronto soccorso 4 volte dei fragili di Guardiagrele, più di 2 volte dei fragili di Sangro Aventino e 1,14 quelli dell'Alto Vastese.



Soggetti e Accessi Al PS 2013				
Soggetti	Distretto			
Grado Fragilità	Alto Vastese	Sangro-Aventino	Guardiagrele	Totale
Alta	1.694	8.214	6.964	16.872
Media	4.006	16.925	18.738	39.668
Bassa	4.672	22.541	15.416	42.629
Totale	10.371	47.680	41.118	99.169
Popolazione	17.168	32.684	52.514	102.366
% Accessi per 100 ab.	60%	146%	78%	97%
% Accessi per 100 Fragili	114%	220%	394%	241%

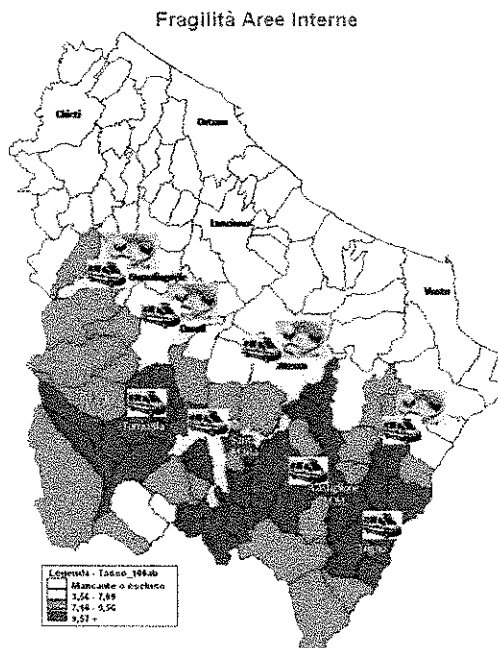
Il criterio di criticità al triage più frequente è il codice verde (53% degli accessi) seguito dal codice giallo (35% degli accessi) in controtendenza rispetto ai dati nazionali che mostrano una percentuale di codici gialli del 18% e di codici bianchi del 17% (verso il 9% delle aree interne). Si nota che la maggior % dei codici gialli, che corrisponde ad un minor numero di bianchi, si evidenzia nel distretto Alto Vastese.

% Accessi per codice colore standardizzati per Fragilità				
Triage	Alto Vastese	Sangro-Aventino	Guardiagrele	Totale
Rosso	2%	4%	3%	3%
Giallo	46%	36%	32%	35%
Verde	48%	54%	52%	53%
Bianco	3%	6%	13%	9%
Totale	100%	100%	100%	100%

Dalla distribuzione degli accessi al Pronto soccorso per ospedale si possono osservare le linee prevalenti di mobilità dei residenti nei tre distretti.

% Accessi per Ospedale e distretto				
Opedale	Alto Vastese	Sangro-Aventino	Guardiagrele	Totale
P.O. Atessa	18%	45%	0%	24%
P.O. Chieti	5%	5%	36%	18%
P.O. Guardiagrele	0%	1%	51%	22%
P.O. Lanciano	6%	45%	5%	24%
P.O. Ortona	1%	1%	7%	4%
P.O. Vasto	70%	2%	0%	8%
Totale complessivo	100%	100%	100%	100%

Infine nella mappa seguente è rappresentato il numero di soggetti Fragili ogni 100 abitanti per ciascun Comune di residenza e l'ubicazione di presidi territoriali (PTA) principali e satelliti e le ambulanze 118 previste



Risultati della sorveglianza della popolazione con 65 anni e più "PASSI d'Argento" Indagine 2012

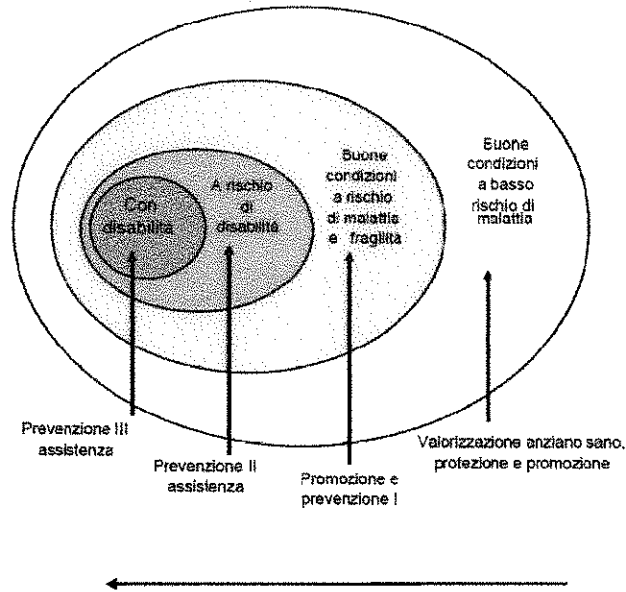
Nella Asl Lanciano-Vasto-Chieti la popolazione con 65 anni e più è distribuita per:

- Il 37,1% in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa;
- Il 26,0% in buona salute ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità;
- Il 20,0% a rischio di disabilità;
- Il 16,9% con limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana ADL. In questo ultimo gruppo troviamo le persone che hanno particolare bisogno di assistenza.

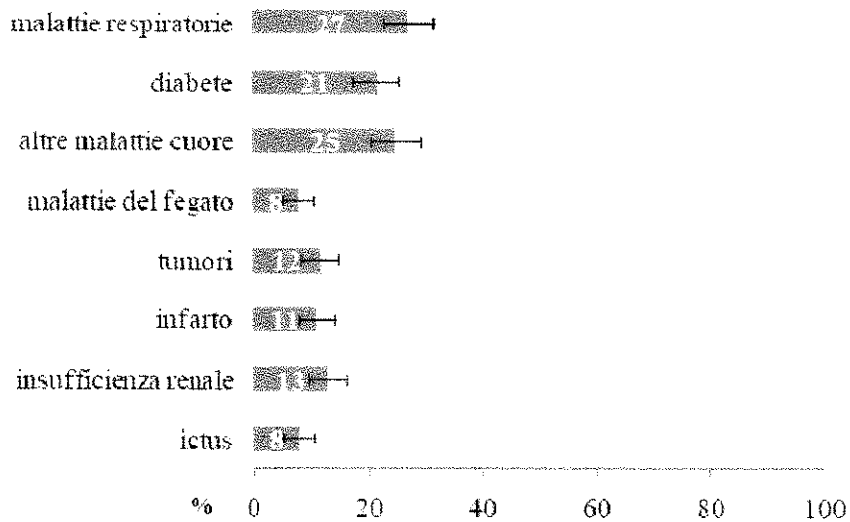
Hanno riferito di soffrire di 3 o più patologie croniche il 14,2 %, le loro caratteristiche sono:

- livello di istruzione basso
- hanno molte difficoltà economiche
- a rischio di disabilità
- il 96,3% di queste persone fa uso di farmaci.

I sottogruppi di popolazione PASSI d'Argento



Distribuzione delle patologie croniche (%)
 Indagine PASSI d'Argento 2012
 ASL Lanciano-Vasto-Chieti (n = 387)

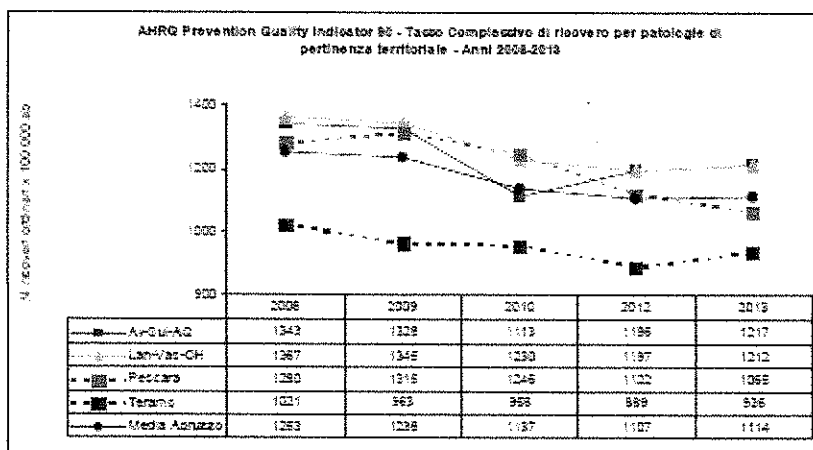




1.9 | QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, come stima dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari. Gli indicatori utilizzati da PNE sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura internazionale (tra cui AHRQ) con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni ecc.). I risultati di PNE possono essere utilizzati in modo appropriato esclusivamente in contesti di valutazione critica, soprattutto nell'ambito di processi e programmi integrati di valutazione a livello regionale e locale. Le misure di PNE sono, quindi, strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.

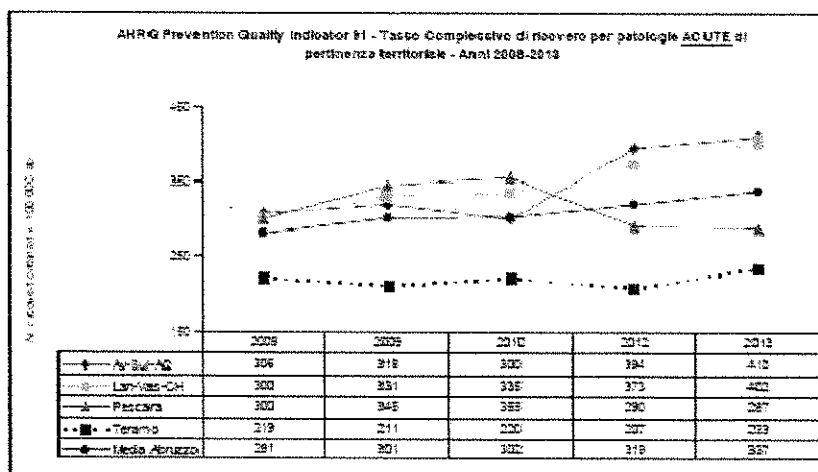
- Tasso Complessivo di ricovero per patologie dipertinenza territoriale - Anni 2008-2013 (Regione – AHRQ)



Complessivo di per patologie dipertinenza territoriale - 2008-2013 – AHRQ)

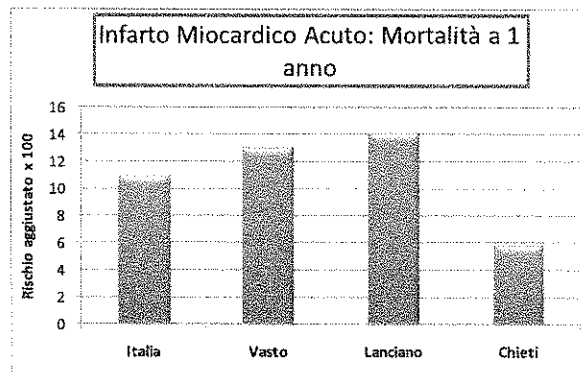
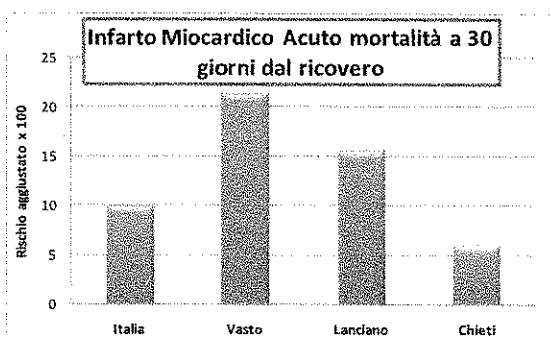
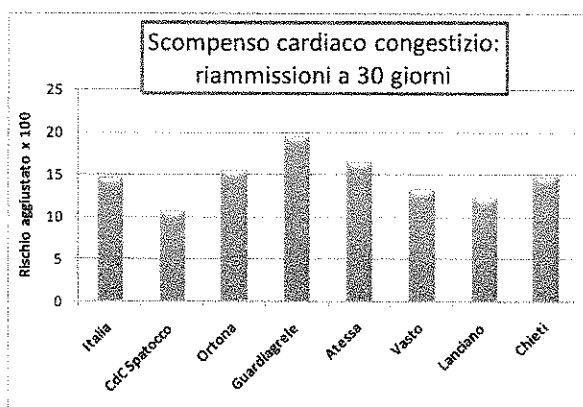
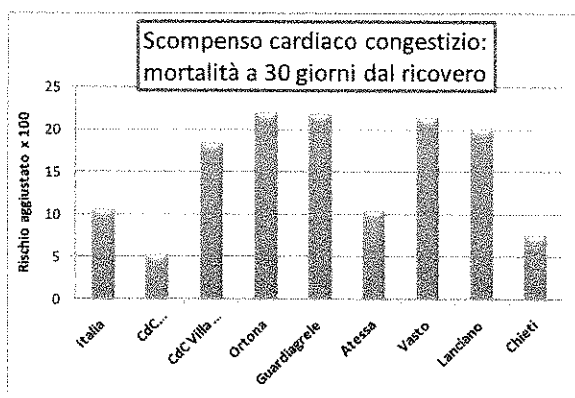
- Tasso ricovero ACUTE
- Anni (Regione)

- Tassi di ricovero per patologie "di ampia pertinenza territoriale". Anni 2008-2013(Regione – AHRQ)

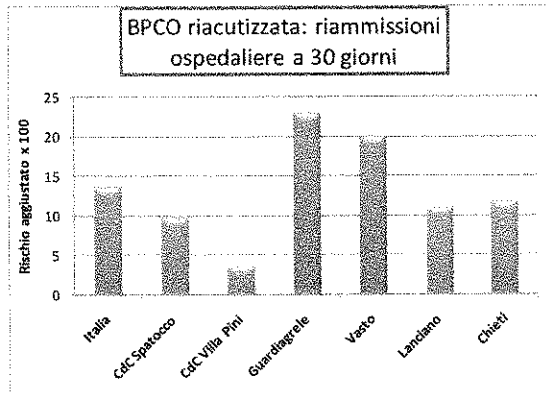
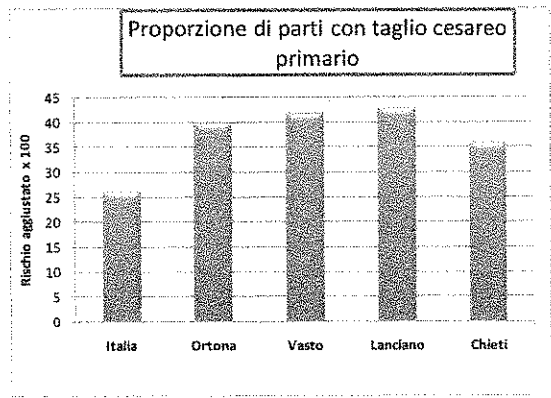
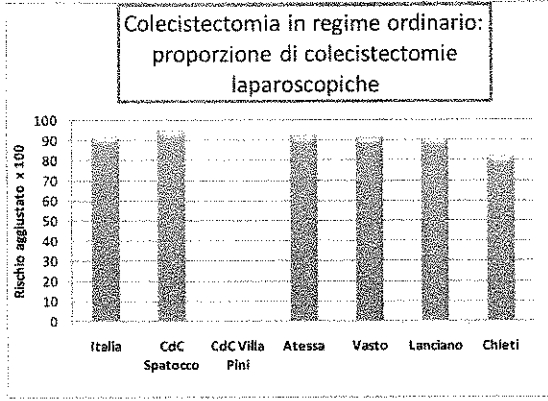
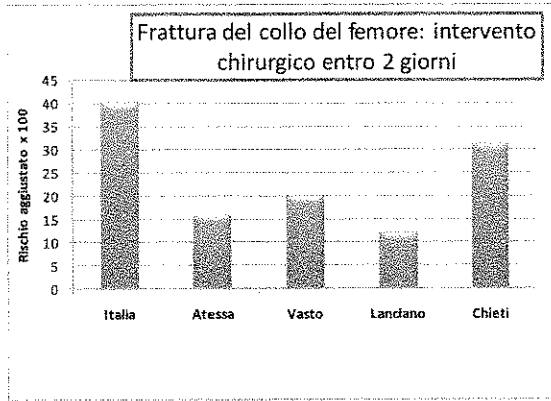




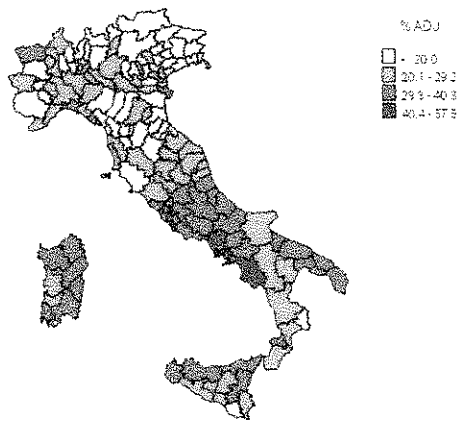
ASL	Abruzzo	Abruzzo	Abruzzo	2007	2007	2007
Anno	2008	2013	Diff.	2008	2013	Diff.
PQI 1 - Complicanze a breve termine del diabete	16	8	-48.8	16	7	-55.9
PQI 3 - Complicanze a lungo termine del diabete	51	31	-39.2	42	23	-45.1
PQI 5 - RPOC o asma in adulti anziani	364	117	-67.9	391	81	-79.3
PQI 7 - Ipertensione	196	47	-55.7	111	57	-48.7
PQI 8 - Scompenso cardiaco	490	592	+18.8	555	641	+15.4
PQI 10 - Disidratazione	32	60	+87.5	35	81	+131.1
PQI 11 - Polmonite batterica	180	222	+23.3	193	267	+39.2
PQI 12 - Infezioni della via urinaria	66	55	-16.1	71	55	-22.8
PQI 13 - Angina senza procedure	137	115	-16.1	112	122	12.9
PQI 14 - Diabete non controllato	33	18	-45.5	31	14	-54.8
PQI 15 - Asma in giovani adulti	188	51	-73.0	240	53	-77.9
PQI 16 - Amputazione estremità int. in diabetici	4	1	-22.2	10	8	-8.1



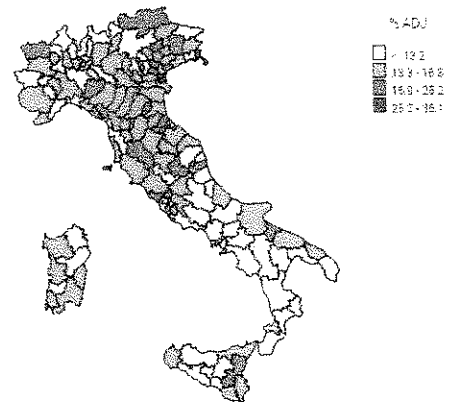
Fonte dati Piano Nazionale Esiti – AGENAS - 2012



Proporzione di parti con taglio cesareo primario.



BPCO riacutizzata. riammissioni ospedaliere a 30 giorni.





PIANO STRATEGICO 2015 | 2017



PIANO STRATEGICO 2015 | 2017

Parte II

I RISULTATI

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



Sommario

I RISULTATI	37
PREMESSA.....	40
2.1 L'OFFERTA DEI SERVIZI	41
2.1.1 L'Ospedale.....	41
2.1.1.1 Valutazione puntuale ed analitica del percorso di riorganizzazione: condizionamenti, imprevisti ed emergenze.42	
2.1.1.2 La Produzione Ospedaliera	42
2.1.1.3 - Il tasso di Ospedalizzazione.....	43
2.1.1.4 Il tasso di occupazione dei posti letto.....	44
2.1.1.5 I ricoveri.....	45
2.1.1.6 L'Indice di appropriatezza.....	47
2.1.1.7 L'Indice di complessità (peso medio).....	48
2.1.1.8 I Primi DRG per regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery	52
2.1.1.9 La Mobilità Attiva.....	53
2.1.1.10 La Mobilità Passiva.....	54
2.1.1.11 La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino	46
2.1.1 - La Rete dell'Emergenza.....	49
2.2 IL TERRITORIO	54
2.2.1 L'Attività di Specialistica Ambulatoriale.....	54
2.2.1.1 Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale.....	55
2.2.1.2 C.U.P. - Centro Unico di Prenotazione	55
2.2.1.3 La Medicina generale e pediatrica	56
2.2.1.4 A.D.I. - Assistenza domiciliare intergrata	58
2.2.1.5 Ospedale di Comunità.....	58
2.2.1.6 Residenze intermedie.....	59
2.2.1.7 Cure Palliative e Hospice	60
2.2.1.8 La Salute Mentale.....	61
2.2.1.9 Le Dipendenze.....	63
2.2.1.10 La Sanità Penitenziaria.....	63
2.3 LA PREVENZIONE	65
2.3.1 Igiene e sanità pubblica.....	67
2.3.2 Igiene degli alimenti e della nutrizione	68
2.1.2 - Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro	68
2.1.3 Medicina dello sport.....	68



2.1.3.1	Igiene della produzione, trasformazione, commercio alimenti di origine animale	68
2.1.3.2	Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.....	69
2.1.3.3	Sanità animale	69
2.2	L'Attività di Screening.....	69
2.3	Il capitale umano	71
2.4	I Conti	64
2.4.1	L'Andamento storico dei risultati economici.....	64
2.4.2	Andamento della Mobilità e Incidenza sui Costi di Produzione	65
2.4.3	- Acquisto di beni	65

PREMESSA

Il sostegno di un percorso strategico di sviluppo aziendale, implica una attenta considerazione di quegli elementi di specificità e di contingenza che condizionano i margini di intervento e le potenzialità evolutive dell'Azienda. Ogni opportunità di cambiamento o innovazione, per tradursi in strategia, deve partire dal passato e dalla conoscenza del contesto locale, per formulare gli scenari e gli obiettivi futuri, valorizzando, e non eludendo la situazione di partenza e i risultati conseguiti.

La condizione per un cambiamento strategico è inoltre data dal potenziale di apprendimento organizzativo che può realizzarsi, intendendo in questo senso non tanto l'aumento di conoscenza e competenza del personale dell'Azienda, quanto piuttosto la capacità degli stakeholder coinvolti, a diversi livelli e ambiti di responsabilità, di adeguarsi a condizioni nuove, sia in termini di comprensione, sia di valutazione e comportamento conseguente.

Per sostenere i concetti di miglioramento di efficienza, efficacia e qualità dei servizi sanitari, si richiama l'assunto, fortemente consolidato nella letteratura manageriale, secondo cui il miglioramento continuo della qualità dei servizi e della performance complessiva di un'azienda, incluse quelle pubbliche che erogano servizi sanitari, è determinato, per la gran parte, dalla capacità di coordinare, in modo sinergico e sistemico, le scelte di orientamento strategico (quali priorità assumere, quali modelli clinico-assistenziali adottare, ecc.) con le scelte di assetto organizzativo (ruolo dei dipartimenti, ampiezza delle funzioni di staff, articolazione delle responsabilità gestionali, sistema degli incarichi, meccanismi operativi di programmazione e controllo, ecc.). Uno degli aspetti qualificanti del Piano Strategico è quindi la scelta di un approccio che focalizzi l'attenzione nell'arginare i prevedibili fattori inibitori emergenti sia nell'ambiente esterno, che in quello organizzativo interno.

Altro aspetto qualificante riguarda l'intensificazione di una serie di «fattori critici di successo» che comportano una concezione strategica caratterizzata da forte dinamismo nel governo dei processi dell'intera operazione di cambiamento che miri innanzitutto alla costruzione di una rappresentazione condivisa del quadro diagnostico d'insieme.

Si intende continuare ad agire identificando gli «embrioni» del cambiamento già presenti nell'Azienda aiutandoli a uscire dai circuiti inibitori che ne bloccano un positivo sviluppo.

Si tratta di sostenere costantemente e sistematicamente il terreno progettuale di sviluppo, ricettivo e stimolante verso le potenzialità (opportunità, minacce, punti di forza e debolezza) nel cui ambito sia di fatto possibile realizzare un processo di miglioramento ed elaborare conoscenze e strumenti da diffondere nell'intero sistema organizzativo.

Il cambiamento strategico e organizzativo per essere ulteriormente sviluppato e sostenuto presuppone delle scelte sul piano delle priorità. L'Azienda dovrà maturare le proprie priorità a partire da fondamentali presupposti, di seguito presentate su tre distinti livelli di approfondimento:

- l'offerta di servizi,
- il patrimonio,
- i conti.

2.1 L'OFFERTA DEI SERVIZI

2.1.1 L'Ospedale

Il contesto aziendale e la normativa regionale

La Regione Abruzzo con l'approvazione del Programma Operativo 2010 (Deliberazione Commissariale n. 44 del 03/08/2010) ha dato seguito al Piano di Rientro per l'anno 2007-2009 secondo gli interventi e le relative azioni ulteriormente descritte nella Deliberazione Commissariale n. 45 del 05/08/2010.

In particolare è stato delineato il crono-programma delle riconversioni dei presidi ospedalieri della Regione.

Per l'Azienda Sanitaria Locale di Lanciano-Vasto-Chieti, ha previsto la riconversione in PTA degli Ospedali di Casoli e Gissi entro il 31 agosto 2010 e di Guardiagrele entro il 31 dicembre 2010 (a causa della presenza in quest'ultimo dell'SPDC, struttura sanitaria di difficile ricollocazione logistica in ragione della presenza di ricoverati estremamente critici dal punto di vista della messa in sicurezza).

Come noto, proprio il maggior intervallo di tempo necessario per la riconversione del PO di Guardiagrele ha, con ogni probabilità, favorito, dal punto di vista delle procedure giurisdizionali innanzi il TAR Abruzzo, i provvedimenti di sospensione degli atti regionali ed aziendali di riconversione. A tutt'oggi, i procedimenti giurisdizionali avverso la riconversione del PO di Guardiagrele in PTA sono pendenti presso il Consiglio di Stato, con l'effetto che le attività (con particolare riferimento a quelle in regime di ricovero ospedaliero) che vi erano svolte nel 2010 sono rimaste congelate.

Per effetto di quanto sopra, a tutt'oggi nel presidio di Guardiagrele sono attivi 57 posti letto (distribuiti su 4 moduli assistenziali), tutti eccedenti rispetto alla dotazione di posti letto previsti nei Piani Operativi regionali e nella Delibere di questa ASL adottate sin dall'ottobre 2012 ed aventi ad oggetto proprio il Piano di riordino dei Posti Letto (P.L.).

La rimodulazione dei P.L. dell'intera rete provinciale definitivamente approvata con la Delibera 757/2013 non solo ha confermato il rispetto del tetto dei 1075 PL imposto dalla Deliberazione commissariale 45/2010 (fatto salvo quanto già espresso per il PO di Guardiagrele), ma ha altresì determinato ulteriori aggregazioni per moduli omogenei e funzionali ad una riduzione delle Strutture Complesse e ad una ottimizzazione, seppur parziale, delle dotazioni organiche.

Ed infatti, con deliberazione n. 758 del 31 maggio 2013 e n. 322 del 11 marzo 2014 si è provveduto a formalizzare la nuova Dotazione Organica della ASL Lanciano Vasto Chieti, in recepimento delle Linee di indirizzo regionali in materia contenute nel DCA 49/2012, in conformità con il nuovo assetto dei PL delineato nella Delibera 757/2013 e a conclusione di un articolato percorso di confronto ed affinamento con i competenti uffici regionali.

In realtà, in maniera propedeutica al percorso di razionalizzazione della rete dei servizi appena delineato, si è provveduto a modificare e aggiornare l'Atto Aziendale già adottato con Delibera 1460/2011 – il quale aveva già recepito i criteri degli "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art 12 comma 1 lett. B) Patto della per la Salute 2010-2012" contenuti nel documento approvato, nella seduta del 26/3/2012, dal Comitato permanente (cd Comitato LEA) per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia, di cui all'intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, e la cui attuazione era stata prevista nel Decreto commissariale 49/2012.

Pertanto, il riconoscimento regionale di conformità dell'atto aziendale della ASL Lanciano-Vasto-Chieti ha dato piena attuazione al percorso di riordino della rete assistenziale.

Presidi Aziendali	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	DIPARTIMENTO MEDICO	DIPARTIMENTO CUORE	DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
OSPEDALE DI CHIETI	X	X	X	X	X
OSPEDALE DI LANCIANO	X	X	X	X	X
OSPEDALE DI ORTONA	X	X	X	X	X
OSPEDALE DI VASTO	X	X	X	X	X
OSPEDALE DI ATESSA	X	X			

N.B. il Presidio di Guardiagrele in seguito alle procedure giurisdizionali del TAR Abruzzo non è stato ancora riconvertito in P.T.A. e pertanto risultano presenti alcune attività come nell'anno 2010.

2.1.1.1 Valutazione puntuale ed analitica del percorso di riorganizzazione: condizionamenti, imprevisti ed emergenze.

In sintesi, l'Azienda si è trovata ad operare, nella realizzazione e nell'attuazione di così importanti quanto delicati processi di razionalizzazione, in un mare di **condizionamenti, imprevisti ed emergenze**.

- L'accorpamento di funzioni e strutture sanitarie ha prodotto un numero rilevante di esuberi nelle posizioni apicali che hanno determinato, tra l'altro, la perdita, per gli interessati, delle prerogative "primariali" acquisite a suo tempo, anche sul piano economico, tramite concorso pubblico.

Nessun'altra ASL della Regione ha dovuto affrontare un così elevato numero di percorsi di ricollocazione di Direttori di Struttura Complessa, per lo più in UOSD o addirittura in UOS o in semplici incarichi professionali, con le evidenti tensioni sindacali (e non ultime, personali) che hanno, non poco, rallentato il processo di razionalizzazione della rete dei servizi, anche per effetto di un "clima organizzativo" comprensibilmente teso e conflittuale.

La mancata sottoscrizione del nuovo accordo quadro tra Regione e Università ha irrigidito e ristretto lo spazio di manovra a disposizione di questa direzione, costringendo, almeno in una prima fase, ad amplificare gli squilibri già esistenti nella rete provinciale a scapito dell'area territoriale di Lanciano-Vasto e a ricorrere, in una seconda fase (revisioni dell'atto aziendale approvate nel 2013 e nel 2014), all'istituto del "Programma di ricerca" quale unica alternativa percorribile per una riduzione "unilaterale" delle strutture complesse a direzione universitaria (e quindi per un riequilibrio su base territoriale).

- le carenze e i vizi strutturali riscontrati nei corpi di fabbrica "C" ed "F" del PO SS. Annunziata di Chieti hanno di molto ostacolato un ordinato processo di riordino dei posti letto e, conseguentemente, della stessa articolazione delle strutture complesse e semplici. Ancora oggi lo sgombero dei citati corpi di fabbrica non è completato (anche per la mancanza di specifici finanziamenti in e/capitale e di aree libere, adeguate e a norma); in taluni casi si è dovuto ricorrere alla chiusura di attività nel PO di Chieti e alla (quasi) contestuale apertura di analoghe attività, principalmente nel PO di Ortona (in quanto struttura storicamente già collegata funzionalmente con quella di Chieti). Il tutto, attraverso i complessi meccanismi delle norme regionali in materia di autorizzazione e accreditamento.

I risultati comunque conseguiti appaiono, pertanto, di straordinaria rilevanza, nella misura in cui hanno ridisegnato completamente la rete dei servizi sul territorio, con soluzioni talora molto innovative, in conformità agli indirizzi programmatici regionali e/o discendenti da norme nazionali e, perfettamente in linea con le attuali evidenze e tendenze in materia di organizzazione sanitaria.

2.1.1.2 La Produzione Ospedaliera

La grande variabilità nell'erogazione dei livelli di assistenza offerta dal Servizio Sanitario Nazionale è un aspetto peculiare del nostro sistema sanitario. È quindi importante disporre di adeguati strumenti di analisi per poter costantemente monitorare la variabilità dell'assistenza sanitaria. Tale analisi ha lo scopo di fornire all'Azienda le informazioni utili a definire le necessarie strategie di intervento per il triennio di valenza del presente Piano Strategico.

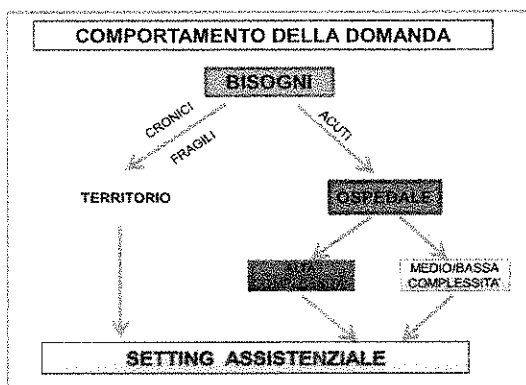
Pertanto, gli indicatori analizzati in riferimento all'attività ospedaliera, di cui alle pagine seguenti, costituiscono la base su cui poggerà l'intero processo di sviluppo ed integrazione/riprogettazione a livello ospedaliero della sanità provinciale.

Tali indicatori sono da considerare in relazione al contesto socio-economico ed epidemiologico di cui alla Parte I e, in particolare, alla luce dell'invarianza della popolazione residente nella provincia di Chieti.

2.1.1.3 - Il tasso di Ospedalizzazione

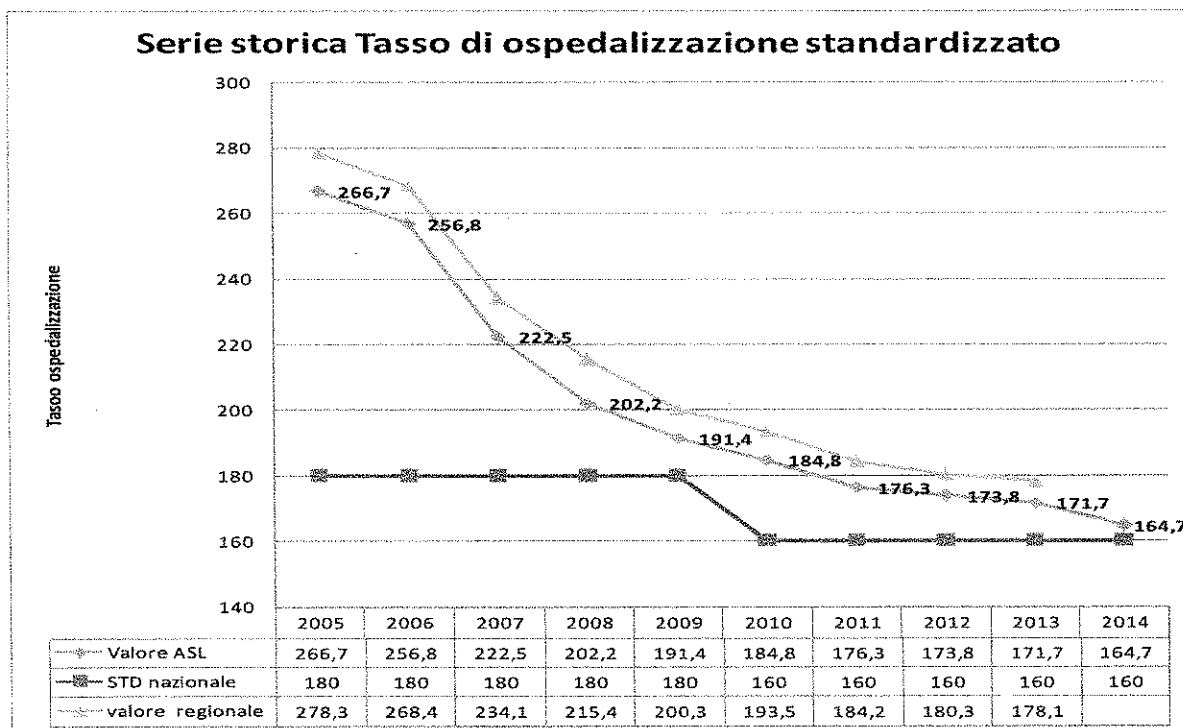
Un indicatore significativo della performance ospedaliera è rappresentato dal tasso di ospedalizzazione, inteso come rapporto tra numero dei ricoveri riferito ai residenti e n dei residenti per mille. Tale indicatore, in una prospettiva di performance di sistema, meglio esprime la relazione tra il comportamento della **domanda** (bisogni di salute) e **offerta sanitaria** in relazione alla giusta determinazione del setting assistenziale.

L'elevato tasso di ospedalizzazione, storicamente per questa regione, oltre che per questa Azienda sanitaria, è sempre stato un elemento di fortissima criticità.



La Regione Abruzzo nel 2005-2006 registrava un Tasso di ospedalizzazione standardizzato di quasi il 280 per mille (*prima in Italia, anzi prima nella classifica mondiale*), tale valore rappresentò uno dei maggiori elementi che determinarono l'imposizione ministeriale di un Piano di Risanamento nel 2007. Un "gap" di oltre 100 punti per mille rispetto al Tasso di ospedalizzazione allo standard nazionale (*180 per mille*) "difficilmente" anzi raramente, si concilia con una buona offerta e appropriato setting assistenziale Ospedale-Territorio, oltre che con dei risultati in termini di **sostenibilità economica**

Di seguito si riporta un grafico che meglio rappresenta gli andamenti di tale indicatore strategico di performance, sia a livello aziendale che regionale, oltre che i risultati delle continue azioni poste in essere al fine dell'attuazione nel processo di risanamento.



La ASL Lanciano-Vasto-Chieti nel corso degli anni 2012-2013 evidenzia un andamento tendenzialmente costante riferito al tasso di ospedalizzazione della popolazione residente.

Tasso di ospedalizzazione

2012		2013		2014	
T.O. senza mobilità	T.O. con mobilità	T.O. senza mobilità	T.O. con mobilità	T.O. senza mobilità (calcolato sul semestre)	T.O. con mobilità *
	64,7		64,7		64,7
108,1	172,8	108,1	172,8	100	164,7

* dati mobilità non disponibili, presunti invariati rispetto al 2012

Fonte dati SIO e ISTAT. Elaborazione: Sviluppo Strategico Organizzativo

L'attuazione al percorso di riordino/riorganizzazione della rete assistenziale aziendale ha determinato, tra l'altro, negli anni una notevole diminuzione del tasso di ospedalizzazione. Il tasso di ospedalizzazione, che include il dato dei ricoveri in mobilità passiva, è passato dal 184 per mille del 2010 al 172,8 per mille (valore di mobilità stimato) del 2013.

Lo stesso, in considerazione dei dati del I semestre 2014 sono stimabili in un valore che si attesta presumibilmente al 165 per mille circa per il 2014. Pertanto, l'andamento storico di tale tipologia di indicatore evidenzia una sensibile e progressiva riduzione dello scostamento dello stesso dallo standard nazionale (160 per mille) come ben evidenziato nel grafico precedente. Ciò nonostante è importante evidenziare che la "rapidità" del cambiamento del comportamento della domanda non risulta ancora sufficientemente in linea con gli standard previsti.

Il progressivo invecchiamento della popolazione fa sì, che questa, ricorra ancora all'ospedale anche per situazioni di cronicità e pluripatologia, in quanto non supportate a livello territoriale da strutture di offerta "intermedia".

2.1.1.4 Il tasso di occupazione dei posti letto

Il tasso di occupazione dei posti letto rappresenta un indicatore significativo del volume di attività ospedaliera erogata in rapporto alla capacità operativa disponibile.

Nel biennio 2012-2013 il tasso di occupazione dei posti letto, misurato come il rapporto giornate di degenza effettuate e giornate di degenza stesse, teoricamente disponibili in base al numero dei posti letto, mostra una tendenziale diminuzione sia per effetto della riduzione delle giornate di degenza che dei ricoveri complessivi a parità di dotazione di posti letto. Tale diminuzione non è omogenea in tutte le aree specialistiche dipartimentali e tende a concentrarsi prevalentemente nell'area cuore come di seguito ben evidenziato in tabella.

Tasso di occupazione Posti Letto

Anno 2012	96,8%
Anno 2013	100%
Anno 2014*	96,5%

Tasso di occupazione dei posti letto per Dipartimento (anni 2012-2013).

Tasso di occupazione dei Posti Letto per Dipartimento		
DIPARTIMENTO	2012	2013
CHIRURGICO	76,08%	73,15%
MEDICO	87,10%	86,57%
CMPDEITI	58,57%	68,42%
MATERNO INFANTILE	97,68%	106,29%
SALUTE MENTALE	70,38%	74,41%
CUORE	88,18%	78,05%

2.1.15 I ricoveri

L'attività di ricovero ospedaliero della ASL Lanciano Vasto Chieti nel corso dell'ultimo triennio, seppur con dati 2014 riferiti al semestre, è leggermente diminuita.

Da un approfondimento dell'andamento storico del numero di dimissioni dei ricoveri ordinari chirurgici e medici e di quelli in day surgery e day hospital in

particolare si evidenzia per l'area medica una sensibile diminuzione del (-2.16%), mentre per l'area chirurgica si può evidenziare un aumento del 1.61%. A fronte di un decremento nel ricorso al ricovero ordinario, è aumentato il ricorso al ricovero di tipo diurno (Day Hospital/Day Surgery), segnalando una maggiore attenzione posta dall'Azienda in tema di appropriatezza nell'utilizzo dei diversi regimi assistenziali.

Di seguito si riporta la tabella dei ricoveri effettuati (2012-2014) suddivisi per tipologia, con la relativa valorizzazione economica e relativi scostamenti.

Ricoveri totali
Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

Anno 2012	57.573
Anno 2013	57.464
Anno 2014*	26.189

Andamento storico delle prestazioni di ricovero erogate suddivise per tipologia

Tipologia	2012		2013		2014*		2014*
	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	
Ricoveri ordinari chirurgici	13.064	62.769.663	13.274	69.668.546	+ 1,61%	+ 10,99%	6.476
Ricoveri ordinari medici	29.226	71.516.096	28.596	68.820.394	- 2,16%	- 3,77%	13.564
Ricoveri Day Surgery	9.136	9.368.055	9.409	12.991.202	+ 2,99%	+ 38,68%	4.596
Ricoveri Day Hospital	6.147	14.774.059	6.185	14.562.130	+ 0,62%	- 1,43%	1.553
Totale Ricoveri	57.573	158.427.873	57.464	166.042.272	- 0,19%	+ 4,81%	26.189

Di seguito si riportano i dati dei Ricoveri Ordinari e dei Ricoveri Diurni distinti per Presidio Ospedaliero al fine di analizzare il fenomeno di produzione di attività e meglio approfondire le peculiarità derivanti dalle rispettive vocazioni e attività.

Ricoveri Ordinari * (I Sem 2014)

Presidio Ospedaliero	Valore RO	Dimissioni RO	Peso Medio GG RO	Degenza Media	DRG LEA	% DRG LEA inappr	%		Dimissioni protette		
							Ricoveri program	Ricoveri Urgenti			
P.O. Chieti	€ 31.993.112	8.128	1,19	64.473	7,9	929	11,4%	46,0%	53,9%	264	91
P.O. Vasto	€ 13.194.546	4.419	0,97	30.018	6,8	429	9,7%	33,7%	66,1%	172	50
P.O. Lanciano	€ 11.859.364	3.762	1,01	30.615	8,1	288	7,7%	36,1%	63,4%	176	115
P.O. Ortona	€ 5.488.309	2.176	0,84	13.082	6,0	230	10,6%	36,0%	64,0%	73	0
P.O. Atessa	€ 2.804.509	849	1,03	8.603	10,1	93	11,0%	55,6%	44,4%	51	145
P.O. Guardagrele	€ 1.795.904	706	0,88	9.675	13,7	105	14,9%	13,5%	82,3%	70	22
Totale ASL	€ 67.135.743	20.040	1,05	156.466	7,8	2.074	10,3%	39,6%	60,1%	806	423



Ricoveri Diurni * (I Sem 2014)

Presidio Ospedaliero	P. Medio % Ric. Dimissioni			P. Medio % Ric. Dimissioni			Δ %	Δ % P. Medio	Δ % Ric. Program.
	Dimissioni RO	RO	program. RO	RO	program.	Dimissioni			
P.O. Chieti	8.635	1,17	53,1%	8.128	1,19	46,0%	-7,9%	1,4%	-13,4%
P.O. Vasto	4.500	0,97	42,7%	4.419	0,97	33,7%	-3,1%	0,2%	-21,0%
P.O. Lanciano	4.129	0,99	38,4%	3.762	1,01	36,1%	-10,2%	1,6%	-5,9%
P.O. Ortona	2.034	0,88	49,7%	2.176	0,84	36,0%	-4,5%	-4,4%	-27,6%
P.O. Atessa	1.078	1,06	44,3%	849	1,03	55,6%	-6,8%	-2,1%	25,4%
P.O. Guardiglele	788	0,86	32,0%	706	0,88	13,5%	-10,8%	2,8%	-57,9%
Totale ASL	21.164	1,05	46,5%	20.040	1,05	39,6%	-6,9%	0,3%	-14,8%

Tali considerazioni risultano ancora più strategiche da affrontare in tale sede, in quanto la scelta di rafforzare e orientare sempre più le diverse vocazioni dei singoli presidi e la rispettiva integrazione tra ospedale e sviluppo dei servizi distrettuali, se si considera un altro elemento di analisi ed approfondimento che è quello relativo alla suddivisione dei dimessi per fasce d'età in rapporto alla rispettiva composizione della popolazione.

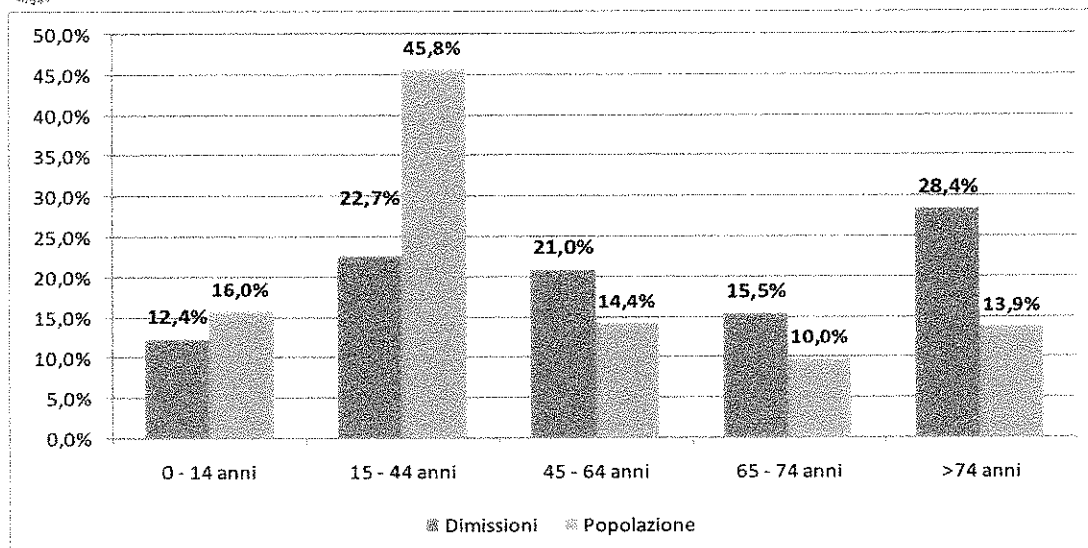
In particolare per quanto concerne la suddivisione dei dimessi per fasce d'età in rapporto alla rispettiva composizione della popolazione si può notare dalla successiva tabella che oltre il 43% dell'attività di ricovero è dedicata alla popolazione ultra sessantacinquenne (23,9% della popolazione), mentre il 57 % dei dimessi alla restante composizione della popolazione.

Ricoveri suddivisi per fasce di età

Fasce di età	
0-14 anni	56,10%
15-64 anni	76,10%
65-74 anni	43,90%
75-84 anni	23,90%

Il grafico di seguito riportato, meglio dettaglia e rappresenta, per l'annualità 2013, l'entità della popolazione dei dimessi in riferimento al totale della popolazione per la rispettiva fascia d'età.

Ricoveri suddivisi per fasce di età					
	Fasce di età				
	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	75-84 anni	85-94 anni
Popolazione	12,4%	22,7%	21,0%	15,5%	28,4%
Dimessi	16,0%	45,8%	14,4%	10,0%	13,9%



Tale dato dipende in parte da un aumento della popolazione anziana residente e dall'altro da un progressivo depauperamento dell'offerta di tipo specialistico. Ulteriore fattore critico di analisi è quello riferito alla degenza media (come si può notare nella tabella che segue, la degenza media è passata da 8.1 nel 2012 a 7.8 nel 2014 (dato I semestre 2014).

Degenza Media		Ciò a dimostrazione, ancora una volta, del progressivo invecchiamento della popolazione che ricorre all'ospedale anche per situazioni di cronicità e pluripatologia non supportate a livello territoriale da strutture di offerta "intermedia".
Anno 2012	8,1	
Anno 2013	8,2	
Anno 2014 *	7,8	

2.1.1.6 L'Indice di appropriatezza

Gli indicatori di appropriatezza si configurano come elementi di valutazione dell'efficienza di una struttura ospedaliera, evidenziando quei casi di ricovero che avrebbero dovuto trovare risposta in un livello assistenziale di tipo ambulatoriale o territoriale. L'indice di appropriatezza fa parte degli indicatori di risultato del D. Commissariale n. 149 del 7.11.2014 – servizio DG 18.

Il Ministero ha identificato 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DPCM 50/2010), essi sono oggetto di analisi e di monitoraggio costante da parte degli staff aziendali e di valutazioni nelle schede di budget delle unità operative.

DRG LEA ad alto rischio di inappropriatezza				
Ricoveri erogati in regime ordinario				
	2012	2013	%	2014
Numero Ric. Ordinari ad alto rischio inappropri.	4.752	4.265	- 10,25%	2.074
Totale Dimissioni Ricoveri Ordinari	42.290	41.870	- 0,99%	20.040
% Ricoveri Ordinari ad alto rischio inappropri.	11,2%	10,2%	- 9,35%	10,3%

Stiamo assistendo, ad una diminuzione costante, nel biennio 2012-2013, del tasso di inappropriatezza, espresso dalla percentuale dei ricoveri con DRG inappropriati, pur in presenza di una situazione territoriale che vede una lenta costruzione di forme di assistenza alternative.

2.1.1.7 L'Indice di complessità (peso medio)

Un dato interessante e significativo dell'attività di ricovero è quello rappresentato dal peso medio (o indice di complessità) delle prestazioni. Il peso indica la complessità del caso trattato per quel singolo ricovero e viene misurato tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Tanto più è alto il valore del peso medio, tanto più complesse sono le prestazioni erogate durante il ricovero. L'indice di complessità dei ricoveri effettuati dalla ASL Lanciano Vasto Chieti conferma che le attività dell'Azienda sono lontane dai riferimenti nazionali (1.15 – valore 2013 Rapporto Ministeriale SDO).

Peso Medio Ricoveri

Ricoveri erogati in regime ordinario

Anno 2012	1,02
Anno 2013	1,04
Anno 2014*	1,02

Ciò indica da un lato l'erogazione di ricoveri con basso indice di complessità, dall'altro che i cittadini si rivolgono altrove, spesso anche fuori Regione, per l'erogazione di prestazioni di alta specialità.

Peso Medio Aziendale 2012-2014

Dipartimento	Anno 2012		Anno 2013		1° semestre Anno 2014	
	Totale ASL		Totale ASL		Totale ASL	
	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media
Coordinamento Attività Distrettuali	1,02	11,6	1,02	10,6	0,97	14,1
Dipartimento Chirurgico	1,23	7,1	1,27	6,8	1,29	6,8
Dipartimento Cuore	1,89	10,0	1,88	9,6	1,92	9,9
Dipartimento di Emergenza Accettazione e CMPTDEITI	3,41	13,7	4,25	14,3	4,18	16,1
Dipartimento di Salute Mentale	0,72	11,5	0,73	13,0	0,74	13,4
Dipartimento Materno - Infantile	0,54	5,1	0,54	5,0	0,54	4,7
Dipartimento Medico	1,04	10,9	1,05	10,5	1,06	10,5
Totale	1,02	8,1	1,04	8,2	1,05	7,8

A livello aziendale si evince, come ovvio, un basso peso medio delle attività mediche, inferiore a quello delle attività chirurgiche (che risentono dell'impiego di risorse pesanti come la sala operatoria e la terapia intensiva).

E' evidente un incremento dei punti DRG medi per i Dipartimenti chirurgico, cuore e emergenza a fronte di un sostanziale mantenimento del case mix dei dipartimenti medici.

In particolare è interessante analizzare gli andamenti (2012-2014) che il peso medio e la degenza media hanno registrato nel dettaglio di presidio ospedaliero distinto per singolo dipartimento.

Le tabelle che seguono, pertanto risultano, funzionali alle scelte di programmazione strategica, soprattutto se rilette in ottica di identificazione ed implementazione delle vocazioni dei singoli Presidi Ospedalieri.

Peso Medio P.O. Chieti 2012-2014

Presidio Ospedaliero Chieti	Anno 2012		Anno 2013		1° semestre Anno 2014	
	P.O. Chieti		P.O. Chieti		P.O. Chieti	
	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media
Coordinamento Attività Distrettuali	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Chirurgico	1,36	8,1	1,41	7,7	1,44	7,4
Dipartimento Cuore	2,17	11,3	2,16	11,0	2,12	10,8
Dipartimento di Emergenza Accettazione e CMPTDEITI	2,93	11,2	4,17	12,6	4,28	15,3
Dipartimento di Salute Mentale	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Materno - Infantile	0,60	5,4	0,59	5,3	0,60	4,7
Dipartimento Medico	1,08	11,6	1,08	10,9	1,09	10,8
Totale	1,16	8,7	1,17	8,4	1,19	7,9



PIANO STRATEGICO 2015 | 2017

Peso Medio P.O. Ortona 2012-2014

Dipartimento	Anno 2012		Anno 2013		1° semestre Anno 2014	
	P.O. Ortona		P.O. Ortona		P.O. Ortona	
	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media
Coordinamento Attività Distrettuali	1,19	8,2	1,24	7,6	-	-
Dipartimento Chirurgico	1,03	4,3	1,16	4,8	1,16	5,4
Dipartimento Cuore	-	-	-	-	-	-
Dipartimento di Emergenza Accettazione e CMPTDETTI	-	-	-	-	-	-
Dipartimento di Salute Mentale	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Materno - Infantile	0,54	5,4	0,55	5,2	0,52	4,9
Dipartimento Medico	0,95	7,5	0,98	7,3	0,97	7,6
Totale	0,8	5,9	0,86	5,8	0,84	6

Peso Medio P.O. Guardiagrele 2012-2014

Dipartimento	Anno 2012		Anno 2013		1° semestre Anno 2014	
	P.O. Guardiagrele		P.O. Guardiagrele		P.O. Guardiagrele	
	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media
Coordinamento Attività Distrettuali	0,96	12,9	0,95	11,5	0,97	14,1
Dipartimento Chirurgico	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Cuore	-	-	-	-	-	-
Dipartimento di Emergenza Accettazione e CMPTDETTI	-	-	-	-	-	-
Dipartimento di Salute Mentale	0,74	13,3	0,72	14,4	0,73	15,1
Dipartimento Materno - Infantile	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Medico	0,86	13,0	0,87	12,0	0,92	13,0
Totale	0,85	13	0,86	12,4	0,88	13,7

Peso Medio P.O. Lanciano 2012-2014

Dipartimento	Anno 2012		Anno 2013		1° semestre Anno 2014	
	P.O. Lanciano		P.O. Lanciano		P.O. Lanciano	
	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media
Coordinamento Attività Distrettuali	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Chirurgico	1,20	7,1	1,28	7,1	1,29	7,8
Dipartimento Cuore	1,38	6,9	1,37	6,8	1,50	8,0
Dipartimento di Emergenza Accettazione e CMPTDETTI	3,32	14,0	4,39	12,1	4,05	14,2
Dipartimento di Salute Mentale	0,71	9,5	0,73	11,6	0,75	11,7
Dipartimento Materno - Infantile	0,48	4,5	0,47	4,6	0,48	4,7
Dipartimento Medico	1,08	11,1	1,10	10,6	1,14	12,2
Totale	0,93	7,4	0,99	7,5	1,01	8,1

Peso Medio P.O. Vasto 2012-2014

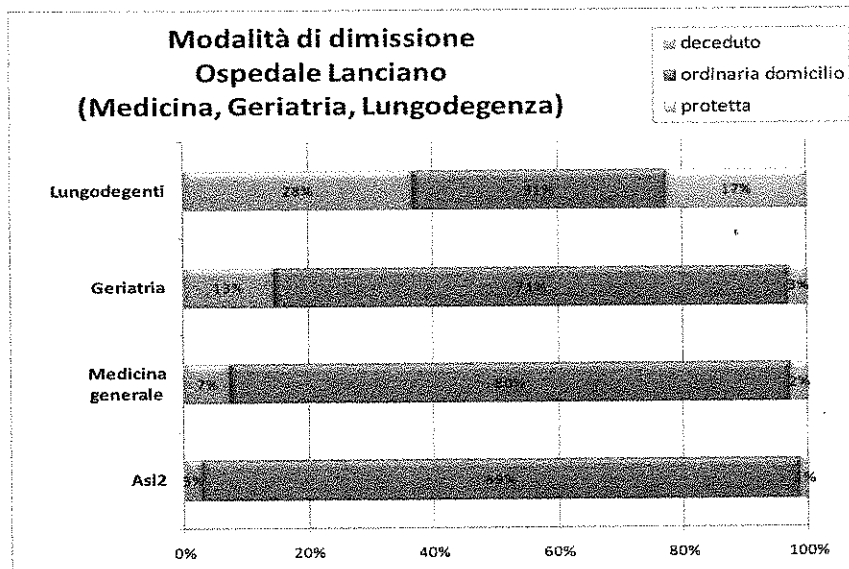
Dipartimento	Anno 2012		Anno 2013		1° semestre Anno 2014	
	P.O. Vasto		P.O. Vasto		P.O. Vasto	
	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media
Coordinamento Attività Distrettuali	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Chirurgico	1,11	6,6	1,15	6,3	1,13	6,3
Dipartimento Cuore	1,05	6,7	1,19	6,7	1,48	7,8
Dipartimento di Emergenza Accettazione e CMPTDETTI	4,93	20,5	4,20	21,4	4,15	21,0
Dipartimento di Salute Mentale	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Materno - Infantile	0,47	4,9	0,49	4,8	0,50	4,6
Dipartimento Medico	1,07	10,3	1,08	9,3	1,10	9,2
Totale	0,92	7,2	0,96	6,9	0,97	6,8

Peso Medio P.O. Atessa 2012-2014

Dipartimento	Anno 2012		Anno 2013		1° semestre Anno 2014	
	P.O. Atessa		P.O. Atessa		P.O. Atessa	
	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media	Peso Medio RO	Degenza Media
Coordinamento Attività Distrettuali	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Chirurgico	1,24	6,6	1,17	6,1	1,20	3,2
Dipartimento Cuore	-	-	-	-	-	-
Dipartimento di Emergenza Accettazione e CMPTDETTI	-	-	-	-	-	-
Dipartimento di Salute Mentale	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Materno - Infantile	-	-	-	-	-	-
Dipartimento Medico	0,99	11,4	0,96	12,4	0,99	12,1
Totale	1,09	9,5	1,03	10,3	1,03	10,1

[Handwritten signature and initials]

Il peso medio delle discipline chirurgiche dell'Asl2 sono al di sotto degli standard nazionali (1,5 per la chirurgia generale, 2,0-3,0 per le specialistiche), sia per i ricoveri dell'Ospedale di Chieti (1,4), sia a Lanciano (1,3), ma soprattutto per i ricoveri chirurgici di Vasto, Ortona e Atesa (1,1-1,2). Medesime considerazioni circa il gradiente tra l'Ospedale di Chieti e quelli di Lanciano e Vasto, possono essere fatte per il dipartimento Cuore, gli standard nazionali per la cardiocirurgia sono tra 2,8-3,8, quelli della chirurgia vascolare sono di 1,8 e della cardiologia 1,4.



Le medicine della Asl risultano appena superiore a 1 in quanto a peso medio della complessità del paziente per i Presidi di Chieti, Vasto e Lanciano, mentre sono inferiori a 1 ad Atesa, Ortona e Guardiagrele. Se si analizza il dettaglio dei ricoveri medici di un ospedale con peso maggiore >1 come Lanciano, e lo si paragona ad uno con ricoveri poco complessi che potrebbero essere evitati con una adeguata assistenza territoriale come l'ospedale di Ortona, si possono formulare le seguenti affermazioni:

- la degenza media è più lunga in lungodegenza, ma maggiore per i pazienti a bassa complessità;
- ciò avviene per pazienti in media di 20 anni più anziani dei pazienti in Medicina soprattutto con peso maggiore di 1;
- in prevalenza più donne e con maggiori patologie croniche sia per la bassa che per la alta complessità;
- la mortalità intra ospedaliera è progressivamente maggiore per la Medicina, Geriatria e Lungodegenza;
- i ricoveri in medicina sono maggiormente inappropriati di quelli in lungodegenza, in particolare per l'ospedale con peso <1;
- la dimissione protetta è attivata in modo consistente e appropriato solo in lungodegenza;
- dalla lista dei primi 20 DRG si possono dedurre quali sono le condizioni patologiche a bassa complessità (<1) che potrebbero essere trattati con maggiore efficacia nel territorio. In particolare le anemie, i segni e sintomi non definiti, AIT, malattie respiratorie non gravi e diabete senza complicanze. Una attenzione specifica va dedicata alle recrudescenze dello scompenso cardiaco e BPCO.

N. dimissioni ospedaliere del presidio di Lanciano per anno (Medicina, Geriatria e Lungodegenza)

Disciplina	N. dimissioni				Degenza media			
	2011	2012	2013	2014 #	2011	2012	2013	2014
Medicina generale	806	680	645	85	10,1	11,0	10,6	10,1
Geriatria	857	799	809	158	10,0	9,1	8,4	9,0
Lungodegenti	133	175	208	65	13,6	11,5	13,6	18,4
Totale	1796	1654	1662	308	10,3	10,2	9,9	11,3
	Età media				% Genere femminile			
Medicina generale	60,3	62,5	63,1	61,5	48%	47%	47%	39%
Geriatria	81,7	81,9	82,7	83,3	48%	51%	51%	58%
Lungodegenti	80,8	82,5	81,9	83,8	62%	58%	57%	63%
Totale	72,0	74,0	74,9	77,4	49%	50%	50%	54%
	% DRG inappropriati (*)				% Cronici (**)			
Medicina generale	18,5%	12,4%	7,0%	7,1%	46%	49%	53%	54%
Geriatria	10,5%	7,1%	7,0%	12,0%	75%	78%	76%	78%
Lungodegenti	8,3%	7,4%	1,0%	3,1%	80%	75%	78%	79%
Totale	13,9%	9,3%	6,3%	8,8%	63%	65%	67%	70%

(#) solo primo trimestre (*) lista DRG a rischio di inapproprietezza LR n. 50/2011; (**) pazienti cronici con tre patologie: Scompenso cardiaco, Bpco o Diabete



PIANO STRATEGICO 2015 | 2017

N. dimissioni ospedaliere e Degenza media del presidio di Ortona per anno
(ricoveri ordinari dei residenti del Comune di Ortona)

Disciplina	N. dimissioni			Degenza media		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Geriatria			17			4,7
Lungodegenti	3	5	3	19,3	14,0	21,0
Medicina generale	625	640	609	6,2	6,0	6,3
Totale	628	645	629	6,3	6,0	6,4
	Età media			% Genere femminile		
Geriatria			84,7			59%
Lungodegenti	69,3	81,2	78,0	67%	60%	67%
Medicina generale	75,9	78,3	77,4	53%	54%	51%
Totale	75,8	78,3	77,6	53%	54%	52%
	% DRG inappropriati (*)			% Cronici (**)		
Geriatria			5,9%			70,6%
Lungodegenti				66,7%	80,0%	100%
Medicina generale	29,4%	20,3%	13,6%	55,7%	60,0%	56,0%
Totale	29%	20%	13,4%	55,7%	60,2%	56,6%

(*) lista DRG a rischio di inappropriatazza LR n. 50/2011; (**) pazienti cronici con tre patologie: Scompenso cardiaco, Bpco o Diabete

Queste considerazioni indicano, come meglio argomentato nella Sezione III, la necessità di adottare un sistema univoco per l'identificazione e la valutazione del bisogno esistenziale e clinico dei pazienti affetti da patologie croniche (quindi prevedibili) in modo da orientare il setting assistenziale ospedale – territorio verso forme alternative al ricovero ospedaliero attraverso l'attivazione della rete dei servizi territoriali quali quelli residenziali e semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari con la presa in carico globale del paziente da parte dell'infermiere della fragilità integrato con MMG.

Primi 20 DRG	n. dimissioni	%	Peso medio DRG	Importo medio ricovero
Insufficienza cardiaca e shock	330	17,4%	1,03 €	2.824,40
Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	190	10,0%	0,86 €	3.059,87
Segni e sintomi respiratori con CC	89	4,7%	0,89 €	2.469,25
Emorragia intracranica o infarto cerebrale	77	4,0%	1,26 €	3.738,83
Ischemia cerebrale transitoria	69	3,6%	0,77 €	2.470,40
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	60	3,2%	1,14 €	3.787,46
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	46	2,4%	0,76 €	2.499,19
Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	35	1,8%	1,05 €	3.244,95
Segni e sintomi con CC	33	1,7%	0,80 €	2.974,00
Sincope e collasso senza CC	32	1,7%	0,60 €	1.791,67
Cirrosi e epatite alcolica	30	1,6%	1,29 €	3.945,22
Emorragia gastrointestinale con CC	29	1,5%	1,06 €	3.457,90
Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	28	1,5%	0,97 €	2.920,48
Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	28	1,5%	1,64 €	3.524,84
Malattia polmonare cronica ostruttiva	28	1,5%	0,82 €	2.602,00
Sincope e collasso con CC	27	1,4%	0,77 €	2.322,96
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	26	1,4%	1,22 €	3.168,08
Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	23	1,2%	0,56 €	1.540,29
Neoplasie dell'apparato respiratorio	22	1,2%	1,33 €	3.395,33
Diabete, età > 35 anni	21	1,1%	0,98 €	1.834,33
Totale	1902	100%	1,51 €	4.528,76

2.1.1.8 I Primi DRG per regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery

Nelle tabelle che seguono sono stati raggruppati i primi 20 DRG per prestazioni in regime di Ricovero Ordinario e di Day Hospital o Day Surgery eseguiti nella ASL di Lanciano Vasto Chieti nell'anno 2013.

Dall'analisi dei DRG per ricovero ordinario si nota che il peso medio, che indica la complessità del caso trattato per singolo ricovero, è spesso superiore a 1. Questo indica che la produzione ospedaliera è caratterizzata da una alta complessità. Inoltre da un'analisi approfondita dei primi 20 DRG, il cui peso medio risulta superiore a 1, emerge la presenza di prestazioni di alta specializzazione.

Ricoveri Ordinari - Primi 20 DRG

Peso medio primi 20 DRG anno 2012 **0,98**

Peso medio primi 20 DRG anno 2013 **1,29**

Primi 20 DRG Ordinari erogati nel 2013 dai Presidi Ospedalieri dell'Asl Lanciano Vasto Chieti		Dimissioni	Peso Medio
127	Insufficienza cardiaca e shock	2.310	1,03
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.922	0,44
371	Parto cesareo senza CC	1.277	0,73
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.229	1,22
316	Insufficienza renale	778	1,15
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	707	1,26
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	705	1,14
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	647	0,98
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	531	2,03
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	423	0,70
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni	360	1,34
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	358	1,72
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	229	2,09
075	Interventi maggiori sul torace	201	2,40
569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi	157	3,39
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare	148	3,22
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza	139	4,56
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non	103	8,54
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	75	8,69
525	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	40	9,93

Le considerazioni fatte in merito ai ricoveri ordinari possono essere estese anche a quelli in regime di Day Hospital e Day Surgery. A differenza dei ricoveri ordinari, per i ricoveri diurni, la media degli indici di complessità è bassa, attestandosi sullo 0,80. Inoltre, dall'analisi dei primi 20 DRG Diurni, si rileva una totale assenza di prestazioni specialistiche qualificanti come di seguito dettagliato.

Primi 20 DRG Diurni erogati nel 2013 dai Presidi Ospedalieri dell'Asl Lanciano Vasto Chieti		Dimissioni	Peso Medio
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.986	0,75
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.554	0,84
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1.274	0,46
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	960	0,98
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	465	0,74
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	365	0,60
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	339	0,97
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	324	0,55
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	270	0,74
119	Legatura e stripping di vene	241	0,74
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	229	0,88
036	Interventi sulla retina	220	0,83
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	209	0,48
225	Interventi sul piede	188	0,88
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	182	0,82
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	156	0,86
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore se	155	0,94
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	151	0,92
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	146	1,20
430	Psicosi	96	0,77

2.1.1.9 La Mobilità Attiva

La mobilità attiva rappresenta l'indice di attrazione di una struttura ed è espressione della numerosità dei pazienti provenienti da fuori ASL o da fuori Regione che usufruiscono delle nostre strutture. Un alto indice di attrazione è sinonimo di efficacia e buona reputazione delle strutture.

Mobilità attiva - Indice di attrazione

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

Anno 2012	26,0%
Anno 2013	25,9%
Anno 2014*	31,0%

Dai dati riportati nella tabella si nota un indice di attrazione relativamente basso che, a nostro parere, può essere correlato a carenza di attività specialistiche attrattive, anche se lo stesso è rimasto stabile al 26% negli anni 2012 2013, mentre si evidenzia un sensibile aumento nel primo semestre del 2014 (31%)

Mobilità attiva extraregionale - provenienza pazienti

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

ASL extra-regionali di residenza	Anno 2012		Anno 2013		Variaz. % 2012-2013	
	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore
ASL della Regione Molise	1.967	5.450.315	2.108	6.475.547	+7,17%	+18,81%
ASL della Regione Lazio	441	1.043.267	369	1.016.919	-16,33%	-2,53%
ASL della Regione Marche	273	576.161	257	619.296	-5,86%	+7,49%
ASL di altre Regioni	1.615	4.408.307	1.435	4.233.550	-11,15%	-3,96%
Eestero	146	351.294	131	386.852	-10,27%	+10,12%
Totale mobilità attiva extraregionale	4.442	11.829.343	4.300	12.732.165	-3,20%	+7,63%

I pazienti in mobilità extra regionale provengono per circa il 50% dalla regione Molise e il resto dalle altre regioni confinanti. E' interessante notare che, pur se in diminuzione in termini di valore assoluto, per le dimissioni si registra un aumento del valore economico delle prestazioni erogate ai non residenti, a conferma dell' andamento di aumento del peso medio aziendale

Mobilità attiva infraregionale - provenienza pazienti

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

ASL regionali di residenza	Anno 2012		Anno 2013		Variaz. % 2012-2013	
	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore	Dimissioni	Valore
ASL Pescara	7.888	20.913.033	7.987	22.606.209	+1,26%	+8,10%
ASL Teramo	1.657	3.751.920	1.500	3.664.044	-9,47%	-2,34%
ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila	966	2.896.401	1.076	3.606.881	+11,39%	+24,53%
Totale mobilità attiva infraregionale	10.511	27.561.354	10.563	29.877.134	+0,49%	+8,40%

I pazienti in mobilità infraregionale provengono principalmente dal ASL di Pescara così come si evidenzia dalla tabella che segue:

2.1.1.10 La Mobilità Passiva

La mobilità passiva rappresenta l'indice di fuga ed indica quanti cittadini residenti si sono recati in strutture ospedaliere al di fuori di quelle provinciali. I dati del 2012 fotografano una realtà caratterizzata da un indice di fuga relativamente elevato: il 32% dei nostri residenti ha scelto di effettuare un ricovero in strutture fuori dal territorio provinciale

Mobilità passiva - Indice di fuga

Indicatore		
Totale ricoveri (Ord. e Diurni) erogati a residenti		42.620
Totale ricoveri (Ord. e Diurni) in Mobilità passiva		20.157
Ricoveri (Ord. e Diurni) da altre Aziende Sanitarie della Regione		9.655
Ricoveri (Ord. e Diurni) da Aziende Sanitarie di altre Regioni*		10.502
Totale ricoveri (Ord. e Diurni) fruiti dai residenti		62.777
Indice di fuga infra regione		15,4%
Indice di fuga extra regione		16,7%



Di seguito viene fornita una tabella riassuntiva delle tre Aziende Sanitarie che maggiormente attraggono i residenti della ASL di Lanciano Vasto Chieti con indicazione del rispettivo numero di dimissioni e relativo valore economico.

Mobilità passiva infra ed extraregionale Anno 2012 Strutture Pubbliche di ricovero

Ricoveri erogati in regime ordinario e diurno

Regione	Azienda Sanitaria	Struttura	Dimissioni	Valore
Abruzzo	ASL Pescara	P.O. 'SPIRITO SANTO' PESCARA	5178	€ 17.376.138
Lazio	ASL Roma E	POL. A. GEMELLI - ROMA	494	€ 2.165.132
Emilia Romagna	ASL Modena	AO UNIVERSITARIA - BOLOGNA	298	€ 1.773.162

Le principali tipologie di ricovero che alimentano il fenomeno della mobilità passiva infra ed extra regionale sono meglio dettagliate nelle tabelle che seguono:

Mobilità passiva infraregionale 2012 - Primi 20 DRG

Ricoveri ordinari e diurni ordinati per valore dei DRG decrescente

DRG	Descrizione	Valore	Dimissioni	Peso Medio
481	Trapianto di midollo osseo	1.605.928	33	15,5
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.537.131	175	2,0
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ? 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	974.953	22	12,4
2	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	896.361	95	3,2
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	890.228	53	4,2
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	831.691	101	1,7
247	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	746.308	145	0,5
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	554.357	91	0,9
430	Psicosi	548.398	253	0,8
75	Interventi maggiori sul torace	427.553	53	2,4
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	404.220	73	1,2
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	362.079	40	2,2
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	361.374	18	4,1
302	Trapianto renale	339.624	8	10,3
127	Insufficienza cardiaca e shock	311.953	115	1,0
9	Malattie e traumatismi del midollo spinale	298.236	27	1,3
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	296.123	62	1,5
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	280.595	30	1,9
542	Tracheostomia con ventilazione meccanica ? 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	269.915	6	8,5
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	267.768	98	1,3

Mobilità passiva extraregionale 2012 - Primi 20 DRG

Ricoveri ordinari e diurni ordinati per valore dei DRG decrescente

DRG	Descrizione	Valore	Dimissioni	Peso
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.906.862	197	2,0
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo	1.349.706	56	6,1
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo	940.465	46	4,6
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	935.794	99	3,2
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica	819.864	16	12,4
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi	765.110	91	1,7
480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	698.087	7	19,4
225	Interventi sul piede	619.301	295	0,9
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria	612.111	90	1,2
481	Trapianto di midollo osseo	576.735	12	15,5
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	511.849	104	0,9
302	Trapianto renale	508.270	10	10,3
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	477.608	32	3,6
009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	457.259	75	1,3
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	424.277	221	1,0
108	Altri interventi cardiotoracici	420.731	27	4,1
002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	405.488	42	3,2
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	380.803	362	0,8
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	368.894	157	0,6
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	335.599	27	2,7

La Asl Lanciano Vasto Chieti con la qualificazione della rete ospedaliera e l'introduzione progressiva dell'organizzazione per intensità di cura ha messo in atto le prime misure di contenimento della mobilità passiva, finalizzate a una migliore allocazione delle risorse assistenziali in relazione al grado di complessità media dei casi, valutato attraverso apposite scale medico-infermieristiche in corso di sperimentazione; e finalizzate a favorire l'approccio multidisciplinare, soprattutto nella gestione del paziente anziano, sia in area medica che chirurgica.

2.1.1.11 La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino

Il Progetto di Ricerca Corrente 2012 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino" si pone in continuità con la precedente Ricerca Corrente 2010 (Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione ed il miglioramento della qualità dei servizi sanitari), insieme alla quale, rappresenta una delle attività di ricerca attraverso le quali l'Agenas si è impegnata a realizzare i mandati ricevuti dalla Conferenza Unificata, relativi alla promozione dell'empowerment dei cittadini e alla valutazione della qualità del sistema sanitario.

L'obiettivo che è stato perseguito dal progetto di ricerca 2012 è la realizzazione di una prima rilevazione nazionale sul grado di umanizzazione delle strutture di ricovero (pubbliche e private accreditate), capitalizzando e sviluppando ulteriormente i metodi e gli strumenti sperimentati nella precedente ricerca. La metodologia utilizzata è stata la ricerca azione fondata sul coinvolgimento più ampio possibile di tutti i portatori di interesse (Regioni/Province Autonome, professionisti, cittadini) e sulla condivisione degli obiettivi, delle azioni, degli strumenti, delle criticità e delle modalità di risoluzione. L'attuazione del progetto è stata possibile grazie



alla stretta collaborazione tra il Gruppo di Coordinamento nazionale - composto da Agenas ed esperti dall'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva – ed il Gruppo di Pilotaggio costituito dalle Regioni e Province Autonome, attraverso gli esperti del Gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment.

Il comune piano operativo ha previsto le azioni di seguito elencate:

- Costituzione del Gruppo di coordinamento nazionale, formato da esperti nel campo della valutazione dei servizi sanitari dal punto di vista dei professionisti e dei cittadini;
- Costituzione del gruppo di Pilotaggio, formato dagli esperti del Gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment di tutte le Regioni e Province Autonome (PA);
- Revisione ed aggiornamento dei metodi e degli strumenti e realizzazione del sistema on-line per la trasmissione dei dati rilevati;
- Progettazione dei corsi di formazione e predisposizione del pacchetto formativo;
- Prima rilevazione nazionale sul grado di umanizzazione delle strutture di ricovero:
 - costituzione delle Cabine di Regia regionali/Gruppi di coordinamento; individuazione
 - delle strutture di ricovero partecipanti alla rilevazione; reclutamento dei referenti civici per la costituzione delle équipes locali; formazione dei componenti delle Cabine di Regia e delle équipes locali; visita delle strutture e compilazione, da parte delle équipes locali, delle checklist e dei diari di bordo; inserimento on-line dei dati rilevati;
 - elaborazione dei dati e restituzione del percorso di ricerca attuato.

Alla **rilevazione nazionale** hanno partecipato tutte le Regioni/PA con 287 stabilimenti di cura distribuiti su tutto il territorio nazionale (Ospedali a gestione diretta, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie - Policlinici, IRCCS e Case di cura private accreditate), che sono stati valutati sulla base di 144 item di cui si compone la checklist per la valutazione partecipata.

Gli item esplorano quattro aree principali in cui è stato articolato il concetto di **umanizzazione**:

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
4. Cura della relazione con il paziente/ cittadino

Il giudizio sul grado di umanizzazione della struttura è stato espresso da un gruppo misto (équipe locale) composto da operatori della struttura e da cittadini, che hanno fornito, su ciascuno dei 144 item, un **giudizio condiviso**.

I risultati metodologici e scientifici dell'iniziativa - che si caratterizza, anche rispetto al panorama europeo, per la sua innovatività – sono stati presentati nel corso del Convegno finale del 7 novembre 2014 e potranno essere di utilità, nelle modalità individuate in collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni/PA, per alimentare il "Portale della trasparenza dei servizi per la salute" (Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24-01-2013, Rep. Atti n. 20/CSR).

I RISULTATI A LIVELLO NAZIONALE

MACRO AREA	NR STABILIMENTI	NR POSTI LETTO
NORD OVEST	35	16.852
NORD EST	61	21.857
CENTRO	83	24.913
SUD	80	17.117
ISOLE	28	8.235
ITALIA	287	88.974

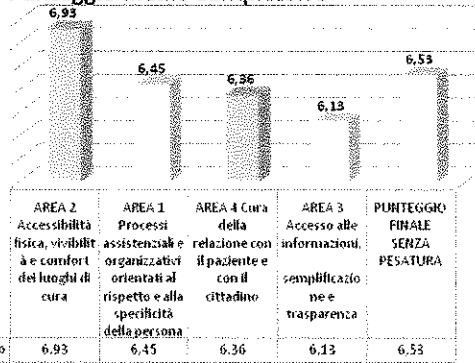


I risultati illustrati si riferiscono a 287 stabilimenti di cura, per un totale di 256 strutture di ricovero.

Punteggio medio ottenuto dagli stabilimenti di cura (287)

AREA		Punteggio medio	Punteggio minimo	Punteggio massimo
AREA 1	1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	6,45	4,33	8,01
AREA 2	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	6,93	5,82	8,30
AREA 3	3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	6,13	4,76	7,09
AREA 4	4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	6,36	4,28	7,93
TOT	PUNTEGGIO FINALE SENZA PESATURA	6,53	5,01	7,74

Punteggio medio complessivo



I RISULTATI A LIVELLO REGIONALE

AREA 1	AREA 2	AREA 3	AREA 4	TOT
1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza	4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino	PUNTEGGIO FINALE SENZA PESATURA
6,15	6,35	5,69	6,74	6,20

I RISULTATI A LIVELLO AZIENDALE

STABILIMENTI	MEDIA AREA 1	MEDIA AREA 2	MEDIA AREA 3	MEDIA AREA 4	PUNTEGGIO FINALE SENZA PESATURA

Prov.	Comune	Denominazione azienda					
CH	Ortona	P.O. 'G. BERNABEO' ORTONA	6,29	5,49	6,15	7,09	6,26
CH	Guardiagrele	P.O. 'M. SS. IMMACOLATA DI GUARDIAGRELE'	5,95	4,90	6,00	6,74	5,90
CH	Atessa	P.O. ATESSA Vitt. Emanuele	5,52	5,75	6,09	7,04	6,10
CH	Chieti	P.O. CLINICIZZ. 'SS. ANNUNZIATA' CHIETI	7,85	6,52	7,83	8,17	7,59
CH	Lanciano	P.O. LANCIANO Renzetti	6,45	6,54	6,02	8,66	6,92
CH	Vasto	P.O. VASTO S.Pio da Pietralcina	6,27	5,28	6,65	6,79	6,24
ASL LANCIANO VASTO CHIETI			6,39	5,75	6,46	7,41	6,50

Il punteggio medio complessivo dell'Asl 2 Lanciano Vasto Chieti (6,50) risulta nella media nazionale (6,53). Si osserva però un punteggio più basso nell'Area 2 (Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura) dell'Asl, sia rispetto al livello regionale che nazionale.

Di contro sia nell'Area 3 che 4 (Accesso alle informazioni e Cura della relazione con il paziente) il punteggio dell'Asl è superiore sia del livello regionale che nazionale. Pertanto possiamo osservare che nell'area dove è preminente la parte strutturale il punteggio risulta inferiore alla media. Tale fenomeno potrebbe essere attribuito alla "relativa obsolescenza" delle strutture ospedaliere.

Per quanto riguarda invece le Aree dove è preminente il "fattore umano" i risultati possono essere attribuiti alle numerose azioni di riorganizzazione poste in essere nell'ultimo triennio.

2.1.1 - La Rete dell'Emergenza

Per far fronte alla richiesta di prestazioni di emergenza, il Sistema dell'Emergenza Sanitaria è articolato in una fase di allarme e in due fasi di risposta, quella territoriale e quella ospedaliera.

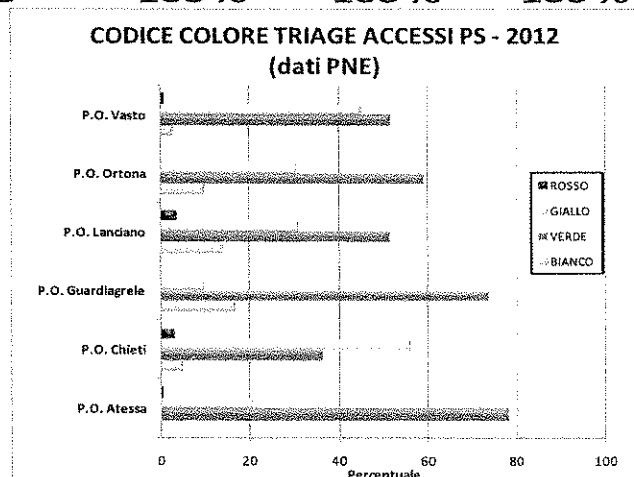
Nella regione Abruzzo il 118 gestisce le fasi di allarme, mentre la fase di risposta ospedaliera è costituita dai nodi della rete dell'emergenza che si costituiscono in centri Hub & Spoke. Il modello Hub & Spoke è un modello organizzativo a reti integrate, caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di eccellenza (centri Hub) supportati da una rete

Codice Triage	Numero accessi 2013	% 2013	% 2012	Media Italia
Rosso	3.631	2,1%	1,4%	1,0%
Giallo	70.262	41,0%	32,1%	16,3%
Verde	84.521	49,3%	58,3%	67,3%
Bianco	12.917	7,5%	8,1%	13,8%
Non eseguito	104	0,1%	0,1%	1,6%
Totale accessi	171.435	100%	100%	100%

di servizi ospedalieri o di soccorso 118 sul territorio (centri Spoke) cui compete la selezione dei pazienti e il loro invio a centri di riferimento esclusivamente quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata. L'Azienda di Lanciano Vasto Chieti, per quanto riguarda la rete dell'emergenza, è classificata come DEA di I livello.

Il numero di accessi al Pronto Soccorso per codice colore di triage nel 2012 è stato di 170.823 nel 2013 di 171.435.

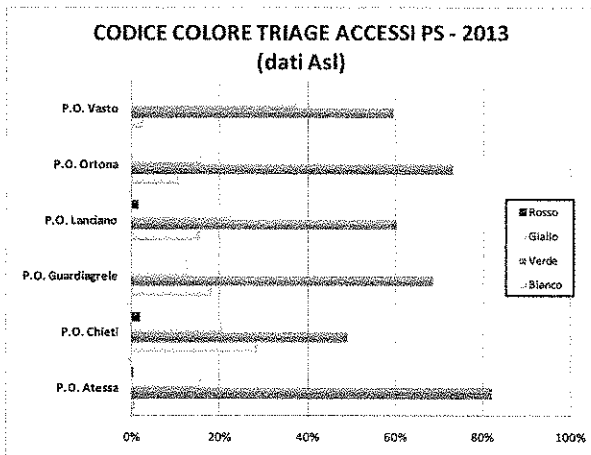
A fronte di un sostanziale pareggio del numero degli accessi in Pronto Soccorso nel biennio 2012- 2013 nell'Asl Lanciano Vasto Chieti, si segnala un aumento del 10% dei codici gialli e rossi, con una riduzione del numero dei codici a più bassa





intensità. Ciò indica una tendenza al peggioramento della funzione di filtro del Pronto Soccorso espressione di una difficile appropriatezza della presa in carico e dei ricoveri. Ciò è evidente con il confronto con la media nazionale della ripartizione dei codici di triage al PS (dati PNE – AGENAS 2012). I codici Rossi e Gialli dell'Asl ammontano ad un 25% in più della media nazionale che corrisponde ad uno spostamento del 25% di codici a bassa urgenza (Verdi e Bianchi) verso un inquadramento diagnostico più grave.

Secondo le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" 1 bisogna "inviare i codici triage con gravità bassa (verde e bianca) a team sanitari distinti per prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero".



La distribuzione degli accessi nei vari presidi di Pronto soccorso denota la variabilità della struttura dell'emergenza territoriale che si articola in centri di maggiore complessità assistenziale (Hub) e centri di maggiore vocazione per le urgenze minori.

Dalla comparazione degli accessi per 100 abitanti tra le quattro provincie dell'Abruzzo, risulta che gli abitanti di Chieti abbiano una maggior propensione a rivolgersi al Pronto Soccorso, gli aquilani il 17% in meno, i pescaresi e i teramani un 12% in meno. Questa maggior propensione si abbina (o ne è influenzata) ad una tendenza ad attribuire codici colori più critici

Il confronto grafico della tipologia di urgenza nei diversi pronto soccorso nei due anni evidenzia meglio le caratteristiche proprie di ciascun PS e la sua variazione nel tempo. Da evidenziare la percentuale dei codici gialli di Chieti e Vasto vicini o superiori al

50%.

Esito	% Accessi
Dimissione a domicilio	74,6%
Ricovero in reparto di degenza	12,5%
Rifiuta ricovero	5,6%
Il paziente abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	3,3%
Dimissione a strutture ambulatoriali	1,6%
Il paziente abbandona il PS prima della visita medica	1,4%
Trasferimento ad altro istituto	0,7%
Altro	0,2%
Deceduto in PS	0,1%
Totale accessi	100%

Modalità di accesso	% Accessi
Ambulanza privata	89,7%
Ambulanza 118	6,6%
Altro (in caso di 118 di altre Regioni e ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, ecc.)	2,4%
Ambulanza pubblica	1,2%
118 di altre regioni	0,1%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	0,0%
Polizia	0,0%
Eliambulanza 118	0,0%
Totale accessi	100%

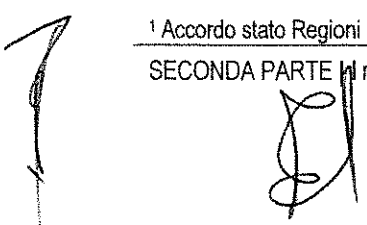
La variabilità del numero di persone che si rivolge al PS ogni 100 abitanti (tasso della popolazione residente) esprime alcune aree che si rivolgono a PS fuori Asl (Alto Vastese e Francavilla) e una propensione maggiore della popolazione di Lanciano e Guardiagrele (che peraltro mostrano un numero di accessi ripetuti maggiore, insieme a Chieti, indice di una parte della popolazione in condizioni di bisogno che produce più di un terzo degli accessi). La quantità di accessi per 1000 abitanti invece fotografa il consumo del pronto soccorso delle popolazioni dei diversi distretti, la popolazione di Lanciano ad esempio, usa il pronto soccorso il 34% in più di quella di Chieti, e il 55% in più di quella del Sangro

Presidio Ospedaliero	Accessi di PS
P.O. Chieti	37,4%
P.O. Lanciano	23,2%
P.O. Vasto	18,1%
P.O. Ortona	9,9%
P.O. Atesa	6,2%
P.O. Guardiagrele	5,2%
Totale accessi	100,0%

Aventino. Come prima accennato, la proporzione degli accessi di colore bianco o verde possono essere candidati a essere trasferiti in cura presso gli ambulatori H12 dei NCP secondo un protocollo che ne definisce chiaramente sintomi, procedure diagnostiche e terapeutiche.

La stragrande maggioranza degli accessi, in Asl avviene con l'ambulanza privata, solo il 9% avviene con chiamata del 118. In linea con i dati nazionali, il 13% degli accessi si

¹ Accordo stato Regioni CSR n.36 del 7 febbraio 2013





tramuta in presa in carico in regime di degenza ospedaliera, mentre è alto il numero dei rifiuti di cura (9%).

Le tabelle successive descrivono i disturbi principali che si presentano al pronto soccorso distinti per codice colore di attribuzione e corredati dei minuti medi di attesa per la visita e il tempo medio di permanenza al Pronto Soccorso.

Mentre la gamma dei sintomi di presentazione dei codici rossi sono coerenti con quel livello di gravità, la tabella i codici gialli presenta disturbi sovrapponibili a quello dei codici verdi (dove presumibilmente dovrebbero essere classificati), mentre i codici bianchi presentano sintomi riferibili già ad una classificazione nosologica specialistica, segno di una diagnosi già definita e l'accesso serve opportunisticamente per aggirare la lista di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Queste considerazioni sono confermate dal tempo medio di permanenza al PS, tempo usato per erogare le prestazioni diagnostico-terapeutiche. Infatti, mentre il tempo di attesa è coerentemente più elevato al diminuire della urgenza (11 minuti per i codici Rossi, 21 per i Gialli, 28 per i Verdi e 33 per i Bianchi), il tempo medio di permanenza diminuisce per i codici verdi e bianchi. Un tempo di permanenza inferiore alle due ore (120 minuti) denota disturbi che possono essere trattati con prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero.

Codici VERDI - Analisi primi 10 sintomi riscontrati in fase di accesso e tempi attesa

Problema principale	% Accessi	Attesa media visita	Permanenza media in PS
Altri sintomi e disturbi	31,5%	30	187
Trauma o ustione	28,9%	33	178
Sintomi o disturbi oculistici	5,2%	22	97
Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici	4,5%	10	138
Dolore addominale	4,4%	29	253
Sintomi o disturbi urologici	2,8%	24	189
Sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici	2,8%	22	105
Dolore toracico	2,1%	20	361
Febbre	1,9%	18	163
Sintomi o disturbi dermatologici	1,3%	33	113
Totale Codici Verdi	100%	28	184

Tempi medi di attesa e permanenza in Pronto soccorso espressi in minuti

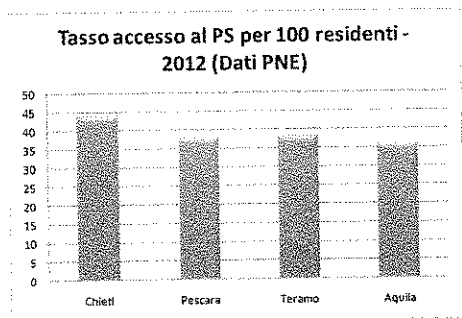
Codici GIALLI - Analisi primi 10 sintomi riscontrati in fase di accesso e tempi attesa

Problema principale	% Accessi	Attesa media visita	Permanenza media in PS
Altri sintomi e disturbi	35,5%	24	204
Trauma o ustione	14,0%	22	199
Dolore addominale	8,9%	25	239
Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici	7,1%	6	143
Dispnea	6,9%	19	197
Febbre	5,2%	18	152
Dolore toracico	5,2%	20	274
Sintomi o disturbi urologici	3,5%	21	198
Altri sintomi sistema nervoso	2,2%	18	266
Alterazioni del ritmo	2,2%	19	306
Totale Codici Gialli	100%	21	205

Tempi medi di attesa e permanenza in Pronto soccorso espressi in minuti

La tabella delle distanze dal comune di residenza al Pronto Soccorso percorse in occasione dell'accesso e il tempo impiegato, sono costi che si aggiungono. Il tempo medio totale (che somma il tempo di percorrenza, quello di attesa e di permanenza presso il PS) va da un minimo di due ore e mezzo di Ortona e Guardiagrele, ad un massimo di quattro ore e mezza nel Sangro Aventino e Alto Vastese. In queste zone (Aree Interne) le popolazioni fragili potrebbero trarre maggiore vantaggio dalla riorganizzazione della rete delle Cure Primarie proposte in questa sede.

Dalla valorizzazione delle attività del Pronto soccorso si ricava che l'82% delle risorse impiegate per le urgenze emergenze dei residenti, mentre il 18% delle risorse sono dedicate ai non residenti, di cui il 10% in Regione Abruzzo (prevalentemente Pescara) e il 6% extra Regione (Molise).



Codici BIANCHI - Analisi primi 10 sintomi riscontrati in fase di accesso e tempi attesa

Problema principale	% Accessi	Attesa media visita	Permanenza media in PS
Altri sintomi e disturbi	47,2%	36	110
Trauma o ustione	16,3%	49	154
Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici	8,3%	13	118
Sintomi o disturbi oculistici	8,1%	22	110
Sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici	4,1%	25	110
Sintomi o disturbi dermatologici	2,7%	32	123
Dolore addominale	2,1%	35	182
Sintomi o disturbi urologici	2,0%	26	139
Sintomi o disturbi odontostomatologici	1,3%	32	98
Febbre	1,1%	19	170
Totale Codici Bianchi	100%	33	122




Tempi medi di attesa e permanenza in Pronto soccorso espressi in minuti

Distretto residenza	N. residenti assistiti dai PS ogni 100 residenti	Accessi medi per assistito	% accessi ripetuti	Accessi di PS per 1000 abitanti	Accessi cod. verde per 1000 abitanti	Accessi cod. bianco per 1000 abitanti
Distretto 1 - Vasto	21,8	1,46	31,7%	319,3	194,4	12,8
Distretto 2 - Chieti	21,8	1,62	38,3%	353,1	180,8	92,3
Distretto 3 - Francavilla	19,3	1,54	35,2%	297,4	166,0	66,3
Distretto 4 - Ortona	24,8	1,52	34,3%	377,9	255,5	48,8
Distretto 5 - Lanciano	27,8	1,71	41,5%	475,4	290,3	80,6
Distretto 6 - Sangro Aventino	20,1	1,53	34,6%	307,0	209,3	22,0
Distretto 7 - Guardiagrele	27,0	1,60	37,4%	431,3	259,6	88,9
Distretto 8 - Alto Vastese	12,8	1,37	27,2%	176,1	101,6	7,9
Totale	22,4	1,57	36,3%	351,1	211,8	52,6

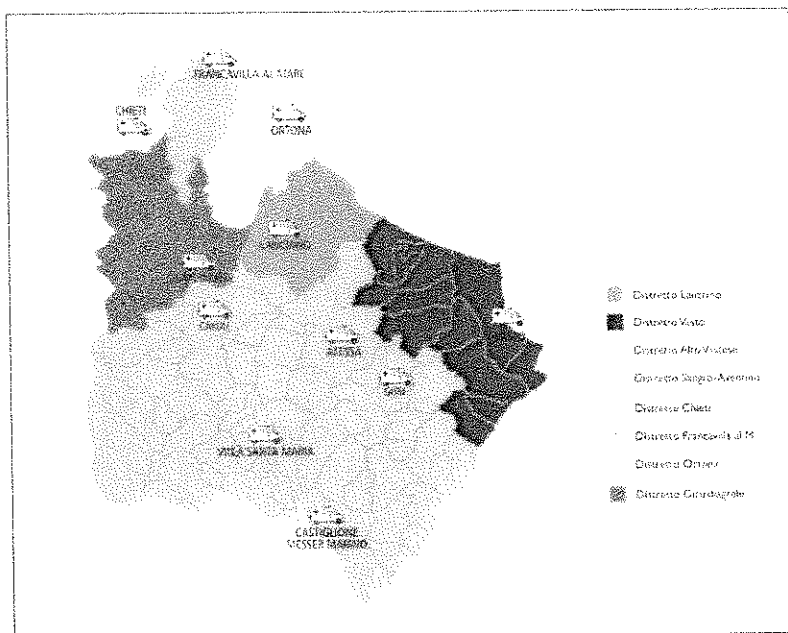
Valorizzazione Attività PS Anno 2013

	Valore	Delta
Valore prestazioni pronto soccorso erogate nel 2013	€ 10.869.199	100%
Prestazioni di Pronto soccorso erogate a residenti	€ 8.975.761	82,6%
Prestazioni di Pronto soccorso erogate a non residenti	€ 1.893.438	17,4%
di cui prestazioni di Pronto soccorso erogate Intra Regione	€ 1.158.047	10,7%
di cui prestazioni di Pronto soccorso erogate Extra Regione	€ 735.391	6,8%

... (text partially obscured) ...

	 Distanza media servizio (Km)	 PS Tempo medio percorso (Min)	 PS Tempo medio percorso PS (Min)	Tempo medio totale (Min.)
ASL LVC - Distretto 1 - Vasto	9,9	12,3	173,8	186,1
ASL LVC - Distretto 2 - Chieti	1,8	1,6	172,3	173,9
ASL LVC - Distretto 3 - Francavilla	14,6	16,8	166,2	182,9
ASL LVC - Distretto 4 - Ortona	8,9	10,2	141,1	151,3
ASL LVC - Distretto 5 - Lanciano	5,4	7,1	191,3	198,4
ASL LVC - Distretto 6 - Sangro Aventino	20,7	25,1	253,6	278,7
ASL LVC - Distretto 7 - Guardiagrele	10,9	12,7	141,3	154,0
ASL LVC - Distretto 8 - Alto Vastese	37,1	43,1	219,1	262,2
Totale	10,3	12,3	180,4	192,7

La figura mostra la dislocazione delle postazioni 118 nel territorio della Asl
Postazioni 118



2.2 IL TERRITORIO

2.2.1 L'Attività di Specialistica Ambulatoriale

Nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) l'area dell'assistenza specialistica ambulatoriale comprende tutte le prestazioni, finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione, erogate dai medici specialisti che operano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio sanitario nazionale: le visite, la diagnostica strumentale (RX, TAC, Ecografia, ECG, ecc.) le analisi di laboratorio, le prestazioni terapeutiche, inclusi alcuni interventi chirurgici, la riabilitazione, e altro.

A tutti coloro che non sono esenti (per malattia o per reddito) è richiesta una quota di partecipazione al costo (ticket) di tali prestazioni.

L'assistenza specialistica ambulatoriale afferisce all'area più ampia dell'assistenza territoriale, anche se gli ambulatori ed i laboratori possono essere dislocati presso le strutture di ricovero. Il numero totale delle prestazioni specialistiche erogate nel territorio è sostanzialmente stabile nel biennio 2012-2013. Tuttavia si registra una contrazione nell'erogazione delle prestazioni del Dipartimento medico, della patologia clinica e della Salute Mentale, ma non sono tali da escludere una variabilità

Prestazioni di specialistica ambulatoriale per Dipartimento

	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore
Dipartimento Medico	384.059	10.724.730	261.020	5.467.173	- 32,04%	- 49,02%	107.160	2.953.061
Dipartimento Chirurgico	181.409	3.618.413	171.832	6.421.890	- 5,28%	+ 77,48%	100.518	3.749.659
Dipartimento Cuore	57.269	1.656.996	54.925	1.728.693	- 4,09%	+ 4,33%	29.066	892.273
Dipartimento di Radiologia	114.743	6.079.004	144.323	8.068.140	+ 25,78%	+ 32,72%	73.819	4.181.923
Dipartimento di Patologia Clinica	2.331.591	13.246.307	2.428.579	10.297.017	+ 4,16%	- 22,26%	1.371.111	5.643.938
Dipartimento Materno Infantile	61.174	1.228.225	56.939	1.247.153	- 6,92%	+ 1,54%	27.879	658.960
Dipartimento Oncologico	123.569	5.537.476	143.343	6.837.685	+ 16,00%	+ 23,48%	70.629	3.419.281
Dipartimento Salute Mentale	19.216	341.935	13.043	221.566	- 32,12%	- 35,20%	10.298	176.701
Dipartimento Servizi di Supporto	90.309	882.630	113.970	1.135.094	+ 26,20%	+ 28,60%	55.255	549.807
Dipartimento Emerg. ed Accettazic	1.260	32.953	-	-	-	-	-	-
Coordinamento attività distrettuali	3.059	98.790	4.368	113.643	+ 42,79%	+ 15,03%	3.162	20.407
Totale ASL	3.367.658	43.447.459	3.392.342	41.538.054	+ 0,73%	- 4,39%	1.848.897	22.246.010

* Nel 2012 le prestazioni del dipartimento DEA fanno riferimento alle prestazioni erogate dalle Anestesi

dovuta ai meccanismi di adeguamento del sistema di raccolta e registrazione dei dati e di miglioramento della qualità, che è notevolmente aumentato negli ultimi anni. Ciò è confermato dall'apprezzabile incremento nelle branche di radiologia, oncologia, servizi di supporto e attività distrettuali.

Assistenza specialistica ambulatoriale – Richieste di prestazioni 2013

Punto di erogazione	Pronto Soccorso	Ambulatori	Totale	%
Ospedale di Atessa	10.122	59.809	69.931	6%
Ospedale di Lanciano	37.818	203.839	241.657	20%
Ospedale di Vasto	30.298	137.015	167.313	14%
Ospedale di Chieti	85.665	624.877	710.542	60%
Totale Asl	163.903	1.025.540	1.189.443	100%

Assistenza specialistica ambulatoriale – Importo prestazioni erogate 2013

Punto di erogazione	Pronto Soccorso	Ambulatori	Totale	%
Ospedale di Atessa	534.845	1.723.214	2.258.060	5%
Ospedale di Lanciano	2.237.957	5.826.798	8.064.756	18%
Ospedale di Vasto	2.309.747	6.427.371	8.737.117	19%
Ospedale di Chieti	4.993.402	21.139.831	26.133.233	58%
Totale Asl	10.075.951	35.117.215	45.193.166	100%

2.2.1.1 Tempi di attesa prestazioni di specialistica ambulatoriale

Il tema delle liste di attesa è, per le ovvie implicazioni in termini sia di qualità dell'assistenza che di rapporti con i cittadini, al centro dell'attenzione. I tempi d'attesa rappresentano un indicatore di equità del sistema sanitario ed una delle principali cause delle tensioni nei rapporti con i cittadini e con le parti sociali. Le liste d'attesa individuano un problema comune a tutti i servizi sanitari universalistici e solidali riconducibile ad uno squilibrio tra offerta e domanda.

Osserviamo oggi una progressiva deospedalizzazione delle prestazioni anche invasive in setting ambulatoriali ed il cambiamento dei comportamenti di consumo di specialistica da parte dei cittadini dovuti agli effetti dei cambiamenti demografici della popolazione, del profilo epidemiologico delle patologie e della scarsità di risorse.

A fronte di una crescente richiesta di assistenza, l'esigenza è quella di trovare un equilibrio tra le dimensioni della domanda, gli effettivi bisogni e l'offerta sostenibile dei servizi, nella convinzione che l'erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti, rappresenta fattore critico di successo di ogni organizzazione sanitaria.

Nel tempo sono state messe in campo azioni specifiche, ma gli interventi sono stati poco incisivi e non hanno comportato miglioramenti significativi soprattutto perché non sono state impostate strategie di sistema che potessero aggredire il fenomeno su più fronti. E' noto infatti che il tema dei tempi d'attesa è influenzato da numerose variabili e che ogni azione di contenimento deve prevedere diverse tipologie di approccio che intervengano a vari livelli dell'organizzazione.

L'elevata dispersione territoriale dell'utenza così come la scarsa presenza di strutture accreditate nel territorio provinciale, generano nella ASL di Lanciano Vasto Chieti un contesto erogativo più complesso rispetto alle altre aree regionali, con evidenti conseguenze anche sull'efficienza operativa dei servizi. In questo contesto esistono grosse difficoltà nell'erogazione delle prestazioni specialistiche, soprattutto per quelle che hanno un'unica sede di erogazione, come la RMN.

2.2.1.2 C.U.P. - Centro Unico di Prenotazione

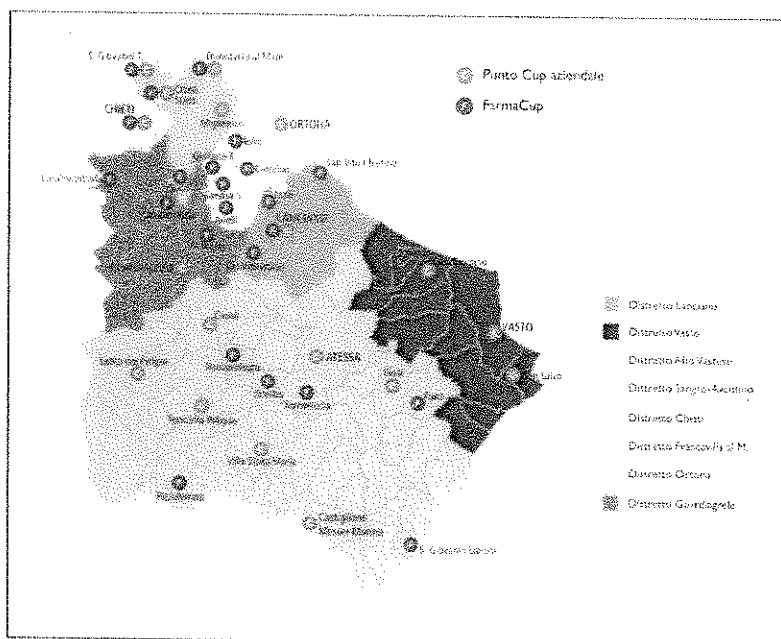
Il Servizio Cup Aziendale svolge funzioni di back office (gestione e programmazione delle agende di prenotazione), front office (per la raccolta delle prenotazioni e la riscossione) e monitoraggio del sistema (in particolare dei tempi di attesa).

La ASL Lanciano-Vasto-Chieti, sul proprio sito internet aziendale ha attivato la funzionalità del CUP online, utilizzabile e consultabile da qualsiasi utente e non prevede alcuna registrazione su portale.

Le prestazioni vengono distinte in prenotazioni effettuate per fissare l'appuntamento e numero di prestazioni autorizzate dal punto di vista amministrativo e contabile (regolarizzate) dopo la loro esecuzione.

Dal semplice calcolo delle percentuali riferito alla proiezione 2014 degli assistiti gestiti dagli sportelli CUP in confronto al Call Center e alle FarmaCup, risulta che l'85% degli assistiti si rivolge agli sportelli CUP, l'11% al Cup telefonico e solo il 3% alle Farmacie (non tanto perché le prestazioni erogate siano inferiori in tipologia, quanto perché il numero delle Farmacie che aderiscono al servizio è limitato - vedi grafico).

Mentre, analizzando le prestazioni prenotate nei vari punti CUP, sempre con riferimento alla proiezione 2014, si evidenzia una percentuale pari al 74% degli assistiti che si rivolgono agli sportelli CUP, il 21% al Call Center e il 5% presso le Farmacie, è evidente che le prestazioni prenotate pro capite sono differenti per tipo di servizio CUP utilizzato: 0,4 prenotazioni pro capite nei punti CUP, 0,9



prenotazioni pro capite presso i Call Center, e 0,7 presso le Farmacie.
Molto diverso il peso e l'utilizzo delle prestazioni regolarizzate dagli sportelli CUP (98%).

CUP			
ANNO	ASSISTITI GESTITI	PRESTAZIONI PRENOTATE	PRESTAZIONI REGOLARIZZATE
ANNO 2013	897.624	429.443	3.026.585
AL 31.10.2014	783.266	337.705	2.717.710
PROIEZIONE 2014	939.919	405.246	3.261.252

CALL CENTER			
ANNO	ASSISTITI GESTITI	PRESTAZIONI PRENOTATE	PRESTAZIONI REGOLARIZZATE
ANNO 2013	122.823	111.353	15.926
AL 31.10.2014	102.569	96.151	9.790
PROIEZIONE 2014	123.082	115.381	11.748

FARMA-CUP			
ANNO	ASSISTITI GESTITI	PRESTAZIONI PRENOTATE	PRESTAZIONI REGOLARIZZATE
ANNO 2013	33.894	27.534	50.070
AL 31.10.2014	31.761	23.681	52.992
PROIEZIONE 2014	38.113	28.417	63.590

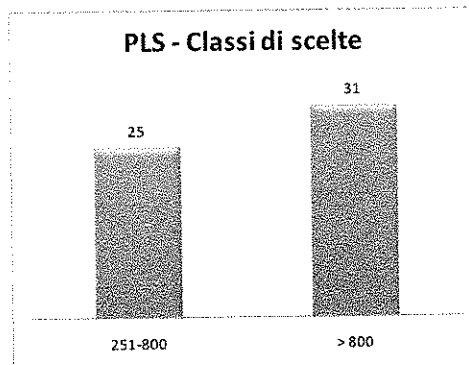
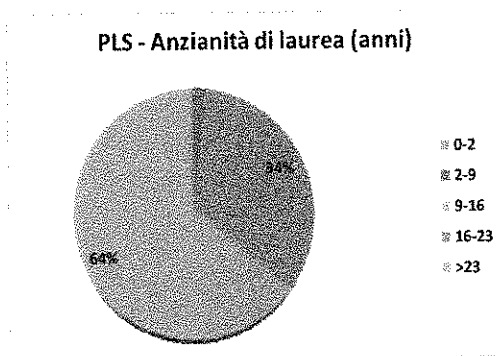
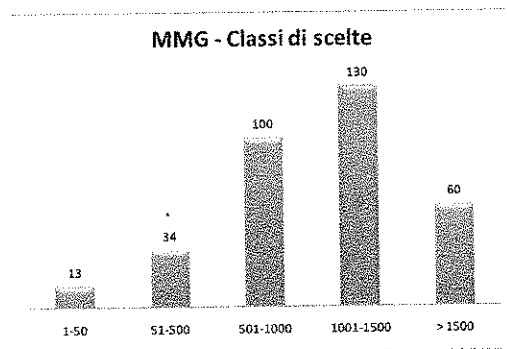
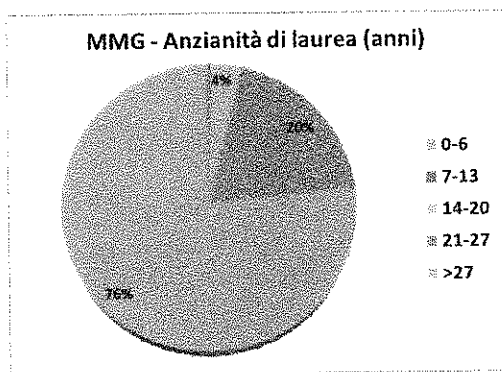
2.2.1.3 La Medicina generale e pediatrica

In Azienda nel 2014 sono convenzionati 332 Medici di Medicina Generale (MMG), 54 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 151 medici di Continuità Assistenziale (CA) di cui 80 titolari, 55 sostituti e 16 reperibili.

DISTRETTO	ASSISTENZA PRIMARIA	PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
CHIETI	47	6
GUARDIAGRELE	28	5
FRANCAVILLA AL MARE	45	10
ORTONA	26	5
LANCIANO	50	8
SANGRO-AVENTINO	47	7
VASTO	69	11
ALTO VASTESE	20	2
	332	54

Tra i MMG il numero di medici uomini è il 76% (39% tra i PLS), il numero di medici che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa è il 70% (80% tra i PLS) e il numero di medici che usufruiscono di indennità per collaborazione informatica è l'86% (75% tra i PLS).

Il grafico a torta mostra che il 76% (tre MMG ogni quattro) ha una anzianità di laurea di oltre un quarto di secolo e un altro 20% di oltre 20 anni, ciò sta ad indicare sia una competenza legata alla lunga esperienza, sia uno scarso indice di ricambio generazionale e di adesione alle novità dello sviluppo tecnico-scientifico. La distribuzione dei MMG per classi di numerosità di scelte evidenzia lo stesso problema della scarsità di medici giovani (con poche scelte) e preponderanza di MMG massimalisti. Analogo discorso vale per i Pediatri.



Per quanto riguarda il servizio di Continuità assistenziale nel 2013 i punti di Guardia Medica in Asl sono stati 28, con 166.160 ore totali di guardia per 100.148 contatti effettuati (6 contatti ogni 10 ore).
 Il servizio di Continuità assistenziale va profondamente rivisto in relazione al decreto Commissariale n. 61 del 27/8/2013 e integrato con il sistema di emergenza e urgenza.

La Conferenza Stato-Regioni il 7 febbraio 2013 ha approvato le linee di indirizzo per la continuità assistenziale nel territorio. Il provvedimento punta alla riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale. Le finalità da perseguire per favorire una piena integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri nell'ambito dell'emergenza urgenza e delle cure primarie sono:

- adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al servizio di continuità assistenziale, condividendo con il Sistema di emergenza-urgenza le tecnologie, e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e delle Continuità assistenziali;
- realizzare presidi territoriali multi professionali per le cure primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma anche e soprattutto mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza territoriale nell'ambito dei Distretti;
- realizzazione all'interno dei PS e del Dea di percorsi separati clinico-organizzativi dei pazienti classificati dai sistemi di triage con codici di gravità rossi e gialli distinti da quelli verdi e bianchi, anche con l'invio di questi ultimi a team sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero;
- garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami e ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle cure primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del Pronto soccorso e la rete degli ospedali territoriali governata dal Distretto.



2.2.1.4 A.D.I. - Assistenza domiciliare integrata

L'Asl Lanciano vasto Chieti garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio denominati "cure domiciliari" consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dal Comune di residenza della persona. Il bisogno clinico-assistenziale viene accertato tramite idonei strumenti di valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) sociosanitario integrato.

L'assistenza domiciliare è, dunque, un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in grado di garantire una adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, anche anziane, e dei disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità.

La variabilità degli accessi di Assistenza Domiciliare Integrata presentati in tabella, rappresenta una chiara evidenza di quale direzione deve prendere il sistema di erogazione di tali prestazioni: un maggiore impegno sulla puntuale raccolta e registrazione dei dati di attività, prima programmata, poi svolta.

Distretto	Accessi ADI semestre 2014	I° Accessi per 100 abitanti
Vasto-Costa sud	1962	2,9%
Sangro-Aventino	5429	12,7%
Alto Vastese	670	4,8%
Chieti	9173	21,9%
Francavilla al Mare	7317	16,5%
Guardiagrele	8379	31,4%
Lanciano	7011	13,9%
Ortona	9334	32,5%
Totale Asl2	49.275	15%

Bisogna sviluppare le competenze del personale ed orientarne i comportamenti al fine di rendere fruibili ed efficaci le prestazioni sanitarie all'interno di un più complesso sistema informativo aziendale.

"la prestazione sanitaria non si esaurisce nella pura esecuzione delle pratiche cliniche e assistenziali, ma viene portata a termine solo dopo la registrazione precisa e tempestiva delle attività svolte, fornire la possibilità di una chiara e trasparente verifica di quanto eseguito; rendere contestabile e migliorabile la qualità; garantire la corretta e pubblica rendicontazione, Rappresentano la vera garanzia di una corretta erogazione"

2.2.1.5 Ospedale di Comunità

Tipologia assistenza	Frequenza	Percentuale
prevalenza sanitaria	166	53,4%
sanitario	3	1,0%
sociale	11	3,5%
socio-sanitario	131	42,1%
Totale	311	100%

ANNO DI RICOVERO			
Mese di ricovero	2012	2013	2014
Gen	0	15	14
Feb	0	15	10
Mar	0	12	6
Apr	0	14	16
Mag	0	14	10
Giu	0	7	19
Lug	4	16	16
Ago	10	8	13
Set	11	10	0
Ott	10	8	0
Nov	7	14	0
Dic	14	19	0
TOTALE	56	152	104

L'Ospedale di Comunità costituisce un'innovativa modalità assistenziale di tipo intermedio. A luglio 2012 è stato inaugurato un Ospedale di Comunità presso la PTA di Gissi di 10 posti letto. Come si evince dalle tabelle dei dati, l'Ospedale di Comunità di Gissi risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito risolvibili a domicilio (Motivo di richiesta) ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria (si veda l'età elevata e la tipologia di assistenza), pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie che si scompensano facilmente, richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto. L'Ospedale di Comunità rappresenta un ponte o, si può anche dire, un cuscinetto tra l'ospedale e i servizi territoriali, per tutte le persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma che hanno comunque bisogno per alcune settimane di un'assistenza sanitaria (la durata media della degenza 20,4 giorni, con una mediana di 18 gg.), che non potrebbero ricevere a domicilio. L'Ospedale di comunità non va inteso come una struttura ex novo, ma come la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti, nell'ambito di un nuovo modello organizzativo, parte delle cosiddette Cure intermedie, così come previsto dallo sviluppo strategico della Rete delle Cure Primarie.

Motivo di Dimissione	Frequenza	Percentuale
decesso	35	11,6%
dimissione volontaria	14	4,6%
fine programma	192	63,6%
trasferimento in ospedale per acuti	33	10,9%
trasferimento in RA o RSA	10	2,9%
trasferimento in struttura ex art. 26	18	6,0%
Totale	302	100%

Motivo richiesta	Frequenza	Percentuale
gestione fine vita	24	7,7%
inquadramento diagnostico/terapeutico	26	8,4%
mobilizzazione/riabilitazione	63	20,3%
sollievo al care giver	10	3,2%
stabilizzazione quadro clinico	78	25,1%
terapia in ambiente protetto	110	35,4%
Totale	311	100%

GENERE			
Età	F	M	TOTALE
< 70	12	32	44
70-79	52	31	83
80-89	78	59	137
>= 90	34	14	48
TOTALE	176	136	312

2.2.1.6 Residenze intermedie

I posti letto in strutture residenziali intermedie della Asl di Lanciano vasto Chieti, risultano essere complessivamente il 3,86 per 1.000 abitanti e il 1,68% dei soggetti > 65 anni. La tabella riporta il numero di posti letto da fabbisogno stimato con Decreto Commissariale n. 52 del 2012 dettagliato per tipologia di assistenza. La rete delle strutture Intermedie è in rapido cambiamento e il confronto dello stato attuale (2013) con quello previsto, assume solo un carattere indicativo della trasformazione in atto nella dotazione di posti letto residenziali e semiresidenziali e della direzione che essa assume.

Posti letto attivati nel 2013 Tipo di residenza	Distretto							
	Francavilla	Vasto	Lanciano	Alto Vastese	Chieti	Guardiagrele	Ortona	Casoli
Casa Famiglia - struttura protetta			20					40
Riabilitazione estensiva residenziale	53	50	32	65	8			
Riabilitazione Estensiva Semiresidenziale	34	57	60	2	76			
Riabilitazione Intensiva ex art. 26					75			
Riabilitazione residenziale intensiva		20						
RP Disabili	43			20	88			
RSA Anziani		47	40	20	39			20
RSA Demenze		15						
RSA Disabili					11			
Centri diurni Psichiatrici				10				
Residenza Psichiatrica Riabilitativa						30		
RA Anziani	40		150	40	55	75	80	
Ospedale di Comunità				10				
Totale	170	209	282	167	446	105	80	60

Posti letto attivati
Tipo di residenza

	Totale Ast 2	Posti lettoprevisti (DC 52/2012)
Riabilitazione estensiva residenziale	208	139
Riabilitazione Estensiva Semiresidenziale	229	
Riabilitazione intensiva ex art. 26	75	60
Riabilitazione residenziale intensiva	20	
RP Anziani	440	624
RP Disabili	151	87
RSA Anziani	166	259
RSA Demenze	15	139
RSA Disabili	11	60
Ospedale di Comunità	10	
Casa Famiglia - struttura protetta	154	56
Centri diurni Psichiatrici	10	
Residenza Psichiatrica Riabilitativa	26	24
Totale	1519	1930 *

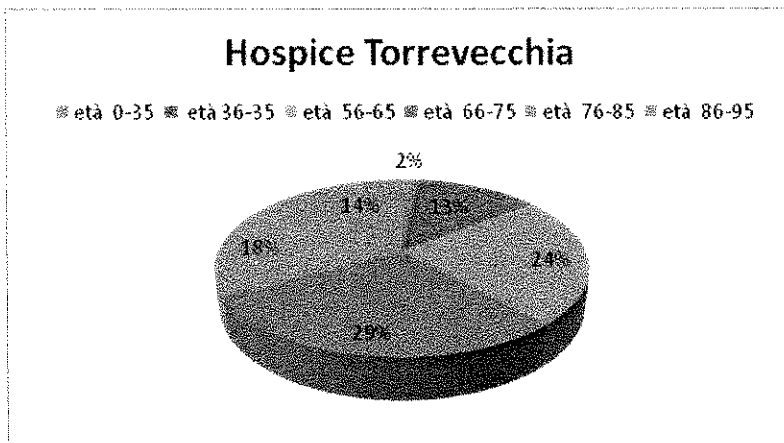
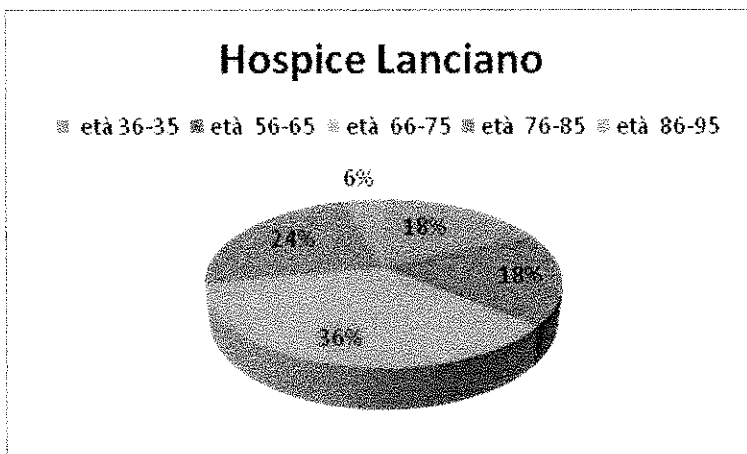
(*) sono conteggiati i posti letto totali previsti dal DC n. 52 del 2012 (escluso le dipendenze patologiche)

2.2.1.7 Cure Palliative e Hospice

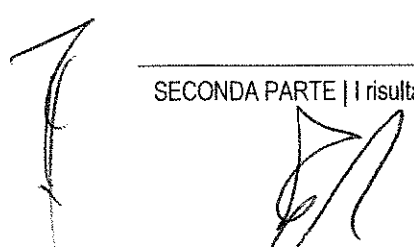
L'hospice è una struttura residenziale che ha le caratteristiche di una casa, rappresenta un'offerta socio-sanitaria con bassa tecnologia, ma con elevata "intensità assistenziale" e competenze specialistiche; si propone come alternativa all'abitazione della persona ogni qualvolta vi siano situazioni non più gestibili a domicilio, sia che si tratti di sintomi dovuti alla malattia che sono difficili da gestire a casa o di esigenze di altro genere (ad esempio se la persona è sola o se i parenti non sono in grado, anche momentaneamente, di fornire l'assistenza necessaria).

L'hospice si propone di dare sollievo alle famiglie offrendosi come sostituzione residenziale temporanea, rendendo partecipi del piano di cura sia la famiglia che la rete amicale, ed è destinato all'ospitalità delle persone con malattie in fase avanzata a rapida evoluzione, per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione della malattia di base non è possibile.

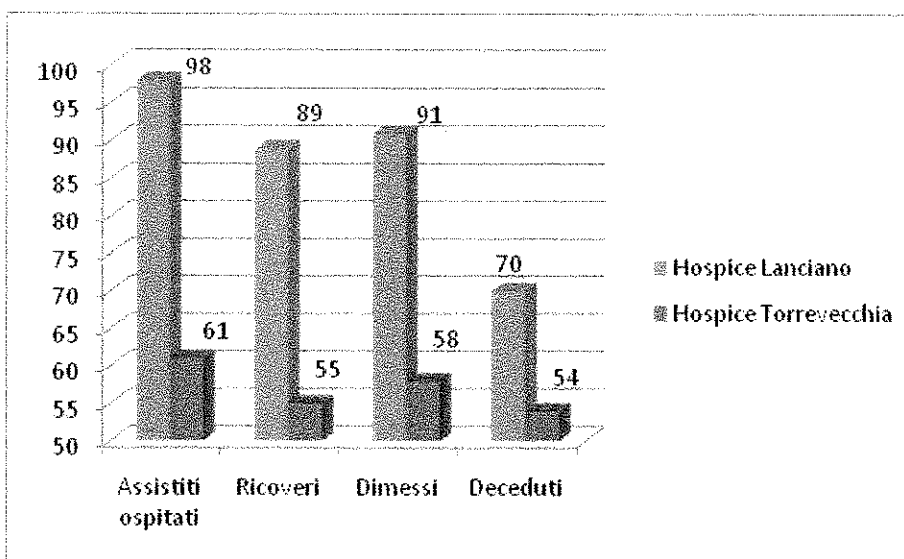
Il modello organizzativo dell'hospice attua modalità operative, relazionali e ambientali che rispecchiano questa filosofia di cura fondata sull'ascolto e sulla comprensione dei bisogni, delle aspettative delle persone e delle loro famiglie, sulla personalizzazione degli interventi, sull'attenzione ai particolari per creare il più possibile un clima accogliente. Il completamento della rete delle Cure Palliative si è ottenuto nel 2013 con l'apertura del 2° Hospice Aziendale a Torrevecchia Teatina.



Periodo di rilevazione I semestre 2014



La messa a regime della rete aziendale dal 2014 permette la gestione integrata delle cure palliative, sia al domicilio, sia in Hospice, secondo un modello uniforme su tutto il territorio provinciale, che è diventato di riferimento a livello nazionale e che prevede una équipe unica di oltre 40 operatori tra professionalità mediche ed assistenziali. Nel I semestre 2014 sono state erogate 16.753 prestazioni nell'Hospice di Lanciano e n. 5.918 nell'Hospice di Torrevecchia, con una degenza media rispettivamente di 15,7 e di 18,4.



2.2.1.8 La Salute Mentale

L'attività psichiatrica della ASL di Lanciano Vasto Chieti è organizzata attraverso una rete assistenziale composta dai Centri di Salute Mentale, dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), dai Centri Diurni (strutture riabilitative semiresidenziali), dalle Residenze Sanitarie Assistite (ARS) e dalle strutture riabilitative residenziali. Il Dipartimento di Salute Mentale si costituisce pertanto in un complesso di strutture e servizi tra loro integrati che sono in grado di accogliere l'intera domanda psichiatrica del territorio attraverso una presenza diffusa di ascolto e una continuità d'assistenza, che ha l'obiettivo di passare dalla psichiatria di "contenimento" a quella di prevenzione, cura e riabilitazione.

I quattro Centri di Salute Mentale (Lanciano, Vasto, Chieti e Ortona) erogano le prestazioni di seguito elencate:

- Visite e/o colloqui psicologici;
- Psicoterapia di sostegno;
- Evade richieste di psicogeriatra verso la popolazione di pazienti anziani;
- Effettua attività di prevenzione nelle scuole e nei luoghi di lavoro;
- Colloqui con familiari;
- Psicodiagnostica;
- Soddisfa le richieste di consulenza psichiatrico-psicologica (Psichiatria di LIAISON) nei Reparti dei Presidi Ospedalieri aziendali;
- Organizza e realizza progetti di riabilitazione psichiatrica con l'inserimento lavorativo degli utenti dei Centri di salute mentale come ad esempio il "Progetto Armonia";
- Costituisce cooperative sociali di tipo B per la piena occupazione dei soggetti riabilitati in condizioni di recovery psichiatrica;
- Effettua Attività di formazione;
- Collabora alla progettazione di Corsi di formazione per utenti dei Centri di salute mentale;
- Soddisfa la richiesta di tirocinio per laureati e laureandi in Scienze Sociali e Psicologia (secondo convenzione tra ASL e Università).

Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero (SPDC di Chieti e Lanciano) si occupa dei pazienti ricoverati in degenza ordinaria per acuzie psichiatrica, in TSV, in TSO ed in day-hospital e garantisce la loro gestione a 360° rivolgendo particolare attenzione alla condizione di "fragilità" attraverso una "rete" di prestazioni estesa a tutti i bisogni dell'individuo sia in ambito medico che in quello socio-assistenziale. La presa in carico in SPDC avviene attraverso l'analisi dei bisogni del singolo e del suo contesto di appartenenza e comporta un impegno elevato di tutte le figure professionali coinvolte. In altre parole, si cerca di far sì che il momento del ricovero rappresenti non un evento traumatico, di "rottura", ma un'occasione di riformulazione dei bisogni e di riprogrammazione delle

modalità operative attraverso la "personalizzazione degli interventi". Le dimissioni dei pazienti vengono concordate con i referenti psichiatrici territoriali con appuntamento prefissato per il controllo clinico successivo.

Le **Residenze Sanitarie Assistite** erogano la seguente tipologia di prestazioni:

- elaborazione di progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati, in collaborazione con i servizi territoriali di competenza;
- attività socio-riabilitative;
- interventi psicoterapici e riabilitativi individuali e di gruppo;
- terapie farmacologiche;
- incontri con i familiari.

Modalità di accesso

Si accede al servizio su richiesta individuale e/o tramite presentazione della richiesta del medico di famiglia e/o dello specialista. Il pagamento del ticket avviene tramite il CUP.

Il Centro di riabilitazione psichiatrica si è reso protagonista, in questi anni, di un'esperienza all'avanguardia nell'ambito della riabilitazione psicosociale tanto da essere diventato punto di riferimento sul territorio. La mission del centro è rappresentata dalla "ripresa" ovvero dalla convinzione (supportata da molteplici ricerche del settore) che le persone con disturbo mentale possono, attraverso un lavoro specifico di training e supporto, aspirare nonostante la disabilità, ad una vita sicura, dignitosa e significativa nella comunità imparando a:

- convivere con la disabilità
- gestire e minimizzare l'impatto distruttivo della malattia nella propria vita
- riguadagnare il controllo sulla propria vita e sulla malattia.

Tutto ciò attraverso:

- Riduzione dei sintomi e delle recidive
- Riduzione delle disfunzioni
- Riduzione della disabilità
- Aumento del funzionamento quotidiano
- Aumento del numero e della qualità delle relazioni
- Aumento della capacità di fronteggiare gli eventi stressanti
- Aumento della capacità di fronteggiare i sintomi e di prevenire le ricadute

Il focus dell'attività è rappresentato dai progetti individualizzati, costruiti e realizzati insieme alla persona a partire dai propri obiettivi di vita ed ai propri bisogni.

Il training di abilità viene realizzato all'interno del centro, attraverso gruppi per l'acquisizione di competenze specifiche condotti dagli operatori, ma anche attraverso l'esperienza diretta della persona nei reali ambienti di vita con il supporto degli operatori.

Alcuni dei progetti messi in atto:

- Sperimentazione di ruoli sociali non produttivi (tirocini formativi presso enti o associazioni);
- Esperienze di ripresa di ruolo lavorativo protetto ("Borse Lavoro")
- Programmi per il supporto alla ripresa degli studi;
- Programmi di supporto all'autonomia abitativa
- Programmi di supporto alle famiglie

Punti cardine del lavoro del centro:

- stabilità dell'équipe
- formazione continua e condivisa degli operatori
- collaborazione con le famiglie
- presenza di un responsabile
- lavoro d'équipe

Progettazione

Il Centro collabora alla realizzazione di progetti aziendali:

- Gestione flussi informativi
- Miglioramento della qualità dei processi



Modalità

d'accesso

L'accesso al programma riabilitativo si realizza attraverso richiesta dello psichiatra del centro di salute mentale, previa accettazione dell'equipe riabilitativa

2.2.1.9 Le Dipendenze

Il fenomeno delle dipendenze è oggetto di grande attenzione nel territorio della ASL, proprio per tale motivo, al fine di ovviare alle difficoltà di collegamento esistenti fra i vari comuni della Provincia, l'Azienda ha implementato l'attività creando una struttura complessa aziendale potenziando la presenza dell'equipe sul territorio.

Nei tre Ser.T. di Chieti, Lanciano e Vasto sono stati trattati circa 870 utenti nel 2012, circa 980 utenti nel 2013 e circa 1.000 nel primo semestre del 2014. Ogni servizio ha erogato pertanto dalle 4.000 alle 6.000 prestazioni tenendo conto della tipologia di assistenza che varia a seconda della media, bassa e alta intensità assistenziale.

L'utenza si suddivide in 60% di maschi e 40% di femmine, tra cui circa il 26% sono nuovi utenti da cui è emerso un incremento di dipendenza da sostanza primaria come l'Alcool e dipendenza da Gioco d'Azzardo Patologico.

Il 60% dei pazienti presenta una polidipendenza, anche se rimane prevalente la dipendenza primaria da Eroina (circa l'80%), seguita da un incremento negli ultimi due anni di dipendenza da Cocaina, mentre rimane pressoché invariato l'uso di cannabinoidi.

Il 70% dei pazienti ha completato la valutazione multidisciplinare. Per il 60% dei pazienti è stato elaborato un programma individuale integrato farmacologico e psicosociale, il 15% segue esclusivamente un programma psico-socio-educativo, il 14% segue un programma farmacologico non integrato e il restante 11% un programma a bassa soglia volto principalmente alla prevenzione secondaria e terziaria sia di tipo sanitario che sociale e giudiziario.

Sono stati potenziati inoltre interventi di prevenzione indicata, diagnosi e interventi precoci e il lavoro svolto negli Istituti Penitenziari del territorio.

Nel corso del 2012-2013 si sono osservate 2 siero conversioni per l'HIV, 8 siero conversioni per l'HCV e nessuna siero conversione per l'HBV dimostrando come la terapia è utile anche per la prevenzione delle malattie a trasmissione parenterale tradizionalmente correlata all'uso di sostanze.

2.2.1.10 La Sanità Penitenziaria

L'attivazione dell'Unità Operativa di Medicina Penitenziaria, prevista dalle direttive regionali, è stata realizzata con l'obiettivo specifico di erogare le prestazioni sanitarie a favore della popolazione detenuta conformemente alle linee di indirizzo presenti nella normativa nazionale di riferimento.

La struttura Unità Operativa di Medicina Penitenziaria (U.O.M.P.), coordina e gestisce le attività di diagnosi, cura e riabilitazione da garantire nei confronti dei detenuti ristretti negli Istituti Penitenziari di Chieti Lanciano e Vasto.

Si articola in Presidi sanitari penitenziari intramurari che erogano direttamente le prestazioni sanitarie a favore della popolazione detenuta.

Per migliorare l'efficienza dei Presidi sanitari penitenziari sono stati individuati percorsi clinici attraverso protocolli d'intesa redatti con i Ser.T., il Dipartimento di salute mentale, il Reparto di Malattie infettive e le Farmacia ospedaliere. E' stato inoltre redatto un protocollo d'intesa con le Direzioni degli Istituti penitenziari per definire i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento penitenziario e quello sanitario.

E' da sottolineare che la messa a regime del servizio H24 presso tutti e 3 gli istituti penitenziari dalla seconda metà del 2013 ha comportato un notevole incremento di personale dedicato, come noto oggi completamente a carico di questa ASL.

	2010	2011	2012	2013
Medici	28	29	31	34
Infermieri	11	14	18	21



Personale amm.vo	1	1	1	1
Assistente Sociale	0	0	0	1
N. di protocolli attivati	4	1	1	3
N. ore medico/pro-die	16	18	24	24
N. ore personale infermieristico/pro-die	15	15	24	24
N. detenuti assistiti/popolazione detenuta	1.095/1095	1.122/1122	1345/1345	1376/1376

I detenuti, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). L'assistenza sanitaria ai detenuti è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute e di garanzia della continuità assistenziale.

Il Presidio sanitario penitenziario, secondo il modello organizzativo aziendale, è articolato in un servizio di medicina generale che assicura l'assistenza medica di base e le urgenze cliniche, un servizio di medicina specialistica che assicura le prestazioni specialistiche e un servizio infermieristico che garantisce l'assistenza infermieristica ai detenuti.

Per migliorare l'efficienza dei Presidi sanitari penitenziari e per garantire il rispetto dei diritti costituzionali dei detenuti, sono stati previsti percorsi clinici finalizzati alla presa in carico globale del detenuto dal momento dell'ingresso in carcere attraverso la "visita medica di primo ingresso" e l'attuazione dei protocolli operativi stipulati con i servizi aziendali.

	2010	2011	2012	2013
Prestazioni sanitarie previste nei LEA erogate nel corso dell'anno	22.536	26.127	27.848	28.536
Personale sanitario operante nei PP.SS.PP.	39	43	49	55
Numero visite mediche di primo ingresso	394	424	437	321

Attività Specialistiche anno 2011	Cardiologia	Chirurgia	Dermatologia	Infettivologia	Odontoiatria	Occhialistica	Otorino	Ortopedia	Psichiatria	Ecografia	Ginecologia
P.S.P. CHIETI	282	13	0	127	203	0	0	15	120	0	35
P.S.P. LANCIANO	153	270	334	99	446	164	190	19	797	178	0
P.S.P. VASTO	324	24	245	111	422	161	146	57	1364	0	0
Tot. 2011	759	307	579	337	1071	325	336	91	2281	178	35

Attività Specialistiche anno 2012	Cardiologia	Chirurgia	Dermatologia	Infettivologia	Odontoiatria	Occhialistica	Otorino	Ortopedia	Psichiatria	Ecografia	Ginecologia
P.S.P. CHIETI	201	69	0	99	216	0	0	39	108	0	25
P.S.P. LANCIANO	195	149	275	111	759	216	204	173	794	211	0
P.S.P. VASTO	213	212	291	121	393	180	120	310	1464	0	0
Tot. 2012	609	430	566	331	1368	396	324	522	2366	211	25

Attività Specialistiche anno 2013	Cardiologia	Chirurgia	Dermatologia	Infettivologia	Odontoiatria	Oculistica	Otorino	Ortopedia	Psichiatria	Ecografia	Ginecologia
P.S.P. CHIETI	283	98	0	128	302	0	0	60	126	0	66
P.S.P. LANCIANO	163	257	250	180	606	219	201	201	915	204	0
P.S.P. VASTO	140	141	137	117	617	143	142	93	1083	0	0
Tot. 2013	586	496	387	425	1525	362	343	354	2124	204	66

2.3 LA PREVENZIONE

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, a loro volta suddivisi in Unità Operative:

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL LANCIANO - VASTO - CHIETI	
SERVIZIO	UOC
SERVIZIO DI SANITA' ANIMALE	Servizi di Sanità Animale
	Randagismo, Igiene Urbana, Veterinaria e Tutela degli animali d'affezione
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 ALLEVAMENTI E PRODUZIONE ANIMALE	Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni zootecniche
	Acque marine, mitilicoltura e controllo ufficiale nella Produzione Primaria e Vendita diretta dei prodotti di origine animale
SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA	Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica
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

L'Azienda per migliorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai piani sanitari nazionali e regionali reputa che la prevenzione dei rischi per la salute si realizzi attraverso la costruzione di reti di sorveglianza con nodi territoriali per rendere stabili le attività di prevenzione dei fattori di rischio comportamentale.

L'Azienda tende ad elevare la priorità riconosciuta alle malattie croniche integrandole con le strategie di prevenzione e di controllo delle medesime per riconoscere le determinanti della salute e promuovere la partnership tra gli enti; coinvolgendo la ricerca per individuare interventi finalizzati a ridurre i fattori di rischio modificabili per le malattie croniche, quali:

- Tabacco





- Alimentazione scorretta
- Sedentarietà
- Abuso di alcool

Le linee d'intervento della ASL hanno rispettato l'applicazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, prorogato con delibera di GRA n. 369/2013 anche per l'anno 2013, rispettando le quattro aree tematiche del Piano e proseguendo con la realizzazione dei progetti già avviati nell'anno 2012, opportunamente rimodulati nella parte degli indicatori di risultato e del valore atteso degli obiettivi al 31/12/2013, giusta Delibera del D.G. n. 1167 dell'8 agosto 2013, che di seguito si elencano:

N. Progetto	Titolo Progetto	Referente Aziendale
MEDICINA PREDITTIVA		
1	Gioca la carta del cuore: aumentare la conoscenza del rischio cardiovascolare estendendo l'utilizzo della carta del rischio	Lella Pierina
PREVENZIONE UNIVERSALE		
2	Guida senza alcool	Di Peppe C.
3	Coltiviamo la Sicurezza	Cocomazzi Domenico
4	Costruire un mondo Sicuro	Marinelli
5	Casa Sicura	Savino Antonio
6	Raggiungere e Mantenere le Coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento	Savino Antonio
7	Educazione dell'affettività e prevenzione HIV	Scala Enrico
8	Respiro Libero "ESA" (educazione sanitaria per allergie) sulla conoscenza, prevenzione e cura delle patologie allergiche durante l'età evolutiva	Di Pillo Sabrina
9	Miglioramento della qualità delle acque destinate ad uso umano	Concistrè Francesco
10	Ridurre il rischio di malattie trasmesse da alimenti mediante il potenziamento del controllo rispondenti ai criteri di graduazione del rischio	Olivieri Mario
11	Prevenzione e modifica in età scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità	Colleluori Claudia
12	Non mandare in fumo la tua gioventù: Umplugged un programma scolastico mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco	Verrone Dario
13	L'incremento dell'attività fisica nella popolazione giovanile progetto Movimentiamoci	Concistrè Francesco
PREVENZIONE DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO		
14	Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della cervice uterina e contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative (self sampling a domicilio)	Caraceni Donatella
15	Aumentare l'estensione del programma e contrastare lo screening opportunistico del cancro del colon retto, proponendo alternative	Martinotti Stefano
16	Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della mammella, contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative	Muzi Marzia



17	Ridurre il rischio cardiovascolare attraverso la definizione e standardizzazione di percorsi integrati per l'ipertensione arteriosa	Lella Pierina
18	IGEA - Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete	Vitacolonna E., D'Ercole U
19	Prevenzione della carie in età evolutiva con particolare riguardo ai bambini frequentanti la III classe della scuola elementare	Savino Antonio
PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA		
20	Prevenzione delle disabilità da disturbi nutrizionali e da scarsa attività motoria negli anziani: Colori in movimento"	Di Tommaso Flora
21	Attivazione del sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra 64enne "Passi d'Argento"	Turchi Claudio

2.3.1 Igiene e sanità pubblica

Le attività svolte riguardano prevalentemente la tutela della salute individuale e collettiva, la salubrità degli ambienti di vita e la promozione di corretti stili di vita, e precisamente:

Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali.

- Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse
- Interventi per il controllo della diffusione delle malattie infettive e diffuse
- Vaccinazioni obbligatorie e vaccinazioni raccomandate
- Medicina del viaggiatore
- Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva
- Vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione svolte dai comuni

Partecipazione ai Programmi di Prevenzione Collettiva e ai Sistemi di Sorveglianza

- Prevenzione degli incidenti stradali
- Prevenzione degli incidenti domestici
- Prevenzione delle malattie cardiovascolari
- Prevenzione dei tumori del colon, utero e mammella
- Prevenzione dell'obesità
- Sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali e valutazione dello stato di salute della popolazione (Sistema di Sorveglianza PASSI)

- Organizzazione e gestione della raccolta delle schede di morte e tenuta del Registro Nominativo delle Cause di Morte (Re.N.Ca.M.)

Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e degli ambienti confinati

- Tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico
 - Tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione
 - Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e di pianificazione urbanistica
 - Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni
 - Tutela della salubrità e sicurezza degli edifici ad uso scolastico
 - Tutela della salubrità e sicurezza degli edifici ad uso ricreativo
 - Tutela della salubrità e sicurezza delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private
 - Tutela della salute dai fattori di rischio presenti negli ambienti di vita non confinati (amianto, radiazioni elettromagnetiche ecc.)
- I programmi di cui sopra sono erogati in forma integrata tra i servizi del Dipartimento di Prevenzione e l'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente in accordo con le indicazioni normative regionali.

SIESP
VACCINAZIONI CICLO PRIMARIO ANNO 2013
3.166 Bambini su 3.205 residenti



2.3.2 Igiene degli alimenti e della nutrizione

L'attività svolta è incentrata nella verifica della rispondenza dei requisiti strutturali e igienico sanitari di tutte le attività produttive alimentari, dei processi di filiera, dei prodotti finiti e delle materie prime utilizzate secondo il metodo HACCP. In particolare si effettuano campionamenti su matrici alimentari, materie prime e sul componente principale della quasi totalità delle produzioni alimentari di acqua (impianti produttivi, sorgenti di acqua potabile e reti idriche di distribuzione).

Igiene Alimenti e della Nutrizione
ANNO 2013
915 Aziende controllate
1.027 ispezioni effettuate

2.1.2 - Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro

L'attività svolta è incentrata sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori che si realizza attraverso la promozione e il controllo delle condizioni di sicurezza e di igiene negli ambienti lavorativi e con la verifica dello stato di salute dei lavoratori.

Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro
ANNO 2013
5.358 infortuni denunciati
874 infortuni gravi e mortali

L'attività di vigilanza ed ispezione nei cantieri mobili

e nelle Aziende, d'iniziativa e/o previa programmazione, attivate da esposti e segnalazioni, è svolta "in congiunta" con altri organi di vigilanza

2.1.3 Medicina dello sport

L'attività svolta è incentrata sull'erogazione di prestazioni sanitarie all'utenza con rilascio di certificazione d'idoneità all'attività sportiva.

Oltre all'erogazione di prestazioni sanitarie viene svolta anche attività educativa di prevenzione che si esplica nell'effettuazione di incontri con gli studenti delle scuole secondarie del territorio e con studenti, genitori ed insegnanti delle scuole primarie.

Hanno diritto a usufruire delle prestazioni della Medicina dello Sport:

- atleti tesserati, dilettanti e professionisti, partecipanti a discipline sportive di tipo agonistico e non agonistico;
- alunni delle Scuole partecipanti alle fasi finali dei Giochi della gioventù;
- alunni delle scuole partecipanti alle fasi precedenti le fasi finali dei giochi studenteschi ed attività parascolastiche;
- utenti che devono espletare concorsi ove l'idoneità sportiva è richiesta per legge.
- utenti praticanti attività motoria che desiderano controllarsi

2.1.3.1 Igiene della produzione, trasformazione, commercio alimenti di origine animale

Il Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale controlla gli alimenti di origine animale (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, igiene del personale, validità della documentazione autorizzativa, sistemi di autocontrollo ed i loro risultati.

2013	Distribuzione		Trasporti	Ristorazione	
	Ingresso	Dettaglio	Soggetti a vigilanza	pubblica	collettiva
N Unità controllate	31	77	29	13	17
N Ispezioni	97	93	35	28	18

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.

Le verifiche circa l'implementazione della normativa comunitaria in materia di igiene degli alimenti vanno effettuate attraverso specifici audit di settore tenendo conto anche delle raccomandazioni emerse nel corso delle ispezioni/audit del Food Veterinary Office della Commissione Europea. Particolare attenzione è rivolta al settore dei prodotti della pesca, al settore del latte e della carne, nonché alla ricerca dei residui e dei contaminanti ambientali, in conformità alle linee guida regionali.

Nel settore dei residui, l'impegno riguarda la declinazione a livello territoriale del Piano Nazionale per la Ricerca dei Residui ed il Raggiungimento.

2.1.3.2 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.

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
ANNO 2013
39 sopralluoghi presso allevamenti animali da reddito
56 prelievi campioni mangime

2.1.3.3 Sanità animale

Nell'Azienda di Lanciano Vasto Chieti la situazione sanitaria del patrimonio zootecnico, in forza dei piani di eradicazione e di sorveglianza messi in atto da anni, può essere considerata molto soddisfacente: il nostro territorio ha ottenuto il riconoscimento della Comunità Europea di "Provincia ufficialmente indenne per TBC, BRC Bov., BRC O.C. e L.E.B.".

Tutto ciò, rappresenta un vantaggio sanitario ed economico, sia per gli allevatori che per l'Azienda, che vede abbattuti i costi per i controlli sugli allevamenti in termini di personale, attrezzature, strumenti e mezzi di trasporto.

Tutte le azioni e attività messe in campo sono conformi alla nuova strategia per la salute degli animali dell'Unione Europea (2007-2013): "Prevenire è meglio che curare", che ha fissato alcuni obiettivi ambiziosi per migliorarne la salute.

Sanità Animale
ANNO 2013
71 allevamenti controllati
2408 capi controllati

2.2 L'Attività di Screening

Le indicazioni della comunità scientifica internazionale affermano che l'attivazione di programmi di prevenzione con screening organizzati, mirati a fasce di popolazione a rischio, sono il metodo più efficace per prevenire o diagnosticare precocemente le malattie e quindi poter intervenire con le cure necessarie. Per aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto l'Azienda ha investito parte dei finanziamenti del Piano di Prevenzione sulla rimodulazione delle modalità organizzative degli screening oncologici in applicazione delle direttive contenute nell'atto di G.R.A. n. 346/2011.

I modelli di riferimento dello screening del cervico-carcinoma hanno consentito di raggiungere 1/3 della popolazione femminile della ASL, attraverso l'invio di n. 102.000 lettere l'anno (popolazione bersaglio n. 112.345). Lo screening della mammella ha investito, invece, nella realizzazione di un modello organizzativo della Brest Unit (Unità Radiologica di Senologia) identificata nel presidio di Ortona quale sede per realizzare tutti gli interventi di prevenzione previsti dal comitato tecnico aziendale all'uopo costituito, con funzioni consultive per la realizzazione del programma di screening mammografico.

Le tabelle a destra riferiscono ai dati dello screening mammella - periodo 2012-2014.

2012			
U.O.	INVITI	PRESENZA	%
CHIETI	2.123	1.122	53%
ORTONA	730	405	55%
LANCIANO	577	266	46%
VASTO	856	351	41%
	3.430	1.793	50%
2013			
U.O.	INVITI	PRESENZA	%
CHIETI	4.777	2.127	45%
ORTONA	2.393	1.489	62%
GUARDIAGRELE	937	429	46%
LANCIANO	1.886	962	51%
VASTO	2.989	1.175	39%
	12.982	6.182	48%
2014			
U.O.	INVITI	PRESENZA	%
CHIETI	2.350	1.255	53%
ORTONA	1.363	791	58%
GUARDIAGRELE	852	465	55%
FRANCAVILLA	300	146	49%
LANCIANO	1.239	607	47%
VASTO	1.755	691	39%
	7.859	3.955	50%



Infine il centro di coordinamento del programma di screening per la ricerca del sangue occulto, ubicato presso la Patologia Clinica del Presidio SS. Annunziata di Chieti, ha identificato le principali attività operative da realizzare nel programma di screening sia di primo che di secondo livello che sono state avviate a fine anno 2012 e proseguite nel 2013.

Dai dati si evince che la rispondenza delle donne invitate allo screening mammografico è stata del 50% negli ultimi tre anni. Mentre le donne rispondenti all'invito per lo screening del cervico carcinoma è del 53%. la rispondenza dello screening del Colon Retto si avvicina solo al 20%

SCREENING COLON - RETTO (Periodo Gen.-Ott 2014)	
Popolazione Target per round	102.312
Popolazione Annua	51.809
Popolazione del periodo	43.174
Numero inviti	21.334
Numero esami eseguiti	4.344
Esami negativi	3.941
Esami inadeguati	86
Esami positivi	289
Copertura d'invito	50%
n. inviti / n. popolazione del periodo	
percentuale di adesione	20%
n. esami eseguiti / n. inviti	

SECONDO LIVELLO SCREENING COLON - RETTO (periodo Gen.-Ott 2014)	
Colonscopie	154
Positivi per lesioni	85
Polipi asportati	235
Polipi < 1 cm	152
Polipi > 1 cm	83
Polipo iperplastico	142
Polipo con displasia di basso grado	145
Polipo con displasia ad alto grado	11
Polipo serrato	1
Adenocarcinoma	9
CANCRI CONCLAMATI	5,80%

**SCREENING CERVICO CARCINOMA
(Periodo Gen.-Ott 2014)**

Popolazione eleggibile 25-64 anni (DATO ISTAT)	107.523
1/3 Popolazione eleggibile	35.841
Totale lettere spedite	82.718
Totale invito+ richiamo+follow-up	30.971
Totale solleciti	51.747
Totale inviti inesitati	4.226
Estensione inviti (30.971/35.841)	86,40%

Totale donne arruolate in età target (25-64 anni)	13.983
Test 1° livello Screening	
Totale Pap Test di triage - Test 2° livello Screening	1.634
% Copertura annuale (DATO LEA) (13.983/35.841)	39%
% Copertura a 10 mesi (DATO LEA) (13.983/29.867)	46,80%
Adesione corretta all'invito (sottratte le invitate inesitate n° 4.226 e le donne escluse dopo invito per test recente n° 429) (13.983/26.316)	53,1%

Proporzione di Test HPV POSITIVI 1° livello screening (1.634/13.983)	11,70%
Proporzione Pap Test di triage POSITIVI - Test 2° livello Screening (611/1.634)	37,40%
Proporzione di donne invitate in colposcopia -	4,40%
REFFERRAL RATE = donne invitate a colposcopia /donne screenate) (611/13.983)	

2.3 Il capitale umano

Le risorse umane costituiscono l'elemento strategico ed il fattore critico di successo di tutte le organizzazioni produttive ed in particolare delle organizzazioni sanitarie, dove le conoscenze e le competenze professionali degli operatori sono direttamente connesse alla qualità delle prestazioni in termini di efficienza, efficacia ed appropriatezza.

Lo sviluppo delle risorse umane rappresenta in ambito sanitario uno dei fattori determinanti in quanto, trattandosi di servizi diretti alle persone, il rapporto utente-operatore è significativamente caratterizzato dal grado di personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni, al punto che il giudizio sulla qualità dei servizi ne è fortemente influenzato.

Le modificazioni intervenute a livello legislativo aprono nuove possibilità di sviluppo dei servizi sanitari attraverso la valorizzazione del personale delle professioni sanitarie. Tale valorizzazione consiste in un allargamento delle competenze che ne sfrutti pienamente il carattere professionale.

Altrettanto importante è la questione della responsabilità gestionale e professionale, intesa come ruolo che i Direttori di Dipartimento e delle Strutture Complesse e Semplici devono svolgere per il corretto uso delle risorse. Occorre quindi investire sul tema dell'integrazione all'interno dei Dipartimenti e tra i Dipartimenti, ricercando la massima sinergia strutturale ed organizzativa, in modo tale che ciascun operatore sia utilizzato nel modo più proficuo possibile sia per la propria soddisfazione professionale, sia per la qualità del servizio reso all'utenza.

Purtroppo i vincoli assunzionali risultano quanto mai stringenti in quelle regioni, come la Regione Abruzzo, sottoposte a Piano di rientro dai deficit del settore sanitario.

A tale proposito si rileva che, a causa delle note e reiterate disposizioni regionali in materia di reclutamento del personale e di blocco del turn over, non è stato possibile procedere, negli anni passati, ad assunzioni a tempo indeterminato, salvo specifiche ed eccezionali deroghe concesse dalla Regione

Nonostante la riorganizzazione attuata, la situazione di grave depauperamento degli organici, già sottodimensionati in taluni servizi, ha prodotto frequenti episodi di temporanea ed eccezionale criticità organizzativa. Di qui la crescente necessità di ricorrere a soluzioni temporanee, necessarie al fine di continuare a garantire i livelli essenziali di assistenza, scongiurando interruzioni nell'erogazione delle prestazioni.

PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO

AREA	2012	2013
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO*	1052	1054
COMPARTO RUOLO SANITARIO	2462	2481
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	3	3
COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE	0	0
DIRIGENZA RUOLO TECNICO	2	2
COMPARTO RUOLO TECNICO	716	706
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	9	8
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	415	408

AREA	2012	2013
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO**	156	202
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO Atipico (CO.CO.CO.)	35	15

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



2.4 I Conti

2.4.1 L'Andamento storico dei risultati economici

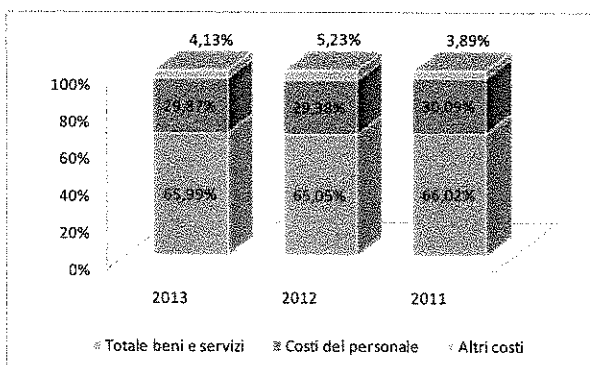
Le dinamiche evidenziate finora nella Parte 2 del documento si riflettono anche nell'andamento economico descritto nelle pagine seguenti.

Valore Produzione 2011-2013.

CONTO ECONOMICO			
SCHEMA DI BILANCIO	Anno 2013	Anno 2012	Anno 2011
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio	683.568.300	688.759.982	691.777.935
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.794.046	-633.711	-
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	12.685.840	9.952.098	2.817.495
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	80.437.664	89.339.703	91.643.484
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	5.405.323	4.187.024	5.908.853
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	13.203.955	12.594.576	12.059.254
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	10.694.312	11.349.430	11.038.754
9) Altri ricavi e proventi	2.619.780	741.513	913.077
Totale A)	805.821.128	816.212.006	814.158.832
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
1) Acquisti di beni	107.415.840	108.006.204	109.140.505
2) Acquisti di servizi sanitari	342.361.600	340.895.351	345.880.942
3) Acquisti di servizi non sanitari	56.134.113	53.642.705	45.063.831
4) Manutenzione e riparazione	11.159.859	13.391.978	20.133.562
5) Godimento di beni di terzi	6.563.828	6.060.766	4.352.292
6) Costi del personale	237.037.868	235.773.652	239.394.121
7) Oneri diversi di gestione	2.686.826	2.805.850	2.807.858
8) Ammortamenti	13.027.198	13.716.787	13.467.811
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	410.000
10) Variazione delle rimanenze	-1.106.780	4.896.696	-914.705
11) Accantonamenti	18.174.848	23.964.097	15.173.784
Totale B)	793.455.199	803.154.086	795.511.999
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	12.365.929	13.057.920	18.646.833
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
Totale C)	-471.275	-1.151.739	-452.146
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
Totale D)			
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			
Totale E)	300.386	-3.633.140	-695.335
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	12.195.041	8.273.041	17.499.352
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
Totale Y)	17.799.822	17.169.162	18.089.136
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-5.604.781	-8.896.122	-589.784

Tuttavia, il permanere dell'incertezza sulla riconversione del presidio di Guardiagole (a causa dei procedimenti giudiziari ancora pendenti innanzi al Consiglio di Stato), nuove emergenze (in particolare la ben nota dichiarazione di non idoneità statica di 2 corpi di fabbrica del PO di Chieti da parte del Tribunale), l'attivazione e l'entrata a regime di nuove linee di attività anche in conseguenza del fallimento "ex Villa Pini" (con l'attivazione di un quarto modulo assistenziale territoriale per accogliere i pazienti ex Maristella e di un secondo Hospice a Torrevicchia Teatina) senza che fossero in alcun modo modificati i criteri di riparto del FSR (che anzi per il 2013 ha visto una contrazione in termini monetari, per la prima volta nella storia del SSN), hanno comportato un significativo e scarsamente controllabile aumento delle principali voci di costo.

Analisi incidenza voci di costo su totale costi della produzione



Di seguito viene riportata un'analisi dei principali aggregati di costo:

Riparto delle voci di costo e incidenza sul totale						
Voci (Valori in migliaia di €)	Consuntivo 2013		Consuntivo 2012		Consuntivo 2011	
	Valore	% su totale	Valore	% su totale	Valore	% su totale
Totale costi della produzione	793.455	100,00%	802.568	100,00%	795.509	100,00%
Totale beni e servizi	523.635	65,99%	521.997	65,05%	525.171	66,02%
Totale beni	107.415	13,54%	108.006	13,46%	109.139	13,72%
Beni sanitari	104.143	13,13%	104.881	13,07%	106.076	13,33%
Beni non sanitari	3.273	0,41%	3.125	0,39%	3.063	0,39%
Totale servizi	398.496	50,22%	394.538	49,16%	391.546	49,22%
Servizi sanitari	342.362	43,15%	340.895	41,32%	336.502	42,30%
Servizi non sanitari	56.134	7,07%	53.643	7,84%	55.044	6,92%
Manutenzione e riparazione	11.160	1,41%	13.392	1,67%	20.133	2,53%
Godimento beni di terzi	6.564	0,83%	6.061	0,76%	4.353	0,55%
Costi del personale	237.038	29,87%	235.773	29,38%	239.394	30,09%
Oneri diversi di gestione	2.687	0,34%	2.806	0,35%	2.808	0,35%
Ammortamenti	13.027	1,64%	13.717	1,77%	13.468	1,69%
Svalutazione dei crediti			-	0,00%	410	0,05%
Variazione delle rimanenze	-1.107	-0,14%	4.896	0,61%	915	-0,12%
Accantonamento dell'esercizio	18.175	2,29%	23.964	2,85%	15.173	1,91%

2.4.2 Andamento della Mobilità e Incidenza sui Costi di Produzione

L'incidenza della mobilità passiva sul totale dei costi della produzione si attesta intorno al 2,50%

Tabella 2.47 - Incidenza Mobilità - valori in /1000

DATI MOBILITA'	2012
Mobilità attiva	14.953
Mobilità passiva	-20.157
Costi della produzione	803.154
INCIDENZA	2,51%

Questi indicatori confermano quanto finora riportato, ovvero che l'impatto della mobilità, superiore al 20 % nell'ultimo anno, ha inciso negativamente sulla struttura dei costi, vanificando gli sforzi attuati dall'Azienda nel perseguimento degli obiettivi di risparmio e nel raggiungimento dell'equilibrio economico e del pareggio del bilancio.

2.4.3 - Acquisto di beni

La spesa sanitaria è qui illustrata nelle sue due principali componenti: i Prodotti farmaceutici e sanitari acquistati e utilizzati dall'Azienda per l'erogazione in forma diretta e la Farmaceutica Convenzionata.

La prima registra un andamento crescente dei costi, in particolare di prodotti farmaceutici, dovuti all'aumento dei prezzi delle specialità farmaceutiche destinate alle terapie oncologiche, cardiovascolari e immunitarie.

Il costo complessivo della Farmaceutica Convenzionata presenta invece un trend in leggera diminuzione. Dalla tabella che segue si evincono per le annualità 2012 2013, i valori economici come da Bilancio consuntivo 2013, e l'incidenza degli stessi sul totale dei costi di produzione

Tabella Spesa farmaceutica e beni sanitari e incidenza su Costo della Produzione - valori in /1000. Anni 2012-2013.

Spesa farmaceutica e beni sanitari	2012	2013
Prodotti farmaceutici	48.044	49.869
Dispositivi medici	36.814	51.885
Farmaceutica da convenzione	72.943	72.384
Totale	157.801	174.138
Costi della produzione	-793.455	-803.154
INCIDENZA	19,89%	21,68%

L'obiettivo da perseguire per il triennio 2015/2017 sarà pertanto 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, meglio sviluppata nella parte III.



PIANO STRATEGICO 2015 | 2017

Parte III

LINEE STRATEGICHE E PREVISIONI ECONOMICHE



Sommario

LINEE STRATEGICHE E PREVISIONI ECONOMICHE.....	67
Premessa	71
3. LINEE STRATEGICHE.....	72
3.1. L'Analisi SWOT.....	72
3.2. La Mission.....	74
3.2.1. La nuova Dichiarazione di Mission per un'Azienda da trasformare.....	74
3.2.2. Il processo di declinazione della Mission: il sentiero strategico.....	74
3.3. Gli interventi strategici.....	76
3.3.1. L'Identità Organizzativa e il nuovo assetto di Governance.....	76
3.3.2. Il Percorso Integrato di Sviluppo Strategico Organizzativo: Lo sviluppo strategico organizzativo e il processo di Budget.....	77
3.3.3. Il Percorso Integrato di Sviluppo Strategico Organizzativo: il sistema informativo direzionale.....	80
3.3.4. Il Percorso Integrato di Sviluppo Strategico Organizzativo: il sistema di controllo e la procedura aziendale sulla documentazione clinica (SDO e Cartelle cliniche).....	82
3.4. I Meccanismi Operativi a supporto della Governance.....	84
3.4.1. Lo Standard di Servizio.....	84
3.4.2. I Percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi e le Reti cliniche.....	85
3.4.3. Il Clinical Risk Management.....	85
3.4.4. L'Audit Clinico e dei Processi.....	85
3.5. Verso una nuova Identità Organizzativa.....	86
3.5.1. La Valorizzazione delle professionalità interne all'Azienda.....	87
3.5.1.1. Gli strumenti utilizzati per il governo dello sviluppo professionale nei diversi livelli organizzativi (Dipartimenti e UOC ecc).....	87
3.5.1.2. La Valorizzazione delle professionalità: la procedura dell'assegnazione e la graduazione degli incarichi (dirigenza e comparto).....	88
3.5.1.3. La Valorizzazione delle professionalità: Il Sistema di Valutazione del personale.....	90
3.6. - La Rete dei servizi e la Fiducia dell'Utente.....	91
3.6.1. Le linee di intervento.....	91
3.6.2. Riprogrammazione della Rete delle Cure Primarie, Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Presidi territoriali Assistenziali (PTA).....	93
3.6.3. Caratteristiche delle UCCP e PTA.....	95
3.6.4. Ruolo e funzioni delle professioni sanitarie non mediche nei PTA.....	97
3.6.5. Registro epidemiologico della fragilità assistenziale (REFA).....	102



3.6.6.	Medico di Medicina Generale.....	103
3.6.7.	Integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione ad ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati.....	104
3.6.8.	Continuità ospedale-territorio.....	105
3.6.9.	Ospedale di Comunità.....	105
3.6.10.	Rete cure primarie per la fragilità nelle aree interne.....	106
3.7.	Azioni sui servizi e/o sull'assetto organizzativo.....	108
3.8.	Prevenzione: i progetti.....	109
3.9.	La sicurezza e il Sistema delle Deleghe.....	112
3.8.1	Regolamento per tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.....	112
3.8.2	Analisi degli infortuni sul lavoro.....	114
3.8.3	Implementazione Sistema Gestione Sicurezza.....	122
4.	SOSTENIBILITÀ E MANOVRE.....	123
4.1.	Politiche del Personale.....	123
4.2.	Manovre di contenimento della spesa.....	128
4.2.1	Esternalizzazione del servizio Cup e Call Center.....	128
4.2.2	Esternalizzazione del servizio Mensa e Ristorazione.....	128
4.2.3	Manovra riferita ai servizi assistenziali.....	129
4.2.4	Riduzione del personale a tempo determinato e trasformazione rapporti di lavoro a tempo indeterminato.....	129
4.2.5	Sintesi delle Manovre sul Personale.....	130
4.3.	Le Strutture Private Accreditate.....	130
4.4.	Politiche Assistenza Farmaceutica e TrASFusionale.....	133
4.4.1.	Politiche per l'appropriatezza terapeutica e farmacologica.....	133
4.4.2.	La Farmaceutica Ospedaliera.....	134
4.4.3.	La Farmaceutica Territoriale.....	135
4.4.4.	Linee Progettuali per il miglioramento dell'Appropriatezza Prescrittiva e il monitoraggio della Spesa Farmaceutica –Commissione Terapeutica Aziendale e Prontuario terapeutico Aziendale.....	138
4.4.5.	Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale e nella continuità ospedale-territorio.....	139
4.4.6.	Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e PLS.....	140
4.5.	I Dispositivi Medici.....	141
4.6.	Officina TrASFusionale Regionale (OTR) e attivazione della rete trASFusionale regionale.....	147
4.7.	Piano per l'Autosufficienza del Sangue.....	149



4.8.	Politiche aziendali per la Sanità Penitenziaria.....	150
4.8.1.	Ricognizione delle procedure di trasferimento delle funzioni sulla Sanità Penitenziaria al SSR	150
4.8.2.	Disattivazione degli OPG ed individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti	152
4.8.3.	Attivazione della REMS e previsioni economiche	153
4.9.	Politiche investimenti/tecnologie	154
4.9.1.	Itab.....	154
4.9.2.	Polo Cardiochirurgico "Palazzina M".....	154
4.9.3.	Ulteriori manovre aziendali.....	155
4.10.	– L'Andamento dei valori economici: CE POA 2015-2017.....	157



Premessa

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 miliardi di euro di bilancio annuo e circa 5.000 dipendenti ed è responsabile della tutela della salute di 393.734 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 2015-2017 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 Lanciano 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.

3. LINEE STRATEGICHE

3.1. L'Analisi SWOT

L'Analisi SWOT di cui alla successiva tabella, costituisce il quadro di sintesi delle condizioni entro cui si è svolta la progettazione strategica per il triennio 2015-2017 di riferimento nel presente documento.

In particolare, l'Analisi SWOT 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.

E' 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 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.
- 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.

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.
- Screening nazionali disattivati nel 2013.
- Una bassa attrattività e una mobilità passiva elevata, pur in presenza di lunghe liste d'attesa per ricoveri e attività ambulatoriali, conseguenza di una bassa percezione della qualità e, complessivamente, di un'immagine aziendale negativa.
- Un deciso sotto utilizzo delle Sale Operatorie.
- Parti cesarei molto elevati.

minacce

- Un aumento costante delle malattie cardio-vascolari, dell'osteoporosi e delle patologie connesse con l'obesità.
- La cronicizzazione progressiva della 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.



3.2. La Mission

3.2.1. La nuova Dichiarazione di Mission per un'Azienda da trasformare

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.

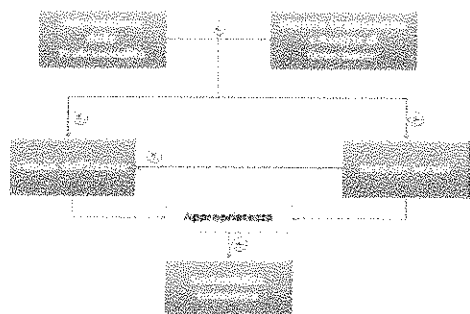
3.2.2. Il processo di declinazione della Mission: il sentiero strategico

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 2015-2017 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:

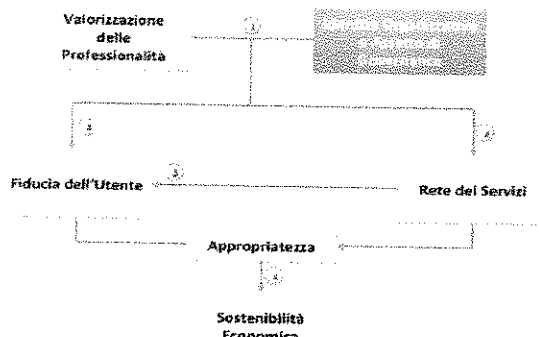
Il processo di declinazione della Mission e di elaborazione strategica nella ASL Lanciano Vasto Chieti.





3.3. Gli interventi strategici

3.3.1. L'Identità Organizzativa e il nuovo 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;

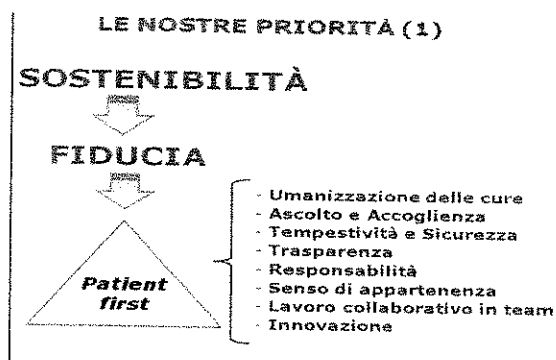
è prioritario continuare nell'opera, già ampiamente avviata, volta a rafforzare il senso di appartenenza e favorire la condivisione delle filosofie di fondo e dei principi che sottendono la spinta verso un nuovo modus operandi.

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 line sanitaria.

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.

3.3.2. Il Percorso Integrato di Sviluppo Strategico Organizzativo: Lo sviluppo strategico organizzativo e il processo di Budget

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 U.U.O.O 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 2014.

Il "**percorso di coinvolgimento delle persone**" avviato ha visto l'intervento di oltre 130 direttori/responsabili di U.U.O.O 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. In fase di Negoziazione obiettivi ci si confronta in modo serio, puntuale e trasparente, su dati (vedi allegato) 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.

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.



La documentazione a supporto del processo decisionale aziendale sviluppato per le annualità 2012-2013 ha inteso analizzare e rendere disponibili, oltre che una serie di dati sulle analisi economiche (Margine Operativo Lordo) una serie di indicatori di attività inerenti le seguenti **aree chiave di intervento** (KPA) ritenute Critiche per il successo delle performance aziendali:

Aree Chiave di Intervento
1. INDICATORI DI ATTIVITA': RICOVERI ORDINARI
2. INDICATORI DI ATTIVITA': RICOVERI DIURNI
3. PROVENIENZA DEI PAZIENTI RICOVERATI E MOBILITA'
4. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
5. PRESTAZIONI INTERMEDIE EROGATE E FRUITE
6. INDICATORI RELATIVI L'UTILIZZO E L'ASSORBIMENTO DELLE RISORSE

Per ciascuna KPA all'interno priorità strategiche, 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 possono far 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.

A tale scopo, la presente metodologia intende implementare e realizzare il Sistema Integrato di Sviluppo Strategico attraverso il coinvolgimento costante di "tutti" gli operatori aziendali affinché si renda possibile attivare gli opportuni flussi informativi dalle UU.OO., elaborare i dati raccolti per alimentare un sistema articolato di "cruscotti" di monitoraggio sintetici e, parallelamente, per realizzare il sistema di reporting analitico sia per supportare la Direzione Generale nelle attività di pianificazione e di valutazione, sia per fornire alle UU.OO. informazioni comparative utili per avviare momenti di riflessione sulla ricerca di modalità di impiego efficiente ed efficace delle risorse e per avviare un sistematico benchmarking tra le stesse.

La logica seguita dall'Azienda è quella di creare e consolidare un sistema integrato, che si evinca anche attraverso la lettura della scheda di Budget di seguito riportata in tabella:



Obiettivi Budget 2014			Centro di negoziazione:				
			Direttore:				
Tip. Obv	Obiettivo	Indicatore	anno 2013	anno 2014			
			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 Ortogeriatrics	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 il semestre 2014					
		Scheda neo assunti: accoglienza, allocazione, inserimento e sicurezza (D. Lgs. 81/2008)					
		Scheda di complessità assistenziale					

L'innovazione introdotta nelle schede di Budget già nel 2011, inerente l'introduzione dell'area dello Sviluppo Organizzativo, consolida un orientamento aziendale per tutto il 2014 volta a 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.

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 ridisegnare l'organizzazione attesa della struttura esplicitando per ciascun profilo atteso le responsabilità, le conoscenze, le competenze e le attitudini che ciascun dirigente deve possedere, o meglio deve tendere a possedere, affinché possa ricoprire quel ruolo all'interno della unità operativa coerentemente allo sviluppo strategico in termini di garanzie di performance da parte della U.O. e quindi del dipartimento. A tal riguardo sembra opportuno riportare di seguito la matrice delle responsabilità Asset management e Knowledge management previsti all'Art. 14 dell'Atto Aziendale - delibera n. 1460/11, i cui contenuti sono stati di fondamentale importanza e rilevanza per la stesura degli obiettivi contrattuali degli incarichi dei responsabili di Struttura Completa, Dipartimentale di Presidio ecc

La logica di pianificazione:
dal Top-Down al Bottom-Up



Ruolo chiave dei Dipartimenti e dei "Coordinamenti"

	Responsabile U.O.	Direttore Dipartimento	Direzioni di Presidio Operativo di PTA	Staff di supporto al Governo sanitario ed organizzativo
Disease Management	Adeguata efficacia ed efficacia clinico-assistenziale	Progetti speciali di innovazione		Reingegnerizzazione delle attività (percorsi clinico-assistenziali)
Knowledge management	Percorsi individuali di formazione e apprendimento professionale	Sviluppo delle conoscenze e delle competenze in coerenza con lo sviluppo strategico del Dipartimento		Audit clinico e Audit di processo
Asset management	Efficace utilizzo delle risorse specializzate	Efficace allocazione delle risorse comuni dipartimentali	Gestione Operativa (Operazioni) degli asset logistici di presidio	Reingegnerizzazione delle attività (percorsi organizzativi)

Fonte nuovo atto aziendale

*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 e singole Unità Operative ha messo in luce un processo di cambiamento di rilevante natura strategica.*

3.3.3. Il Percorso Integrato di Sviluppo Strategico Organizzativo: il sistema informativo direzionale

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 storizzazione 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 utente 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 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;



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 UU.OO.
- b) Direzione medica di presidio
- c) Sistema informativo aziendale
- d) Servizio qualità
- e) UOC Valutazione Appropriately 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 DCA50/2011 "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 108DRG (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 controlli 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.

3.4. 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.

3.4.1. 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.



3.4.2. 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.

3.4.3. 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.

3.4.4. L'Audit Clinico e dei Processi

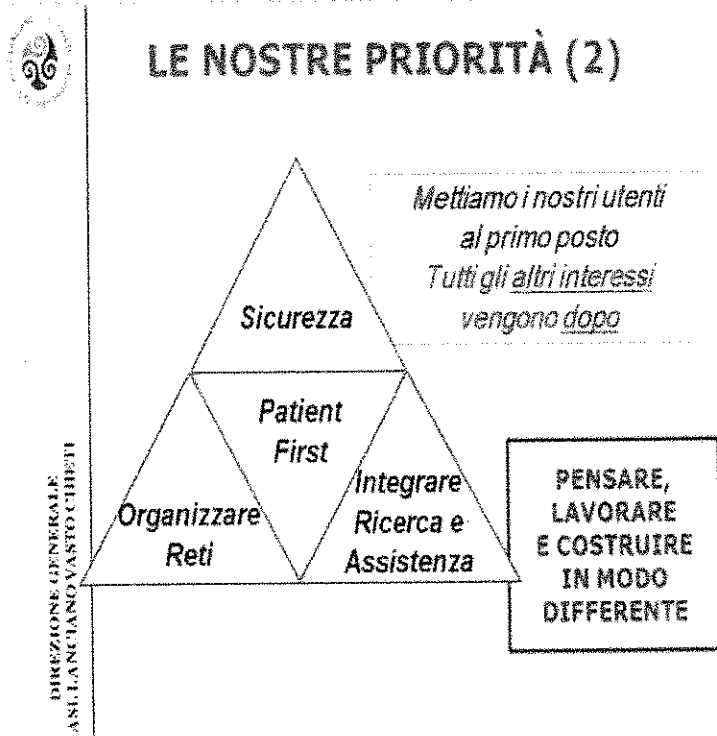
L'obiettivo di miglioramento continuo insito nell'attività di Governo Clinico, presuppone il ricorso a metodologie di Audit dei Processi.

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.

3.5. Verso una nuova Identità Organizzativa



“Nessun progetto di cambiamento nell’Assetto di Governance è efficace nel riorientare i comportamenti e stimolare il perseguimento degli obiettivi prioritari dell’Azienda senza interventi in grado di modificare, nel concreto, la cultura e i valori di riferimento dell’organizzazione.”

Atteso che cultura e valori di un’organizzazione sono tipicamente soggetti a dinamiche evolutive spontanee solo nel lungo periodo, un progetto strategico ambizioso deve porsi, tra gli altri, l’obiettivo di un rafforzamento dell’identità aziendale quale modello di riferimento da trasmettere agli operatori dell’Azienda stessa, al fine di stimolare i cambiamenti anche su orizzonti di medio/breve periodo e quindi compatibili con un processo di pianificazione triennale.

In questa prospettiva l’Azienda continua a promuovere e sostenere:



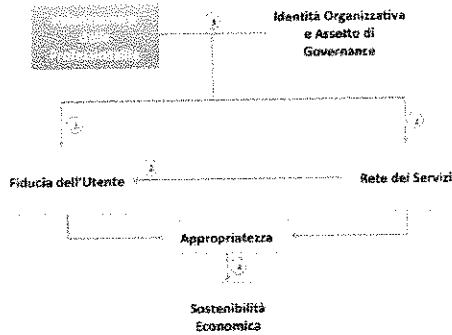
- un forte orientamento al risultato che comporta il superamento di atteggiamenti quali “non è di mia competenza” o “non si sa dove si è arenata la pratica” a favore di atteggiamenti proattivi orientati al superamento dei mille ostacoli operativi che sempre caratterizzano un’attività complessa;
- multidisciplinarietà e lavoro di gruppo quale unica risposta efficace alla frammentazione professionale conseguente all’iperspecializzazione della medicina moderna e al peso crescente delle multipatologie soprattutto in pazienti anziani;
- organizzazione per intensità di cura e abbattimento dei confini organizzativi fra specialità quale risposta alle



crescenti esigenze di contenimento dei costi e di più appropriati modelli assistenziali in funzione delle condizioni soggettive dell'utente;

- medicina d'iniziativa quale risposta sostenibile alle esigenze di una sanità "vicina all'utente".

3.5.1. La Valorizzazione delle professionalità interne all'Azienda



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.

3.5.1.1. 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 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. E' importante sottolineare che le attività progettuali del RUR saranno oggetto di verifica nel processo di valutazione 2013.

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 allegate 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.

3.5.1.2. 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 al 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 Asl di Chieti si registravano tanti incarichi di Struttura Semplice e incarichi professionali (scarsamente



differenziati in termini di graduazione) nella 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 aziendale 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 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 dipartimenti (neo costituiti) con tutti i direttori di UOC /UOSD al fine di presentare loro un documento esplicativo della metodologia da seguire (come da allegato 3), i criteri, il format e le "regole" ridefinire l'organizzazione della propria UOC e presentare i diversi profili attesi ideale 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 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 il 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 proceduto 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.

3.5.1.3. 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.

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

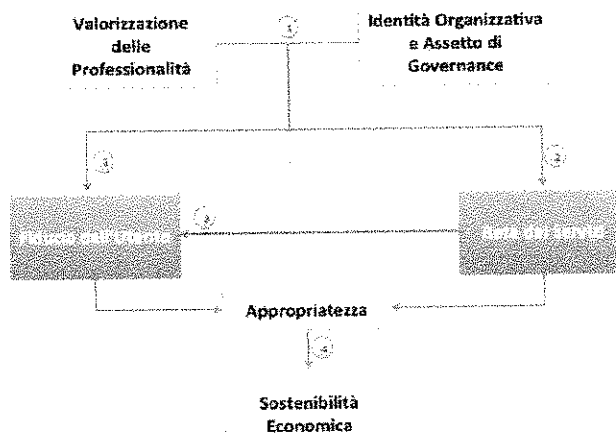
L'Azienda infatti intende orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc che mirano all'acquisizione di nuove tecniche, metodiche e manualità da misurare attraverso la Scheda di Addestramento e che siano coerenti con il profilo atteso definito nel disegno organizzativo di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

3.6. - La Rete dei servizi e la Fiducia dell' Utente

3.6.1. Le linee di intervento



L'Analisi epidemiologica sviluppata all'inizio del Piano Strategico ha evidenziato una forte tendenza all'invecchiamento della popolazione dell'Asl di Lanciano Vasto Chieti, in particolare nelle Aree interne, nonché un'alta percentuale di soggetti fragili che utilizzano le strutture ospedaliere per soddisfare bisogni che potrebbero trovare una più adeguata assistenza nel territorio. Ciò in parte è dovuto alla perdita di fiducia della qualità e della appropriatezza dei servizi territoriali erogati. Nel corso degli ultimi anni, il Sistema Sanitario ha dovuto affrontare profonde trasformazioni dei bisogni. In provincia di Chieti circa 74.000 persone soffrono di una patologia cronica (fonte Istat 2014), rappresentano il 19% della popolazione, ma consumano il 45% di tutte le risorse sanitarie

disponibili. Una quota rilevante di questi soggetti spetta a patologie croniche come il diabete, lo scompenso cardiaco, l'ipertensione, la bronco pneumopatia cronica ostruttiva e i tumori. Vi sono inoltre soggetti anziani e fragili che presentano contemporaneamente più di una condizione morbosa (con due patologie circa 30.000 soggetti, con tre patologie circa 10.000 soggetti). Come evidenziato dai dati del quadro epidemiologico, nel paragrafo fragilità, nelle aree interne del Sangro Aventino, Alto Vastese e Guardiagrele, il 6,8% della popolazione residente più fragile, consuma il 46% delle risorse sanitarie usate dall'intera popolazione.

L'impatto sull'assistenza sanitaria e sociale, per supportare queste persone è significativamente elevato, in particolare per le cure ospedaliere che si fa carico attualmente di circa il 40% della cronicità in regime di ricovero ordinario, con uno spreco enorme di risorse economiche e umane. Inoltre l'assistenza a molti di questi soggetti è tradizionalmente erogata in base ad una richiesta da parte della persona malata, legata a un aggravamento o una complicanza della patologia ed è, per ciò stesso, episodica e scarsamente pianificata. Questo comporta spesso un uso improprio dei servizi di assistenza di secondo e

terzo livello e una risposta di limitata efficacia. Il trend demografico, la nuova caratterizzazione epidemiologica e il tumultuoso sviluppo tecnologico hanno determinato una domanda di servizi che sempre più spesso necessita di una "presa in carico globale" del paziente. La progressiva cronicizzazione delle malattie ha evidenziato in particolare la necessità di riorganizzazione dei servizi territoriali e la riprogettazione delle cure primarie, per superare la frammentazione dei servizi, in una logica d'integrazione tra ospedale e territorio, attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali integrati. La ridefinizione del percorso assistenziale basato sulla continuità tra territorio e ospedale risponde alla naturale evoluzione scientifica e tecnologica della cura, oltre che ad esigenze di governance e sostenibilità del SSN. Infatti essa mira a salvaguardare la presa in carico del bisogno nel rispetto dell'aspetto umano della persona, all'utilizzo in modo appropriato degli strumenti di diagnosi e cura e infine contribuisce a mantenere sostenibile il sistema universalistico, pubblico e gratuito attuale.

S'impone una revisione del modello funzionale che risponda a tale radicale mutamento

Questa circostanza richiede quindi uno sviluppo di strategie in grado di recuperare un rapporto positivo fra l'Azienda e la propria comunità territoriale.

A fronte di tradizionali logiche di governo basate prevalentemente sul controllo dell'offerta, occorre oggi porre la massima attenzione sullo sviluppo di sistemi innovativi di governo della domanda, attraverso la messa in atto di percorsi e strumenti che sappiano rispondere agli utenti con servizi adeguati, di qualità e maggiormente capaci di programmare i comportamenti di scelta e fruizione in funzione dei bisogni.

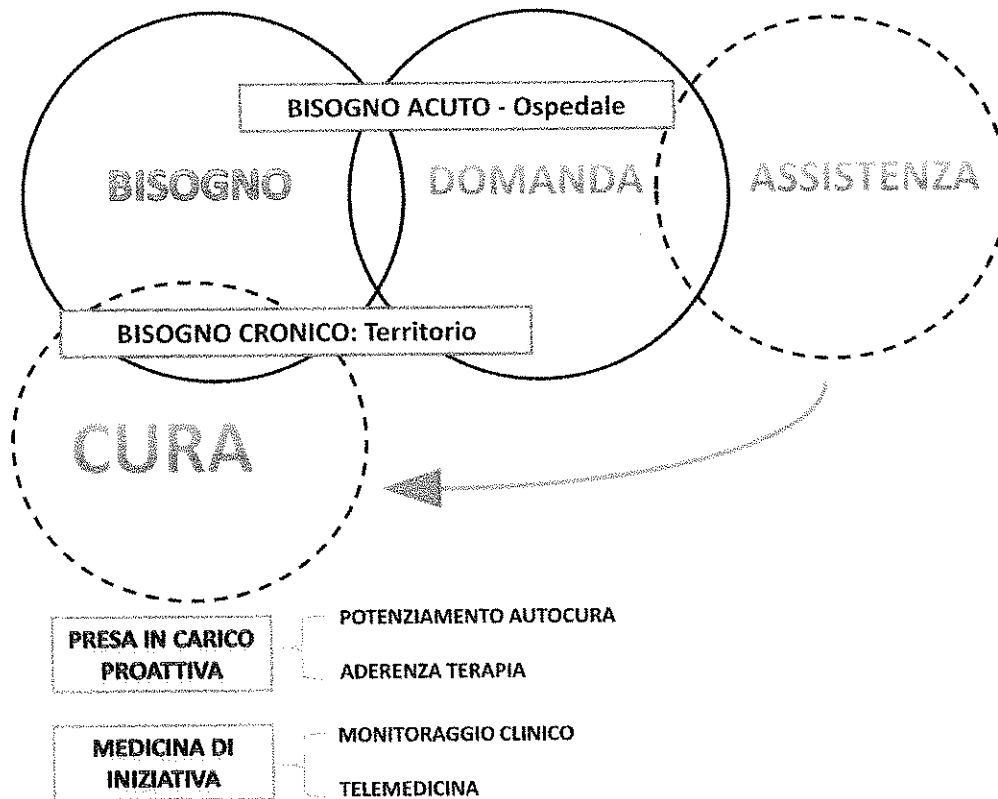


Figura 3.4 – Dal bisogno alla cura.

La proposta del Piano Strategico 2015-2017 della ASL Lanciano Vasto Chieti si sviluppa secondo una linea di intervento che inverte riguardo l'assistenza territoriale, il tradizionale percorso che dal bisogno percepito porta alla formulazione di una domanda di assistenza. Come illustrato dalla figura seguente la formulazione della domanda generata da un bisogno acuto

determina l'erogazione di assistenza prevalentemente ospedaliera, tranne per le criticità a bassa complessità e le urgenze differibili che possono essere soddisfatte dall'ambulatorio di Continuità assistenziale dell'UCCP (come si vedrà in seguito). L'attività preponderante dell'assistenza territoriale è destinata a soddisfare bisogni di malattie croniche, prevedibili e programmabili, che ricadono su un paradigma non più di attesa, ma di iniziativa. Le cure primarie, quindi, si verificano nel momento in cui è il servizio sanitario che va dal cittadino e gli propone attivamente le prestazioni assistenziali di cui ha bisogno, con un modello che ripercorre la prevenzione (screening). Le cure primarie si articolano in attività di presa in carico attiva del sostegno all'auto cura e all'aderenza alla terapia e in medicina di iniziativa di monitoraggio clinico e telemedicina. Da qui lo sviluppo delle Reti territoriali di assistenza prevedono la creazione di un Registro Epidemiologico della Fragilità Assistenziale (REFA) per individuare i soggetti da prendere in cura, l'istituzione di UCCP, PTA e azioni di integrazione con l'Ospedale che sono illustrate dalle figure e descritte a seguire.

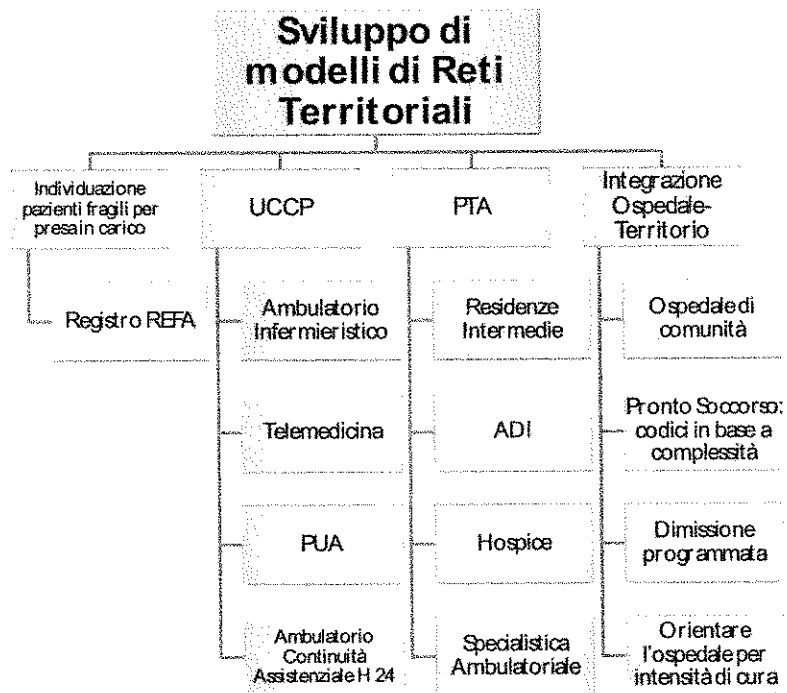


Figura 3.5 - Linee di intervento.

3.6.2. Riprogrammazione della Rete delle Cure Primarie, Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Presidi territoriali Assistenziali (PTA)

Tenuto conto dell'intesa tra Governo e Regioni concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, del 10 luglio 2014², che detta linee di indirizzo al fine di sviluppare nuove e più coerenti risposte ai bisogni sanitari dei cittadini, ricercati con modelli organizzativi e assistenziali che sviluppino modalità di lavoro integrato tra assistenza ospedaliera e territoriale, perseguendo l'obiettivo di garantire alle persone affette da patologie croniche, con disabilità gravi ed in fine vita, percorsi assistenziali che sviluppino, qualifichino e specializzino la rete dei servizi e valorizzino il sostegno delle famiglie. Rilevata

²Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 05/06/2003 n. 131, tra Governo e Regioni concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (CSR n. 82 del 10/07/2014), in specifico all'art. 5 Assistenza territoriale

l'evoluzione del quadro epidemiologico verso un significativo incremento della cronicità e della non autosufficienza, che rende assolutamente necessaria una ridefinizione dei modelli assistenziali sviluppando maggiormente gli interventi di self-care, disease e case management.

Tenuto altresì conto dell'intesa tra Governo e Regioni del 05/08/2014 sulla definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera³, nello specifico il punto 10 - Continuità ospedale territorio che rafforza l'ottica della gestione integrata del paziente, in particolare del paziente cronico, richiede l'adozione di una logica di processo assistenziale in grado di assicurare la presa in carico e la continuità delle cure attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali ed operative. Considerato che i modelli organizzativi che si stanno diffondendo per la gestione delle malattie croniche (Chronic Care Model) sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi che pongono al centro dell'intero sistema, il paziente, la famiglia ed i care-givers informati ed educati a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia.

Preso atto che l'art. 5 del Nuovo Patto della Salute 2014-2016 individua nelle Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) un modello di gestione integrata ospedale-territorio del paziente con patologie croniche. Considerato che il modello clinico - organizzativo proposto (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 d'ora in poi UCCP, sia da una struttura fisica che accoglie l'UCCP e le altre attività distrettuali (PUA, ADI, Residenze intermedie e 118), denominati Presidi Territoriali Assistenziali (PTA, si veda art. 15.3 Atto Aziendale). In ultima analisi il PTA è coordinato dal Direttore di Distretto all'interno del quale insiste l'UCCP (che sarà coordinato da un MMG) che richiede una fase di studio finalizzata a valutare l'impatto del percorso diagnostico-terapeutico individuato e l'analisi dei fattori di successo e di ostacolo alla sua implementazione.

Recepito il DCA 149 / 2014 che al punto Assistenza sanitaria di base e specialistica stabilisce l'avvio delle sperimentazioni per la creazione delle UCCP e AFT.

Preso atto che l'accordo tra Governo e Regioni CSR n. 13 del 20/02/2014 concernente le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate⁴, ha assegnato fondi vincolati alle linee progettuali: LP1: "Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi" (tre progetti presentati); LP2: "Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche" (due progetti presentati); LP5: "Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza" (un progetto presentato); LP6: "Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità" (un progetto presentato); si ritiene che l'attività sperimentale possa trovare in questi progetti le risorse necessarie per implementare le innovazioni clinico - organizzative in parola.

Nello specifico i titoli dei progetti sono:

- Adesione al trattamento farmacologico: coinvolgere i pazienti nelle decisioni relative alla prescrizione farmaceutica e sostenerne l'adesione (LP1),
- Governo clinico integrato nei Distretti e negli Ospedali della Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti (LP1),
- Progettazione e realizzazione del registro epidemiologico della fragilità assistenziale LP1),
- Nuovo modello organizzativo per le dimissioni precoci ospedaliere in area medica (LP2),
- Modello di gestione integrata Scopenso cardiaco congestizio (LP2),
- Modelli innovativi per la presa in carico del paziente anziano fragile nella transizione dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale: Codice Argento (LP5),
- Creazione dell'osservatorio sulle disuguaglianze in sanità (LP6).

³Intesa tra Governo e Regioni CSR n. 98 del 05/08/2014 del Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", nello specifico il punto 10. Continuità ospedale territorio.

⁴ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis della legge 23/12/1996 n. 662





3.6.3. Caratteristiche delle UCCP e PTA

"La Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) è una forma organizzativa complessa, multiprofessionale e strutturata come un sistema integrato di servizi che prende in carico la comunità di riferimento (in continuità con le Aggregazioni Funzionali Territoriali e i MMG) garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra professionisti e operatori socio-sanitari, la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei MMG e PLS nel governo della domanda, nell'organizzazione dei servizi e nella sostenibilità economica." ⁵

Le UCCP:

- hanno un delegato che le rappresenta;
- operano in unica sede o hanno una sede di riferimento in ambito intra-distrettuale;
- si coordinano con la ASL attraverso il distretto di appartenenza;
- seguono un modello organizzativo, funzionale e interdisciplinare costituito da medici convenzionati integrati con il personale dipendente del SSN.

Le UCCP hanno come obiettivi:

- perseguire il coordinamento funzionale con i servizi e le attività del Distretto di riferimento mediante i medici convenzionati, i medici della continuità assistenziale, gli specialisti convenzionati, gli infermieri e gli altri operatori socio-sanitari;
- rapportarsi, oltre che con il distretto, con l'ospedale e gli altri poli della rete integrata;
- 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;
- l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello con particolare attenzione ai pazienti cronici;
- utilizzare nelle località logisticamente disagiate gli strumenti della telemedicina per la gestione del paziente fragile;
- dotarsi 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;
- sviluppare la medicina d'iniziativa e la farmacia dei servizi al fine di promuovere la prevenzione, l'educazione e l'informazione sanitaria.

Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) (art. 15.3 Atto Aziendale)

Possono essere istituiti in ciascun Distretto e sono configurati come strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multi professionale orientata alla presa in carico delle condizioni di fragilità e di complessità assistenziale che non necessitano della degenza ospedaliera.

Le PTA assicurano la continuità assistenziale (anche notturna) attraverso la integrazione con associazioni di MMG e PLS, nonché con i medici di Continuità assistenziale.

Il PTA si configura come struttura identificabile dalla popolazione ove insistono diversi servizi in ambito sanitario e socio-sanitario, integrati dal punto di vista funzionale ed in grado di erogare interventi flessibili e dinamici.

⁵Previste nell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29 luglio 2009, che ridisegna lo scenario della Medicina Generale istituendo la creazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e UCCP, sancita poi dal riordino dell'assistenza territoriale e della Medicina Generale, previsto dall'art. 1 del Decreto Balduzzi (Legge 189/2012) e ribadito con forza dal Patto per la Salute 2014-2016 Governo-Regioni del 10 luglio 2014

I servizi presenti in ciascun PTA sono:

- Ambulatori di MMG - Continuità Assistenziale H16 (8:00-0:00) per le urgenze a bassa intensità e prestazioni a basso contenuto di complessità. I medici di CA saranno attivi negli orari lasciati scoperti dai medici di medicina generale, potranno inizialmente esercitare anche nelle ore diurne.
- Servizio di emergenza-urgenza (118) per le risposte immediate e il trasporto tempestivo presso il PS/DEA, attive in particolare dalle 0:00 alle 8:00;
- Ospedale di Comunità;
- Chiosco tele-medicina e della tele-assistenza per la presa in carico attiva dei pazienti fragili
- Ambulatorio infermieristico della fragilità per la presa in carico interdisciplinare e pro-attiva ad accesso programmato;
- Punto Unico di Accesso (PUA) ad accesso diretto⁶,
- Consultorio (screening) e punto prelievi ad accesso programmato
- Visite ed esami specialistici ad accesso programmato
- Strutture residenziali (Case residenza per anziani, Residenze psichiatriche, Hospice, Comunità terapeutiche, Case alloggio, Centri diurni)
- Sede del servizio di assistenza domiciliare e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)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 e l'Asl, per sostenere adeguatamente la popolazione fragile. Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) rappresentano quindi la rete funzionale di prossimità che aiuta la persona, la sostiene nel percorso assistenziale e la presa in carico del bisogno, il PTA la sede organizzata nel territorio dei servizi strutturati, tecnologicamente e organizzativamente più pesanti.

Diventa indispensabile l'individuazione di efficaci e coerenti modalità di misurazione e rendicontazione delle attività territoriali erogate, sia in relazione alla predisposizione dei Piani di committenza dei Distretti, sia come indispensabile strumento di contestabilità dell'attività dei professionisti e delle organizzazioni senza il quale non si dà un servizio pubblico.

E' fondamentale la funzione cardine di questo nuovo assetto clinico - organizzativo, orientata alla presa in carico pro-attiva dei pazienti più fragili attraverso:

1. l'identificazione dei pazienti più vulnerabili dal punto di vista assistenziale con i dati epidemiologici di popolazione⁷;
2. l'introduzione di un coordinatore delle cure al paziente fragile, con funzione di "health manager", guida e regista del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale (PDTA);
3. l'integrazione dell'attività clinica del Medico di Medicina Generale/PLS e CA con quella di secondo livello (specialistica, ospedaliera) applicando il governo clinico per il miglioramento della qualità assistenziale attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica
4. le pratiche socio-assistenziali di supporto all'aderenza ai trattamenti, all'autocura e al mantenimento di stili di vita sani (ambulatorio infermieristico e farmacia dei servizi).

⁶ art. 2.7.1 e 2.7.2 Piano Sociale Regione Abruzzo 2011-2013

⁷ I soggetti fragili possono essere individuati con un algoritmo statistico predittivo che tiene conto della numerosità e della qualità dei ricoveri ospedalieri (variabile dipendente) e di variabili che misurano la correlazione delle patologie croniche con gli Accessi al PS, l'Assistenza Domiciliare, l'età, il genere, le prestazioni specialistiche, i chilometri percorsi per accedere ai servizi, l'esenzione ticket e la poli-prescrizione farmaceutica. L'algoritmo calcola un indice predittivo in grado di individuare i soggetti più fragili, cioè maggiormente a rischio di progressione sfavorevole verso l'insorgenza di eventi avversi alla salute, la non autosufficienza e il ricorso ai servizi sanitari.



3.6.4. Ruolo e funzioni delle professioni sanitarie non mediche nei PTA

Le modificazioni avvenute in ambito normativo, formativo e contrattuale, sono il presupposto per un significativo cambiamento sia nello sviluppo delle diverse professioni, sia nell'organizzazione dell'assistenza.

Lo scenario attuale è dato da pazienti che presentano bisogni complessi che richiedono interventi differenziati; le modalità assistenziali necessariamente devono tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche e organizzative che partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappia valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrando competenze, conoscenze e abilità specifiche, giungendo a modelli organizzativi sempre più aderenti alle esigenze espresse e/o latenti. Nell'ambito delle cure dedicate ai pazienti fragili con patologie croniche, il tema della presa in carico è sicuramente molto sentito, inteso come la capacità di creare un ambiente terapeutico, seguire nel tempo i problemi, garantire la continuità tra ospedale e territorio, e gestire anche gli aspetti emotivi della relazione nella consapevolezza che essi determinano una parte non secondaria della qualità dell'assistenza, non solo quella percepita. E' ampiamente dimostrato che creare un ambiente che prende formalmente in carico il paziente e i suoi familiari, in cui vengono erogati non solo interventi tecnici, ma anche informazioni, coinvolgimento nell'assistenza, migliora gli esiti, anche per problemi per i quali la medicina, in situazioni estreme, non può più perseguire miglioramenti della qualità di vita. Il progetto adotta il modello di integrazione medico-infermiere Evercare che sfrutta alcune tecniche pratiche collaborative per cambiare radicalmente la gestione della cura per i pazienti fragili e anziani. Il modello adotta un approccio olistico alla cura che aiuta a mantenere i pazienti fuori dall'ospedale ottenendo un vantaggio per la loro salute e sull'appropriatezza delle cure, dimostrando un effetto positivo sui pazienti, le loro famiglie e l'organizzazione sanitaria.

L'approccio Evercare, che si concentra sull'attenzione personalizzata e un maggiore monitoraggio del paziente ("presa in carico olistica"), ha ottenuto i seguenti risultati impressionanti:

- riduzione del 45% delle ospedalizzazioni (senza alcun cambiamento nella mortalità),
- riduzione dell'incidenza degli episodi acuti,
- riduzione visite al pronto soccorso del 50%,
- riduzione della durata media del soggiorno in un ospedale di 1 giorno.

Allo stesso tempo le famiglie hanno detto di apprezzare le cure personalizzate compassionevoli di Evercare, il 97% delle famiglie dei soggetti arruolati sono stati soddisfatti dei metodi adottati (oltre il 95% di soddisfazione in 6 anni e il 90% degli iscritti e dei loro caregiver consiglierebbero Evercare a qualcuno che conoscono). L'88% dei medici raccomanderebbe Evercare ad un collega e il 90% ha detto che vorrebbero continuare a lavorare con Evercare. I medici dicono che una delle componenti più importanti della loro esperienza con Evercare è stata la cura personalizzata e coordinata che i pazienti ricevono, grazie alla qualità degli Infermieri di Comunità e i care manager di Evercare 8.

Il modello organizzativo e i processi che in esso si svolgono, devono essere disegnati in modo da trarre vantaggio dalle diverse responsabilità professionali correlate ai bisogni assistenziali, dalle loro interazioni, e dall'individuazione, nelle varie fasi, della figura professionale che più opportunamente assicura la sintesi. Mentre per i processi clinici, o per le fasi cliniche di percorsi assistenziali complessi, la figura è certamente medica, le esperienze realizzate in questi anni sottolineano le opportunità connesse all'allargamento di competenze della professione infermieristica, coerentemente al suo più recente statuto.

L'assistenza infermieristica nelle cure primarie

L'assistenza infermieristica nelle cure primarie ha come principale riferimento i problemi prioritari di salute, caratterizzati dalla multidimensionalità riferita in particolare alle malattie croniche, alla pluripatologia e alla fragilità assistenziale.

8 Evercare Nursing Home Responsible Parties Satisfaction Research, Market Strategies, October 2005. Available at: EvercareHealthPlans.com.



Per queste caratteristiche l'intervento infermieristico non riguarda solo la valutazione relativa all'individuazione del bisogno di assistenza, ma anche il tipo di risposta assistenziale necessaria, in quanto agisce per indirizzare e guidare il paziente, funzione tipicamente professionale: infatti tra i pazienti/assistiti, esiste un bisogno di assistenza infermieristica che deve trovare la propria traduzione nella capacità di adottare modalità di ragionamento critico finalizzate alla determinazione della natura del bisogno, del grado e dell'intensità dello stesso.

L'assistenza infermieristica nelle cure primarie si esercita in diversi ambiti: residenziali, semiresidenziali, domiciliari e ambulatoriali.

A livello di UCCP viene individuato il Responsabile Infermieristico quale supporto al Responsabile dell'UCCP con le seguenti funzioni:

- garantire il governo clinico assistenziale e lo sviluppo dell'evidence based nursing delle cure primarie;
- assicurare la direzione delle risorse umane assegnate alle struttura organizzativa sanitaria in linea con i principi di razionalizzazione e appropriatezza e in conformità con quanto previsto dagli istituti contrattuali vigenti, attraverso il coordinamento delle risorse umane;
- definire i livelli assistenziali erogabili nelle strutture sanitarie e negoziarne la necessità in sede di budget, nell'ambito della programmazione e della negoziazione di budget;
- promuovere e sviluppare il modello organizzativo dell'assistenza pro-attiva su programma, per mezzo della presa in carico dei pazienti fragili (individuati dal Registro di Fragilità) e attraverso la partecipazione dei professionisti e valorizzandone l'integrazione interprofessionale;
- garantire la crescita degli operatori afferenti all'UCCP, nell'ambito della propria competenza professionale, attraverso la valutazione del fabbisogno formativo, la definizione dei piani formativi e la gestione dei sistemi premianti;
- coordinarsi e integrare l'assistenza infermieristica dell'UCCP con gli altri servizi infermieristici del PTA (residenze, ADI, UVM, ecc.);
- contribuire all'organizzazione e alla gestione dei percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi;
- garantire la continuità assistenziale attraverso il processo di programmazione e pianificazione.

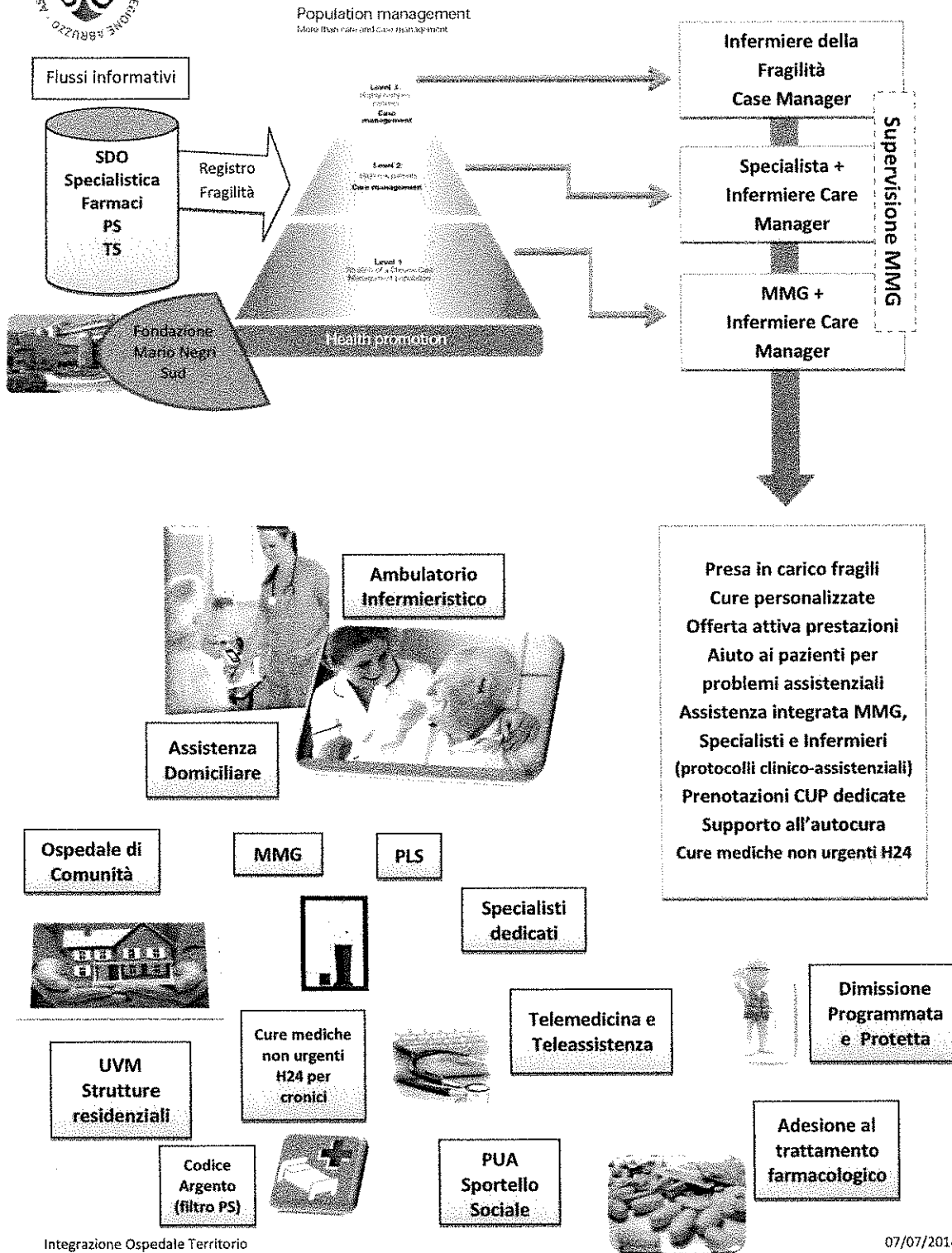
Assistenza infermieristica dell'UCCP

Coerentemente con quanto indicato nel paragrafo relativo al coordinatore infermieristico di UCCP, il personale infermieristico dell'UCCP garantirà la partecipazione degli infermieri all'attività progettuale, erogativa e di valutazione assicurando le seguenti funzioni:

- definizione degli obiettivi dell'UCCP per l'apporto dato dalla componente infermieristica;
- programmazione, monitoraggio e registrazione dell'andamento dei percorsi assistenziali (PDTA), delle modalità di presa in carico dei pazienti (counselling, teleconsulto, teleassistenza)
- attivazione dei livelli di integrazione interprofessionali, in particolare con il PUA, la componente medica generale e specialistica, ADI, strutture residenziali e le relazioni con l'assistenza ospediera;
- applicazione e implementazione di protocolli assistenziali e di integrazione interprofessionale;
- organizzazione dei processi assistenziali e alla valutazione della loro efficacia, qualità e coerenza con gli obiettivi assistenziali del sistema.



Unità Complesse di Cure Primarie (funzionamento)



L'assistenza ambulatoriale

Mentre a livello di assistenza infermieristica domiciliare esiste ormai un'esperienza consolidata in regione, l'assistenza infermieristica a livello ambulatoriale dovrà essere progettata e implementata. La funzione infermieristica in ambito ambulatoriale si rivolgerà principalmente:

- a pazienti fragili con patologie croniche, che attraverso la definizione di percorsi clinico assistenziali (PDTA) consenta una presa in carico globale del paziente (case management) in maniera multiprofessionale (disease management);
- a definire un ambito proprio di responsabilità attraverso lo sviluppo in particolare modo delle competenze di supporto al mantenimento degli stili di vita sani, alla corretta autogestione della malattia e all'aderenza alla terapia del paziente;
- alla valutazione della necessità di presidi ed ausili collegati alla patologia cronica e conseguente attività di addestramento e di educazione ai familiari e al paziente;
- ad attività infermieristiche ambulatoriali (medicazioni, terapia iniettiva, terapia educativa, holter glicemico, Ecg, ecc.);
- a gestire i dispositivi di telemedicina per misurare i parametri clinici, governare i dati inviati, monitorarli in tempo reale e intervenire per garantire che possano essere affrontati tempestivamente i problemi del paziente. Nello specifico l'infermiere dalla postazione dell'UCCP (chiosco di telemedicina) facilita lo scambio di informazioni col paziente, fornisce al medico sistemi diagnostici remoti, monitora a distanza i parametri e segni vitali del paziente, consente agli operatori sanitari coinvolti di accedere ai dati del paziente da qualsiasi luogo (PUA, Ospedale, UVM, MMG) e migliora l'aderenza del paziente alle terapie prescritte.

Operativo in fase iniziale nella sede principale per 6 ore al giorno per 5 giorni a settimana, svolge le sue attività in favore di tutta la popolazione fragile dell'ambito territoriale di riferimento. Segue il modello organizzativo del Chronic Care Model e quindi prende in carico e gestisce in modo proattivo i casi di patologia cronica e i soggetti fragili attraverso un reclutamento attivo utilizzando la tecnologia Home Telehealth (HT), un sistema che applica le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per portare le cure in casa. Tale modello vede coinvolte le professionalità dei MMG, degli infermieri, dell'assistente sociale, oltre che della componente specialistica per i percorsi facilitati di follow-up. Per tali percorsi, in accordo con i MMG, saranno negoziati con gli specialisti ambulatoriali prestazioni dedicate per l'esecuzione di visite e la lettura di esami strumentali quali fondo dell'occhio, elettrocardiogramma, spirometria, ecodoppler e assetto glicemico. L'attività inizierà col reclutamento degli assistiti affetti da diabete mellito di tipo 2 e proseguirà con la presa in carico di altre patologie quali la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), scompenso cardiaco cronico, ipertensione arteriosa e tumori in fase di remissione. L'assistenza infermieristica focalizzerà l'attenzione (con Home Telehealth, centrale di ascolto, questionari) sugli aspetti della aderenza ai trattamenti (farmacologici e non), il supporto al self care e il rinforzo dell'educazione agli stili di vita sani. E' provato da altre esperienze (nazionali e internazionali) che l'introduzione di tale innovazione porterà ad una riduzione significativa del consumo di risorse ospedaliere improprie da parte dei pazienti presi in carico nel territorio.

L'assistenza ostetrica

Gli ambiti di competenza dell'ostetrica riguardano l'area ginecologica, neonatale e ostetrica in cui ci si prende cura della persona da un punto di vista clinico, di supporto, educativo ed informativo.

L'elemento caratterizzante la professione ostetrica è legato alla capacità di attuare una presa in carico globale della donna (nascita, infanzia, adolescenza, maturità, gravidanza, menopausa, terza età) e del bambino prima e dopo la nascita; infatti in ambito ostetrico-neonatale-ginecologico, l'ostetrica si pone come obiettivo ogni intervento volto alla promozione, alla tutela e al mantenimento della salute globale della persona rispetto agli eventi e fenomeni della sfera sessuale/riproduttiva, partecipando inoltre ai programmi di assistenza materna e neonatale.



Tale approccio privilegia pertanto la continuità assistenziale con una presa in carico della persona attraverso la definizione di percorsi assistenziali condivisi anche con altre figure assistenziali.

Nell'organizzazione a rete l'ostetrica del consultorio familiare, quando opera nell'ambito dell'UCCP, diventa punto di riferimento diretto per la donna gravida, chiamata per lo screening, in menopausa, inviata direttamente dal MMG, PLS, gli specialistici o il PUA, e garantisce i percorsi assistenziali raccordando i diversi punti della rete assistenziale.

Per le problematiche più complesse e le situazioni patologiche l'ostetrica si integra con le altre figure professionali dell'UCCP (MMG/PLS) o le funzioni specialistiche ginecologiche o pediatriche.

Al fine di rafforzare il ruolo è necessario consolidare la responsabilità professionale come avviene all'interno del percorso di accompagnamento alla nascita verso un aumento dell'autonomia professionale della figura dell'ostetrica sia nella progettazione che nella realizzazione del collegamento, coordinamento e integrazione delle varie discipline professionali e di diversi servizi.

L'assistenza riabilitativa

Il ruolo dell'assistenza riabilitativa nel contesto della riabilitazione motoria, neuromotoria e del linguaggio, deve avere un ruolo sempre più attivo nell'ambito delle cure primarie.

L'assistenza riabilitativa nelle cure primarie trova la propria esplicitazione in diversi ambiti: residenziali, semiresidenziali, domiciliari e ambulatoriali.

Come già sottolineato le cure primarie sono un sistema adatto a seguire nel tempo malattie che vanno incontro a ricadute, aggravamenti, disabilità e fragilità. L'assistenza riabilitativa non si esaurisce con il trattamento riabilitativo tradizionale, ma con una modalità assistenziale rivolta alla gestione vera e propria della patologia cronica inaggravante, attraverso la presa in carico per il recupero delle potenzialità della persona.

In tale contesto, non vanno dimenticate due importanti funzioni dell'assistenza riabilitativa che possono essere espresse al meglio in un contesto territoriale, consolidandone la responsabilità professionale: la prima, quella educativa, svolta nei confronti del paziente e della sua famiglia, che permette da una parte il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo terapeutico e dall'altra favorisce il lavoro di cura della famiglia; la seconda, quella di consulenza, che consente di essere punto di riferimento per la ridefinizione dei setting riabilitativi, le valutazioni abitative e l'utilizzo, la gestione e la sperimentazione degli ausili.

Infermiere della Fragilità

Il modello presentato introduce la figura dell'Infermiere della Fragilità come partner di fiducia al centro del team di assistenza integrata. Insieme ai medici, agli amministratori di sostegno, ai pazienti e alle loro famiglie, l'Infermiere di fragilità diventa il motore che spinge effettivamente ed in prima persona il coordinamento delle cure. L'approccio del trattamento verso la "persona intera", orienta l'intero team a erogare cure integrate, invece di affrontare solo il singolo episodio di malattia della persona, per garantire una presa in carico "proattiva" e onnicomprensiva dei malati cronici, avvalendosi eventualmente di servizi aggiuntivi per una buona gestione clinico-organizzativa della malattia. Gli Infermieri di fragilità, con i loro ampi ambiti, impegno personale e profonda esperienza, sono i professionisti ideali per guidare il team di assistenza sanitaria di ciascun paziente. Impiega circa il 45% del proprio tempo per la cura diretta del paziente, un altro 25% della sua giornata sulla cura indiretta, e circa il 30% in attività gestionali di supporto al paziente⁹.

9 Kane R, Keckhafer G, Robst J. Evaluation of the Evercare Demonstration Program. Final Report to the Centers for Medicare and Medicaid Services. August 2002.



Attraverso il monitoraggio attento dei cambiamenti nella salute e concentrandosi sulla diagnosi e gli interventi precoci, orchestrano la comunicazione e la comprensione tra tutti gli attori coinvolti (in particolare con i Medici di Medicina Generale), ottenendo i migliori esiti sanitari, aiutano i pazienti a districarsi attraverso il labirinto dei servizi di assistenza sanitaria e i loro requisiti amministrativi, riducendo l'ansia e fornendo maggiore tranquillità per ottenere il massimo dalle risorse disponibili.

3.6.5. Registro epidemiologico della fragilità assistenziale (REFA)

La progettazione di seguito esposta prevede la predisposizione di una infrastruttura informativa finalizzata alla creazione e messa in rete di un Registro epidemiologico della fragilità assistenziale, strumento informativo pensato per la realizzazione dei progetti assistenziali specifici nell'ambito delle linee progettuali dell'Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome n. 13 CSR del 20/02/2014.

Le caratteristiche distintive del registro epidemiologico della fragilità assistenziale sono:

- alimentato dai flussi informativi sanitari correnti (Scheda di Dimissione Ospedaliera, Assistenza Specialistica, Assistenza Farmaceutica, Pronto Soccorso, Assistenza Domiciliare, Scelta revoca dei MMG e PLS, Assistenza residenziale);
- centrato sulla popolazione residente che presenta almeno una delle patologie croniche seguenti: Diabete, Bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (Bpco), Scompenso cardiaco, Tumori maligni (certificati dai flussi informativi SDO e Farmaci del triennio 2011-2013);
- a ciascun soggetto residente nei Comuni della Asl2, che possiede i criteri di inclusione nel registro, viene attribuito il rischio individuale di ricovero e il rischio di utilizzo dei servizi sanitari in base ad un algoritmo epidemiologico definito e validato;
- attribuzione di ciascun soggetto ad una classe di fragilità assistenziale predefinita dal modello statistico in base al rischio presentato a cui corrispondono percorsi assistenziali differenti;
- messa a disposizione dei professionisti integrati nell'UCCP dell'indice di rischio di fragilità assistenziale e della classe di rischio per poter attivare iniziative assistenziali pro-attive e rispondere alla richiesta di assistenza con una conoscenza maggiore del percorso assistenziale del singolo paziente.

Il progetto strategico proposto prevede la costituzione di una piattaforma informativa interattiva costituita dal Registro epidemiologico della fragilità assistenziale capace di connettere in rete tutti gli attori dell'UCCP (MMG, PLS, Infermieri della Fragilità, Guardia Medica, Specialisti, Operatori sociali dei Comuni, PUA, UVM, nonché il pronto soccorso e i reparti di Medicina, Geriatria e Lungodegenza, gli Ospedali di Comunità) e sostanziare l'innovazione clinico-organizzativa dalla programmazione degli interventi pro-attivi individuali documentati dal rischio di fragilità.

Nel modello di assistenza è previsto che siano registrate su un sistema tecnologico informativo avanzato, che consenta l'estrapolazione di report per monitorare dei risultati dei pazienti su base periodica, tutte le attività e i contatti dei pazienti con i servizi sanitari e sociali. Risulta fondamentale come strumento per monitorare e analizzare la registrazione, l'uso dei dati e i reporting gestionali per migliorare l'assistenza, gli esiti clinici, la soddisfazione e i costi del programma. La tecnologia informatica permette agli operatori sanitari di integrarsi a livello del paziente (condivisione delle informazioni e dei percorsi) e di accedere facilmente alle migliori pratiche evidence-based, ai protocolli, ai farmaci e alle altre risorse che contribuiscono alle migliori decisioni di trattamento. Per stimare la prognosi di fragilità il REFA usa il modello predittivo multivariato validato a Ravenna 10 capace di identificare i soggetti fragili dall'intera popolazione residente, tramite la combinazione di molteplici informazioni desunte da fonti informative differenti già disponibili, ispirato a modelli presenti in letteratura. Il modello è stato

10Falasca P, Berardo A, Di Tommaso F, Development and validation of predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? Ann Ist Super Sanità 2011 | Vol. 47, No. 2: 220-228



perfezionato con indicatori sociali, economici, funzionali e ambientali, attraverso una indagine randomizzata della popolazione anziana.

Con tale strumento è possibile alimentare un sistema informativo socio-sanitario 11 basato sulle banche dati elettroniche in grado di individuare nella popolazione residente i soggetti più fragili e le condizioni che influenzano maggiormente il rischio di eventi sfavorevoli per metterli a disposizione dei MMG, degli IdF e degli altri operatori socio-sanitari, per una presa in carico preventiva e per favorire la programmazione di interventi socio-sanitari differenziati in base al livello di rischio. Lo strumento diventa altresì un potente sistema per la valutazione di efficacia dei servizi e di programmazione sanitaria (calcolo dei costi in relazione al rischio individuale).

A partire da questo impianto strategico, viene avviata una fase di condivisione e concertazione con i diversi attori ospedalieri e territoriali, al fine di definire in comune accordo le risorse e le innovazioni clinico-organizzative da mettere in campo per implementare questa riorganizzazione tanto necessaria quanto urgente.

3.6.6. Medico di Medicina Generale

Un ruolo cardine è attribuito ai MMG che devono sviluppare le competenze clinico-organizzative afferenti alle discipline della medicina di comunità e di sanità pubblica, per affrontare la crescente sfida delle cure a pazienti fragili sempre più dipendenti, con patologie croniche e bisogni assistenziali complessi 12.

Per mezzo del coordinamento clinico-organizzativo del MMG l'assistenza territoriale può essere orientata alla presa in carico olistica e pro-attiva (chiamata diretta e personale) di pazienti fragili identificati a priori da un modello probabilistico (alto rischio di ricorso ai servizi socio-sanitari

Ogni UCCP dovrebbe essere costituita da 20-25 medici di medicina generale e 5-6 medici di continuità assistenziale. I MMG/PLS e CA gestiscono un ambulatorio H16 (8:00-0:00) per le urgenze a bassa intensità e prestazioni a basso contenuto di complessità. Negli orari lasciati scoperti dai MMG potranno esercitare i medici di CA anche ore diurne. Dalla mezzanotte alle 8.00, invece, l'assistenza sanitaria d'emergenza ricadrà completamente sul 118. Le UCCP potranno esercitare anche prestazioni minori, (Ecg, Ecografia, spirometri, POCT, ecc.). Un progetto formativo rivolto ai MMG/PLS/CA sarà finalizzato ad acquisire le capacità di progettazione, costruzione, organizzazione e gestione di una UCCP e a 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 outcome clinici e al tempo stesso di ridurre i costi sanitari globali.

L'UCCP viene coordinato da un Responsabile scelto tra i MMG o PLS, che si raccorda al responsabile infermieristico, con le seguenti funzioni:

- assicurare un ambiente organizzativo che valorizzi lo sviluppo delle relazioni interprofessionali e interdisciplinari in modo che siano centrate sul destinatario dei servizi e basate sulle specifiche competenze professionali;
- perseguire l'appropriatezza e la qualità dei servizi attraverso una progettazione esplicita dei relativi processi di lavoro realizzata favorendo l'assunzione di responsabilità dei professionisti coinvolti e sistematiche modalità di acquisizione del punto di vista degli utenti;
- garantire il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e competenze dei professionisti che operano all'interno e la diffusione dell'informazione e comunicazione interna;

11 Berardo A, Di Tommaso F, Falasca P, Longo F, Un sistema informativo socio-sanitario basato su un indice sintetico di fragilità: l'esperienza dell'Ausl di Ravenna Mecosan n. 77 (2010) p. 17-31.

12 è previsto in proposito uno specifico percorso formativo nell'art.5 del Patto per la Salute 2014-2016



- migliorare il processo di valorizzazione delle competenze dei MMG/PLS e CA attraverso la pianificazione e la realizzazione di un programma formativo orientato al ridisegno organizzativo delle cure primarie;
- assicurare l'applicazione degli Accordi collettivi con i diversi professionisti, in modo da valorizzarne le opportunità e le indicazioni che vanno verso lo sviluppo dell'assistenza primaria integrata;
- caratterizzare lo stile di assistenza con gli strumenti di governo clinico, assicurando la partecipazione dell'insieme dei professionisti al processo decisionale relativo alle scelte organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi e dell'uso delle risorse disponibili;
- assicurare la realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per la continuità dell'assistenza e individuare soluzioni organizzative tali da rispondere alle necessità assistenziali e alle preferenze delle persone;
- realizzare il programma UCCP, definito sulla base degli obiettivi negoziati a livello aziendale.

3.6.7. Integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione ad ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati.

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione, nel rispetto della dignità della persona. 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. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una inevitabile redistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente valutata attraverso la misura dei volumi della casistica e delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici.

Questa logica promuove l'uso appropriato delle risorse applicando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente.

La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto potenziamento dell'assistenza territoriale e miglioramento dell'assistenza nel suo complesso.

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 sono radicati.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un setting tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso per essere affrontate in maniera adeguata alla patologia ed al bisogno di pazienti con problemi di salute caratterizzati da acuzie e gravità ovvero, nei reparti per la post acuzie, da peculiari esigenze sanitarie e riabilitative.



La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal Pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di Linee Guida per la gestione integrata dei PDTA per le patologie croniche ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche, cardiovascolari, metaboliche e polmonari) e di Protocolli di Dimissione programmata per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta.

Le nuove tecnologie e i programmi di telemedicina e teleassistenza possono essere utili per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le bronco pneumopatie croniche, il diabete.

3.6.8. Continuità ospedale-territorio

L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che il territorio svolge nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. Va promosso un collegamento stabile degli ospedali con l'UCCP, in particolare l'ambulatorio di continuità H24 e il PUA, per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero. In attuazione della legge n.38/2010 e per il completamento della legge n. 39/1999, al fine di assicurare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica, va sviluppato un protocollo clinico assistenziale dei pazienti terminali e la terapia del dolore per assicurare l'accesso equo agli Hospice e alle cure palliative domiciliari.

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 e nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio, che vanno monitorati e valutati mediante studi di audit clinico condotti dai MMG, tesi a evidenziare le aree critiche e le azioni di miglioramento dei programmi di ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati.

3.6.9. Ospedale di Comunità

Fra le strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera un ruolo fondamentale è svolto dagli Ospedali di Comunità.

L'Ospedale di Comunità costituisce un'innovativa modalità assistenziale di tipo intermedio: risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito risolvibili a domicilio ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria (pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie che si scompensano facilmente, ecc.) richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto.

Se il classico ricovero ospedaliero in un reparto di medicina risulti eccessivo rispetto alle condizioni cliniche del paziente, che pur bisognoso di assistenza non è comunque grave, il medico curante può ricorrere all'Ospedale di Comunità.

In questo contesto, la responsabilità clinica e la gestione complessiva del paziente spetta al medico di medicina generale che assume così un ruolo di assoluta centralità nel percorso clinico del paziente.

Personale infermieristico, consulenze specialistiche o altre prestazioni sono a disposizione del medico di medicina generale per assicurare il massimo standard di assistenza al proprio paziente.



Un cuscinetto tra l'ospedale e i servizi territoriali, per tutte le persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma che hanno comunque bisogno per alcune settimane di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. L'Ospedale di comunità non va inteso come una struttura ex novo, ma come la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti, nell'ambito di un nuovo modello organizzativo, parte delle Cure intermedie. Il paziente tipo al quale si rivolge questo modello è prevalentemente molto anziano, con più patologie o sofferente per una particolare fragilità sociale.

Si tratta di una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti, la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare).
- di sorveglianza infermieristica continuativa.

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai Medici di Medicina generale e dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

La sede fisica dell'ospedale di comunità sarà opportunamente allocata presso i presidi idonei la cui collocazione varia per ciascun distretto in base alla disponibilità.

3.6.10. Rete cure primarie per la fragilità nelle aree interne

Gli obiettivi della riorganizzazione delle Aree Interne dei Distretti Sangro-Aventino, Alto Vastese e Guardiagrele, in base al quadro epidemiologico (sezione I) e all'utilizzo dei servizi socio-sanitari (sezione II) sono identificati come prioritari per la riprogrammazione della Rete dei servizi territoriali. Essi perseguono l'integrazione delle risorse e delle competenze territoriali finalizzati ad assicurare:

- strategie d'inclusione organizzativa dei professionisti (MMG, PLS, Specialisti, MCA) e di integrazione multi professionale;
- un ruolo cardine del MMG nei percorsi di cura, prevenzione e gestione del paziente cronico;
- la progettazione e la predisposizione di una infrastruttura informativa finalizzata alla creazione e messa in rete di un Registro epidemiologico della fragilità assistenziale a disposizione dei curanti;
- l'istituzione di posti letto di Ospedali di Comunità;
- l'implementazione della tele-medicina e della tele-assistenza per la presa in carico attiva dei pazienti fragili e favorire l'integrazione ospedale- territorio;
- l'apertura di ambulatori di MMG - Continuità Assistenziale H24 per le urgenze a bassa intensità e prestazioni a basso contenuto di complessità, coordinato con il potenziamento del servizio di emergenza-urgenza (118) per le risposte immediate e il trasporto tempestivo presso il PS/DEA;
- la riorganizzazione e il potenziamento dell'attività infermieristica ambulatoriale e domiciliare per i pazienti fragili nell'ottica di una presa in carico interdisciplinare e pro-attiva;
- l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione ad ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali centrati sul paziente.



Lo schema precedente riassume i moduli e le funzioni previste per il territorio dei tre Distretti (dettaglio nell'allegato 1).

Riprogrammazione della Rete delle Cure Primarie Asl Lanciano Vasto Chieti				
Funzioni delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Presidi territoriali Assistenziali (PTA)*				
Moduli e Funzioni		Alto Vastese	Guardiagrele	Sangro Aventino
Funzioni UCCP	PUA	Presenti	Presenti	Presenti
	Ambulatorio infermieristico della fragilità			
	Ambulatorio H16 MMG/CA			
Moduli funzionali caratterizzanti PTA	Postazione 118	infermiere e autista H12 x 2, H24 x 1	infermiere e autista H12 x 1, H24 x 1	infermiere e autista H12 x 2, H24 x 2
	Specialistica ambulatoriale	riconversione ad attività programmata		
	PPi	Presente	da attivare con chiusura PS	Presente
	ADI + UVM	Presente	Presente	Presente
Moduli funzionali residenziali PTA	Casa Famiglia - struttura protetta			40 p.l.
	Riabilitazione estensiva residenziale	65 p.l.	da attivare 20 p.l. ex art. 26 e 20 p.l. psichiatrica post acuzie	
	RP Anziani	40 p.l.	75 p.l.	
	RP Disabili	20 p.l.	da attivare 20 p.l.	
	RSA Anziani	20 p.l.		20 p.l. attivare altri 20 p.l. a Casoli
	Centri di umi Psichiatri d	10 p.l.		
	Residenza Psichiatrica Riabilitativa		30 p.l.	
Ospedale di Comunità	10 p.l. (da attivare altri 10 p.l.)	da attivare 10 p.l.	da attivare 10 p.l.	

3.7. Azioni sui servizi e/o sull'assetto organizzativo

1. Inserimento, nella revisione dell'Atto Aziendale del 15/5/2013, di una funzione specifica in staff alla direzione generale con compiti di progettazione di percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi integrati tra Ospedale e Territorio, con un forte coinvolgimento dei MMG.
2. Avvio nel 2014, in via sperimentale nel PO di ^dona, di un protocollo per la prosecuzione, in forma protetta, del ricovero al domicilio, per pazienti cronici eleggibili per tale soluzione (scompenso, diabete, tumori, ecc.)
3. Messa a regime, già dal 2013, di un modulo residenziale di 10 posti, presso il PTA di Gissi, a gestione infermieristica, sotto la responsabilità dei MMG.
4. Apertura, nel 2013, del 2° Hospice aziendale a Torrecchia Teatina.
5. Messa a regime della rete aziendale che dal 2014 permette la gestione integrata delle cure palliative, sia al domicilio, sia in Hospice, secondo un modello uniforme su tutto il territorio provinciale, che è diventato di riferimento a livello nazionale e che prevede una équipe unica di oltre 40 operatori tra professionalità mediche ed assistenziali.
6. Introduzione progressiva dell'organizzazione per intensità di cura, finalizzata:
 - ad una migliore allocazione delle risorse assistenziali (LP. e 055) in relazione al grado di complessità media dei casi, valutato attraverso apposite scale medico-infermieristiche in corso di sperimentazione,
 - a favorire l'approccio multidisciplinare, soprattutto nella gestione del paziente anziano, sia in area medica (pazienti pluri-patologici) che chirurgica (ad esempio per l'orto-geriatria)
7. Organizzazione nel PO di Lanciano, da novembre 2013, inizialmente in via sperimentale, di un'area medica multidisciplinare per intensità di cura, (medicina, geriatria e lungodegenza) dotata di 45 PL e di discharge rooms (fruibili anche dalla neurologia). Quest'ultima soluzione, in particolare, consente di liberare PL nella fase di dimissione del paziente (ossia mentre il paziente è in attesa della lettera di uscita, del primo ciclo di terapia, ecc.) con una significativa riduzione delle DM e una migliore allocazione delle risorse
8. Entrata a regime, nel 2014, della Chirurgia Robotica (a seguito dell'acquisizione del robot "Da Vinci") presso il PO di Chieti, già utilizzato, attualmente, da 5 specialità diverse (Patologia Chirurgica, Clinica Chirurgica ad orientamento toracico e Clinica Ostetrica e ginecologica del PO di Chieti, UOC di Chirurgia oncologica del PO di Ortona, UOC di Urologia del PO di Vasto).
9. Attivazione di un modulo multispecialistico di 20 PL, ad alta intensità assistenziale, a vocazione chirurgica, presso il PO di Chieti. Il modulo prevede una gestione ultra innovativa (quasi unica nel panorama nazionale), finalizzata ad accogliere il paziente post chirurgico di équipes provenienti, al momento, oltre che dal PO di Chieti, dal PO di Vasto (urologia) e di Ortona (chirurgia oncologica), ovvero per i pazienti che hanno subito interventi in chirurgia robotica
10. Attivazione da gennaio 2014 di un modulo di Week Surgery (chirurgia generale e ortopedia) presso il PO di Atesa, strettamente integrato, dal punto di vista dei percorsi clinico-assistenziali, con la medicina generale di quel presidio e con i corrispondenti reparti del PO di Lanciano. A tal fine, è stato approvato uno specifico regolamento, condiviso dai professionisti e qui riportato in Allegato 10
11. Istituzione di una UOSD per la gestione centralizzata di un modulo di day-surgery multidisciplinare presso il PO di Vasto, dotato di 8 PL
12. Attivazione della Parto analgesia, attualmente presso il PO di Chieti, anche al fine di una riduzione dei tagli cesarei.
13. Avvio di una riorganizzazione complessiva del Blocco Operatorio e del Pronto Soccorso del PO di Chieti, al fine di rafforzare il ruolo di Hub di tale struttura nella rete ospedaliera provinciale e regionale.
14. Il servizio, configurato come UOSD nell'Atto Aziendale, svolge la propria attività presso
15. tutti e 3 i penitenziari presenti nella provincia (Chieti, Lanciano e Vasto)
16. Attivazione di modalità di accesso al CUP differenziate per "classi di priorità"



17. Distinzione e separazione nelle agende di prenotazione, delle prime visite, dei controlli, dei follow up, e monitoraggio degli abbandoni e delle disdette a fini di recali
18. La riorganizzazione del sistema ospedaliero e territoriale basata sul modello della rete di servizi (Hub & Spoke), poggia in misura preminente sulla condivisione di percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi finalizzati a garantire all'utente uniformità di comportamento da parte degli operatori e prestazioni di alta qualità, in sicurezza, clinicamente appropriate ed efficaci. Nella ASL 02 sono stati formalizzati e implementati PCO rivolti in particolare alla presa in carico delle patologie tumorali:
- PCO Carcinoma del Colon-Retto,
 - PCO Carcinoma del Polmone,
 - PCO Carcinoma della Mammella
 - PCO Cancro della Prostata
 - Rete per il trattamento e il trasporto dei pazienti con ictus
 - Rete Politrauma
19. La qualità delle cure e la gestione del rischio clinico ha rappresentato un obiettivo prioritario della Direzione Strategica della Azienda 02. Pertanto è stata istituita la UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico con il compito di promuovere una nuova cultura del rischio fondata sulla concezione che l'errore, se accompagnato da un'analisi accurata delle cause, può tradursi in una opportunità di miglioramento per l'intera organizzazione, considerato anche che l'evento avverso è solitamente il risultato dell'interazione di più fattori, tecnici, organizzativi e di processo.
20. Creazione di reti aziendali per i 3 screening di rilevanza nazionale (mammella, colon e cervice). Lo scopo è quello di concentrare le attività su specifiche UO aziendali al fine di ottimizzare l'efficienza e garantire elevati livelli di qualità

3.8. Prevenzione: i progetti.

L'attività del livello "Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro" ha in linea di massima mantenuto i livelli assistenziali dell'anno 2012, come si evince dal modello LA di cui al successivo capitolo 5.

Particolare risulta l'andamento dei n. 21 progetti di cui al Piano Prevenzione Aziendale anno 2013, come elencati al precedente punto 3, il cui riepilogo di seguito riportato, sintetizza e rende chiari gli aspetti gestionali avvenuti nel corso dell'anno 2013. I dettagli dei progetti sono presenti nell'Allegato 2.

Linea di Intervento	N. Progetto	Titolo Progetto	Obiettivi al 31/12/2013
1. MEDICINA PREDITTIVA			
Medicina predittiva	1	Gioca la carta del cuore: aumentare la conoscenza del rischio cardiovascolare estendendo l'utilizzo della carta del rischio	Svolgimento corsi formativi per l'utilizzo del programma idoneo alla mappatura dei rischi cardio-vascolare, che ha consentito il calcolo del punteggio pari a 12.133 cioè il 6,485% della popolazione generale tra 35 e 69 anni della Provincia di Chieti
2. PREVENZIONE UNIVERSALE			
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2	Guida senza alcool	Costituzione di un gruppo di lavoro, successivamente rimodulato sulla luce di nuove esigenze; espletato Corso di Formazione per Medici Competenti con raggiungimento dell'obiettivo; integrazione delle Commissioni mediche Locali, con presenza del medico del Servizio di Alcologia.



Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	3	Coltiviamo la Sicurezza	Controllo di n. 34 Aziende Agricole con il pieno raggiungimento del punteggio pari al 5,8%; avviata attività di formazione e di vigilanza secondo criteri e procedure formalizzati con un risultato pari al 100%.
	4	Costruire un mondo Sicuro	Ispezionati 326 cantieri sul totale dei cantieri assegnati dalla Regione pari al 100,3%
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	5	Casa Sicura	L'obiettivo, con il coinvolgimento di organismi sociali e di volontariato, è stato raggiunto al 100% del valore sulla popolazione anziana, mentre per i bambini sono stati stampati questionari per il 2%
Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	6	Raggiungere e Mantenere le Coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento	E' stata raggiunta una copertura vaccinale pari al 95% per poliomenite, difterite, epatite B, tetano, pertosse, Hib nel corso del 2013. Mentre è stato perseguito la copertura vaccinale pari al 93% per MPR entro i due anni di età
La prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione	7	Educazione dell'affettività e prevenzione HIV	
Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	8	Respiro Libero "ESA" (educazione sanitaria per allergie) sulla conoscenza, prevenzione e cura delle patologie allergiche durante l'età evolutiva	Concluso il programma del primo e del secondo anno di corso con coinvolgimento del personale scolastico e sanitario. E' iniziato nelle scuole un secondo step di formazione e perfezionamento del programma con ampliamento del ventaglio diagnostico in virtù dei risultati ottenuti.
Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata a consumo umano	9	Ridurre il rischio di malattie trasmesse da alimenti mediante il potenziamento del controllo rispondenti ai criteri di graduazione del rischio	E' stata effettuata la formazione di n. 6 dirigenti veterinari, sono stati eseguiti n. 30 audit di Settore; è stata completata la graduazione del rischio sulle imprese pari al 95% del valore atteso.
	10	Miglioramento della qualità delle acque destinate ad uso umano	Sono stati raggiunti gli obiettivi di miglioramento dei sistemi di controllo per garantire un elevato livello qualitativo delle acque raggiungendo tutti i valori attesi, soprattutto abbattendo il numero delle non conformità delle acque al 2%
Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	11	Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare (3-11 anni) di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità	Sono stati contattati vari istituti comprensivi, varie scuole primarie e dell'infanzia per un totale di bambini pari a n. 1399, con un valore osservato pari al 38,5% e con un incremento delle scuole partecipanti a 4,9%.
	12	Non mandare in fumo la tua gioventù: UMPUGGET un progetto scolastico mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco	Eseguita attività di formazione per insegnanti reclutati, anche se al di sotto degli standard previsti dal progetto. Il Ser.T. ha provveduto alla formazione degli insegnanti presenti nei due corsi pari a n. 21, curando la supervisione, l'informazione, e l'inserimento on line dei questionari.



	13	L'incremento dell'attività fisica nella popolazione giovanile progetto MOVIMENTIAMOCI	Sono proseguite le attività poste in essere con gli istituti precedentemente individuati, che continuano l'attività motoria a scuola secondo programmi concordati. Gli opuscoli informativi sono ancora in stampa e saranno consegnati nei primi giorni dell'anno 2014.
3. PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A RICHIO			
Tumori e Screening	14	Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della cervice uterina e contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative (self sampling a domicilio)	L'attività di screening della cervice uterina ha raggiunto una copertura pari al 44,2% con il coinvolgimento di 6615 donne non responder, pari al 70% delle non responder regionale.
	15	Aumentare l'estensione del programma e contrastare lo screening opportunistico del cancro del colon retto, proponendo alternative	E' stato acquisito il protocollo regionale ed applicato nei centri di attività di screening del colon retto. Sono state inviate lettere di sensibilizzazione con una percentuale di adesione pari al 20,5%. Inoltre si è predisposta una campagna pubblicitaria per la sensibilizzazione. Si è provveduto alla formazione del 60% della popolazione.
	16	Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della mammella, contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative	Per lo screening mammografico sono stati raggiunti importanti traguardi per cui si è provveduto ad avviare una unità di radiologia; a creare una rete informatica ed un archivio digitale; ad individuare un centro per gli esami di primo livello. Essendo il programma in una fase iniziale sono state raggiunte n. 937 donne non responder mentre sono stati formati il 76% degli operatori.
Malattie Cardiovascolari	17	Ridurre il rischio cardiovascolare attraverso la definizione e standardizzazione di percorsi integrati per l'ipertensione arteriosa	Nell'ambito di tale progetto sono state avviate una serie di attività quali: partecipazione del referente a tutti gli incontri di lavoro del gruppo di coordinamento; personalizzazione del materiale; censimento dei MMG; coinvolgimento dei rappresentanti di categoria delle farmacie; avvio procedure per la stampa di depliant informativi.
Diabete	18	IGEA - Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete	Le azioni poste in essere per l'attività progettuale di diabetologia hanno permesso l'acquisizione di una nuova cartella informatizzata ed installata presso tutte le postazioni di rete diabetologica aziendale e la progettazione, calendarizzazione e realizzazione di apposito corso formativo per i MMG per addestramento all'utilizzo del software.
Patologie orali	19	Prevenzione della carie in età evolutiva con particolare riguardo ai bambini frequentanti la III classe della scuola elementare	L'avvio del progetto ha visto il coinvolgimento di n. 6 Istituti Comprensivi per un numero complessivo di 27 classi ed un totale di n. 429 bambini. Per il futuro è previsto un incremento degli Istituti scolastici da coinvolgere.
4. PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E RECIDIVE DI MALATTIA			
Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non	20	Prevenzione delle disabilità da disturbi nutrizionali e da scarsa attività motoria negli anziani: Colori in movimento"	Gli obiettivi del Progetto "Passi D'Argento" sono stati pienamente raggiunti

autosufficienza	21	Attivazione del sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra 64enne "Passi d'Argento"	Per la realizzazione del progetto sono state svolte attività di: formazione del personale degli Enti preposti; ricezione e distribuzione del materiale informativo; coinvolgimento della popolazione sui corretti stili di vita; incontri con case di riposo.
-----------------	----	--	---

2	Francavilla al Mare - c.da Santa Cecilia	Tenuta Querce Grosse Ristorante	Struttura Sistema di autocontrollo
3	Fara San Martino	Pastificio Del Verde	Struttura Formazione del personale
4	Casoli - c.da Piana la Roma	L'Olivicola Frantoio e lavorazione olive Casolana	Struttura Tracciabilità
5	Villamagna - Via Val di Foro	DAMA Catering s.a.s.	Struttura Formazione del personale
6	Ortona - località Caldari	Agriverde cantina vitivinicola	Struttura sistema di autocontrollo

3.9. La sicurezza e il Sistema delle Deleghe

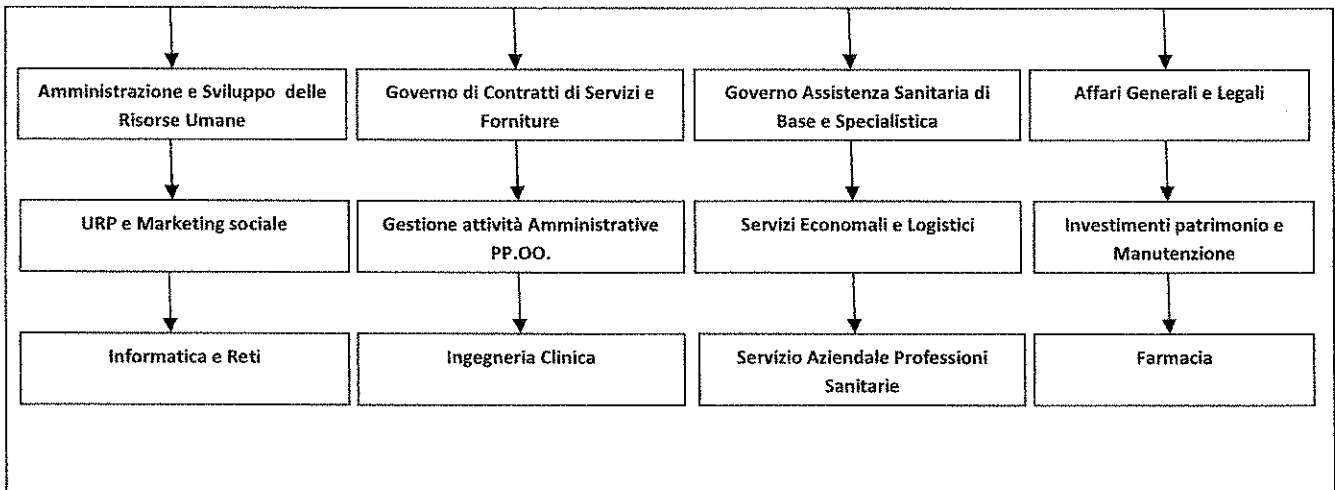
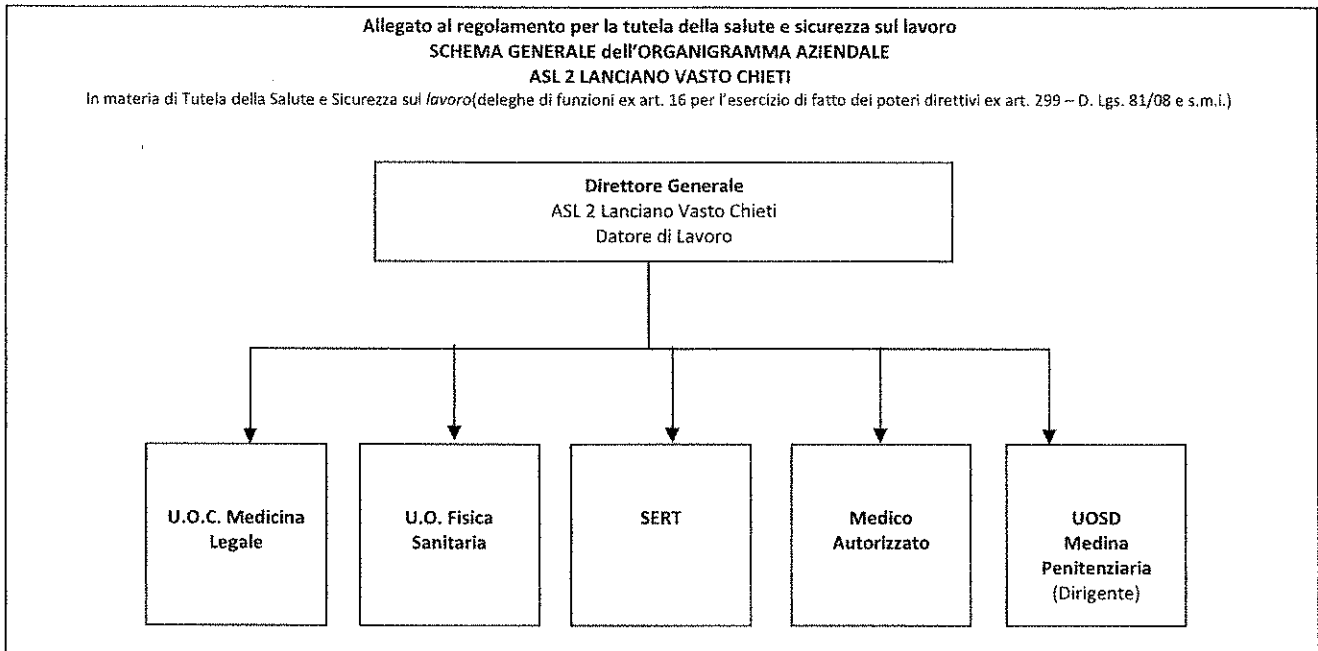
3.8.1 Regolamento per tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro

Il Piano Strategico prevede la ridefinizione della politica aziendale in materia di tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro in base all'effettivo esercizio dei poteri direttivi. Tale politica non può prescindere dal modello organizzativo e gestionale aziendale secondo i principi del miglioramento continuo del PDCA (Plan-Do-Check-Action) nell'ottica della strategia di sinergica collaborazione tra datore di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, servizio di protezione e prevenzione, servizio dei medici competenti e rappresentanti dei lavoratori, conformemente alla reale organizzazione aziendale, articolata e definita dall'atto aziendale adottato con delibera 1460 del 30.11.2011 e s.m.i.

Dato atto della analisi e valutazione di tutti i rischi per la tutela della salute e la sicurezza dei lavoratori, e dei dati epidemiologici degli infortuni sul lavoro verificatisi negli ultimi quattro anni negli ospedali dell'Azienda (vedi sezione I), si adotta una consequenziale ed efficace attuazione di specifiche misure di prevenzione e protezione di carattere tecnico, organizzativo e gestionale.

A tal proposito è stato approvato un *Regolamento Aziendale in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro* con delibera n. 1174 del 12.9.2014 che dispone:

- ed esplicita le competenze, i ruoli, gli strumenti organizzativi e procedurali per le disposizioni di legge circa le misure preventive e protettive sul lavoro all'interno della ASL2 Lanciano Vasto Chieti in relazione a quanto disposto dalla legislazione vigente,
- il conferimento delle deleghe in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro,
- avvia il processo di elaborazione, revisione, adattamento e customizzazione delle procedure e dei protocolli,



3.8.2 Analisi degli infortuni sul lavoro

Quando si parla di "infortunio sul lavoro" si intende: "Evento lesivo avvenuto per causa violenta, in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione al lavoro per più di tre giorni (definizione ricavata dal DPR 1124 del 30 giugno 1965 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali).

Lo studio epidemiologico dell'andamento degli infortuni è uno strumento di indagine che può contribuire a sviluppare interventi volti a migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro, e di conseguenza, diminuire l'entità del fenomeno.

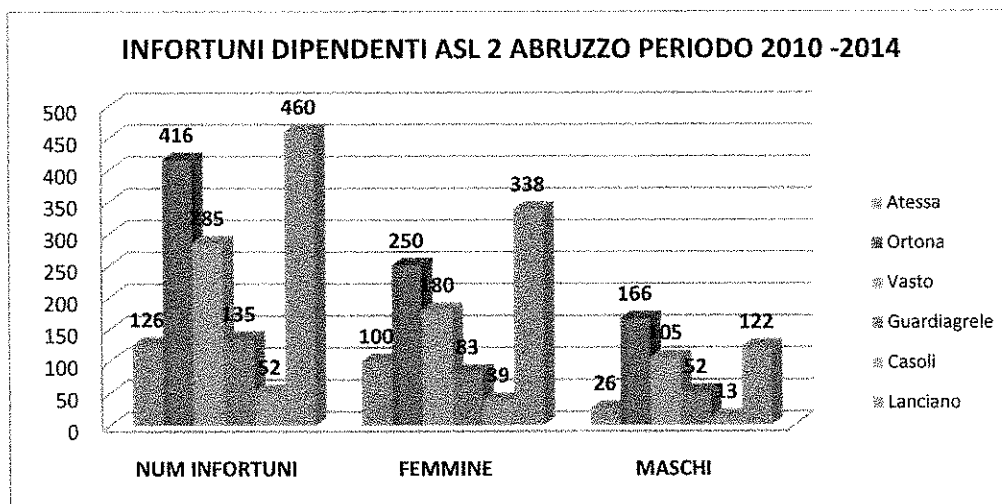
Attualmente in Italia la più completa fonte di dati sugli infortuni è costituita dagli archivi dell'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) i quali comprendono tutti i casi di infortunio o di malattia professionale segnalati a questi Istituto, che assicura la stragrande maggioranza dei lavoratori.



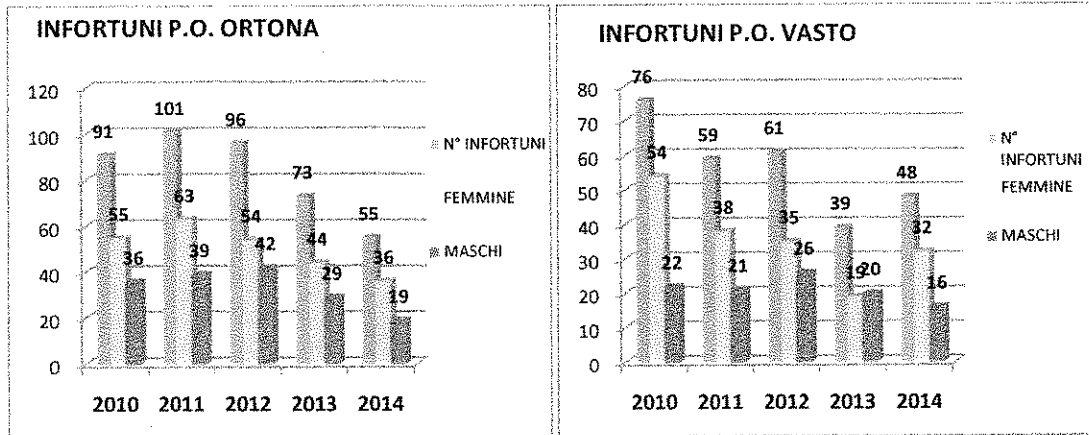
Per permettere un'analisi degli eventi infortunistici della nostra Azienda si sono presi in esame i dati rilevabili dai registri degli infortuni INAIL presenti nelle sedi aziendali. Da essi si sono evidenziati e correlate le voci specifiche:

- Luogo di compilazione
- Data infortunio
- Data ripresa lavoro
- Dati anagrafici dell'infortunato
- Et 
- Sesso
- Reparto e qualifica prof.le
- Descrizione della causa e delle circostanze dell'infortunio
- Natura e sede della lesione
- Conseguenza dell'infortunio (inabilit  tem., inabilit  perman.)
- Giorni di assenza per inabilit  temporanea.

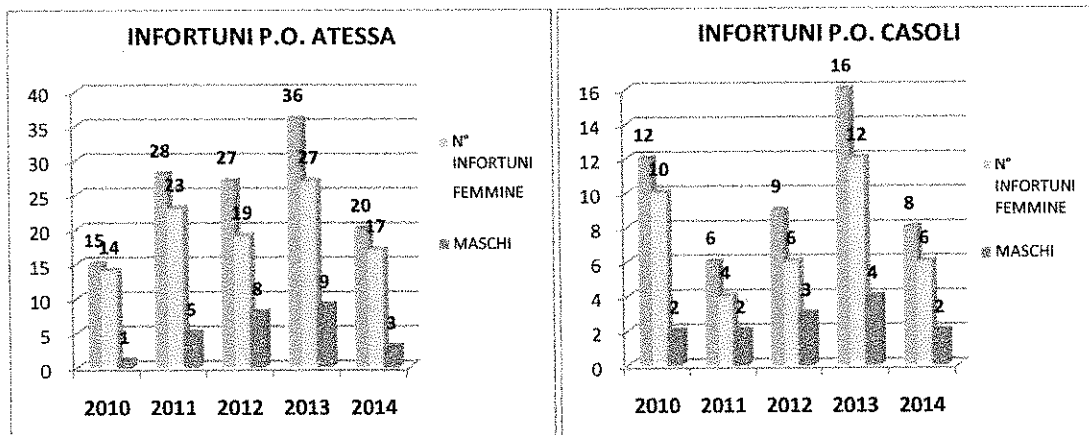
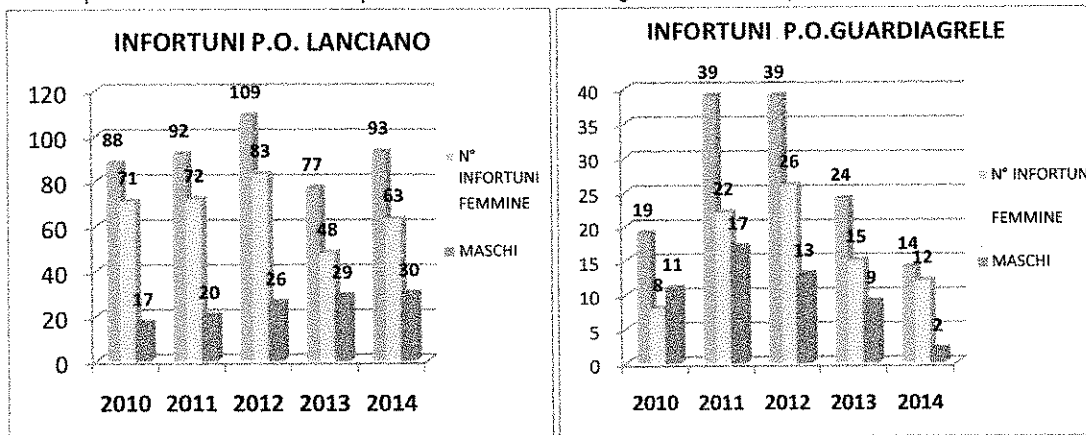
Il periodo esaminato   il quinquennio 2010 - 2014 (per quest'ultimo anno la lettura dei dati si   fermata al mese di ottobre (data di consegna dei registri presso la Direzione) e sono stati registrati 1242 infortuni accorsi ai dipendenti presenti nei Presidi Ospedalieri di Atessa, Ortona, Vasto, Guardiagrele, Casoli e Lanciano.



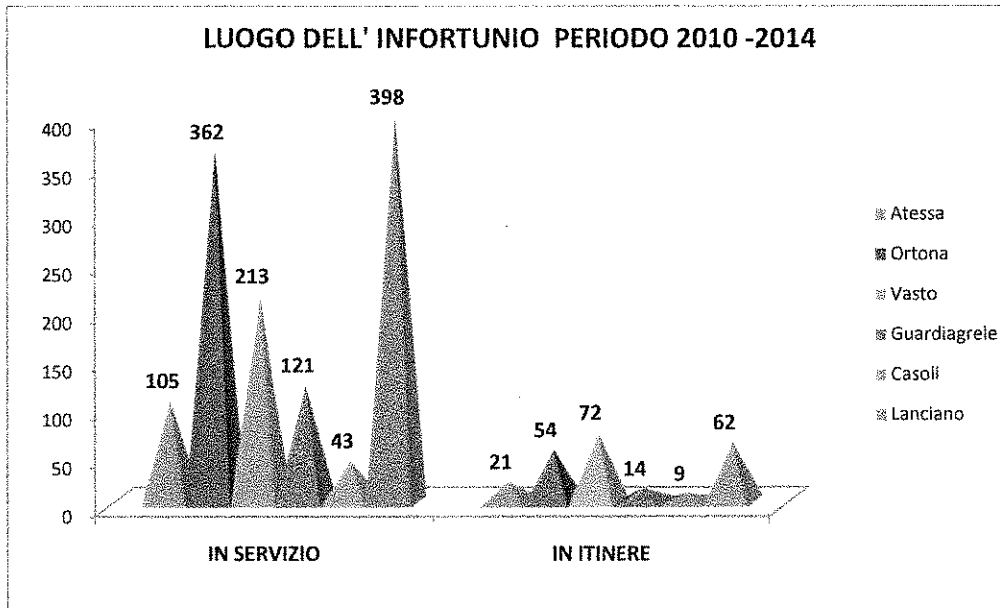
Il Presidio Ospedaliero in cui sono avvenuti maggiori infortuni   quello di Ortona seguito da Vasto.



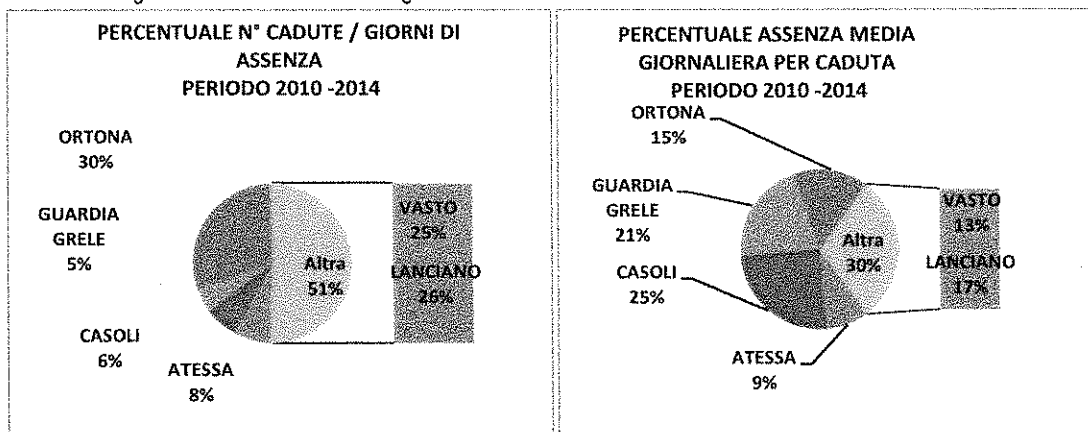
Per completezza di informazione si riportano anche i risultati degli altri Presidi Ospedalieri:



L'81% degli infortuni è avvenuto all'interno delle sedi di lavoro mentre il 19 % è avvenuto in itinere nel percorso casa - lavoro e viceversa, nel piazzale dello stabilimento, sul marciapiede, ecc.

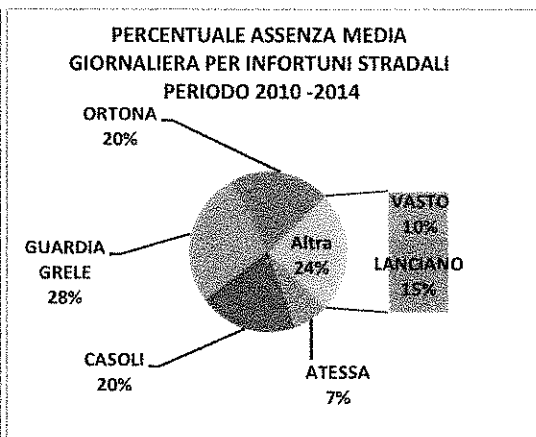
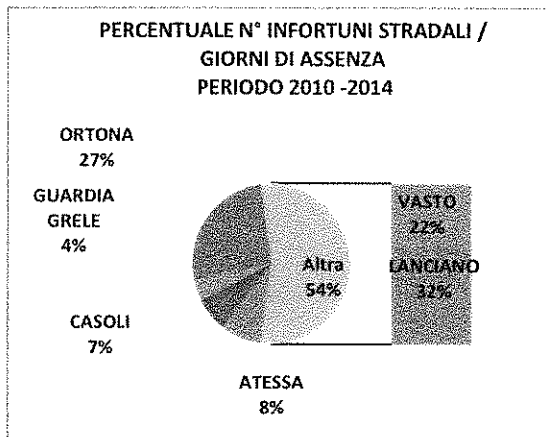


Esaminando quale fattore di causa dell'infortunio l'indicatore "caduta" si evidenzia che nel periodo esaminato sono stati registrati n. 261 casi che hanno portato ad un totale di 6.407 giorni di assenza, con una media giornaliera che va da un minimo di 14 giorni ad un massimo di 39 giorni.

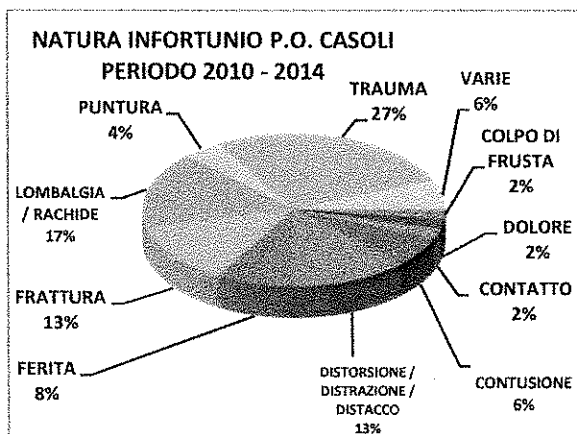
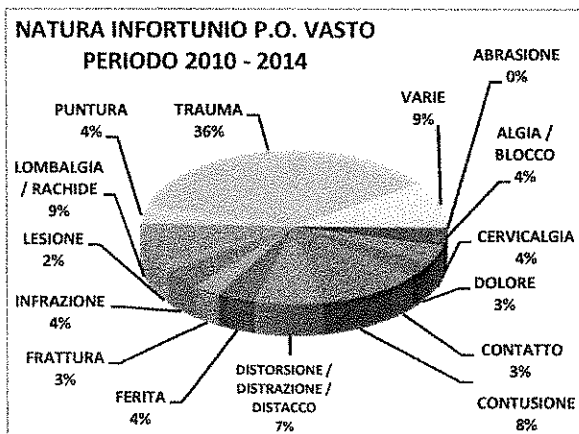
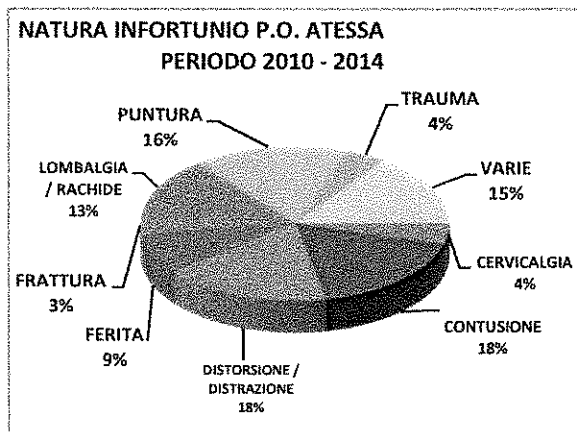
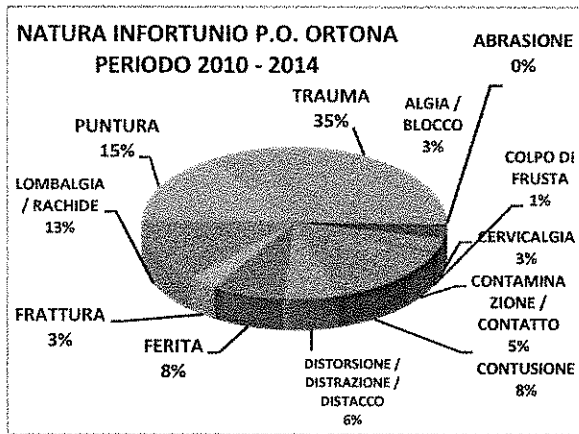


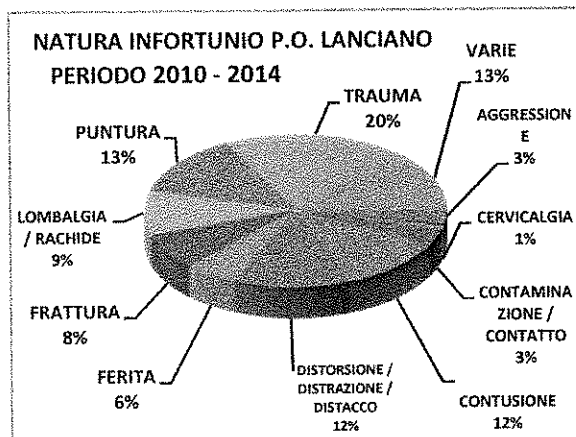
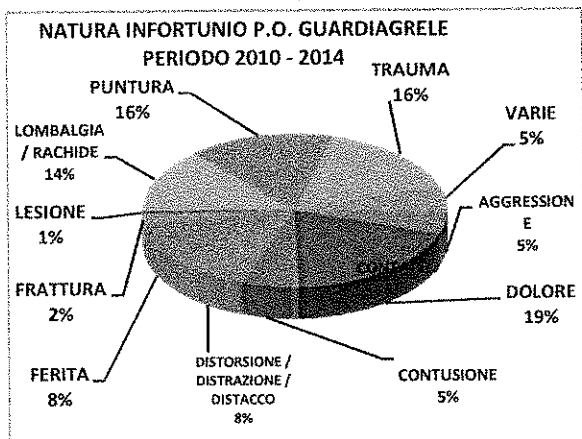
Nonostante nei Presidi Ospedalieri di Guardagrele e Casoli risulti una percentuale di casi di "caduta" minore rispetto agli altri Presidi (rispettivamente il 5% e il 6%) si può notare che l'assenza media giornaliera è inversamente proporzionale (21% e 25%).

Altra voce da evidenziare è quella dell'"incidente stradale in itinere" che, anche se sono stati registrati in tutta l'azienda per il periodo 2010 - 2014, un numero non molto elevato pari a 72 ha comunque comportato un numero di giorni di assenza rilevante (1706), con una media giornaliera che va da un minimo di 11 ad un massimo di 42 giorni.

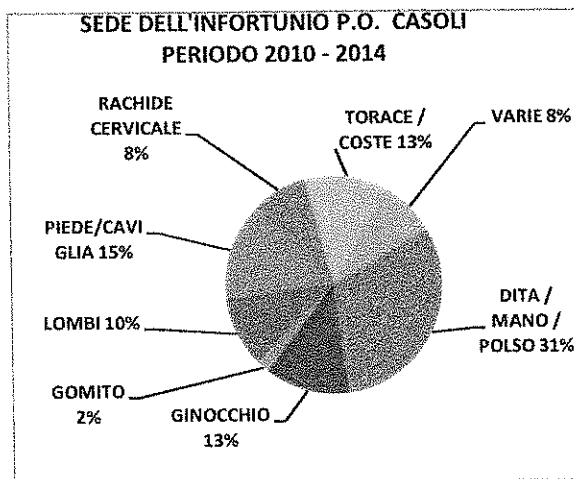
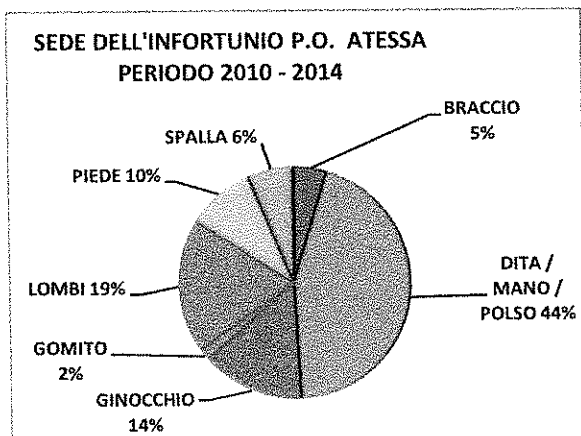
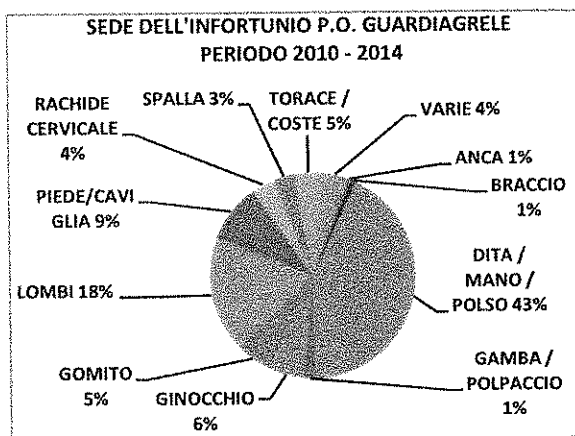
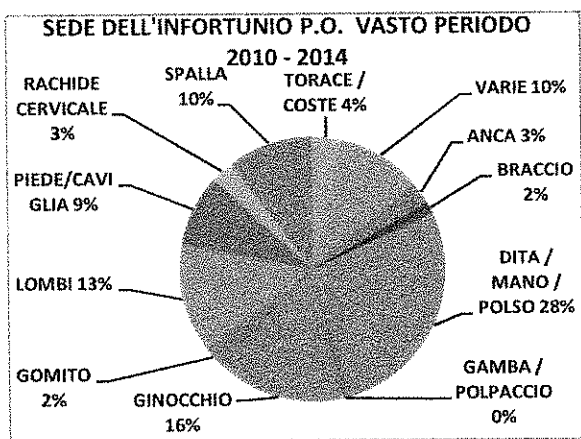


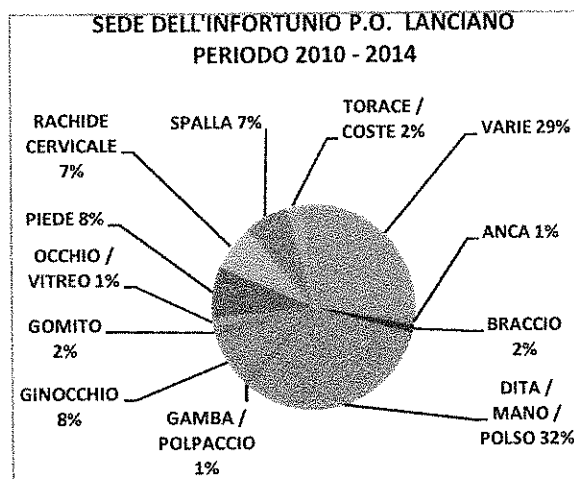
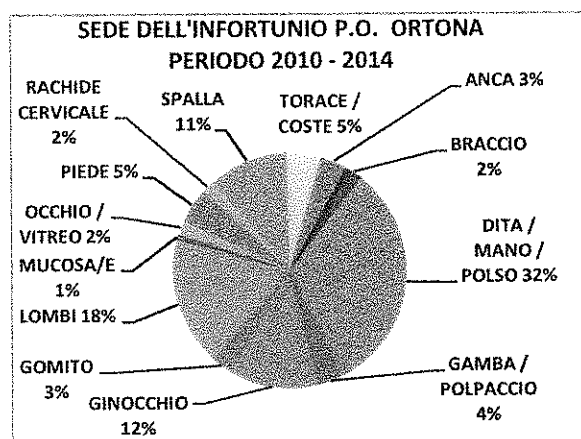
Dall'analisi della natura dell'infortunio si evince che la causa più frequente è il "trauma" seguita dalla "lombo rachialgia". Di seguito i grafici relativi alla suddetta "natura dell'infortunio" ricavati per ogni singolo Presidio Ospedaliero:



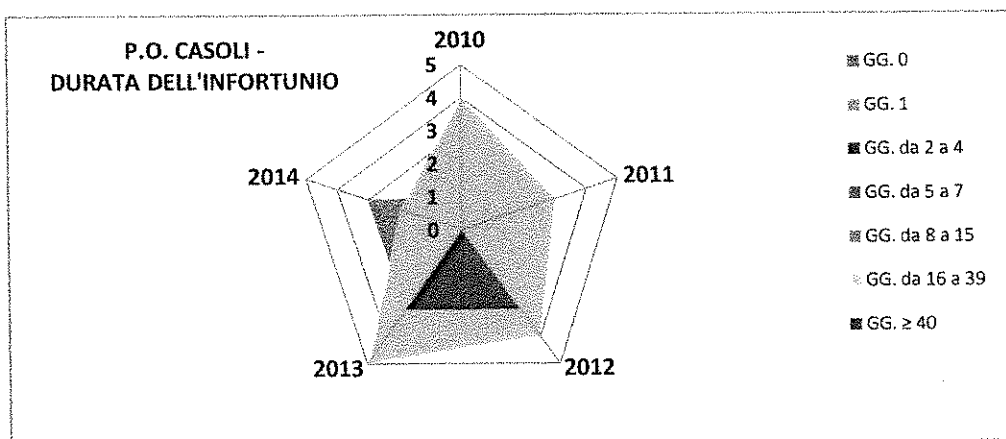
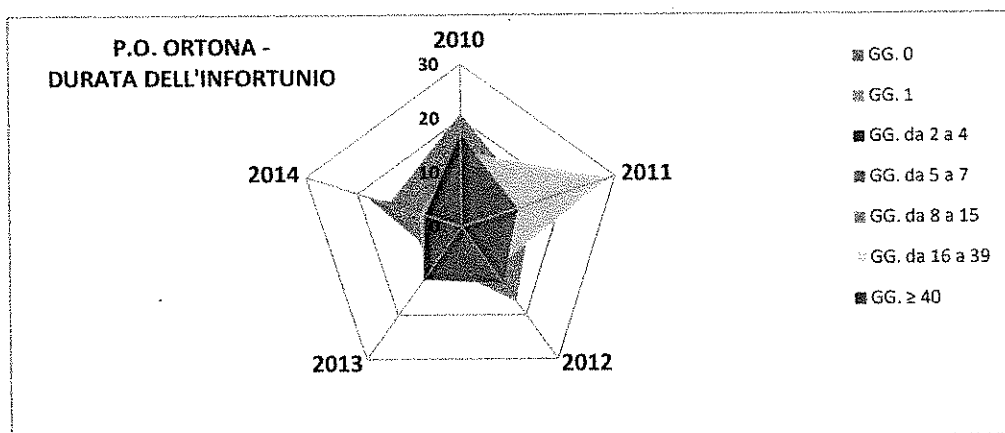


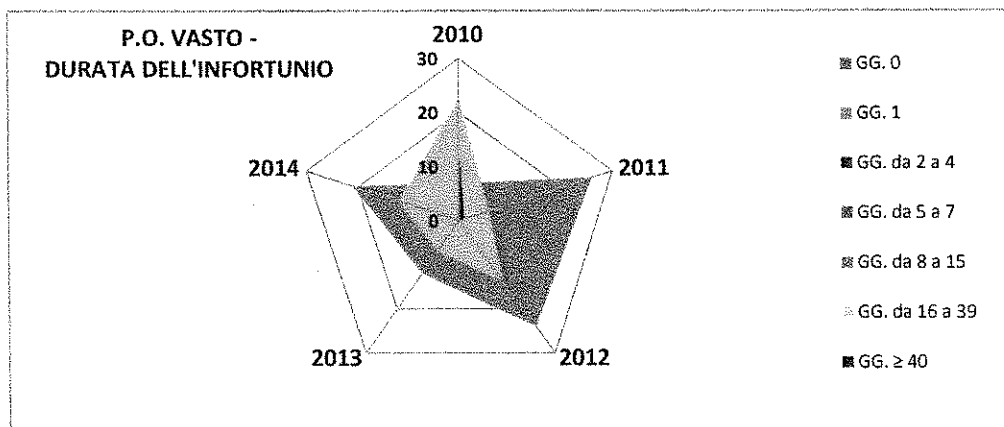
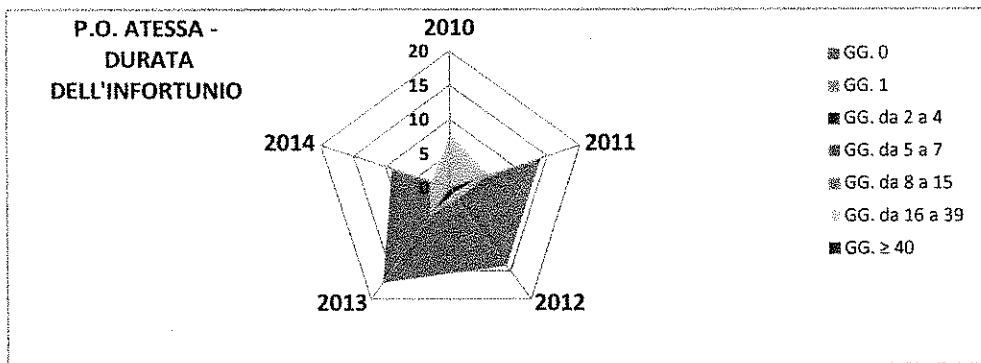
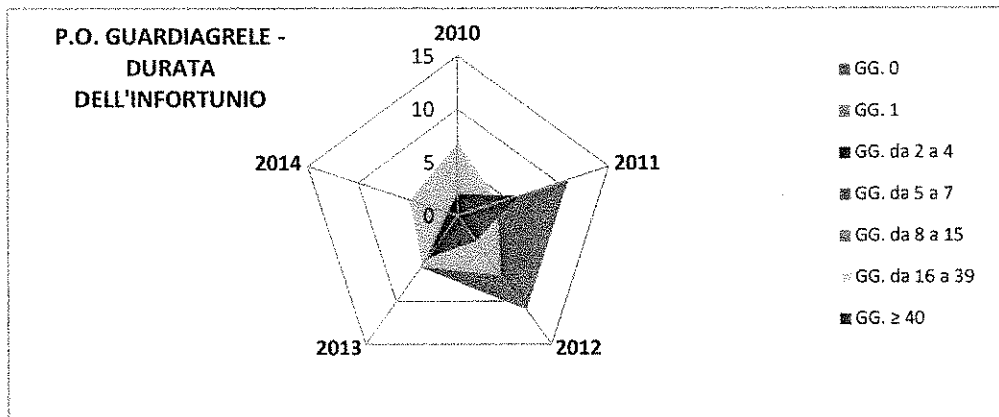
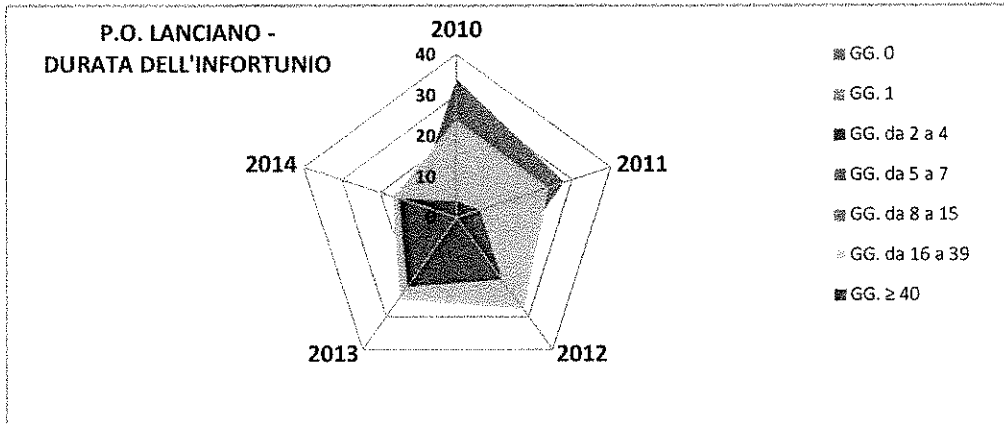
Le sedi dell'infortunio maggiormente interessate sono le dita/mano/polso. Seguono il piede/caviglia e il ginocchio.





Per quanto riguarda la "durata dell'infortunio" il Presidio di Ortona detiene la "maglia nera" dell'Azienda in quanto mantiene costante, nel quinquennio, il periodo più lungo di assenza dal lavoro del dipendente che va da 40 giorni in su. Considerando i presidi nel loro insieme (eccetto Chieti) si osserva una evidente variabilità della durata degli infortuni sia tra Presidi Ospedalieri diversi che nello stesso Presidio nei diversi anni, a fronte di un profilo simile sia della natura che della sede degli infortuni stessi. Questa osservazione suggerisce che intervengano a determinare la durata altri fattori confondenti.







3.8.3 Implementazione Sistema Gestione Sicurezza

E' ampiamente riconosciuto che la gestione della salute e della sicurezza sul lavoro sia parte integrante della gestione aziendale essendo questa strettamente connessa sia all'efficace perseguimento dei risultati sia all'individuazione degli obblighi di informazione e vigilanza. Tale aspetto trova conferma anche nella previsione di cui all'art. 30 del D.Lgs. 81/2008 dove vengono indicati i sistemi di gestione conformi ai requisiti dello standard OHSAS 18001 come rispondenti, per le parti pertinenti, ai dettami di un più ampio modello di organizzazione e gestione avente efficacia esimente ai sensi del D.Lgs. 231/2001 (Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica). Il costante andamento del fenomeno infortunistico in determinati settori aziendali e l'aumento delle denunce di malattie professionali, determinano l'impegno dei lavoratori e dell'Azienda ad assumere un approccio adeguato alla cultura della sicurezza sul luogo di lavoro.

L'adozione e l'efficace attuazione di un sistema di gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro può portare ai seguenti vantaggi:

- assolvere all'obbligo di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro in capo al datore di lavoro e agli altri soggetti deleganti, ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. 81/2008;
- dimostrare l'impegno da parte della Direzione, dei dirigenti e del personale tutto, ai diversi livelli, nel perseguire, con l'applicazione di metodologie di gestione riconosciute a livello internazionale, il miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro;
- migliorare l'immagine interna ed esterna dell'Azienda e fornire strumenti per il continuo e completo monitoraggio delle infrastrutture aziendali;
- migliorare il rapporto e la comunicazione con le Autorità;
- disporre di uno strumento di supporto nelle decisioni di investimento o di cambiamento tecnologico;
- accedere alle agevolazioni nelle procedure di finanziamento e semplificazioni burocratiche amministrative.
- ridurre progressivamente i costi complessivi della salute e sicurezza sul lavoro, in particolare di quelli derivanti da incidenti, infortuni e malattie professionali minimizzando i rischi cui possono essere esposti i dipendenti e/o i terzi (come clienti, fornitori, visitatori, ecc.);

L'iter per l'implementazione del sistema prevede le seguenti fasi:

- 3.8.3.1 VALUTAZIONE PRELIMINARE - Valutazione iniziale con riferimento allo standard OHSAS 18001;
- 3.8.3.2 PROGETTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE - Progettazione di un sistema di gestione specifico per la realtà aziendale e conforme ai requisiti dello standard OHSAS 18001;
- 3.8.3.3 INFORMAZIONE E FORMAZIONE - Informazione generale a tutti gli operatori sul sistema di gestione. Formazione dei responsabili sulle specificità del sistema di gestione adottato;
- 3.8.3.4 IMPLEMENTAZIONE - Adozione del sistema di gestione da parte di tutte le figure preposte;
- 3.8.3.5 AUDIT INTERNI - Audit sulla applicazione conforme del sistema di gestione e sul rispetto dei requisiti dello standard OHSAS 18001 effettuato da parte di personale indipendente e qualificato;
- 3.8.3.6 RIESAME DEL SISTEMA - Riesame con la Direzione della prima implementazione del sistema di gestione e dei risultati degli audit interni condotti da personale indipendente e qualificato;
- 3.8.3.7 CERTIFICAZIONE DA PARTE DI ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE (opzionale) - Certificazione da parte di un organismo terzo che attraverso audit di terza parte attesti la conformità del sistema di gestione adottato ed attuato allo standard OHSAS 18001.

Il progetto si realizzerà nel prossimo triennio, nello specifico, un anno per addestrare i professionisti esperti in materia di sistemi di gestione per la salute e la sicurezza sul lavoro, un anno per il sistema dei formatori in materia di salute e sicurezza sul lavoro, e un anno per il lo standard auditor qualificato OHSAS 18001.

4. SOSTENIBILITÀ E MANOVRE

4.1. Politiche del Personale

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, nel corso dell'ultimo triennio, ha proseguito nel già avviato processo di riorganizzazione aziendale e in particolare, al fine di dare attuazione alle prescrizioni di riduzione del numero complessivo delle UU.OO.CC. - 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 -, al riassetto delle UU.OO.CC. Ospedaliere e Non Ospedaliere, nonché alla rimodulazione delle Unità Operative Semplici e Semplici a valenza Dipartimentale.

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

Tale processo ha determinato una razionalizzazione e riprogrammazione dei fabbisogni di personale per ciascuna Unità Operativa, definitivamente realizzato con la rideterminazione della dotazione organica del personale dirigenziale e del comparto, conformemente alle linee guida commissariali di cui al decreto 49/2012 (giusta deliberazione n.758/203 successivamente aggiornata e modificata con deliberazione n.322/2014).

In particolare, si evidenzia, con riferimento all'Area sanitaria (dirigenti e comparto), che l'analisi dei fabbisogni, in conformità agli standard, sostanzialmente conferma l'esigenza di risorse umane complessivamente coincidente con quelle in forza all'atto della fusione delle due ex ASL di Chieti e di Lanciano Vasto ma rivisitata in termini di distribuzione delle risorse nei vari profili professionali e nelle diverse discipline.

Diversamente, per quanto concerne l'Area professionale-tecnico-amministrativa, la nuova dotazione organica prevede una consistente riduzione numerica del personale dei vari profili fatta eccezione per il profilo professionale di OSS finalizzata ad un progressivo riequilibrio, a regime, rispetto al personale infermieristico.

La consistenza di personale attualmente in servizio a tempo indeterminato, così come pure la programmazione del prossimo triennio evidenzia, tuttavia, un delta fortemente negativo rispetto alla dotazione organica rider minata secondo gli standard.

AREA	Dot. Organica DC 49/11	Consistenza di personale T.l.al 31/12/14	delta
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO*	1268	1082	186
COMPARTO RUOLO SANITARIO	9	3	6
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	10	2	8
COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE	0	0	0
DIRIGENZA RUOLO TECNICO	26	8	18
COMPARTO RUOLO TECNICO	2603	2484	119
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	856	725	131
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	443	427	16
Totale	5215	4731	484

* 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).

Quadro delle Dinamiche 2009-2017

ASL Lanciano-Vasto-Chieti											
AREA	2009						PROIEZIONE				
	(L.V. + Ch)	2010	2011	2012	2013	ott-14	2014	PROGR. 2015	PROGR. 2016	PROGR. 2017	
DIRIGENZA RUOLO SANITARIO*	1085	1045	1049	1052	1054	1073	1082	1080	1080	1080	
COMPARTO RUOLO SANITARIO	2459	2429	2454	2462	2481	2480	2484	2482	2482	2482	
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	
COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
DIRIGENZA RUOLO TECNICO	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	
COMPARTO RUOLO TECNICO	829	791	747	716	706	719	725	720	720	720	
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	13	10	10	9	8	8	8	12	12	12	
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	471	445	427	415	408	430	427	421	421	421	
TOTALE TEMPO INDETERMINATO	4860	4722	4690	4659	4662	4715	4731	4720	4720	4720	

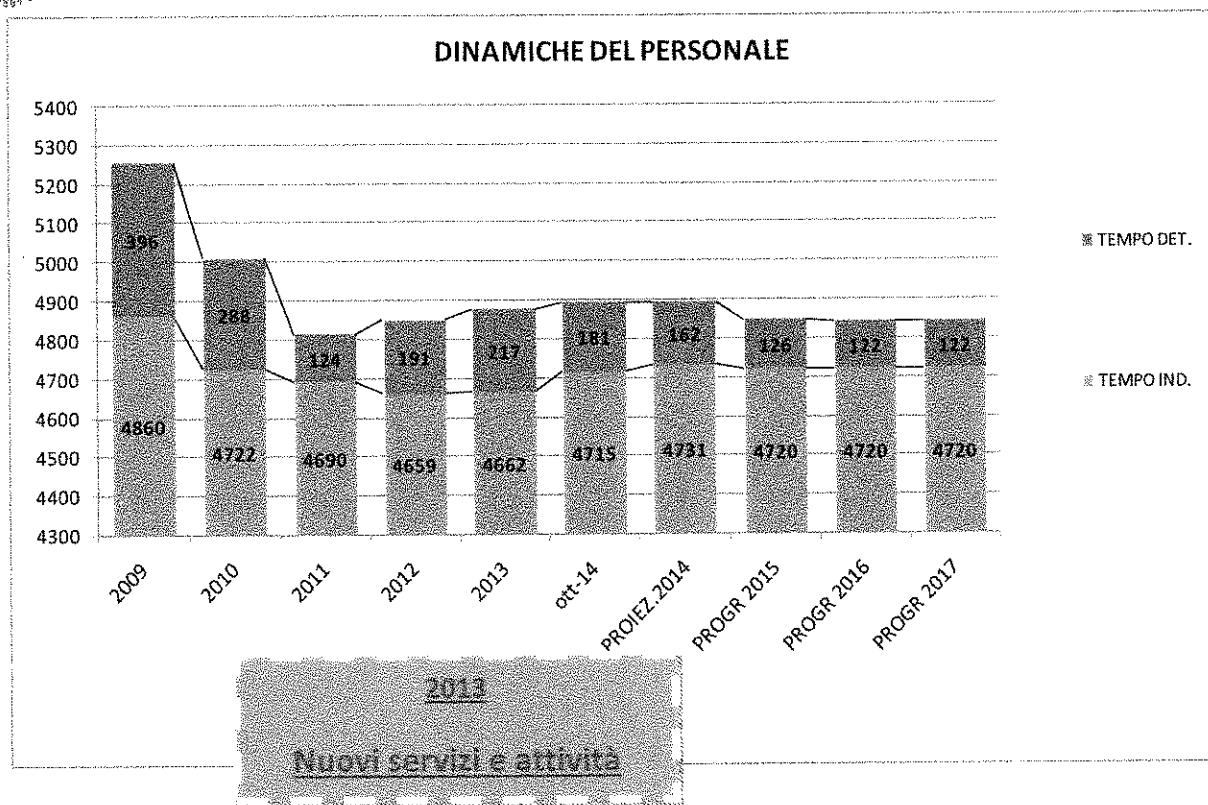
* la dirigenza del ruolo sanitario comprende n. 67 unità di personale universitario convenzionato

ASL Lanciano-Vasto-Chieti											
	2009						PROIEZIONE				
		2010	2011	2012	2013	ott-14	2014	PROGR. 2015	PROGR. 2016	PROGR. 2017	
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO**	370	263	91	156	202	168	150	124	120	120	
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO Atipico (CO.CO.CO.)	26	25	33	35	15	13	12	2	2	2	
TOTALE TEMPO DETERMINATO	396	288	124	191	217	181	162	126	122	122	

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

TOTALE T.I + T.D.	5256	5010	4814	4850	4879	4896	4893	4846	4842	4842
--------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------





L'anno 2013 si contraddistingue per l'attivazione/potenziamento di nuovi servizi/attività ed in particolare:

- modulo di riabilitazione psichiatrica (ex Maristella),
- modulo di riabilitazione psichiatrica Guardiagrele,
- Hospice di Torrevecchia,
- Implementazione del servizio CUP,
- Screening,
- Chirurgia Robotica.

Inoltre a partire dall'anno 2013, al fine di ottemperare agli obblighi di reclutamento di personale con disabilità cui alla L.68/1999 e colmare almeno in parte il gap esistente sono state avviate a selezione e quindi assunte n.40 unità.

L'Azienda, quindi, in esito al processo di rimodulazione delle Strutture Complesse ha proceduto, nei termini di cui al decreto commissariale 65/2010, alla ricollocazione del personale dirigente - anche Direttore di Struttura Complessa - e del comparto afferente a Unità Operative soppresse o riconvertite.

Per quanto concerne la spesa del personale, corre l'obbligo ricordare che la stessa era sottoposta, fino all'emanazione del decreto commissariale n.84/2013 (ottobre 2013) al solo vincolo di spesa stabilito dall'art.2 c.71 della L. n. 191/2009 (e confermato fino al 2015 dall'art.15 .21 della L.135/2012).

In ordine allo stesso, si rileva che l'ammontare della spesa per il personale sostenuta nel 2004 diminuita dell'1,4%, pari, per la ASL Lanciano-Vasto-Chieti a 222.191 €/000, risulta ampiamente rispettato nel corso degli anni precedenti e, in termini





previsionali anche per corrente anno 2014, tenuto conto che dalla proiezione di spesa rilevabile su base annuale dalle Tab 2 al 3° trimestre 2014 si evince una spesa di circa 215.110 €/000.

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 ASL al 2014	215.110
Delta	7.081

Successivamente a fine anno 2013, il decreto commissariale n.84/2013 "legge 23/12720009 n.191, art.2, comma 88 – programma operativo 2013-2015", all'intervento 9 "Personale" - azione 4.5.2 -, 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 prevede, 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) dovrà attestarsi – durante il triennio 2012-2015 - entro il limite del 90% della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009, ovvero entro il limite di 11.299 €/000

Il dato del conto economico del III trimestre – aggregato secondo schema POA- evidenzia in termini previsionali uno scostamento su base annua dai predetti limiti di spesa.

	Tetto di spesa del personale da Programma Operativo 2013-2015	Spesa per il personale da CE III trim 2014	Scostamento
Spesa per il personale da CE	240.970	245.800	-4.830
di cui Spesa per il personale a tempo determinato (90% del 2009)	11.299	15.200	-3901

Tale scostamento è fortemente condizionato dal ricorso a contratti in somministrazione.

I **contratti di somministrazione lavoro** sono una particolare forma di "contratto di fornitura di prestazioni di lavoro temporaneo" con il quale le aziende possono beneficiare temporaneamente di una prestazione lavorativa, senza assumersi tutti gli oneri che derivano dall'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato.



Nella ASL Lanciano Vasto Chieti il ricorso al lavoro in somministrazione ha costituito un elemento di criticità nell'organizzazione già a partire dall'anno 2013 per le seguenti principali cause:

- mancata aggiudicazione della gara regionale (nella quale la Asl di Lanciano Vasto Chieti è capofila) per l'affidamento del servizio CUP, per effetto dei contenziosi tuttora non definiti;
- l'impossibilità di prorogare ulteriormente la gara del servizio mensa e ristorazione;
- l'impossibilità di reclutare personale infermieristico a tempo determinato per fronteggiare le esigenze organizzative derivanti dall'attivazione di nuovi servizi (come ad es. Hospice Torrevecchia Teatina);

Considerando la natura del contratto di somministrazione che vede tra i suoi elementi cardini la temporaneità, è facile capire come questa Azienda debba ricondurre le risorse a forme contrattuali più idonee e/o comunque azzerare il fenomeno.

Ad oggi le unità in servizio in forza presso l'Azienda ed il loro relativo costo annuo stimato sono quelli elencati nella tabella

Tabella - Personale interinale e costo annuo stimato 2014

Destinazione di utilizzo	Unità attualmente in servizio	Costo annuo stimato 2014
Addetti al Servizio Cup e Call Center	72	€ 2.000.000
Addetti al Servizio Mensa e Ristorazione	71	€ 1.760.000
Addetti all'Assistenza (infermieri e pers.tecnico)	32	€ 1.500.000
Altro	12	€ 480.000
TOTALE	187	€ 5.740.000

Pertanto, con riferimento all'annualità 2015, l'Azienda nel conformarsi alle previsioni di cui al citato Programma Operativo 2013-2017, tiene conto dei limiti di spesa fissati con decreto commissariale n.91/2013, e **assume quale obiettivo cardine** quello di 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.

La riduzione della spesa fissato per il personale con rapporto di lavoro flessibile consente altresì di conseguire il duplice obiettivo fissato dal decreto commissariale 84/2013 (spesa CE e tetto T.D.). Pertanto le manovre di seguito dettagliate sono orientate a superare tali criticità.

Per quanto sopra esposto l'Azienda elabora per il triennio 2015-2017 i seguenti programmi di riconversione del personale in somministrazione lavoro.

4.2. Manovre di contenimento della spesa

4.2.1 Esternalizzazione del servizio Cup e Call Center

L'obiettivo è l'esternalizzazione complessiva del servizio Cup e Call Center e quindi l'azzeramento del personale interinale attualmente in servizio.

Prevedendo che l'aggiudicazione possa essere effettiva già dal mese di gennaio 2015, gli effetti economici sono quelli di cui alla tabella in cui si è ipotizzato che il costo dell'esternalizzazione sia pari al costo del corrispondente personale in somministrazione.

Esternalizzazione CUP

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Variazione unità di personale interinale	- 65 Unità	- 65 Unità	- 65 Unità
Variazione costo per personale interinale	- 2.000.000	- 2.000.000	- 2.000.000
Variazione costo per appalti	+ 2.100.000	+ 2.100.000	+ 2.100.000
Variazione costo per consumi beni non sanitari	- 50.000	- 50.000	- 50.000
Variazione costo per contratti telefonici	- 20.000	- 20.000	- 20.000

4.2.2 Esternalizzazione del servizio Mensa e Ristorazione

L'obiettivo è l'esternalizzazione complessiva del servizio Mensa e Ristorazione e quindi l'azzeramento del personale interinale attualmente in servizio a partire dal 2016 con la conclusione delle procedure di evidenza pubblica in corso di pubblicazione.

Prevedendo che l'aggiudicazione possa essere effettiva nel corso dell'anno 2016, gli effetti economici sono quelli di cui alla tabella che segue e meglio descritti nel prospetto riepilogativo delle manovre riguardanti i servizi esternalizzati nel triennio. Nel 2015, comunque, si procederà ad una riorganizzazione delle attività con conseguente razionalizzazione dei costi.

Esternalizzazione servizio mensa e ristorazione

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Variazione unità di personale interinale	- 10 Unità	- 71 Unità	- 71 Unità
Variazione unità di personale dipendente	-	- 35 Unità	- 35 Unità
Variazione costo per personale interinale	- 360.000	- 1.800.000	- 1.800.000
Variazione costo per personale dipendente	-	- 1.500.000	- 1.500.000
Variazione costo per Prodotti alimentari	-	- 800.000	- 800.000
Variazione costo per appalti	-	+ 4.500.000	+ 4.500.000





4.2.3 Manovra riferita ai servizi assistenziali

L'obiettivo della manovra è la progressiva sostituzione del personale con rapporto di lavoro interinale, attualmente operante nella ASL, sia del profilo infermieristico che tecnico sanitario, con personale tempo indeterminato dei medesimi profili (20-25 unità) sulla scorta dei relativi nulla-osta commissariali.

Considerata la tempistica necessaria per l'effettivo inizio servizio delle unità di personale dalle graduatorie di mobilità, presumibilmente entro il primo trimestre 2015, la manovra stimabile è quella di cui alla tabella che segue.

Manova servizi assistenziali

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Gestione personale - Interinale (cessazioni)	- 750.000	- 1.250.000	- 1.250.000

Si ipotizza comunque il mantenimento di 10-15 unità di personale infermieristico interinale per garantire livelli indispensabili di flessibilità nell'organizzazione del lavoro.

4.2.4 Riduzione del personale a tempo determinato e trasformazione rapporti di lavoro a tempo indeterminato

L'obiettivo è la progressiva sostituzione del personale con rapporto di lavoro a tempo determinato con personale a tempo indeterminato. Nell'anno 2015 si ipotizza il reclutamento di n.15/20 dirigenti sanitari di diverse discipline nonché collaboratori professionali sanitari di diversi profili (TSLB, personale vigilanza e ispezione, audiometristi, infermieri pediatrici, ecc.) e quindi la trasformazione degli attuali rapporti di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato, sulla scorta dei relativi nulla-osta commissariali, all'esito delle procedure di reclutamento già avviate.

Considerata la tempistica necessaria per la conclusione delle procedure, presumibilmente nel primo semestre 2015, la manovra stimabile è quella di cui alla tabella che segue:

Manova trasformazione personale da T. Determinato ad T. Indeterminato

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Gestione personale - T. Determ. (cessazioni)	- 1.750.000	- 2.250.000	- 2.250.000

4.2.5 Sintesi delle Manovre sul Personale

Pertanto gli effetti delle manovre sopra indicate per le annualità 2015-2017 determinano il seguente risultato:

Manovre	Manovra 2015	Manovra 2016	Manovra 2017
Esternalizzazione Servizio Cup e Call Center	- 2.000.000	- 2.000.000	- 2.000.000
Esternalizzazione Servizio Mensa e Ristorazione (ampliamento servizio sull'area Lanciano)	0	- 1.500.000	- 1.500.000
	<i>pers. dipendente</i>		
	- 360.000	- 1.800.000	- 1.800.000
	<i>pers. interinale</i>		
Servizi Assistenziali (infermieri e pers. tecnico)	- 750.000	- 1.200.000	- 1.200.000
Riduzione e trasformazione personale a tempo determinato	- 1.750.000	- 2.250.000	- 2.250.000
Trasformazione personale atempo indeterminato	2.500.000	3.000.000	3.000.000
Cessazione personale (pensionamenti) a tempo indeterminato	- 2.500.000	- 3.000.000	- 3.000.000
Totale Manovre Personale	- 4.860.000	- 8.750.000	- 8.750.000

La manovra sopra riportata non considera i costi sorgenti per il personale da dedicare sia alla neo istituita REMS già dal 2015 e sia all'Officina Trasfusionale Regionale a partire dal 2016 in quanto oggetto di specifici finanziamenti.

4.3. Le Strutture Private Accreditate

I soggetti privati accreditati (ex art. 8 D.Lgs. 502/1992) presenti nel territorio della Asl Lanciano Vasto Chieti, nel triennio 2012-2014, hanno operato nei seguenti ambiti:

Tipologia di Struttura 2012-2014	
Ospedaliera	3
Riabilitative ex art.26	23
Specialistica Ambulatoriale	31
Branche Specialistiche a visita * (2012: 5 - 2013:4)	3
Psicoriabilitative	9
Residenze Assistite	10
Residenze Sanitarie Assistite	5



l'Azienda e gli erogatori privati accreditati si consolidano nella attuazione a livello locale della programmazione regionale degli interventi di riorganizzazione della rete di offerta sanitaria, che mirano alla razionalizzazione e all'efficientamento della stessa, sia in un'ottica di contenimento della spesa che di miglioramento della qualità dell'assistenza e dei servizi offerti ai cittadini.

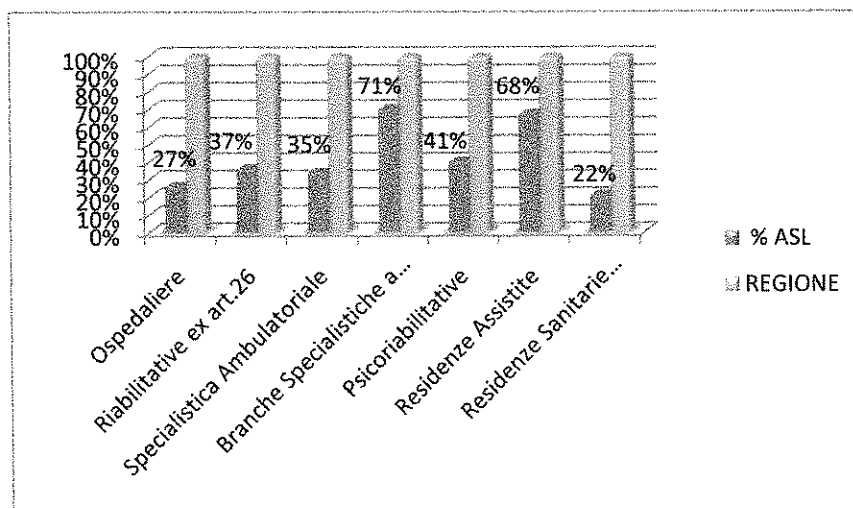
In coerenza con le indicazioni del Piano Operativo 2013-2015, si sta portando avanti un percorso di sviluppo della vocazione degli erogatori privati, secondo un'ottica di complementarità rispetto agli erogatori pubblici e sulla base del fabbisogno di prestazioni sfimato.

In particolare, nell'ambito della rimodulazione della rete di offerta territoriale, al fine di contenere i tempi di attesa e di facilitare l'accesso alle prestazioni, sono state avviate a giugno 2014 le procedure tecniche per la integrazione dell'offerta pubblica con quella del privato accreditato, mediante l'avvio di una fase pilota di negoziazione dei piani delle prestazioni accessibili per il tramite del Centro Unico di Prenotazione aziendale. Nello specifico la pianificazione ha riguardato le prestazioni cosiddette traccianti, come ad esempio mammografie, ecocardio, risonanze magnetiche, ecocolordoppler, elettromiografie.

Strutture private accreditate operanti nel territorio nel triennio 2012-2014.

Tipologia di Struttura	BUDGET 2012		BUDGET 2013		BUDGET 2014	
	ASL	REGIONE	ASL	REGIONE	ASL	REGIONE
Ospedaliere	€ 33.157.676	€ 125.861.062	€ 32.991.055	€ 123.963.659	€ 32.657.811	€ 123.963.659
Riabilitative ex art.26	€ 26.601.751	€ 69.236.829	€ 24.352.006	€ 65.398.244	€ 24.352.006	€ 65.967.785
Specialistica Ambulatoriale	€ 11.108.370	€ 29.755.548	€ 10.479.726	€ 29.674.585	€ 10.479.726	€ 29.374.842
Branche Specialistiche a visita	€ 234.898	€ 338.034	€ 189.679	€ 267.773	€ 155.363	€ 199.497
Psicoriabilitative	€ 8.646.347	€ 17.451.001	€ 6.480.492	€ 15.935.763	€ 6.480.492	€ 15.935.763
Residenze Assistite	€ 9.939.330	€ 14.562.343	€ 9.939.330	€ 14.562.343	€ 9.939.330	€ 14.562.343
Residenze Sanitarie Assistite	€ 3.898.143	€ 17.935.436	€ 3.898.143	€ 17.935.436	€ 3.898.143	€ 17.935.436
Totale Budget Assegnato	€ 93.586.515	€ 275.140.254	€ 88.330.431	€ 267.737.804	€ 87.962.871	€ 267.939.326

Tabella 2.25 - Incidenza su Budget Regionale - Strutture private accreditate operanti nel territorio nel triennio 2012-2014



L'ottima compliance registrata nella prima fase sperimentale, consente di prevedere una possibile estensione del sistema a tutte le prestazioni offerte dal privato, realizzando la piena integrazione delle agende di prenotazione, anche in relazione al bisogno clinico (classi di priorità).

La tabella che segue riporta, per il periodo 2012-2014, i dati dei budget assegnati ai soggetti privati accreditati operanti sul territorio e dei budget regionali dello stesso periodo, e il successivo grafico individua, per tipologia, l'incidenza delle attività riferite alla Asl sul budget regionale.

Il sistema dei controlli predisposto dalla ASL sulle prestazioni ospedaliere erogate dalle Strutture Private Accreditate, è stato posto in carico alla U.O. Valutazione Appropriata delle Prestazioni Sanitarie, in Staff alla Direzione Aziendale. La modalità di controllo prevede, sulla base della vigente normativa, in particolare dei protocolli regionali di valutazione e degli accordi contrattuali, l'estrazione dai file di produzione di un campione pari al 10%, cui si aggiunge l'estensione alle prestazioni ad alto rischio di inappropriata, come individuate dal Decreto Ministeriale del 10.12.2009. Inoltre, sulla produzione annuale vengono applicate, sulla base delle soglie di ammissibilità di cui al D.C.A. n. 50/2011, le riconduzioni dei ricoveri ordinari in diurni e di questi ultimi in ambulatoriali, con conseguenti decurtazioni tariffarie.

Seguono tabelle riassuntive delle risultanze dei controlli per gli anni 2012 e 2013.

ANNO DI VERIFICA 2012

Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici in percentuale sul budget da verifiche rispettive
CASA DI CURA VILLA PINI	3889 (+274 da file ASDAC)	831 (+35 ASDAC)	21,37% (+12,77% ASDAC)	35 (0 ASDAC)	4,21%	0,50%
CASA DI CURA SPATOCCO	4944 (+99 da file ASDAC)	960 (+13 ASDAC)	19,42% (+13,13 ASDAC)	197 (+1 ASDAC)	20,52% (1,01% ASDAC)	1,20%
CASA DI CURA SAN FRANCESCO (solo Medicina Riabilitativa)	273	33	12,09%	0	0,00%	0,00%

ANNO DI VERIFICA 2013

Denominazione struttura erogante	Num CC tot	Num CC controllate	% CC controllate	Num. CC non confermate	% CC non confermate sul totale delle CC controllate	Effetti economici in percentuale sul budget da verifiche rispettive
CASA DI CURA SAN FRANCESCO - VASTO (Solo Medicina Riabilitativa)	261	34	13,03%	0	0,00%	0,00%
CASA DI CURA VILLA PINI - CHIETI gestione Casa di Cura Abano Terme spa (dal 1 gennaio al 17 settembre 2013)	2526 (+ 226 asdac)	258 (+ 29 asdac)	10,21% (12,83 % asdac)	4 (0 asdac)	1,55% (0 % asdac)	0,05%
CASA DI CURA VILLA PINI - CHIETI gestione Santa Camilla spa (dal 18 settembre al 31 dicembre)	673 (+ 48 asdac)	82 (+ 6 asdac)	12,18% (12,50 % asdac)	0	0,00%	0,00%
CASA DI CURA SPATOCCO - CHIETI	4238 (+ 263 asdac)	451 (+32 asdac)	10,64% (12,16 % asdac)	25 (+2 asdac)	5,54% (6,25 % asdac)	0,24% (1,03 % asdac)

In riferimento agli abbattimenti derivanti dall'applicazione del D.C.A. n. 50/2011, sono stati recuperati, per il periodo intercorrente dalla sua entrata in vigore (aprile 2012) a dicembre 2012, importi pari al 2,23% del relativo budget dalla Casa di Cura "Spatocco" e pari allo 0,24% dalla Casa di Cura "Villa Pini"; per il 2013, invece, sono stati recuperati importi pari al 1,25% del budget dalla Casa di Cura "Spatocco" e 0,20% del budget della Casa di Cura "Villa Pini".



In particolare, preme sottolineare che, in merito all'incremento dei regimi di assistenza alternativi al ricovero e alla riduzione dell'inappropriatezza dei DRG, l'Azienda, in linea con le politiche generali di appropriatezza e governo clinico aziendali, procederà:

- al controllo, come per gli anni precedenti, dell'applicazione, da parte delle Strutture Private Accreditate, del Decreto del Commissario ad Acta n. 50 del 2012, per il rispetto delle percentuali di erogazione dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, con conseguenti decurtazioni per superamento delle relative quote di ricovero ordinario e diurno
- alla contestuale implementazione della formazione per i Direttori di UU.OO. ed i referenti S.D.O. per la piena attuazione, a livello delle Strutture Pubbliche Ospedaliere, del citato D.C.A. 50/2012.

Quanto alla individuazione delle prestazioni sanitarie per la definizione dei volumi di attività in sede di contrattazione con gli Erogatori Privati l'Azienda, nel triennio 2015-2017, intende procedere alla realizzazione del piano delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26, di riabilitazione psichiatrica e di residenzialità, erogate dalle Strutture Private Accreditate, mediante integrazione con il progetto di riconversione in atto, come da D.C.A. n. 52/2012, con conseguente riduzione dei posti letto di riabilitazione a favore di setting a più basso impatto assistenziale e contestuale attivazione di nuove tipologie assistenziali.

L'Azienda provvederà inoltre, alla trasmissione periodica trimestrale dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate ed effettuati, conformemente alle disposizioni contrattuali ed alla vigente normativa, da parte del Servizio Valutazione Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie, nonché alla redazione di procedura aziendale volta all'adozione di sistemi univoci di valutazione da parte delle U.V.M. aziendali e conseguente rilevazione, tramite le attività dei P.U.A., di eventuali fabbisogni assistenziali non soddisfatti.

4.4. Politiche Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale

4.4.1. Politiche per l'appropriatezza terapeutica e farmacologica

La spesa sanitaria è qui illustrata nelle sue due principali componenti: i Prodotti farmaceutici e sanitari acquistati e utilizzati dall'Azienda per l'erogazione in forma diretta e la Farmaceutica Convenzionata.

La prima registra un andamento crescente dei costi, in particolare di prodotti farmaceutici, dovuti all'aumento dei prezzi delle specialità farmaceutiche destinate alle terapie oncologiche, cardiovascolari e immunitarie.

Il costo complessivo della Farmaceutica Convenzionata presenta invece un trend in leggera diminuzione.

Tabella - Spesa farmaceutica e beni sanitari - valori in /1000. Anni 2012-2013.

Spesa farmaceutica e beni sanitari	2012	2013
Prodotti farmaceutici	48.044	49.869
Dispositivi medici	36.814	51.885
Farmaceutica da convenzione	72.943	72.384
Totale	157.801	174.138
Costi della produzione	-793.455	-803.154
INCIDENZA	19,89%	21,68%

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

Il tetto programmato della spesa farmaceutica ospedaliera 2013 è stato aumentato dal 2,4% al 3,5% del Fondo sanitario Regionale per l'anno 2014 ai sensi dell'art. 15, comma 4, del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 Agosto 2012, n.135. Il tetto è calcolato al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonché al netto della spesa per i vaccini, per i medicinali di cui alle lettere c) e



c-bis) della legge 537/1993, per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.

Il tetto programmato della spesa farmaceutica territoriale 2013 è stato ridotto dal 13,1% all'11,35% del Fondo sanitario Regionale per l'anno 2014 ai sensi dell'art. 15, comma 3, del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 Agosto 2012, n.135.

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 sono stati i seguenti:

Tetto spesa farmaceutica 2013		Tetto spesa farmaceutica 2014	
territoriale	ospedaliera	territoriale	ospedaliera
81.369.469€	24.088.495€	83.255.284 €	24.646.769 €

L'anno 2013 si è concluso con uno scostamento assoluto dal tetto della Farmaceutica Ospedaliera pari a € 4.262.770 e di € 3.035.415 per la Farmaceutica Territoriale, le proiezioni per l'anno 2014 mostrano un simile andamento anche per l'anno in corso, pertanto l'obiettivo da perseguire per il triennio 2015/2017 sarà il contenimento della Spesa Farmaceutica sia ospedaliera che territoriale entro i limiti definiti dai tetti di spesa assegnati alla ASL mediante la definizione di progetti di attività che consentano di coniugare l'appropriatezza delle cure con le risorse economiche disponibili.

4.4.2. La Farmaceutica Ospedaliera

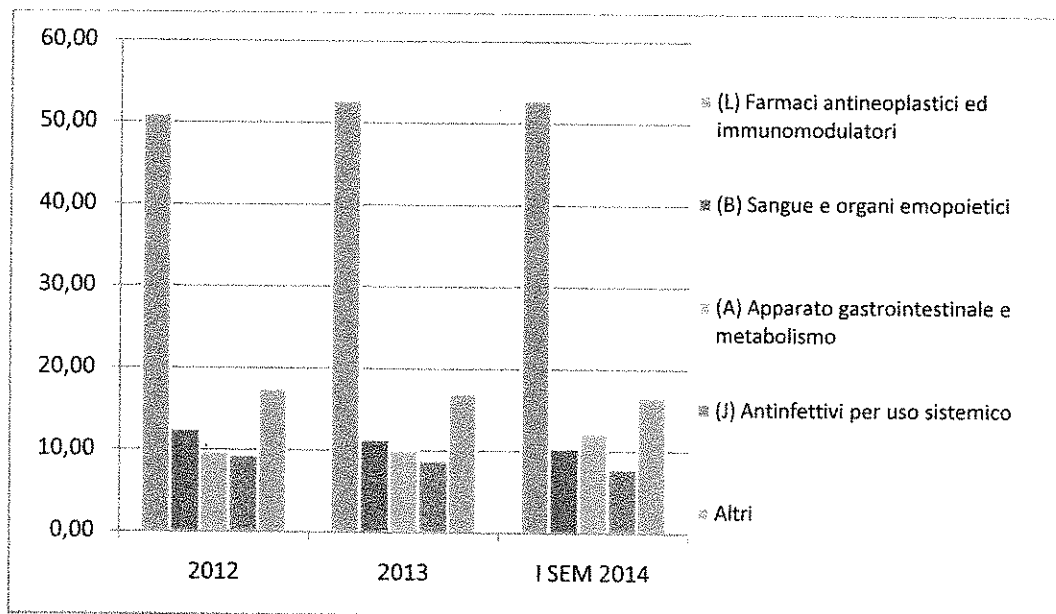
Nel grafico sottostante sono presi in esame gli anni 2012, 2013 e primo semestre 2014, elencando la ripartizione percentuale della spesa tra le principali categorie terapeutiche. In particolare sono state evidenziate separatamente le prime quattro classi che da sole impegnano circa l'80% della spesa farmaceutica ospedaliera, intesa sia come fornitura durante il regime di ricovero che "distribuzione diretta".

Ripartizione percentuale della spesa tra le principali categorie terapeutiche (Fonte dati:OLIAMM)

Categoria Terapeutica (ATC I livello)	2012	2013	I sem2014
(L) Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	50,99%	52,76%	52,84%
(B) Sangue e organi emopoietici	12,41%	11,29%	10,31%
(A) Apparato gastrointestinale e metabolismo	9,75%	10,13%	12,27%
(J) Antinfettivi per uso sistemico	9,32%	8,77%	7,88%
Altri	17,52%	17,05%	16,69%



Ripartizione percentuale della spesa tra le prime quattro classi che da sole impegnano circa l'80% della spesa farmaceutica ospedaliera (Fonte dati:OLIAMM)



Dai grafici emerge un'alta prevalenza, e comunque una tendenza all'aumento, dell'utilizzo dei farmaci oncologici (L) e Apparato gastrointestinale e metabolismo (A); l'elevata incidenza della spesa per i farmaci per Apparato gastrointestinale è dovuta principalmente all'utilizzo di farmaci per il trattamento di Malattie Rare.

Spesa farmaceutica ospedaliera 2012-I sem 2014 (Fonte dati:OLIAMM)

SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

	Anno 2012	Anno 2013	I sem 2014
Consumi Ospedalieri	20.457.000	20.024.000	11.472.000
Distribuzione Diretta Fascia H	10.105.000	11.050.000	6.481.000

L'andamento della spesa farmaceutica ospedaliera fa registrare nel tempo una tendenza all'aumento, dovuto in particolare all'incremento della Distribuzione Diretta di farmaci ad alto costo di recente immissione in commercio e contestualmente all'ampliamento delle indicazioni terapeutiche di molecole costose già in commercio. Tale fenomeno, richiede specifici interventi di monitoraggio dell'uso del farmaco in ospedale e nella continuità ospedale-territorio allo scopo principale di garantire l'appropriatezza della prescrizione così da giustificare la spesa e garantire i cittadini nel loro diritto alla salute.

4.4.3. La Farmaceutica Territoriale

Dall'analisi dei dati della Spesa farmaceutica territoriale negli anni 2012, 2013 e primo semestre 2014, estratti dal Sistema Tessera Sanitaria, si evince un andamento pressoché costante nelle classi farmacologiche analizzate.

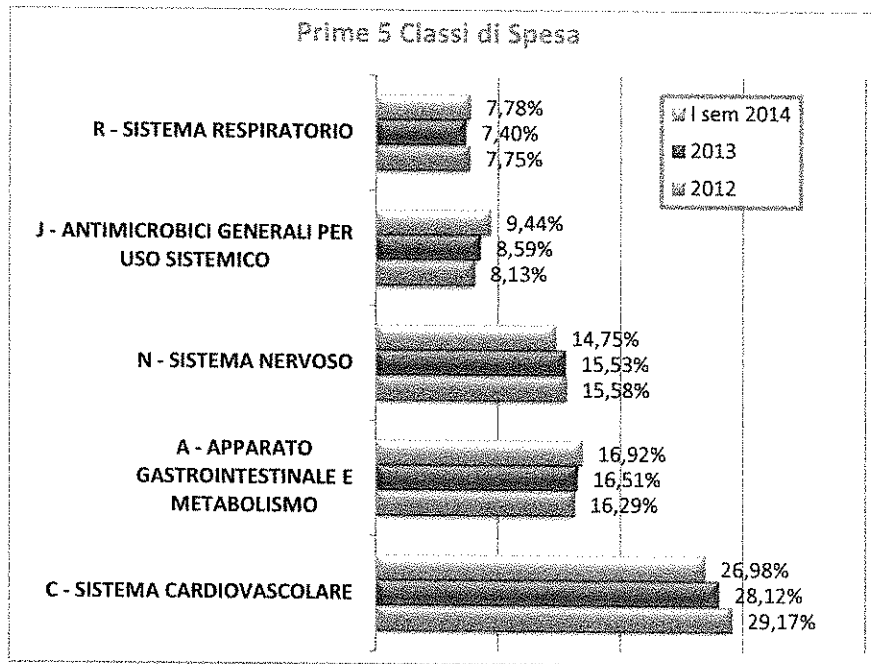


Fonte dati Sistema TS anni 2012-2013 I sem 2014

Categoria Farmaceutica (ATC) (Indice)	2012		2013		I sem 2014	
	€	%	€	%	€	%
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	24.317.792	29,17%	23.483.822	28,12%	11.525.010	26,98%
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	13.580.154	16,29%	13.785.978	16,51%	7.226.297	16,92%
N - SISTEMA NERVOSO	12.989.444	15,58%	12.969.069	15,53%	6.299.347	14,75%
J - ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	6.778.903	8,13%	7.175.272	8,59%	4.033.527	9,44%
R - SISTEMA RESPIRATORIO	6.459.626	7,75%	6.178.720	7,40%	3.321.647	7,78%
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	3.864.671	4,64%	3.798.350	4,55%	2.048.469	4,80%
V - VARI	3.418.523	4,10%	3.740.622	4,48%	1.808.347	4,23%
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	3.352.333	4,02%	3.632.193	4,35%	1.771.279	4,15%
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	2.448.869	2,94%	2.546.369	3,05%	1.355.084	3,17%
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	2.014.927	2,42%	2.016.708	2,41%	1.067.094	2,50%
S - ORGANI DI SENSO	2.003.730	2,40%	1.935.158	2,32%	1.021.032	2,39%
H - PREPARATI ORMONALI SISTEMICI, ESCL. ORMONI SESSUALI E INSULINE	1.745.283	2,09%	1.855.801	2,22%	1.019.576	2,39%
D - DERMATOLOGICI	345.446	0,41%	349.588	0,42%	190.150	0,45%
P - FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI	45.922	0,06%	48.583	0,06%	24.689	0,06%

La spesa maggiore si riscontra nelle classi del sistema cardiovascolare, dell'apparato gastrointestinale e del sistema nervoso, che incidono complessivamente per circa il 60% della spesa totale.

Prime 5 classi di spesa SSN. Anni 2012-2013- I sem 2014

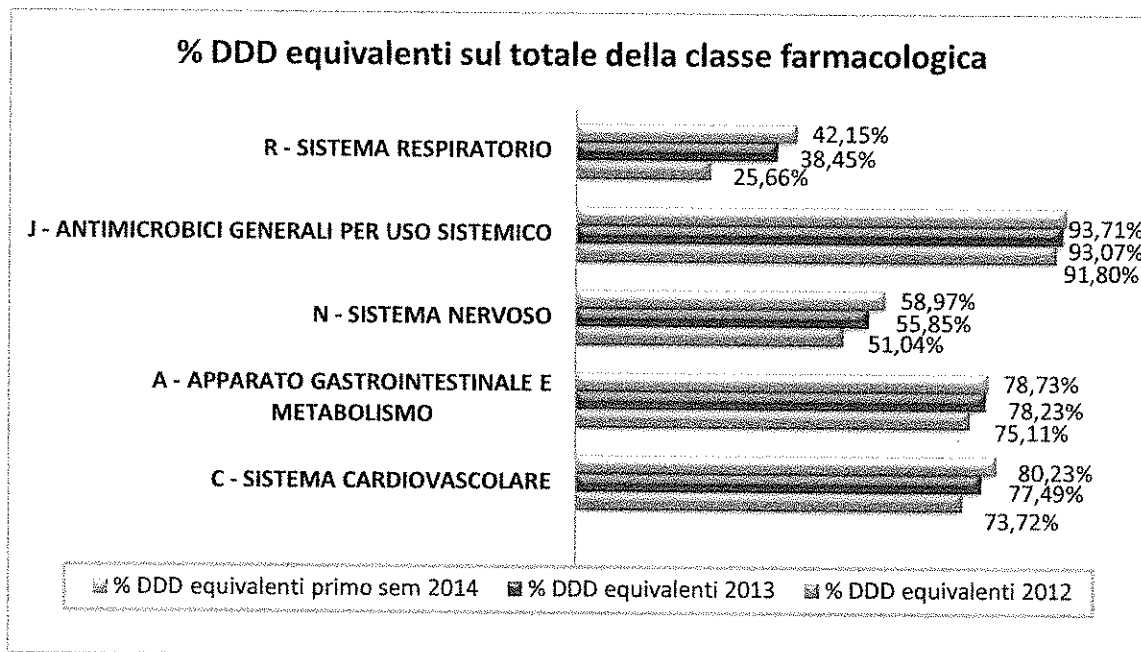




L'andamento dei 3 anni delle prime 5 classi fa emergere una leggera flessione per i farmaci usati nel sistema cardiovascolare e nervoso, mentre si è verificato un leggero aumento nella classe dei farmaci utilizzati nell'apparato gastrointestinale e negli antimicrobici sistemici, resta invece costante il consumo di farmaci per il sistema respiratorio.

Per le prime 5 classi di spesa farmaceutica sono stati estratti, dal sistema TS, i dati in percentuale di DDD (Defined Daily Dose – Dose Definita Giornaliera) di farmaci equivalenti prescritti sul totale della classe di riferimento di seguito riepilogati nella tabella che evidenzia l'andamento negli anni 2012- primo semestre 2014. Si evidenzia un incremento verso la prescrizione di farmaci equivalenti in tutte le classi.

Figura n. % DDD equivalenti sul totale della classe farmacologica



Tuttavia secondo le stime effettuate dal Servizio Assistenza Farmaceutica Regionale, nel I semestre 2014, nella ASL2 sono ancora necessari interventi per ridurre la prescrizione di farmaci a brevetto non scaduto e aumentare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto.

Incidenza % dei consumi di farmaci di classe A-SSN (espressi in DDD) per scadenza brevettuale - gennaio - giugno 2014

	Italia	Abruzzo	ASL2
brevetto scaduto - non generico/unbranded	49.0	49.4	51.0
brevetto scaduto - generici/branded	21.7	18.5	18.2
brevetto non scaduto	29.3	32.1	30.8

Pertanto, tra le azioni utili al contenimento della spesa rientra senza dubbio, l'incattivazione alla prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto secondo quanto altresì definito con appositi provvedimenti Regionali

mediante l'assegnazione di specifici obiettivi, aggiornati annualmente, finalizzati allo spostamento delle prescrizioni verso i farmaci a brevetto scaduto (Decreto del Commissario ad Acta della Regione Abruzzo n. 12/2014 del 12 febbraio 2014 - obiettivi da 0 a 10), e mediante la definizione di specifici indicatori di appropriatezza prescrittiva (Decreto del Commissario ad Acta della Regione Abruzzo n. 41/2012 - obiettivi da 11 a 15).

4.4.4. Linee Progettuali per il miglioramento dell'Appropriatezza Prescrittiva e il monitoraggio della Spesa Farmaceutica – Commissione Terapeutica Aziendale e Prontuario terapeutico Aziendale

L'esigenza dell'appropriatezza prescrittiva nasce dalla necessità di coniugare l'efficacia delle cure con le risorse disponibili, rendendole in tal modo accessibili a tutti.

È noto che l'appropriatezza ha più profili: clinico, organizzativo ed economico. Se l'economicità è uno dei fattori cui attenersi, essa non va utilizzata come strumento per escludere talune prestazioni dal loro novero, ma come criterio di selezione tra diversi possibili interventi sanitari atti a soddisfare una medesima esigenza.

E' nel campo dell'appropriatezza economica che le ASL, anche attraverso i prontuari farmaceutici, possono orientare i medici, cui spetta declinare l'appropriatezza clinica individuale, la scelta dei farmaci economicamente meno onerosi tra quelli clinicamente «appropriati». In questa prospettiva l'appropriatezza «economica» interagisce con quella «clinica» nel senso non di consentire alla prima di ridurre i Lea, bensì di scegliere tra le prestazioni individuate dai Lea stessi quelle clinicamente più appropriate rispetto alla condizione clinica del paziente. Il Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA) inteso come strumento operativo volto ad un uso appropriato del farmaco, nonché come una selezione ragionata dei farmaci utili per efficacia, sicurezza e costo, risulta fondamentale per una assistenza in continuo miglioramento.

Il PTA della ASL 2 è aggiornato al 25/08/2011, risulta pertanto prioritaria la revisione ed aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA) quale strumento vincolante ai fini della prescrizione e l'acquisto dei farmaci all'interno della ASL. Il PTA deve soddisfare le esigenze del territorio e delle aree specialistiche ospedaliere esistenti e diffondere i criteri generali utili alla prescrizione di farmaci con il miglior profilo costo/efficacia, nel rispetto delle indicazioni delle note AIFA e dei piani terapeutici e nel rispetto delle scelte autonome del medico, anche in riferimento alla cura del malato cronico, tenuto conto della necessaria continuità terapeutica ospedale-territorio.

L'obiettivo, per il triennio 2015- 2017, è la revisione ed aggiornamento sistematico e periodico del PTA. Ogni modifica del PTA avverrà sulla base delle decisioni della Commissione Terapeutica Aziendale (CTA), di nuova istituzione. La CTA è stata disegnata 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 Commissione estende inoltre le proprie aree di competenza dall'ambito esclusivamente ospedaliero alla promozione di una maggiore integrazione Ospedale –Territorio per la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale ponendo al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini valorizzando il ruolo e la responsabilità dei professionisti sanitari.

A tale scopo, la CTA si avvale di due Sottocommissioni permanenti con competenze specifiche nel campo dei Dispositivi Medici e del Farmaco. Tra le funzioni proprie della Commissione vi è l'individuazione di eventuali criticità e conseguentemente la promozione di modalità operative relative a:

- appropriatezza d'uso dei farmaci esprimendo pareri o raccomandazioni su singoli farmaci o categorie terapeutiche, proponendo la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, basati sull'esame della letteratura scientifica disponibile, della E.B.M. (evidencebased medicine). delle segnalazioni di farmacovigilanza e delle più recenti linee guida e indicazioni delle Agenzie Sanitarie Nazionali (AIFA, Agenas e ISS); conduzione di audit clinici di verifica dell'aderenza nella pratica terapeutica alle linee guida con l'obiettivo del miglioramento della qualità dell'assistenza
- revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale;
- monitoraggio della spesa di medicinali e dispositivi medici, sia in ambito ospedaliero che territoriale;



- dispensazione dei farmaci (prescrizione alla dimissione, distribuzione diretta o per conto) al fine di migliorare l'assistenza al paziente;
- programmi di formazione e informazione finalizzati a sensibilizzare gli operatori sanitari in merito a tematiche di ambito farmaceutico, soprattutto indirizzati verso quei farmaci caratterizzati da criticità di impiego e/o ad alto costo.

Gli aggiornamenti del PTA e le decisioni della CTA verranno pubblicati sul sito web istituzionale, in una sezione dedicata.

Il PTA dovrà avere aggiornamenti almeno semestrali e la sua revisione ed aggiornamento richiederanno l'istituzione della Segreteria della CTA stessa.

Cronoprogramma delle attività:

N	AZIONI	90gg dall'approvazione del Piano Strategico Aziendale	Primo semestre 2015	2016	2017
1	In sediamento della CTA e Avvio delle attività				
3	Costituzione di una Segreteria tecnico scientifica				
4	Identificazione di una area dedicata su sito web Aziendale				
6	Aggiornamenti periodici del PTA e avvio delle attività proprie della Commissione				

4.4.5. Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale e nella continuità ospedale-territorio

Lo scopo del monitoraggio deve essere in primis l'appropriatezza della prescrizione perché è "l'appropriatezza che giustifica la spesa e garantisce i cittadini nel loro diritto alla salute" (N. Martini, Presentazione del rapporto Osmed, 23/06/06).

Con specifiche determinazioni pubblicate in Gazzetta Ufficiale, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha previsto che l'utilizzo di taluni farmaci, richiede la compilazione di apposite schede di raccolta dati istituendo a tal fine i Registri di Monitoraggio AIFA. I Registri di Monitoraggio sono strumenti introdotti con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva di farmaci innovativi ad alto costo, raccogliere dati post-marketing per definirne l'efficacia nella reale pratica clinica e governare i meccanismi di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale permettendo una gestione informatizzata di tutte le fasi del processo di approvvigionamento, dispensazione e rimborso del farmaco.

Per alcuni farmaci innovativi sottoposti a monitoraggio pubblicati all'interno del sito internet AIFA ha disposto particolari sistemi di rimborsabilità attraverso la stipula di accordi negoziali con le Aziende Farmaceutiche titolari delle relative Autorizzazioni all'Immissione in Commercio di condivisione del rischio in caso di fallimento di un trattamento (payment by results, cost-sharing, risk-sharing).

L'obiettivo da perseguire nel triennio 2015-2017 è Implementare un piano di monitoraggio informatico condiviso dei consumi e della spesa dei farmaci con definizione di una reportistica specifica per aree terapeutiche a maggior costo e/o farmaci a particolare impatto economico sia livello Aziendale che Regionale, con particolare riguardo ai farmaci innovativi, biosimilari e farmaci soggetti a Registro di Monitoraggio AIFA.

L'indicatore utilizzato per l'individuazione delle aree terapeutiche a maggior costo e/o farmaci a particolare impatto economico sarà: Delta spesa farmaceutica per le classi terapeutiche/farmaci oggetto del monitoraggio - confronto con l'anno precedente.

Per i farmaci soggetti a Monitoraggio AIFA l'indicatore utilizzato per misurare l'appropriatezza prescrittiva sarà: N. di pazienti Registrati su Registro di Monitoraggio AIFA/N. pazienti registrabili (trattati).

Inoltre, con tale approccio si intende ottenere:

- la completa e puntuale attuazione del sistema di monitoraggio dell'appropriatezza d'uso dei farmaci di recente immissione in commercio il cui profilo di sicurezza ed efficacia necessita di un monitoraggio attento e costante sia nell'ottica della tutela del paziente che dell'utilizzo delle risorse a disposizione del SSN. In particolare ci si pone l'obiettivo della chiusura di tutte le schede di fine trattamento del Registro Monitoraggio Farmaci, con particolare riferimento a quelle per le quali è previsto il sistema di condivisione del rischio.:

- Monitorare l'uso dei farmaci biosimilari al fine di incrementarne l'utilizzo.

L'attività di tipo integrato con l'ufficio Sviluppo Strategico, prevede l'apertura di un canale di comunicazione, confronto e condivisione con i Responsabili delle aree terapeutiche interessate, nonché l'individuazione di personale dedicato.

N	AZIONI	Primo trimestre 2015	Secondo trimestre 2015	2016	2017
1	Revisione/integrazione delle categorie terapeutiche/farmaci da sottoporre a monitoraggio				
2	Condivisione con le UU.OO. interessate della reportistica specifica per aree terapeutiche a maggior costo e/o farmaci a particolare impatto economico				
3	Verifica della chiusura di tutte le schede di fine trattamento del Registro AIFA Monitoraggio Farmaci anno precedente: Relazione annuale del Responsabile Aziendale dei Registri di Monitoraggio AIFA				
4	Produzione di registro pazienti aggiornato periodicamente con l'indicazione del numero di confezioni erogate, data ultima erogazione, eventuale data fine trattamento al fine di procedere alla definizione di: <ul style="list-style-type: none"> - n. schede chiuse/N. di pazienti che hanno concluso il trattamento - n. di pazienti Registrati su Registro di Monitoraggio AIFA/n. pazienti registrabili 				

4.4.6. Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e PLS

La Regione Abruzzo ha attivato un sistema unico regionale di reportistica a partire dal IV trimestre 2011 al fine di monitorare le prescrizioni effettuate dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e di valutare la loro appropriatezza e il raggiungimento degli obiettivi fissati a livello regionale. La reportistica aggiornata periodicamente contiene tra l'altro 15 indicatori di appropriatezza che rappresentano strumenti utili per consentire al medico una valutazione sulla sua attività, di tali indicatori, 10 riguardano l'utilizzo di farmaci equivalenti.

Il monitoraggio degli obiettivi di prescrizione programmati annualmente a livello regionale, condotto trimestralmente, per la verifica della posizione della Asl rispetto agli obiettivi definiti fornirà la base di partenza per l'introduzione di idonee iniziative atte al perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva.



L'attività di tipo integrato con l'ufficio Sviluppo Strategico, prevede l'apertura di un canale di comunicazione, confronto e condivisione con i Responsabili NOD e il Servizio Farmaceutico Territoriale.

N	AZIONI	2015	2016	2017
1	Verifica dei risultati dell'anno precedente e eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati			
2	Individuazione delle modalità di perseguimento degli obiettivi per l'anno in corso			
3	Relazioni trimestrali del Servizio Farmaceutico territoriale sul perseguimento degli obiettivi fissati			

In esito alle Linee Strategiche di intervento su esposte, nella tabella sottostante si rappresenta l'impatto economico atteso per il triennio 2015-2017:

Tabella n. Proiezione dell'impatto economico delle Linee Progettuali suesposte rispettivamente sulla Spesa Farmaceutica Ospedaliera e Territoriale.

	Risparmio atteso		
	2015	2016	2017
Farmaceutica Ospedaliera	- €2.000.000	- €3.000.000	- €4.000.000
Farmaceutica Territoriale	- €2.000.000	- €3.000.000	- €4.000.000

4.5. I Dispositivi Medici

Il consumo di Dispositivi Medici (DM) sta crescendo in maniera rilevante, a vantaggio della salute e della qualità di vita dei cittadini, mostrando una vitalità superiore a quella del settore farmaceutico e con previsioni future che ipotizzano il pareggio dei due comparti per livello di spesa.

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.

In questo scenario, le manovre di Spendingreview hanno definito il tetto per l'acquisto dei dispositivi medici pari al 4,8% del Fondo Sanitario Nazionale per il 2013 e al 4,4% per il 2014* per il rispetto del quale è necessario sviluppare politiche appropriate.

Come fisiologica conseguenza è necessario che le aziende sanitarie definiscano, nei propri meccanismi di budget interni, anche i consumi attesi di dispositivi medici per singolo centro di responsabilità aziendale, così come avviene comunemente per i farmaci.



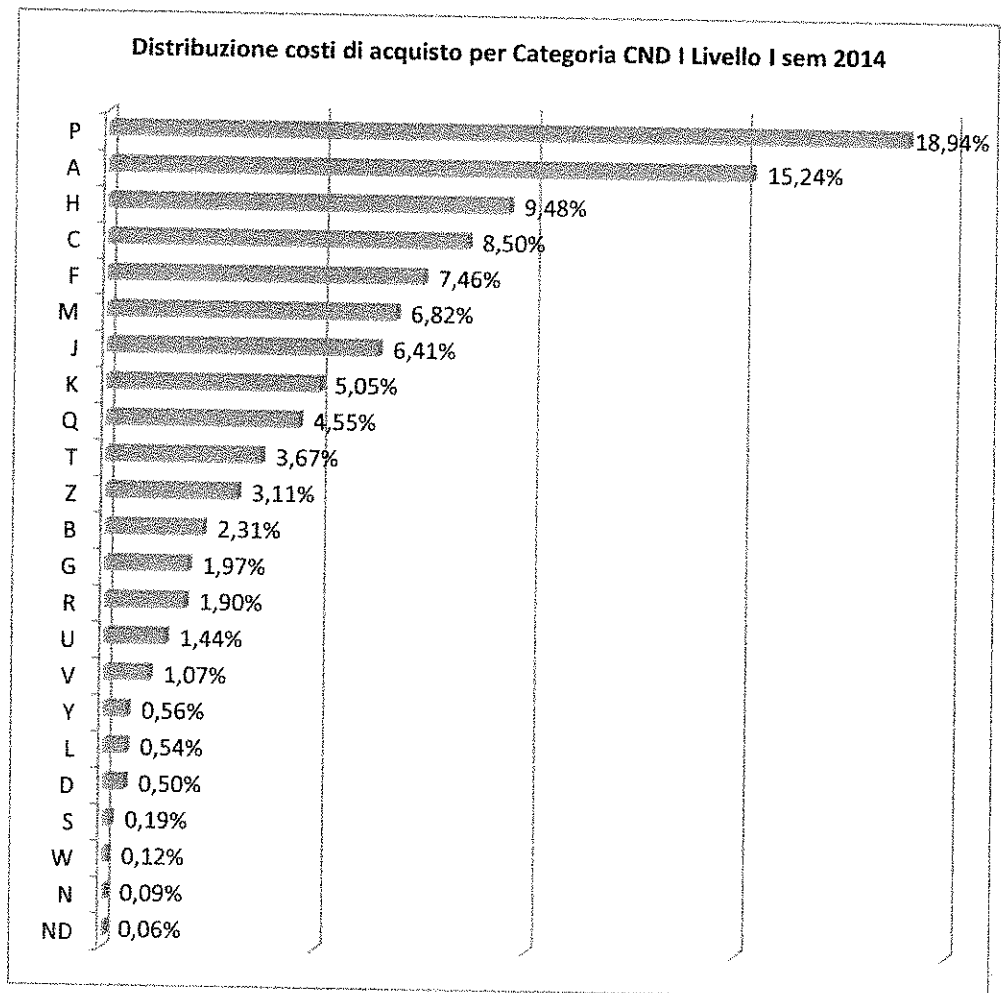
* Il D.L. 6 luglio 2012, n.95, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto (con l'art. 15, comma 13, letteraf)) che "il tetto di Spesa per l'acquisto di dispositivi medici, di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, è rideterminato, per l'anno 2013 al valore del 4,9 per cento e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,8 per cento". La Legge 24 dicembre 2012, n. 228 ha disposto (con l'art.1, comma, 131) che "A fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi, anche al fine di garantire il rispetto degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione

europea e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, al comma 13 dell'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, alla lettera f), le parole: «al valore del 4,9 per

Analisi in funzione del Codice CND I Livello

Dai dati di consumo del primo semestre 2014 è possibile analizzare la distribuzione dei costi di acquisto dei Dispositivi medici per categoria CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici) di I livello. Per i primi 6 mesi del 2014 la spesa per le categorie P, A, H, C e F è pari a circa il 60% della spesa totale rilevata.

I sem 2014	
CND I livello	Costo di acquisto
P	1.845.475
A	1.484.554
H	923.733
C	827.907
F	726.819
M	664.727
J	624.492
K	491.534
Q	442.971
T	357.406
Z	303.287
B	225.314
G	192.122
R	185.568
U	140.623
V	104.514
Y	54.672
L	52.282
D	49.073
S	18.464
W	11.590
N	8.672
ND	5.995

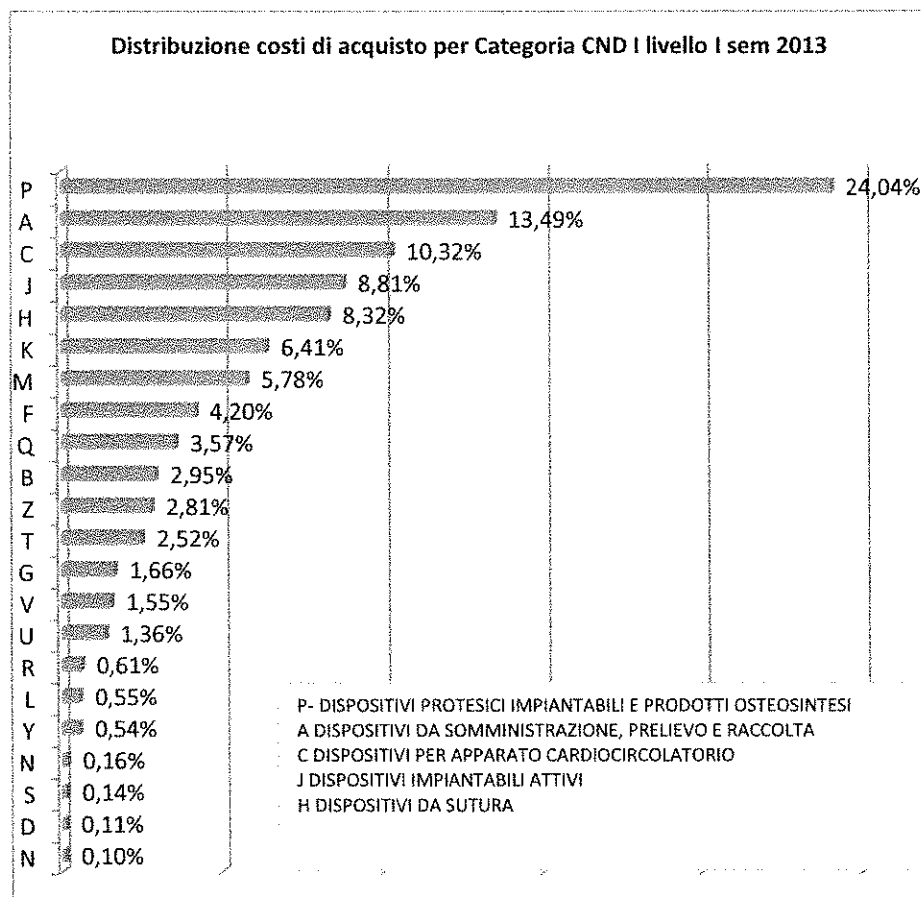


Fonte Dati: Sistema Informativo Aziendale



L'andamento risulta leggermente differente rispetto al primo semestre dell'anno precedente, nello specifico, nel 2014 si è registrato un incremento dei costi per dispositivi da sutura – H ed una riduzione dei costi sostenuti per l'acquisto dei DM classe J dispositivi impiantabili attivi.

I sem 2013	
CND I livello	Costo di acquisto
P	2.263.028
A	1.269.442
C	970.874
J	828.979
H	782.931
K	603.142
M	544.150
F	394.938
Q	336.211
B	277.236
Z	264.912
T	237.369
G	155.824
V	146.119
U	128.163
R	57.494
L	52.201
Y	50.769
ND	15.282
S	13.382
D	9.949
N	9.642



Fonte Dati: Sistema Informativo Aziendale

Al fine di verificare l'uso appropriato dei Dispositivi Medici (DM) si rende necessario procedere all'analisi e al monitoraggio del consumo e della spesa dei Dispositivi stessi. Le suddette attività richiedono preventivamente la corretta codifica dei DM in funzione del codice CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici con il dettaglio di Categoria, Gruppo e Tipologia), al fine della classificazione del DM in rapporto alla omogeneità per caratteristiche ed uso e 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 primo semestre 2014.

Le figure seguenti rappresentano la distribuzione della spesa rilevata per i diversi gruppi nei quali sono

articolate le categorie a maggiore spesa (P, A, H, C e F), consentendo di evidenziare i gruppi prevalenti. In particolare:



- P Dispositivi protesici ed impiantabili e prodotti per osteosintesi > P09 - PROTESI ORTOPEDICHE E MEZZI PER OSTEOSINTESI E SINTESI TENDINEO-LEGAMENTOSA (60.94%)
- A Dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta > A01 - AGHI (31.73%) e A03 - APPARATI TUBOLARI (23.57%)
- H Dispositivi da sutura > H01 - SUTURE CHIRURGICHE (42.52%)
- C Dispositivi per apparato cardiocircolatorio > C01 - DISPOSITIVI PER SISTEMA ARTERO-VENOSO (61.07%)
- F Dispositivi per Dialisi > F01 - FILTRI PER DIALISI (50.67%)

Figura “Dispositivi Protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi (CND P): composizione delle CND”

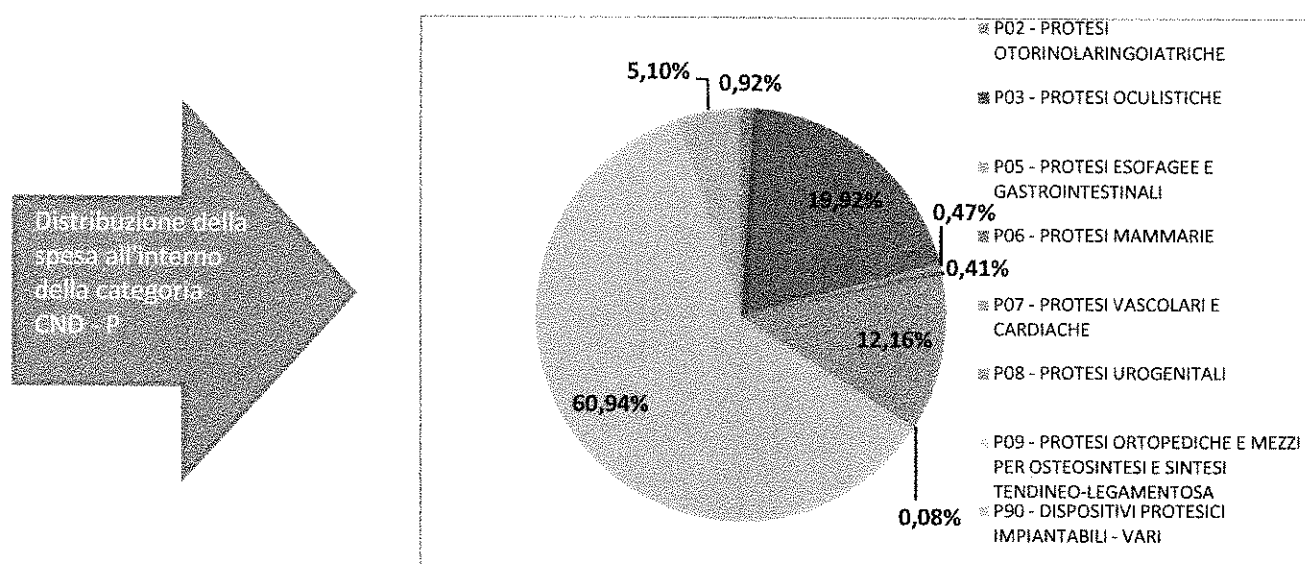


Figura “Dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta (CND A): composizione delle CND”

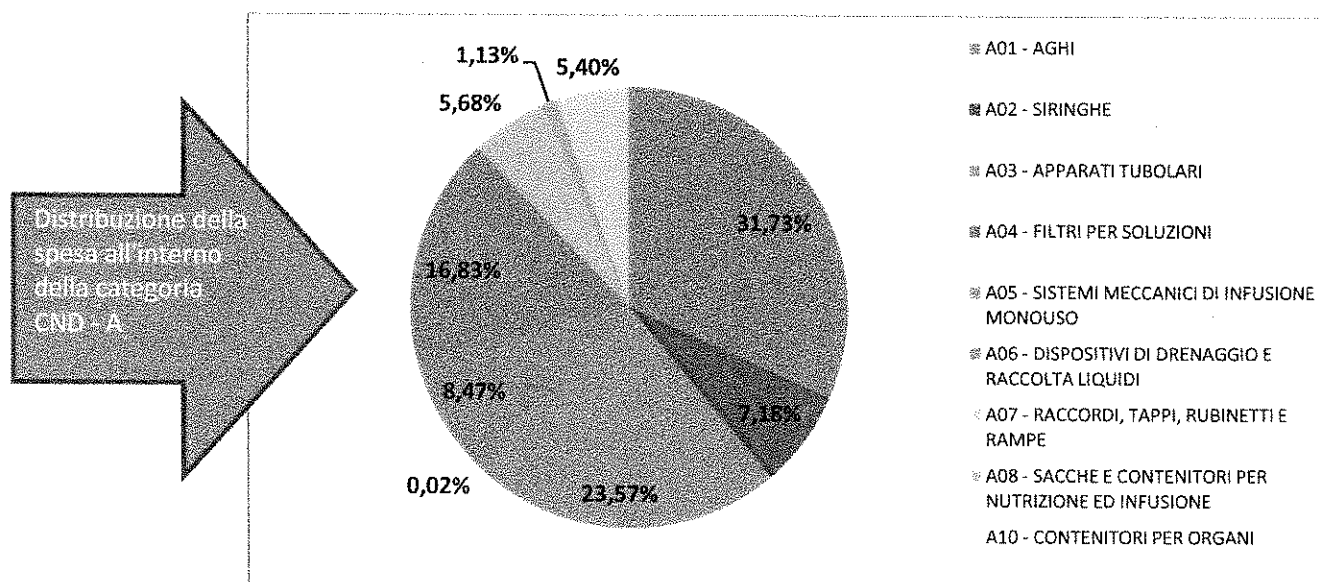


Figura “Dispositivi da sutura (CND H): composizione della CND”

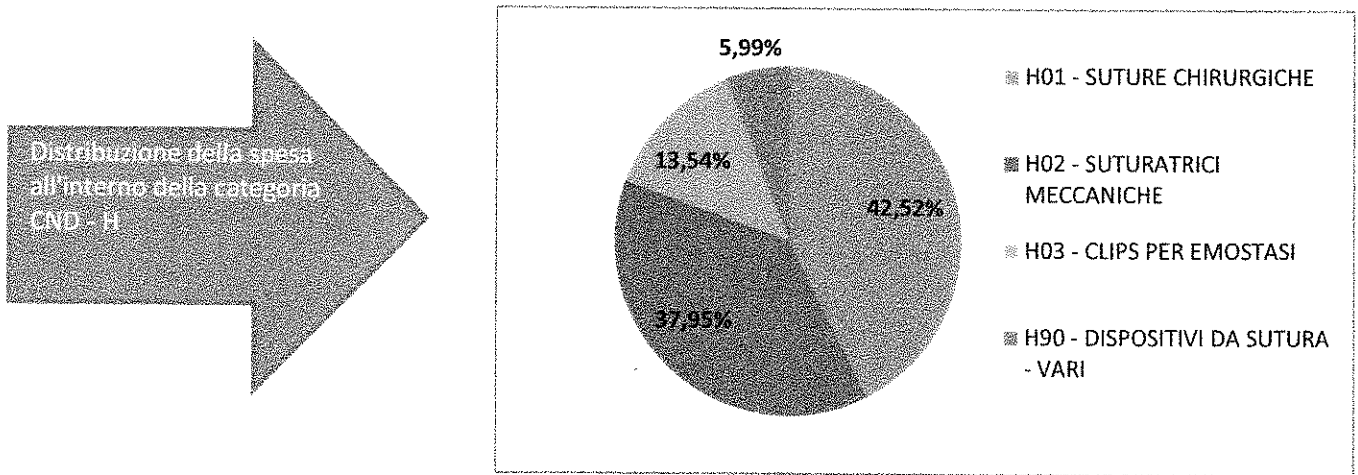


Figura “Dispositivi per apparato cardiocircolatorio (CND C): composizione delle CND”

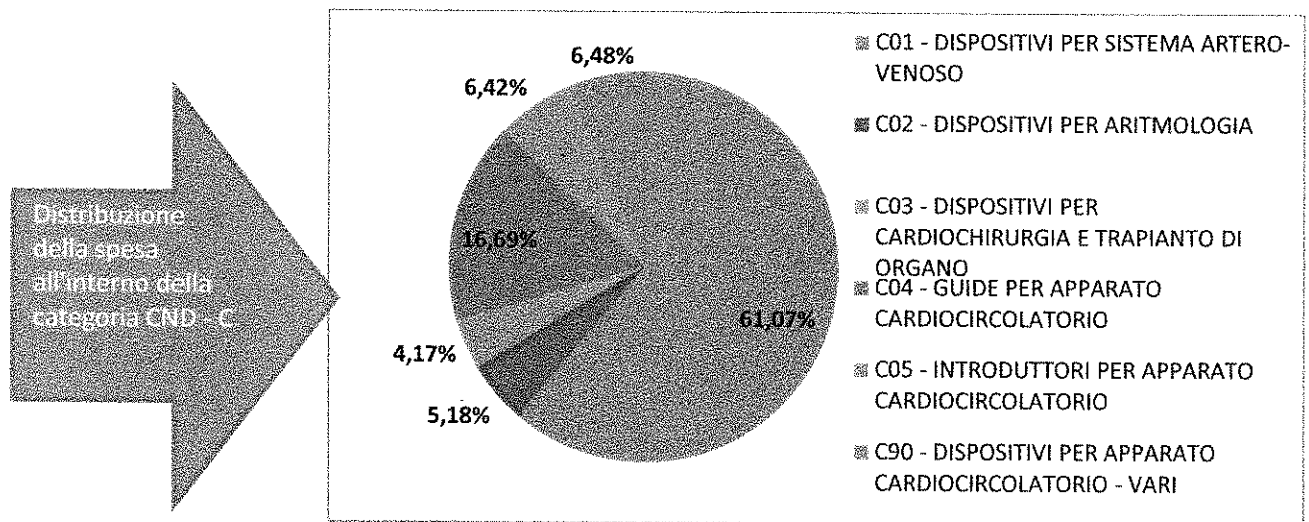
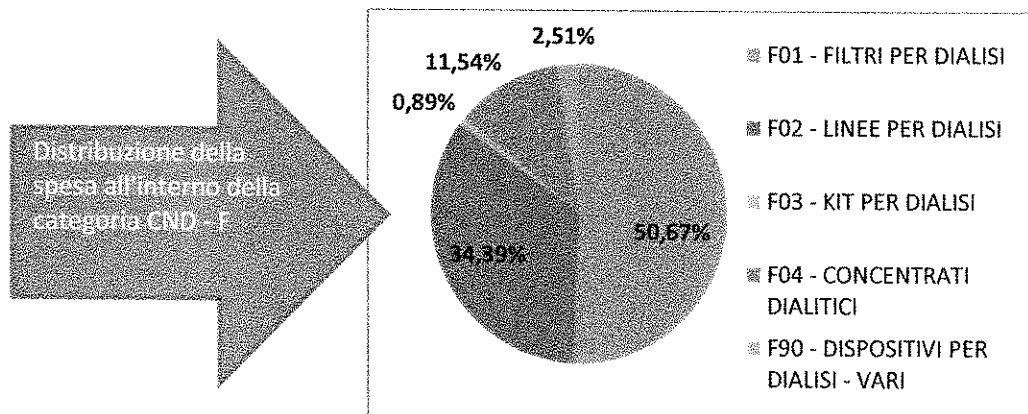


Figura “DISPOSITIVI PER DIALISI (CND F): composizione delle CND”





Le politiche di governo dei Dispositivi medici si avvalgono in particolare delle scelte sull' **acquisizione e l'uso** dei Dispositivi medesimi

Al fine di verificare l'uso appropriato dei Dispositivi Medici(DM) si rende necessario procedere all' analisi e al monitoraggio del consumo e della spesa dei Dispositivi stessi.

Le suddette attività richiedono preventivamente la corretta codifica dei DM, al fine della classificazione del DM in rapporto alla omogeneità per caratteristiche ed uso.

L'obiettivo prioritario da perseguire è la corretta classificazione dei Dispositivi Medici in funzione del codice CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici) quale strumento classificatorio adottabile in sede aziendale.

Il passo successivo è la revisione delle procedure d'acquisto dei DM, al fine dell'aggiornamento dei prezzi e dell' acquisizione centralizzata dei Dispositivi.

Contemporaneamente, ci si pone l'obiettivo dell'implementazione di un sistema informatizzato che consenta di tracciare la Distribuzione Diretta dei presidi erogati, per singolo paziente, similmente a quanto avviene già per i farmaci.

L'attività di tipo integrato con l'ufficio Sviluppo Strategico, prevede l' avvio di un programma di monitoraggio dell'uso dei dispositivi medici. In esito alle Linee Strategiche di intervento su esposte, nella tabella sottostante si rappresenta l' impatto economico atteso per il triennio 2015-2017:

	Risparmio atteso		
	2015	2016	2017
Dispositivi medici	3.000.000	- 5.500.000	- 7.000.000

N	AZIONI	2015		2016	2017
		I SEM	II SEM		
1	Classificazione dei Dispositivi Medici in funzione del codice CND				
2	Individuazione delle Categorie di DM da sottoporre a monitoraggio				
3	Implementazione di un sistema informatizzato che consenta di tracciare la Distribuzione Diretta dei presidi erogati, per singolo paziente				
4	Analisi dei dati e monitoraggio dei consumi				

4.6. Officina Trasfusionale Regionale (OTR) e attivazione della rete trasfusionale regionale

Nonostante l'attuale assetto organizzativo del Sistema Trasfusionale regionale abbia finora garantito il raggiungimento di importanti traguardi in termini di garanzie assistenziali per i cittadini, restano comunque alcune criticità da risolvere che specificamente riguardano:

- l'eccessiva frammentazione delle funzioni trasfusionali all'interno della rete ospedaliera.
- la disomogeneità nella erogazione dei livelli essenziali di assistenza del Servizio Trasfusionale, soprattutto per quanto riguarda:
- il raggiungimento degli obiettivi aziendali/regionali di autosufficienza di emocomponenti per uso clinico e di plasma da avviare alla trasformazione industriale;
- la standardizzazione dei processi produttivi e l'implementazione dei requisiti di qualità e sicurezza;
- l'appropriatezza dei consumi;
- la riduzione dei costi di gestione del servizio.

Il recepimento da parte dello Stato Italiano e delle Regioni del "Sistema regolatorio di matrice europea", che disciplina contestualmente l'attività dei Servizi Trasfusionali e delle Aziende farmaceutiche che lavorano il plasma italiano, sta determinando il suo maggiore impatto organizzativo proprio su quella che viene universalmente considerata una delle linee di attività più "critiche" del Servizio Trasfusionale, ovvero quella della raccolta, produzione e qualificazione biologica degli emocomponenti.

Molti paesi europei, proprio in considerazione dei consistenti investimenti che sono necessari per garantire gli elevati standard organizzativi, tecnologici e strutturali richiesti dalle direttive comunitarie, hanno avviato programmi di progressiva concentrazione delle attività di produzione e qualificazione biologica degli emocomponenti in pochi centri/laboratori individuati di norma su base regionale, al fine di raggiungere volumi e "masse critiche" di attività tali da garantire elevati standard di qualità e sicurezza e nel contempo significative economie di scala.

A tale scopo la Regione Abruzzo con DCA n. 94/2014 ha istituito l'Officina Trasfusionale Regionale ed ha affidato alla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti il compito della sua realizzazione.

Obiettivo del progetto è quello di adottare strumenti organizzativi e di programmazione finalizzati all'attivazione "a regime" dell'Officina Trasfusionale Regionale (OTR) ed al coordinamento della rete trasfusionale regionale.

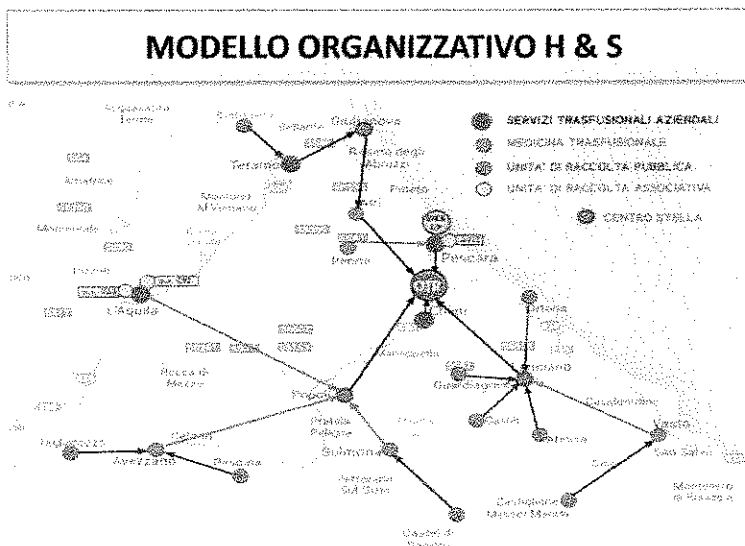
Con deliberazione aziendale n. 788 del 19 giugno 2014 è stato approvato il programma operativo di riorganizzazione della Rete Trasfusionale Aziendale ed in particolare è stata prevista la realizzazione del Centro di produzione e qualificazione biologica degli emocomponenti presso il P.O. di Ortona.



Con il medesimo atto è stato già dato mandato:

- All' U.O.C. Investimenti, Patrimonio e Manutenzioni ad avviare le necessarie procedure di gara per la progettazione e realizzazione della Officina (opere murarie, impianti, etc.), nonché per l'acquisto di arredi tecnici e dotazioni strumentali di proprietà;

- All' U.O.C. Governo dei Contratti di attivare tutte le procedure di gara necessarie per l'acquisto reagenti e materiali di consumo, dotazioni tecnologiche in service, sistemi hardware e software;
- All' U.O.C. Reti, Fonia e Dati di predisporre tutti i collegamenti, le installazioni, gli aggiornamenti hardware e software ed i contratti di manutenzione necessari per il funzionamento della struttura di cui all'oggetto.
- L'Azienda ha peraltro previsto, attraverso la redazione di un apposito Business Plan, di definire anche le modalità organizzative e gestionali più adeguate per il corretto funzionamento dell'Officina Trasfusionale, con particolare riferimento a:
 - valutazioni in merito alla sostenibilità economica e organizzativa dell'OTR nella fase di startup e "a regime", con particolare riferimento alle modalità di finanziamento e gestione dell'iniziativa (finanziamento e gestione interamente pubblica, sperimentazione gestionale, progetto di finanza, etc.);
 - gestione dei rapporti con le altre aziende sanitarie e con la Regione;
 - valutazioni in merito all'impatto economico, organizzativo e gestionale del modello OTR sulla rete trasfusionale regionale ad essa collegata;
 - gestione della logistica, delle infrastrutture di rete, dei trasporti, della catena del freddo, degli approvvigionamenti, del magazzino;
 - gestione degli appalti di livello regionale;
 - modalità di reclutamento e gestione delle risorse umane, dei rapporti contrattuali e delle relazioni sindacali;
 - pianificazione strategica di marketing e gestione del rischio d'impresa considerato che i farmaci prodotti in "conto lavorazione" dall'OTR per conto della Regione competono con gli analoghi prodotti commerciali sul libero mercato;
 - gestione del Risk management e degli aspetti assicurativi legati al rischio di contaminazione degli emocomponenti per uso clinico o del plasma per uso industriale;
 - definizione di un piano finanziario, di analisi dei costi e dei ricavi;
 - definizione di un adeguato sistema tariffario e di finanziamento.



Con Decreto Commissariale n. 149 del 7.11.2014 recante "Strumenti di Programmazione delle Aziende Sanitarie Locali 2015-2017", nell'ambito degli Indirizzi definiti dalla Regione Abruzzo per la riorganizzazione della rete trasfusionale regionale, è stato dato mandato alla Asl di Lanciano-Vasto-Chieti di completare il percorso di attivazione "a regime" del Centro Regionale Sangue e dell'Officina Trasfusionale Regionale entro il 31 dicembre 2015. Le risorse economiche necessarie per la realizzazione dell'OTR sono state stimate in circa 4 milioni di euro, per le quali sarà richiesto apposito finanziamento alla Regione Abruzzo.

Officina Trasfusionale eccetto costruzione

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Variazione unità di personale dipendente			
Biologi	-	+ 3 Unità	+ 3 Unità
Tecnici di laboratorio	-	+ 6 Unità	+ 6 Unità
Variazione costo per personale dipendente	-	+ 360.000	+ 360.000
Biologi	-	180.000	180.000
Tecnici di laboratorio	-	180.000	180.000
Variazione costi di gestione	-	+ 7.000.000	+ 7.000.000
Consumi	-	6.000.000	6.000.000
Trasporti e infrastrutture di rete	-	1.000.000	1.000.000
Variazioni Ricavi per cessione emocomponenti	-	+ 5.000.000	+ 5.000.000

Per quanto riguarda infine le modalità di reclutamento delle risorse umane necessarie per il funzionamento dell'OTR, si prevede di reclutare una parte del personale attraverso il ricollocamento del personale appartenente alle strutture trasfusionali di Vasto-Lanciano e Chieti, soppresse con Atto Aziendale n. 1460/2011 e s.i.m.. Per l'assunzione del restante personale, sarà necessario richiedere alla Regione Abruzzo apposita deroga, tenuto conto che l'OTR svolge attività di servizio a favore anche delle altre aziende sanitarie regionali.

4.7. Piano per l'Autosufficienza del Sangue

Attualmente 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".

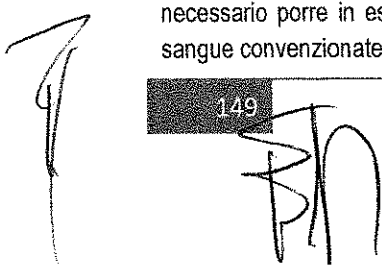
In particolare si registra uno squilibrio significativo tra i livelli di produzione ed i consumi nell'ambito territoriale del chietino in considerazione degli elevati fabbisogni delle unità operative appartenenti al Policlinico S. Annunziata, vista la tipologia e la complessità dei livelli assistenziali erogati.

Questa situazione di carenza strutturale, che perdura da tempo e che tende ad accentuarsi in alcuni periodi critici dell'anno come l'estate, ha generato in alcuni casi significative problematiche organizzative e di continuità assistenziale, in particolare per l'area chirurgica e quella del sistema urgenza/emergenza, nonché rilevanti disagi per l'utenza.

Per fare fronte a questa situazione l'Azienda è stata costretta negli anni ad importare sangue ed emocomponenti da altre aziende sanitarie regionali ed extra-regionali, ed in alcuni casi a far fronte ai bisogni trasfusionali attraverso la donazione occasionale (parenti e familiari), che come in alcuni casi potrebbero comportare un maggiore rischio residuo di malattie trasmissibili, tenuto in particolare conto dell'evoluzione del quadro epidemiologico delle malattie trasmissibili attraverso il sangue che si è registrato negli ultimi anni a causa della mobilità e dei movimenti migratori.

Il progetto si pone dunque l'obiettivo di mettere in campo linee di indirizzo sistematiche e strumenti organizzativi concreti per un'organica programmazione da conseguire attraverso modalità condivise tra gli attori del sistema trasfusionale, finalizzate ad implementare un effettivo coordinamento in rete delle attività trasfusionali e garantire nell'ambito del triennio il raggiungimento dell'autosufficienza aziendale, elevati livelli di qualità e sicurezza della terapia trasfusionale e la continuità delle cure.

Per il raggiungimento degli obiettivi di autosufficienza aziendale di sangue, emocomponenti e farmaci plasmaderivati, è necessario porre in essere i seguenti interventi organizzativi, anche in collaborazione con le Organizzazioni di donatori di sangue convenzionate con la ASL.:





- Promuovere l'autosufficienza aziendale esclusivamente attraverso la donazione volontaria e periodica del sangue e degli emocomponenti;
- Strategie innovative e adeguati strumenti di marketing e comunicazione sociale ai fini del reclutamento di nuovi donatori e della fidelizzazione di quelli esistenti;
- Attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria e studio dei principali determinanti della salute nella popolazione dei donatori di sangue;
- Riorganizzazione potenziamento della rete aziendale della raccolta del sangue e degli emocomponenti e dei Servizi di chiamata dei donatori;
- Coinvolgimento nel programma per l'autosufficienza aziendale della Rete delle cure primarie e dei Distretti Sanitari e Sociali;
- Attivazione "a regime" di tutti gli strumenti previsti dalla vigente Convenzione tra la ASL e le Organizzazioni di Donatori di sangue, con particolare riferimento al Comitato di Partecipazione aziendale;
- Attivazione di adeguati strumenti di programmazione, controllo e monitoraggio della produzione aziendale di sangue ed emocomponenti;
- Istituzione e attivazione "a regime" del Comitato Aziendale per il Buon Uso del Sangue, con l'obiettivo di promuovere consumi appropriati di sangue, emocomponenti e farmaci plasmaderivati;
- Attivazione nell'ambito del Centro Regionale Sangue dell'Osservatorio epidemiologico e per le Politiche socio-sanitarie del dono del sangue.

Tempi e risorse:

- Triennio 2015/2017.
- Risorse previste dalla convenzione in essere con le Organizzazioni di donatori di sangue.
- Finanziamenti regionali/aziendali per il Progetto dell'Osservatorio epidemiologico e per le Politiche socio-sanitarie del dono del sangue;

4.8. Politiche aziendali per la Sanità Penitenziaria

4.8.1. Ricognizione delle procedure di trasferimento delle funzioni sulla Sanità Penitenziaria al SSR

In merito alla richiesta di ricognizione delle procedure di trasferimento delle funzioni sulla Sanità Penitenziaria al SSR, sono stati elaborati vari protocolli di intesa tra la UOSD Sanità Penitenziaria e le articolazioni aziendali coinvolte nei percorsi di cura individuati dal modello organizzativo aziendale della Medicina Penitenziaria conformemente alle Linee Guida Regionali.

E' stata realizzata la carta dei Servizi conformemente alle Linee Guida Regionali, la cui brochure viene consegnata a tutti i detenuti giunti negli istituti penitenziari durante la visita medica di primo ingresso.

In data 09.10.2012 è stato redatto un Protocollo d'intesa tra questa Azienda e l'U.S.M.M. di Pescara, finalizzato a garantire l'assistenza psicologica ai minorenni sottoposti a provvedimento penale e residenti nell'ambito provinciale. E' in via di realizzazione un'integrazione al suddetto Protocollo in conformità alle richieste regionali pervenute. Situazione epidemiologica nei Presidi Sanitari Penitenziari di Chieti, Lanciano e Vasto; Nel corso dell'anno 2012 sono state eseguite le sotto elencate prestazioni sanitarie.

<i>Presidio Sanitario Penitenziario di Chieti</i>	<i>Presidio Sanitario Penitenziario di Lanciano</i>	<i>Presidio Sanitario Penitenziario di Vasto</i>
Presenza media n. 355 detenuti	Presenza media n. 379 detenuti	Presenza media n. 348 detenuti
(nuovi giunti 2012 n. 214 + presenti al 31.12.2011 n. 141)	(nuovi giunti 2012 n. 66 + presenti al 31.12.2011 n. 313)	(nuovi giunti 2012 n. 72 + presenti al 31.12.2011 n. 276)
Prestazioni di Medicina Generale n. 2359 di cui	Prestazioni di Medicina Generale n. 5455 di cui	Prestazioni di Medicina Generale n. 3344 di cui
Visite mediche nuovo giunto n. 214;	Visite mediche nuovo giunto n. 66;	Visite mediche nuovo giunto n. 72;
Visite mediche per monitoraggio sciopero della fame n. 156;	Visite mediche per monitoraggio sciopero della fame n. 353;	Visite mediche per monitoraggio sciopero della fame n. 290;
Visite mediche per disturbi psichiatrici n. 286;	Visite mediche per disturbi psichiatrici n. 1289;	Visite mediche per disturbi psichiatrici n. 850 ;
Visite mediche per counseling e/o P.M.L. del Responsabile P.S.P. n. 180;	Visite mediche per counseling e/o P.M.L. del Responsabile P.S.P. n. 590 ;	Visite mediche per counseling e/o P.M.L. del Responsabile P.S.P. n. 480;
Visite specialistiche cardiologiche n. 201;	Visite specialistiche cardiologiche n.195 ;	Visite specialistiche cardiologiche n. 213;
Visite specialistiche chirurgiche n. 69;	Visite specialistiche chirurgiche n. 149.	Visite specialistiche chirurgiche n. 212;
Visite specialistiche ginecologiche n. 49;	Visite specialistiche dermatologiche n. 275;	Visite specialistiche dermatologiche n. 291 ;
Visite specialistiche infettivologiche n. 99;	Visite specialistiche infettivologiche n. 111;	Visite specialistiche infettivologiche n.121 ;
Visite specialistiche odontoiatriche n. 216;	Visite specialistiche odontoiatriche n. 759;	Visite specialistiche odontoiatriche n. 393 ;
Visite specialistiche ortopediche n. 39;	Visite specialistiche oculistiche n. 216;	Visite specialistiche oculistiche n. 180;
Visite specialistiche psichiatriche n. 108.	Visite specialistiche otorinolaringoiatra n. 204;	Visite specialistiche otorinolaringoiatra n. 120;
	Visite specialistiche ortopediche n.173 ;	Visite specialistiche ortopediche n. 310;
	Visite specialistiche psichiatriche n. 794;	Visite specialistiche psichiatriche n.1464.
	Ecografie n. 211.	

La Asl2Abruzzo eroga tutte le prestazioni previste nei L.E.A. a favore dei detenuti internati e minori sottoposti a provvedimento penale ristretti e residenti nell'ambito territoriale. A tal proposito è stata effettuata la rilevazione al primo trimestre 2014 secondo la griglia di reportistica approvata dall'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria.

Allo stato l'U.O. di Medicina Penitenziaria prevede la seguente dotazione organica:

- n. 1 Dirigente Medico Responsabile della U.O.S.D. di Medicina Penitenziaria, a tempo indeterminato;
- n. 2 Dirigenti Psicologi, a tempo determinato, destinati rispettivamente una unità all'attività di sostegno a carico dei minori sottoposti a provvedimento penale residenti nell'ambito del territorio aziendale ed una unità al Servizio nuovi giunti e al sostegno dei detenuti ed internati ristretti negli Istituti penitenziari di Chieti, Lanciano e Vasto;
- n. 1 Coordinatore Infermieristico, a tempo indeterminato;
- n. 1 Assistente Sociale, a tempo indeterminato
- n. 1 Assistente Amministrativo, a tempo indeterminato;
- n. 3 Medici ex incaricati, con rapporto di lavoro disciplinato dalla Legge n. 740/70 come da D.P.C.M. 1° Aprile 2008, a cui è stato affidato il compito di Responsabile di ciascun Presidio Sanitario Penitenziario;
- n. 13 Medici, con rapporto di lavoro di tipo convenzionato, di cui n. 8 provenienti da pregresso rapporto con l'Amministrazione Penitenziaria come da D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e n. 5 con incarico di anni 1 (uno) individuati con la procedura prevista dall'A.C.N. di Medicina Generale del S.S.N.;
- n. 21 Infermieri, di cui 11 a tempo indeterminato e n. 10 a tempo determinato;
- n.19 Medici Specialisti, di cui 11 Specialisti Ambulatoriale (ex SUMAI) e n. 8 Dirigenti Medici dei Reparti Ospedalieri omologhi che assicurano le prestazioni in regime di "plus orario".

Si specifica che le prestazioni di Infettivologia e di Psichiatria vengono garantite rispettivamente dalle U.O.C./U.O.S.D. di Infettivologia e dal D.S.M..

Le prestazioni nei confronti dei detenuti/internati tossicodipendenti/alcooldipendenti vengono garantite dal Ser.T attraverso l'articolazione intramuraria denominata MODP (Modulo Operativo Dipendenze Patologiche) che è costituita da n. 1 Medico, n. 1 Psicologo e Assistenti Sociali; tale personale afferisce direttamente al Ser.T e non viene quindi considerato in organico all'U.O. di Medicina Penitenziaria.

Ulteriori Branche Specialistiche saranno eventualmente attivate, se il limite di spesa lo consentirà, nel caso in cui i rilievi di prevalenza ed incidenza desunti dalla reportistica trimestrale evidenzieranno la necessità di presenza intramuraria. Nel

P.S.P. di Chieti è prevista l'attivazione delle Branche di Oculistica e Otorinolaringoiatra senza variazione di spesa complessiva, in quanto una seduta settimanale al mese verrà soppressa rispettivamente nel PSP di Lanciano e nel PSP di Vasto e verrà eseguita nel PSP di Chieti.

E' stato realizzato quanto previsto sullo Staff di Accoglienza, attivato all'interno degli Istituti Penitenziari. A tal proposito è stato istituito un tavolo aziendale costituito dai Direttori degli Istituti Penitenziari, Responsabili dei Presidi Sanitari Penitenziari, Coordinatore Infermieristico U.O.M.P., Assistente Sociale U.O.M.P., ed Assistente Amministrativo U.O.M.P. con mansione di segretario, coordinato dal Responsabile UOSD, per elaborare il documento finalizzato alla realizzazione dello Staff di Accoglienza.

La gestione del rischio clinico sarà oggetto di apposita disposizione contenuta nell'atto di programmazione di adeguamento dell'offerta sanitaria, in via di definizione, e conterrà le ulteriori integrazioni previste dall'atto di indirizzo emanato dall'Osservatorio Regionale sulla Sanità Penitenziaria.

La continuità assistenziale viene garantita all'interno degli Istituti Penitenziari di Chieti, Lanciano e Vasto. In particolare nell'Istituto di Vasto è attiva l'assistenza medica ed infermieristica H24 mentre negli Istituti di Chieti e Lanciano è attiva l'assistenza infermieristica H24 e quella medica nelle ore diurne secondo la seguente articolazione oraria: P.S.P. Chieti 08,00 – 20,00, P.S.P. Lanciano 08,00 – 22,00.

Infine per quanto concerne l'assistenza protesica odontoiatrica, questa viene garantita alla fascia di detenuti/internati che trovasi in posizione di particolare indigenza e situazione clinica di grave compromissione con edentulia totale e/o parziale ma con grave deficit masticatorio (residuo di pochi elementi). A tal proposito è stata individuata una somma del budget assegnato a questa Azienda pari a €. 25.000,00 che viene ripartito tra i tre Presidi Sanitari Penitenziari per soddisfare a tali esigenze nel corso dell'anno.

La nostra Azienda, in ossequio a quanto previsto dal Programma operativo, ha adottato un Atto di programmazione concernente l'adeguamento dell'offerta sanitaria in ambito penitenziario, in linea con l'Atto di indirizzo approvato dall'Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria.

4.8.2. Disattivazione degli OPG ed individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti

In merito Disattivazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti sono stati elaborati gli atti relativi alla tutela della salute mentale in carcere attraverso il DSM in linea con quanto indicato nelle linee guida regionali in materia.

In particolare è stato realizzato un protocollo di intesa con il Dipartimento di Salute Mentale per la tutela della salute dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale il cui contenuto evidenzia, oltre che le azioni finalizzate alla riduzione del rischio suicidario dei detenuti e degli internati.

Nell'Istituto Penitenziario di Vasto è stata realizzata l'articolazione del S.S.N. per l'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale, denominata Sezione Psichiatrica, che è destinata ad accogliere gli internati di cui alla delibera menzionata. Negli Istituti Penitenziari di Lanciano e Chieti, sono state individuate le stanze ove eseguire l'Osservazione Psichiatrica. Tali stanze dovranno essere adeguate dal punto di vista strutturale dall'Amministrazione Penitenziaria.

Circa la realizzazione sul territorio aziendale di una struttura di 20 p.l. denominata R.E.M.S. – Residenza Esecuzione Misura di Sicurezza, volta a superare definitivamente gli OPG e di conseguenza a determinarne la chiusura, è necessario evidenziare le criticità e/o i fabbisogni clinico-assistenziali a cui si vuole dare risposta:

- Criticità n.1: rispetto delle linee guida del Ministero circa i criteri di agibilità e sicurezza della Rems



- Criticità n. 2: Tempi tecnici di realizzazione impianti murari e architettonici
- Criticità n. 3: tempi tecnici di selezione e assunzione personale dedicato

Obiettivi del progetto e modalità di svolgimento:

- Creare e supportare attivamente un rete in grado di accogliere le persone con misura di sicurezza;
- Rapportarsi con la Magistratura di sorveglianza per condividere protocolli e prassi operative;
- Programmare e supportare interventi sui detenuti con patologie psichiatriche;
- Condividere questi obiettivi con le altre Regioni;
- Definizione di progetti individuali di dimissione per tutte le persone presenti in OPG;
- Interventi per favorire la dimissione e la presa in carico da parte dei servizi del DSM di persone attualmente presenti negli OPG ovvero per limitare l'ingresso di persone in OPG;
- Potenziamento servizi territoriali per la salute mentale.

Per quanto sopra esposto è necessario anzitutto determinare l'apertura di una Rems temporanea presso l'Ospedale Civile di Guardigliare, previo trasferimento dei dei pazienti attualmente ricoverati nel locale SPDC, che a sua volta viene trasferito presso il Presidio Ospedaliero della città di Ortona.

A tal proposito sono state già messe a disposizione dal Ministero della Salute risorse pari a € 800.000,00 per le spese amministrative e organizzative.

4.8.3. Attivazione della REMS e previsioni economiche

Di seguito si riporta l'apposita scheda di impatto economico che l'azienda dovrà inevitabilmente sostenere per far fronte all'improrogabile esigenza dell'attivazione della REMS. I fabbisogni di risorse sia in termini di capitale umano che di investimento strutturale e gestionale (funzionamento) risultano "nuovi" e pertanto, catalogabili come costi sorgenti che solo in parte verranno compensati dal finanziamento mirato regionale.

REMS

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Variazione unità di personale dipendente			
Medici	+ 4 Unità	+ 4 Unità	+ 4 Unità
Infermieri	+ 12 Unità	+ 12 Unità	+ 12 Unità
Operatori socio sanitari	+ 8 Unità	+ 8 Unità	+ 8 Unità
Educatori professionali	+ 1 Unità	+ 1 Unità	+ 1 Unità
Finanziamento mirato	+ 890.000	+ 890.000	+ 890.000
Variazione costo per personale dipendente	+ 840.000	+ 890.000	+ 890.000
Medici	250.000	300.000	300.000
Infermieri	360.000	360.000	360.000
Operatori socio sanitari	200.000	200.000	200.000
Educatori professionali	30.000	30.000	30.000
Variazione costi attivazione	+ 1.000.000	+ 1.000.000	+ 1.000.000



In merito alla tutela della salute in carcere questa Azienda adotterà entro il 30.6.2015 i provvedimenti necessari al dimensionamento di personale da destinare all'U.O. di Medicina Penitenziaria, in linea in linea con quanto previsto dal Decreto Commissariale n. 146 del 30.10.2014.

4.9. Politiche investimenti/tecnologie

4.9.1. Itab

La nuova convenzione stipulata nel 2014 con l'ITAB per Prestazioni di RMN, prevede una diminuzione di costo rispetto a quella precedente di euro 300.000 e contestualmente riporta in azienda il governo della gestione delle prestazioni/esami diagnostici da svolgere, utilizzando quindi direttamente sia la strumentazione che il personale dipendente. Di seguito si riporta una scheda di sintesi degli effetti economici derivanti dalla richiamata convenzione:

ITAB			
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Variazione unità di personale dipendente			
Medici Anestesisti	+ 1 Unità	+ 1 Unità	+ 1 Unità
Medici Radiologi	+ 1 Unità	+ 1 Unità	+ 1 Unità
Tecnici di radiologia	+ 2 Unità	+ 2 Unità	+ 2 Unità
Infermiere professionale	+ 3 Unità	+ 3 Unità	+ 3 Unità
	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Variazione costo per personale dipendente (mediante utilizzo del fondo accessorio)	+ 300.000	+ 310.000	+ 320.000
Medici	150.000	160.000	170.000
Tecnici di radiologia + Infermieri	150.000	150.000	150.000
Variazione costo di trasporto	+ 20.000	+ 20.000	+ 20.000
Variazione costo convenzione	- 300.000	- 300.000	- 300.000

4.9.2. Polo Cardiochirurgico "Palazzina M"

La valorizzazione del patrimonio Aziendale presume il completamento della Cardiochirurgia dell'Ospedale Clinicizzato Chieti. Il progetto per la realizzazione della "Palazzina M" prevede una struttura di nove piani con superficie utile di circa 12.000 mq denominata Polo Cardiochirurgico: contiene degenza cardiologica, cardiochirurgica e vascolare, sale operatorie cardiochirurgiche, UTIC e TICCH.

Alla data della fusione, risultava annoverato fra le opere incompiute, cioè quelle opere che per varie ragioni non erano portate ancora a termine e che necessitavamo di una revisione progettuale, di un nuovo stanziamento di fondi o di un'azione di recupero di un finanziamento concesso e mai utilizzato e, pertanto, revocato.

Si riassumono di seguito i principali step dello stato di avanzamento lavori:

- Data di avvio 10/04/2006
- Fine lavoro originaria del I Lotto 24.8.2007



- I° proroga a seguito contenzioso 21.1.2008
- II° proroga su richiesta dell'ATI 30/06/2008
- III° proroga su richiesta dell'ATI 27/09/2008
- fine lavori II° lotto 14/05/2009
- redazione della Perizia di variante 2 validata 24.3.2011
- stipula contratto di appalto per l'esecuzione perizia di variante e suppletiva n° 2 25.7.2011
- termine ultimo lavori variante e suppletiva 2 al 20.05.2012
- tale termine non è stato modificato con la sottoscrizione in data 02.08.2011 del Documento allegato alla perizia 2 assestamento per la quale è stato necessario procedere, relativamente alle sole opere impiantistiche, secondo le disposizioni dell'art. 136 del D.P.R. 554/99
- a seguito di richiesta dell'impresa sono state concesse diverse proroghe fino al 2.8.2012, data della certificazione di ultimazione lavori .

A tutt'oggi è stata concessa l'autorizzazione per la pulizia straordinaria, per il deposito e montaggio degli arredi e delle attrezzature, anticipatamente al collaudo finale, sono inoltre in corso i collaudi impiantistici; l'emissione della certificazione di collaudo finale è prevista per il **15/1/2015**.

Di seguito si riporta una scheda riassuntiva relativa alla attivazione della Palazzina M.

Attivazione Cardiochirurgia - Corpo M

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Investimenti in attrezzature e impianti	+ 7.500.000	+ 500.000	-
<i>di cui per attivazione sala ibrida</i>	<i>+ 2.000.000</i>		
Finanziamento mirato	+ 7.500.000	-	-
Costo trasloco	+ 100.000	-	-
Variazione costo servizi	+ 1.200.000	+ 1.100.000	+ 1.100.000
Pulizie	200.000	100.000	100.000
Energia elettrica	600.000	600.000	600.000
Gas	400.000	400.000	400.000
Variazione costo manutenzioni	+ 400.000	+ 600.000	+ 600.000
Variazione costo collegamenti e logistica	+ 100.000	-	-

4.9.3. Ulteriori manovre aziendali

Le ulteriori manovre aziendali di seguito riportate in tabella e previste in termini di programmazione 2015-2017, trovano ulteriore e più dettagliato commento nella nota illustrativa di Bilancio.

**Ulteriori Manovre - variazioni economiche nel triennio**

	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
Manutenzione attrezzature	+ 1.700.000	+ 1.700.000	+ 1.700.000
Diaverum	- 825.000	- 825.000	- 825.000
Dispositivi di Protezione Individuale (Sicurezza)	+ 500.000	+ 500.000	+ 500.000
Ausiliariato	- 500.000	- 500.000	- 500.000
Ulteriori costi capitalizzati	+ 1.500.000	+ 2.000.000	+ 2.500.000
Obiett. Accessibilità (portale) divesamente abili	+ 20.000	+ 20.000	+ 20.000
Effetto complessivo ulteriori m	+ 2.395.000	+ 2.895.000	+ 3.395.000

4.10. – L'Andamento dei valori economici: CE POA 2015-2017

Schema Aggregato Programma Operativo

ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI										
CONTO ECONOMICO	€000	Tendenziale 2015	Manovre 2015	Programmatico 2015	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	681.842	0	681.842	681.842	0	681.842	681.842	0	681.842
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	10.354	840	11.194	11.194	0	11.194	11.194	0	11.194
A1	Contributi F.S.R.	692.196	840	693.036	693.036	0	693.036	693.036	0	693.036
A2.1a	Ricavi mobilità in compensazione infra	45.955	507	46.462	46.462	0	46.462	46.462	0	46.462
A2.1b	Costi mobilità in compensazione infra	43.880	0	43.880	43.880	0	43.880	43.880	0	43.880
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	2.075	507	2.582	2.582	0	2.582	2.582	0	2.582
A2.2a	Ricavi mobilità non in compensazione infra	8.993	0	8.993	8.993	0	8.993	8.993	0	8.993
A2.2b	Costi mobilità non in compensazione infra	7.699	0	7.699	7.699	0	7.699	7.699	0	7.699
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	1.294	0	1.294	1.294	0	1.294	1.294	0	1.294
	Saldo Mobilità Infra	3.369	507	3.876	3.876	0	3.876	3.876	0	3.876
A2.3a	Ricavi mobilità in compensazione extra	22.698	0	22.698	22.698	0	22.698	22.698	0	22.698
A2.3b	Costi mobilità in compensazione extra	48.367	0	48.367	48.367	0	48.367	48.367	0	48.367
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-25.669	0	-25.669	-25.669	0	-25.669	-25.669	0	-25.669
A2.4a	Ricavi mobilità non in compensazione extra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A2.4b	Costi mobilità non in compensazione extra	99	0	99	99	0	99	99	0	99
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-99	0	-99	-99	0	-99	-99	0	-99
	Saldo Mobilità Extra	-25.768	0	-25.768	-25.768	0	-25.768	-25.768	0	-25.768
A2.5a	Ricavi infragruppo regionali	35	0	35	35	0	35	35	0	35
A2.5b	Costi infragruppo regionali	8	0	8	8	0	8	8	0	8
A2.5	Saldo infragruppo Regionale	27	0	27	27	0	27	27	0	27
A2	Saldo Mobilità	-22.372	507	-21.865	-21.865	0	-21.865	-21.865	0	-21.865
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	800	0	800	800	0	800	800	0	800
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	44	0	44	44	0	44	44	0	44
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	844	0	844	844	0	844	844	0	844
A3.2	Ticket	13.281	0	13.281	13.281	0	13.281	13.281	0	13.281
A3.3	Altre Entrate Proprie	10.024	0	10.024	10.024	5.000	15.024	15.024	0	15.024
A3	Entrate Proprie	24.149	0	24.149	24.149	5.000	29.149	29.149	0	29.149
A4.1	Ricavi Intramoenia	4.437	0	4.437	4.437	0	4.437	4.437	0	4.437
A4.2	Costi Intramoenia	4.049	0	4.049	4.049	0	4.049	4.049	0	4.049
A4	Saldo Intramoenia	388	0	388	388	0	388	388	0	388
A5.1	Retifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-4.471	-2.400	-6.871	-6.871	-600	-7.471	-7.471	0	-7.471
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	-4.471	-2.400	-6.871	-6.871	-600	-7.471	-7.471	0	-7.471
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio	10.800	0	10.800	10.800	0	10.800	10.800	0	10.800
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio	10.352	0	10.352	10.352	0	10.352	10.352	0	10.352
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	448	0	448	448	0	448	448	0	448
A	Totale Ricavi Netti	690.338	1.053	689.285	689.285	4.400	693.685	693.685	-	693.685



B1.1a.1	Personale Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato	191.708	840	192.548	192.548	870	193.418	193.418	510	193.928
B1.1a.2	Personale Sanitario - Dipendente - Tempo determinato	9.535	-1.600	7.935	7.935	-506	7.429	7.429	-500	6.929
B1.1a.3	Personale Sanitario - Dipendente - Altro	43	0	43	43	0	43	43	0	43
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente	201.274	-700	200.514	200.514	370	200.884	200.884	10	200.894
B1.1b	Personale Sanitario - Non Dipendente	2.830	0	2.830	2.830	0	2.830	2.830	0	2.830
B1.1	Personale Sanitario	204.104	-700	203.344	203.344	370	203.714	203.714	10	203.724
B1.2a.1	Personale Non Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato	35.831	0	35.831	35.831	-950	34.881	34.881	0	34.881
B1.2a.2	Personale Non Sanitario - Dipendente - Tempo determinato	801	-150	651	651	-100	551	551	0	551
B1.2a.3	Personale Non Sanitario - Dipendente - Altro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente	36.632	-150	36.482	36.482	-1.050	35.432	35.432	0	35.432
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente	5.066	-3.110	1.899	1.899	-1.826	64	64	0	64
B1.2	Personale Non Sanitario	41.632	-3.260	38.372	38.372	-2.876	35.496	35.496	0	35.496
B1	Personale	245.736	-4.020	241.716	241.716	-2.506	239.210	239.210	10	239.220
B2.1	Prodotti Farmaceutici con AIC	54.849	-2.000	52.849	52.849	-1.000	51.849	51.849	-1.000	50.849
B2.2	Prodotti Farmaceutici senza AIC	154	0	154	154	0	154	154	0	154
B2.3	Emoderivati	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	55.003	-2.000	53.003	53.003	-1.000	52.003	52.003	-1.000	51.003
B3.1a	Sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B3.1b	Dispositivi medici	49.711	-3.450	46.261	46.261	-2.500	43.761	43.761	-1.500	42.261
B3.1c	Dispositivi medici impiantabili	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B3.1d	Dispositivi medici impiantabili in vitro (IVD)	3.464	0	3.464	3.464	0	3.464	3.464	0	3.464
B3.1e	Altri beni sanitari	3.934	0	3.934	3.934	5.500	9.434	9.434	0	9.434
B3.1	Altri Beni Sanitari	57.109	-3.450	53.659	53.659	3.000	56.659	56.659	-1.500	55.159
B3.2	Beni Non Sanitari	2.908	0	2.908	2.908	-759	2.149	2.149	0	2.149
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smanicatore Rifium	12.962	606	13.562	13.562	0	13.562	13.562	0	13.562
B3.3a.2	Mantenitori e riparatori	15.681	406	16.081	16.081	200	16.281	16.281	0	16.281
B3.3a.3	Altri servizi appalti	7.014	0	7.014	7.014	0	7.014	7.014	0	7.014
B3.3a	Servizi appalti	35.657	1.000	36.657	36.657	200	36.857	36.857	0	36.857
B3.3b	Servizi Utenze	9.652	600	10.252	10.252	0	10.252	10.252	0	10.252
B3.3c.1	Consulenze - Personale Non Dipendente Sanitario	3.087	0	3.087	3.087	0	3.087	3.087	0	3.087
B3.3c.2	Consulenze - Personale Non Dipendente Non Sanitario	1.578	0	1.578	1.578	0	1.578	1.578	0	1.578
B3.3c	Consulenze	4.665	0	4.665	4.665	0	4.665	4.665	0	4.665
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	985	0	985	985	0	985	985	0	985
B3.3e	Premi di Assicurazione	5.472	0	5.472	5.472	0	5.472	5.472	0	5.472
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	15.973	1.720	17.693	17.693	6.000	23.693	23.693	0	23.693
B3.3g	Godimento Beni Di Terzi	7.015	0	7.015	7.015	0	7.015	7.015	0	7.015
B3.3	Servizi	79.421	3.320	82.741	82.741	6.200	88.941	88.941	0	88.941
B3	Altri Beni E Servizi	139.438	-130	139.308	139.308	8.441	147.749	147.749	-1.500	146.249
B4.1	Ammortamenti E Sperimentazioni	2.515	0	2.515	2.515	0	2.515	2.515	0	2.515
B4.2	Costi Sostenuti in Economia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	2.515	0	2.515	2.515	0	2.515	2.515	0	2.515
B5.1a	Accantonamenti per cause civili e oneri processuali	2.200	0	2.200	2.200	0	2.200	2.200	0	2.200
B5.1b	Accantonamenti per contenzioso personale dipendente	600	0	600	600	0	600	600	0	600
B5.1c	Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1d	Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (Autoassicurazioni)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1e	Altri accantonamenti per rischi	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1	Accantonamenti Rischi	2.800	0	2.800	2.800	0	2.800	2.800	0	2.800
B5.2	Accantonamenti Sanali (IFR)	336	0	336	336	0	336	336	0	336
B5.3a	Accantonamenti Rinnovi convenzioni MMG/PLSM/CA	340	0	340	340	0	340	340	0	340
B5.3b	Accantonamenti Rinnovi convenzioni Medici Sanai	35	0	35	35	0	35	35	0	35
B5.3c	Accantonamenti Rinnovi contrattuali, dirigenza medica	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
B5.3e	Accantonamenti Rinnovi contrattuali, comparto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.3	Accantonamenti per Rinnovi contrattuali	375	0	375	375	0	375	375	0	375
B5.4	Accantonamenti per interessi di Mora	1.800	0	1.800	1.800	0	1.800	1.800	0	1.800
B5.5	Altri Accantonamenti	1.876	0	1.876	1.876	0	1.876	1.876	0	1.876
B5	Accantonamenti	7.187	0	7.187	7.187	0	7.187	7.187	0	7.187
B6.1	Variazione Rimanenze Sanitarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B6.2	Variazione Rimanenze Non Sanitarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B6	Variazione Rimanenze	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	Totale Costi Interni	449.879	6.150	443.729	443.729	4.935	448.664	448.664	2.490	446.174
C1	Medicina Di Base	45.136	0	45.136	45.136	0	45.136	45.136	0	45.136
C2	Farmacologica Convenzionata	68.825	-2.000	67.825	67.825	-1.000	66.825	66.825	-1.000	65.825
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliero	30.702	0	30.702	30.702	0	30.702	30.702	0	30.702
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	14.570	-1.125	13.445	13.445	0	13.445	13.445	0	13.445
C3.2b	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	5.101	0	5.101	5.101	0	5.101	5.101	0	5.101
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	19.671	-1.125	18.546	18.546	0	18.546	18.546	0	18.546
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	24.710	0	24.710	24.710	0	24.710	24.710	0	24.710
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	3.222	0	3.222	3.222	0	3.222	3.222	0	3.222
C3.4b.1	Assistenza Integrativa da Privato	1.520	0	1.520	1.520	0	1.520	1.520	0	1.520
C3.4b.2	Assistenza Protetica da Privato	8.037	0	8.037	8.037	0	8.037	8.037	0	8.037
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protetica da Privato	9.557	0	9.557	9.557	0	9.557	9.557	0	9.557
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	7.804	0	7.804	7.804	0	7.804	7.804	0	7.804
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C3.4c.3	Assistenza Ternale da Privato	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	18.905	0	18.905	18.905	0	18.905	18.905	0	18.905
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	26.709	0	26.709	26.709	0	26.709	26.709	0	26.709
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	39.488	0	39.488	39.488	0	39.488	39.488	0	39.488
C3	Prestazioni da Privato	114.571	-1.125	113.446	113.446	0	113.446	113.446	0	113.446



PIANO STRATEGICO 2015 | 2017

C	Totale Costi Esterni	229.532	3.125	226.407	226.407	1.000	225.407	225.407	1.000	224.407
D	Totale Costi Operativi (B+C)	679.411	9.275	670.136	670.136	3.935	674.071	674.071	3.490	670.591
E	Margine Operativo (A-D)	10.927	8.222	19.149	19.149	465	19.614	19.614	3.490	23.104
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Sval	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F2	Saldo Gestione Finanziaria	502	0	502	502	0	502	502	0	502
F3.1	IRAP	17.742	0	17.740	17.740	0	17.740	17.740	0	17.740
F3.2	IRES	485	0	485	485	0	485	485	0	485
F3.3	Altri Oneri Fiscali	386	0	386	386	0	386	386	0	386
F3	Oneri Fiscali	18.613	0	18.611	18.611	0	18.611	18.611	0	18.611
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	19.115	-	19.113	19.113	-	19.113	19.113	-	19.113
G	Risultato Economico (E-F)	8.188	8.222	36	36	465	501	501	3.490	3.991
H	Risorse Aggiuntive da bilancio regionale a titolo d	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggi	8.188	8.222	36	36	465	501	501	3.490	3.991



BILANCIO PLURIENNALE 2015-2017

CONTO ECONOMICO			
SCHEMA DI BILANCIO	Programmatico 2015	Programmatico 2016	Programmatico 2017
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
1) Contributi in c/esercizio	693.897.748	693.897.748	693.897.748
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	693.036.000	693.036.000	693.036.000
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	861.748	861.748	861.748
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	800.000	800.000	800.000
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-	-	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra	-	-	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-	-	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	17.748	17.748	17.748
6) Contributi da altri soggetti pubblici	44.000	44.000	44.000
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 privati	-	-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-6.871.094	-7.471.094	-7.471.094
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	10.800.000	10.800.000	10.800.000
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	84.965.827	89.965.827	89.965.827
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	78.151.554	78.151.554	78.151.554
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	4.452.541	4.452.541	4.452.541
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.361.731	7.361.731	7.361.731
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	5.500.317	5.500.317	5.500.317
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	13.281.375	13.281.375	13.281.375
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	12.814.548	12.814.548	12.814.548
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	2.162.148	2.162.148	2.162.148
Totale A)	816.550.868	820.950.868	820.950.868
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
1) Acquisti di beni	109.711.134	110.951.832	108.451.832
a) Acquisti di beni sanitari	106.802.466	108.802.466	106.302.466
b) Acquisti di beni non sanitari	2.908.668	2.149.366	2.149.366
2) Acquisti di servizi sanitari	337.309.228	336.309.228	335.309.228
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	45.455.753	45.455.753	45.455.753
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	69.581.957	68.581.957	67.581.957
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	30.657.777	30.657.777	30.657.777
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	27.919.359	27.919.359	27.919.359
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	1.520.045	1.520.045	1.520.045
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	8.036.914	8.036.914	8.036.914
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	101.099.919	101.099.919	101.099.919
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	10.773.169	10.773.169	10.773.169
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	5.804.321	5.804.321	5.804.321
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.491.628	1.491.628	1.491.628
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	3.446.114	3.446.114	3.446.114
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	20.493.803	20.493.803	20.493.803
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	4.048.777	4.048.777	4.048.777
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	985.144	985.144	985.144
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	5.924.415	5.924.415	5.924.415
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	70.132	70.132	70.132
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	55.635.187	59.809.628	59.809.628
a) Servizi non sanitari	51.145.559	57.145.559	57.145.559
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	3.467.646	1.642.087	1.642.087
c) Formazione	1.021.982	1.021.982	1.021.982

CONTO ECONOMICO			
SCHEMA DI BILANCIO	Programmatico 2015	Programmatico 2016	Programmatico 2017
4) Manutenzione e riparazione	16.081.030	16.281.030	16.281.030
5) Godimento di beni di terzi	7.014.805	7.014.805	7.014.805
6) Costi del personale	236.995.825	236.315.825	236.325.825
a) Personale dirigente medico	95.593.865	95.963.865	95.973.865
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	6.235.029	6.235.029	6.235.029
c) Personale comparto ruolo sanitario	98.685.119	98.685.119	98.685.119
d) Personale dirigente altri ruoli	1.697.555	1.697.555	1.697.555
e) Personale comparto altri ruoli	34.784.256	33.734.256	33.734.256
7) Oneri diversi di gestione	2.175.132	2.175.132	2.175.132
8) Ammortamenti	15.330.289	15.330.289	15.330.289
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	25.322	25.322	25.322
b) Ammortamenti dei Fabbricati	9.058.877	9.058.877	9.058.877
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	6.246.090	6.246.090	6.246.090
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	-	-	-
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-	-	-
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-	-	-
11) Accantonamenti	17.539.158	17.539.158	17.539.158
a) Accantonamenti per rischi	2.800.000	2.800.000	2.800.000
b) Accantonamenti per premio operosità	336.000	336.000	336.000
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	10.352.000	10.352.000	10.352.000
d) Altri accantonamenti	4.051.158	4.051.158	4.051.158
Totale B)	797.791.788	801.726.927	798.236.927
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	18.759.080	19.223.941	22.713.941
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	1.327	1.327	1.327
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	503.203	503.203	503.203
Totale C)	-501.876	-501.876	-501.876
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	-0	-0	-0
a) Minusvalenze	-	-	-
b) Altri oneri straordinari	-0	-0	-0
Totale E)	-0	-0	-0
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	18.257.204	18.722.065	22.212.065
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			
1) IRAP	17.740.399	17.740.399	17.740.399
a) IRAP relativa a personale dipendente	15.733.205	15.733.205	15.733.205
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	1.439.129	1.439.129	1.439.129
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	568.066	568.066	568.066
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-	-	-
2) IRES	484.843	484.843	484.843
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-
Totale Y)	18.221.242	18.225.242	18.225.242
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	35.962	496.823	3.986.823



SCHEMA AGGREGATO

PROGRAMMA OPERATIVO

2015 2017

Schema Aggregato Programma Operativo

ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

CONTO ECONOMICO		€/000		2015		2016		2017		2016		2017	
		Tendenziale	Manovre	Programmatico	Tendenziale	Manovre	Programmatico	Tendenziale	Manovre	Programmatico	Tendenziale	Manovre	Programmatico
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	681.842	0	681.842	681.842	0	681.842	681.842	0	681.842	681.842	0	681.842
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	10.354	840	11.194	11.194	0	11.194	11.194	0	11.194	11.194	0	11.194
A1	Contributi F.S.R.	692.196	840	693.036	693.036	0	693.036	693.036	0	693.036	693.036	0	693.036
A2.1a	Ricavi mobilità in compensazione infra	45.955	507	46.462	46.462	0	46.462	46.462	0	46.462	46.462	0	46.462
A2.1b	Costi mobilità in compensazione infra	43.880	0	43.880	43.880	0	43.880	43.880	0	43.880	43.880	0	43.880
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	2.075	507	2.582	2.582	0	2.582	2.582	0	2.582	2.582	0	2.582
A2.2a	Ricavi mobilità non in compensazione infra	8.993	0	8.993	8.993	0	8.993	8.993	0	8.993	8.993	0	8.993
A2.2b	Costi mobilità non in compensazione infra	7.699	0	7.699	7.699	0	7.699	7.699	0	7.699	7.699	0	7.699
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	1.294	0	1.294	1.294	0	1.294	1.294	0	1.294	1.294	0	1.294
A2.3	Saldo Mobilità Infra	3.369	507	3.876	3.876	0	3.876	3.876	0	3.876	3.876	0	3.876
A2.3a	Ricavi mobilità in compensazione extra	22.698	0	22.698	22.698	0	22.698	22.698	0	22.698	22.698	0	22.698
A2.3b	Costi mobilità in compensazione extra	48.367	0	48.367	48.367	0	48.367	48.367	0	48.367	48.367	0	48.367
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-25.669	0	-25.669	-25.669	0	-25.669	-25.669	0	-25.669	-25.669	0	-25.669
A2.4a	Ricavi mobilità non in compensazione extra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A2.4b	Costi mobilità non in compensazione extra	99	0	99	99	0	99	99	0	99	99	0	99
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-99	0	-99	-99	0	-99	-99	0	-99	-99	0	-99
A2.5a	Saldo Mobilità Extra	-25.768	0	-25.768	-25.768	0	-25.768	-25.768	0	-25.768	-25.768	0	-25.768
A2.5b	Ricavi infragruppo regionali	35	0	35	35	0	35	35	0	35	35	0	35
A2.5	Costi infragruppo regionali	8	0	8	8	0	8	8	0	8	8	0	8
A2.5	Saldo Infragruppo Regionale	27	0	27	27	0	27	27	0	27	27	0	27
A2	Saldo Mobilità	-22.372	507	-21.865	-21.865	0	-21.865	-21.865	0	-21.865	-21.865	0	-21.865
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	800	0	800	800	0	800	800	0	800	800	0	800
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	44	0	44	44	0	44	44	0	44	44	0	44
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	844	0	844	844	0	844	844	0	844	844	0	844
A3.2	Ticket	13.281	0	13.281	13.281	0	13.281	13.281	0	13.281	13.281	0	13.281
A3.3	Altre Entrate Proprie	10.024	0	10.024	10.024	5.000	15.024	15.024	5.000	15.024	15.024	5.000	15.024
A3	Entrate Proprie	24.149	0	24.149	24.149	5.000	29.149	29.149	5.000	29.149	29.149	5.000	29.149
A4.1	Ricavi Intramoenia	4.437	0	4.437	4.437	0	4.437	4.437	0	4.437	4.437	0	4.437
A4.2	Costi Intramoenia	4.049	0	4.049	4.049	0	4.049	4.049	0	4.049	4.049	0	4.049
A4	Saldo Intramoenia	388	0	388	388	0	388	388	0	388	388	0	388
A5.1	Retifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-4.471	-2.400	-6.871	-6.871	-600	-7.471	-7.471	-600	-7.471	-7.471	-600	-7.471
A5.2	Retifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A5	Retifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-4.471	-2.400	-6.871	-6.871	-600	-7.471	-7.471	-600	-7.471	-7.471	-600	-7.471
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio	10.800	0	10.800	10.800	0	10.800	10.800	0	10.800	10.800	0	10.800

Schema Aggregato Programma Operativo

ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

CONTO ECONOMICO		€/000		Tendenziaria		Manovre		Programmatico		Tendenziaria		Manovre		Programmatico	
		2015	2015	2016	2016	2017	2017	2016	2016	2017	2017	2016	2016	2017	2017
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di es	10.352	0	10.352	0	10.352	0	10.352	0	10.352	0	10.352	0	10.352	0
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	448	0	448	0	448	0	448	0	448	0	448	0	448	0
A	Totale Ricavi Netti	690.338	- 1.053	689.285	4.400	693.685	-	693.685	693.685	693.685	693.685	693.685	693.685	693.685	693.685
B1.1a.1	Personale Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato	191.708	840	192.548	870	193.418	510	193.418	870	193.418	510	193.418	870	193.418	510
B1.1a.2	Personale Sanitario - Dipendente - Tempo determinato	9.523	-1.600	7.923	-500	7.423	-500	7.423	-500	7.423	-500	7.423	-500	7.423	-500
B1.1a.3	Personale Sanitario - Dipendente - Altro	43	0	43	0	43	0	43	0	43	0	43	0	43	0
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente	201.274	-760	200.514	370	200.884	10	200.884	370	200.884	10	200.884	370	200.884	10
B1.1b	Personale Sanitario - Non Dipendente	2.830	0	2.830	0	2.830	0	2.830	0	2.830	0	2.830	0	2.830	0
B1.1	Personale Sanitario	204.104	-760	203.344	370	203.714	10	203.714	370	203.714	10	203.714	370	203.714	10
B1.2a.1	Personale Non Sanitario - Dipendente - Tempo indeterminato	35.831	0	35.831	-950	34.881	0	34.881	-950	34.881	0	34.881	-950	34.881	0
B1.2a.2	Personale Non Sanitario - Dipendente - Tempo determinato	801	-150	651	-100	551	0	551	-100	551	0	551	-100	551	0
B1.2a.3	Personale Non Sanitario - Dipendente - Altro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente	36.632	-150	36.482	-1.050	35.432	0	35.432	-1.050	35.432	0	35.432	-1.050	35.432	0
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente	5.000	-3.110	1.890	-1.826	64	64	64	-1.826	64	64	64	-1.826	64	64
B1.2	Personale Non Sanitario	41.632	-3.260	38.372	-2.876	35.496	0	35.496	-2.876	35.496	0	35.496	-2.876	35.496	0
B1	Personale	245.736	-4.020	241.716	-2.506	239.210	10	239.210	-2.506	239.210	10	239.210	-2.506	239.210	10
B2.1	Prodotti Farmaceutici con AIC	54.849	-2.000	52.849	-1.000	51.849	-1.000	51.849	-1.000	51.849	-1.000	51.849	-1.000	51.849	-1.000
B2.2	Prodotti Farmaceutici senza AIC	154	0	154	0	154	0	154	0	154	0	154	0	154	0
B2.3	Emoderivati	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	55.003	-2.000	53.003	-1.000	52.003	-1.000	52.003	-1.000	52.003	-1.000	52.003	-1.000	52.003	-1.000
B3.1a	Sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B3.1b	Dispositivi medici	49.711	-3.450	46.261	-2.500	43.761	-1.500	43.761	-2.500	43.761	-1.500	43.761	-2.500	43.761	-1.500
B3.1c	Dispositivi medici impiantabili attivi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B3.1d	Dispositivi medici diagnostici in vitro (IVD)	3.464	0	3.464	0	3.464	0	3.464	0	3.464	0	3.464	0	3.464	0
B3.1e	Altri beni sanitari	3.934	0	3.934	5.500	9.434	0	9.434	5.500	9.434	0	9.434	5.500	9.434	0
B3.1	Altri Beni Sanitari	57.109	-3.450	53.659	3.000	56.659	-1.500	56.659	3.000	56.659	-1.500	56.659	3.000	56.659	-1.500
B3.2	Beni Non Sanitari	2.908	0	2.908	-759	2.149	0	2.149	-759	2.149	0	2.149	-759	2.149	0
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento Rifiuti	12.962	600	13.562	0	13.562	0	13.562	0	13.562	0	13.562	0	13.562	0
B3.3a.2	Manutenzioni e riparazioni	15.681	400	16.081	200	16.281	0	16.281	200	16.281	0	16.281	200	16.281	0
B3.3a.3	Altri servizi appalti	7.014	0	7.014	0	7.014	0	7.014	0	7.014	0	7.014	0	7.014	0
B3.3a	Servizi appalti	35.657	1.000	36.657	200	36.857	0	36.857	200	36.857	0	36.857	200	36.857	0
B3.3b	Servizi Utenze	9.652	600	10.252	0	10.252	0	10.252	0	10.252	0	10.252	0	10.252	0
B3.3c.1	Consulenze - Personale Non Dipendente Sanitario	3.087	0	3.087	0	3.087	0	3.087	0	3.087	0	3.087	0	3.087	0
B3.3c.2	Consulenze - Personale Non Dipendente Non Sanitario	1.578	0	1.578	0	1.578	0	1.578	0	1.578	0	1.578	0	1.578	0

Schema Aggregato Programma Operativo

CONTO ECONOMICO		€(000)	Tendenziale 2015	Manovre 2015	Programmatico 2015	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017
B3.3c	Consulenze		4.665	0	4.665	4.665	0	4.665	4.665	0	4.665
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi		985	0	985	985	0	985	985	0	985
B3.3e	Premi di Assicurazione		5.472	0	5.472	5.472	0	5.472	5.472	0	5.472
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non		15.975	1.720	17.695	17.695	6.000	23.695	23.695	0	23.695
B3.3g	Godimento Beni Di Terzi		7.015	0	7.015	7.015	0	7.015	7.015	0	7.015
B3.3	Servizi		79.421	3.320	82.741	82.741	6.200	88.941	88.941	0	88.941
B3	Altri Beni E Servizi		139.438	-130	139.308	139.308	8.441	147.749	147.749	-1.500	146.249
B4.1	Ammortamenti E Sterilizzazioni		2.515	0	2.515	2.515	0	2.515	2.515	0	2.515
B4.2	Costi Sostenuti in Economia		0	0	0	0	0	0	0	0	0
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati		2.515	0	2.515	2.515	0	2.515	2.515	0	2.515
B5.1a	Accantonamenti per cause civili e oneri processuali		2.200	0	2.200	2.200	0	2.200	2.200	0	2.200
B5.1b	Accantonamenti per contenzioso personale dipendente		600	0	600	600	0	600	600	0	600
B5.1c	Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni s		0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1d	Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (Autoassicuraz		0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1e	Altri accantonamenti per rischi		0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.1	Accantonamenti Rischi		2.800	0	2.800	2.800	0	2.800	2.800	0	2.800
B5.2	Accantonamenti Sumai (+ TFR)		336	0	336	336	0	336	336	0	336
B5.3a	Accantonamenti Rinnovi convenzioni MMG/PLSMCA		340	0	340	340	0	340	340	0	340
B5.3b	Accantonamenti Rinnovi convenzioni Medici Sumai		35	0	35	35	0	35	35	0	35
B5.3c	Accantonamenti Rinnovi contrattuali: dirigenza medica		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
B5.3e	Accantonamenti Rinnovi contrattuali: comparto		0	0	0	0	0	0	0	0	0
B5.3	Accantonamenti per Rinnovi contrattuali		375	0	375	375	0	375	375	0	375
B5.4	Accantonamenti per Interessi di Mora		1.800	0	1.800	1.800	0	1.800	1.800	0	1.800
B5.5	Altri Accantonamenti		1.876	0	1.876	1.876	0	1.876	1.876	0	1.876
B5	Accantonamenti		7.187	0	7.187	7.187	0	7.187	7.187	0	7.187
B6.1	Variazione Rimanenze Sanitarie		0	0	0	0	0	0	0	0	0
B6.2	Variazione Rimanenze Non Sanitarie		0	0	0	0	0	0	0	0	0
B6	Variazione Rimanenze		0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	Totale Costi Interni		449.879	6.150	443.729	443.729	4.935	448.664	448.664	2.490	446.174
C1	Medicina Di Base		45.136	0	45.136	45.136	0	45.136	45.136	0	45.136
C2	Farmaceutica Convenzionata		69.825	-2.000	67.825	67.825	-1.000	66.825	66.825	-1.000	65.825
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera		30.702	0	30.702	30.702	0	30.702	30.702	0	30.702
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale		14.570	-1.125	13.445	13.445	0	13.445	13.445	0	13.445

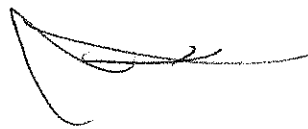
Schema Aggregato Programma Operativo
ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

CONTO ECONOMICO	€/000		Tendenziale	Manovre	Programmatico	Tendenziale	Manovre	Programmatico	Tendenziale	Manovre	Programmatico
	2015	2015	2015	2015	2015	2016	2016	2016	2017	2017	2017
C3.2b	5.101	0	5.101	0	5.101	5.101	0	5.101	5.101	0	5.101
C3.2	19.671	-1.125	18.546	0	18.546	18.546	0	18.546	18.546	0	18.546
C3.3	24.710	0	24.710	0	24.710	24.710	0	24.710	24.710	0	24.710
C3.4a	3.222	0	3.222	0	3.222	3.222	0	3.222	3.222	0	3.222
C3.4b.1	1.520	0	1.520	0	1.520	1.520	0	1.520	1.520	0	1.520
C3.4b.2	8.037	0	8.037	0	8.037	8.037	0	8.037	8.037	0	8.037
C3.4b	9.557	0	9.557	0	9.557	9.557	0	9.557	9.557	0	9.557
C3.4c.1	7.804	0	7.804	0	7.804	7.804	0	7.804	7.804	0	7.804
C3.4c.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C3.4c.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C3.4c.4	18.905	0	18.905	0	18.905	18.905	0	18.905	18.905	0	18.905
C3.4c	26.709	0	26.709	0	26.709	26.709	0	26.709	26.709	0	26.709
C3.4	39.488	0	39.488	0	39.488	39.488	0	39.488	39.488	0	39.488
C3	114.571	-1.125	113.446	0	113.446	113.446	0	113.446	113.446	0	113.446
C	229.532	-3.125	226.407	-1.000	225.407	225.407	-1.000	225.407	225.407	-1.000	224.407
D	679.411	-9.275	670.136	3.935	674.071	674.071	3.490	674.071	674.071	3.490	670.581
E	10.927	8.222	19.149	465	19.614	19.614	3.490	19.614	19.614	3.490	23.104
F1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F2	502	0	502	0	502	502	0	502	502	0	502
F3.1	17.742	0	17.740	0	17.740	17.740	0	17.740	17.740	0	17.740
F3.2	485	0	485	0	485	485	0	485	485	0	485
F3.3	386	0	386	0	386	386	0	386	386	0	386
F3	18.613	0	18.611	0	18.611	18.611	0	18.611	18.611	0	18.611
F4.1a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.1b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.2a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.2b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Schema Aggregato Programma Operativo

ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

CONTO ECONOMICO		c/000											
		Tendenziale 2015	Manovre 2015	Programmatico 2015	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	19.115	-	19.113	19.113	-	19.113	19.113	-	-	19.113	-	19.113
G	Risultato Economico (E-F)	8.188	8.222	36	36	465	501	501	3.490	3.991	501	3.490	3.991
H	Risorse Aggiuntive da bilancio regionale a titolo di	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I	Risultato Economico comprensivo di fiscalità aggiuntiva	8.188	8.222	36	36	465	501	501	3.490	3.991	501	3.490	3.991






CONTO ECONOMICO SINTETICO

2015 2017

CONTO ECONOMICO

SCHEMA DI BILANCIO

	Tendenziale 2015	Manovre 2015	Programmatico 2015	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017
A) VALORE DELLA PRODUZIONE									
1) Contributi in c/esercizio	693.057.748	840.000	693.897.748	693.897.748	-	693.897.748	693.897.748	-	693.897.748
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota r.S. regionale	692.196.000	840.000	693.036.000	693.036.000	-	693.036.000	693.036.000	-	693.036.000
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	861.748	-	861.748	861.748	-	861.748	861.748	-	861.748
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondi) - vincolati	800.000	-	800.000	800.000	-	800.000	800.000	-	800.000
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondi) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondi) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondi) - altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondi)	17.748	-	17.748	17.748	-	17.748	17.748	-	17.748
6) Contributi da altre soggette pubbliche	44.000	-	44.000	44.000	-	44.000	44.000	-	44.000
7) Contributi in c/esercizio - per ricerca	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8) da Ministero della Salute per ricerca corrente	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13) da Regione e altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14) da privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15) Contributi in c/esercizio - da privati	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2) Rattifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-4.471.094	-2.400.000	-6.871.094	-6.871.094	-600.000	-7.471.094	-7.471.094	-	-7.471.094
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	10.800.000	-	10.800.000	10.800.000	-	10.800.000	10.800.000	-	10.800.000
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	84.458.886	506.940	84.965.827	84.965.827	5.000.000	89.965.827	89.965.827	-	89.965.827
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	77.644.614	506.940	78.151.554	78.151.554	-	78.151.554	78.151.554	-	78.151.554
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	4.452.541	-	4.452.541	4.452.541	-	4.452.541	4.452.541	-	4.452.541
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	2.361.731	-	2.361.731	2.361.731	5.000.000	7.361.731	7.361.731	-	7.361.731
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	5.500.317	-	5.500.317	5.500.317	-	5.500.317	5.500.317	-	5.500.317
6) Partecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	13.281.375	-	13.281.375	13.281.375	-	13.281.375	13.281.375	-	13.281.375
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	11.814.548	-	12.814.548	12.814.548	-	12.814.548	12.814.548	-	12.814.548
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9) Altri ricavi e proventi	2.162.148	-	2.162.148	2.162.148	-	2.162.148	2.162.148	-	2.162.148
Totale A)	816.603.928	-53.060	816.550.868	816.550.868	4.400.000	820.950.868	820.950.868	-	820.950.868
B) COSTI DELLA PRODUZIONE									
1) Acquisti di beni	115.161.134	-5.450.000	109.711.134	109.711.134	1.240.698	110.951.832	110.951.832	-2.500.000	108.451.832
a) Acquisti di beni sanitari	112.252.466	-5.450.000	106.802.466	106.802.466	2.000.000	108.802.466	108.802.466	-2.500.000	106.302.466
b) Acquisti di beni non sanitari	2.908.668	-	2.908.668	2.908.668	-799.302	2.109.366	2.149.366	-	2.149.366
2) Acquisti di servizi sanitari	340.434.228	-3.125.000	337.309.228	337.309.228	-1.000.000	336.309.228	336.309.228	-1.000.000	335.309.228
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	45.455.753	-	45.455.753	45.455.753	-	45.455.753	45.455.753	-	45.455.753
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	71.581.957	-2.000.000	69.581.957	69.581.957	-1.000.000	68.581.957	68.581.957	-1.000.000	67.581.957
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	31.782.777	-	30.657.777	30.657.777	-	30.657.777	30.657.777	-	30.657.777
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	27.919.359	-	27.919.359	27.919.359	-	27.919.359	27.919.359	-	27.919.359
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza infermieristica	1.520.045	-	1.520.045	1.520.045	-	1.520.045	1.520.045	-	1.520.045
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	8.036.914	-	8.036.914	8.036.914	-	8.036.914	8.036.914	-	8.036.914
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ospedaliera	101.099.919	-	101.099.919	101.099.919	-	101.099.919	101.099.919	-	101.099.919
h) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica residenziale e semiresidenziale	10.773.169	-	10.773.169	10.773.169	-	10.773.169	10.773.169	-	10.773.169
i) Acquisti di prestazioni di distribuzione farmaci File P	5.804.321	-	5.804.321	5.804.321	-	5.804.321	5.804.321	-	5.804.321
j) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File P	1.491.628	-	1.491.628	1.491.628	-	1.491.628	1.491.628	-	1.491.628
k) Acquisti prestazioni terminali in convenzione	3.446.114	-	3.446.114	3.446.114	-	3.446.114	3.446.114	-	3.446.114
l) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	20.493.803	-	20.493.803	20.493.803	-	20.493.803	20.493.803	-	20.493.803
m) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	4.048.777	-	4.048.777	4.048.777	-	4.048.777	4.048.777	-	4.048.777
n) Comprensione prestazioni di personale per art. Libro-prof. (fiscato) (art. 23)	985.144	-	985.144	985.144	-	985.144	985.144	-	985.144
o) Rimborsi Assgpi e contratti sanitari	5.924.415	-	5.924.415	5.924.415	-	5.924.415	5.924.415	-	5.924.415
p) Consistenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie	70.132	-	70.132	70.132	-	70.132	70.132	-	70.132
q) Altri servizi sanitari e socio-sanitari a rilevanza sanitaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
r) Costi per differenziale Tariffa TUC	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	55.825.187	-190.000	55.635.187	55.635.187	4.174.441	59.809.628	59.809.628	-	59.809.628
a) Servizi non sanitari	48.225.559	2.920.000	51.145.559	51.145.559	6.000.000	57.145.559	57.145.559	-	57.145.559
b) Consistenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	6.577.646	-3.110.000	3.467.646	3.467.646	-1.825.559	1.642.087	1.642.087	-	1.642.087
c) Formazione	1.021.982	-	1.021.982	1.021.982	-	1.021.982	1.021.982	-	1.021.982

CONTO ECONOMICO

SCHEMA DI BILANCIO

	Tendenziale 2015	Manovre 2015	Programmatico 2015	Tendenziale 2016	Manovre 2016	Programmatico 2016	Tendenziale 2017	Manovre 2017	Programmatico 2017
4) Manutenzione e riparazione	15.681.030	400.000	16.081.030	16.081.030	200.000	16.281.030	16.281.030	-	16.281.030
5) Godimento di beni di terzi	7.014.805	-910.000	7.014.805	7.014.805	-	7.014.805	7.014.805	-	7.014.805
6) Costi del personale	237.905.825	-	236.995.825	236.995.825	-	236.315.825	236.315.825	10.000	236.315.825
a) Personale dirigente medico	96.553.865	-760.000	95.993.865	95.993.865	-	95.943.865	95.943.865	10.000	95.943.865
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	6.235.029	-	6.235.029	6.235.029	-	6.235.029	6.235.029	-	6.235.029
c) Personale dirigente ruolo sanitario	98.685.119	-	98.685.119	98.685.119	-	98.685.119	98.685.119	-	98.685.119
d) Personale dirigente altri ruoli	1.847.555	-	1.697.555	1.697.555	-	1.697.555	1.697.555	-	1.697.555
e) Personale comparto altri ruoli	14.784.256	-	14.784.256	14.784.256	-	14.784.256	14.784.256	-	14.784.256
f) Personale comparto altri ruoli	2.175.132	-	2.175.132	2.175.132	-	2.175.132	2.175.132	-	2.175.132
7) Oneri diversi di gestione	14.310.289	-	15.310.289	15.310.289	-	15.310.289	15.310.289	-	15.310.289
a) Ammortamenti	25.322	-	25.322	25.322	-	25.322	25.322	-	25.322
b) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	8.058.877	1.000.000	9.058.877	9.058.877	-	9.058.877	9.058.877	-	9.058.877
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	6.246.090	-	6.246.090	6.246.090	-	6.246.090	6.246.090	-	6.246.090
8) Ammortamenti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11) Accantonamenti	17.539.158	-	17.539.158	17.539.158	-	17.539.158	17.539.158	-	17.539.158
a) Accantonamenti per rischi	2.800.000	-	2.800.000	2.800.000	-	2.800.000	2.800.000	-	2.800.000
b) Accantonamenti per premio operosità	336.000	-	336.000	336.000	-	336.000	336.000	-	336.000
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	10.352.000	-	10.352.000	10.352.000	-	10.352.000	10.352.000	-	10.352.000
d) Altri accantonamenti	4.051.158	-	4.051.158	4.051.158	-	4.051.158	4.051.158	-	4.051.158
Totale B)	806.066.788	-8.275.000	797.791.788	797.791.788	3.995.139	801.726.927	801.726.927	-3.490.000	798.236.927
DIFFERENZIALE COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	10.537.140	8.271.940	18.750.868	18.759.868	464.861	19.223.941	19.223.941	3.490.000	22.713.941
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	1.327	-	1.327	1.327	-	1,327	1,327	-	1,327
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	503.203	-	503.203	503.203	-	503.203	503.203	-	503.203
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	501.876	-	501.876	501.876	-	501.876	501.876	-	501.876
Totale C)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1) Rivalutazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale D)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1) Proventi straordinari	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Plusvalenze	-	-	-	-	-	-	-	-	-
b) Altri proventi straordinari	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2) Oneri straordinari	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Minusvalenze	-	-	-	-	-	-	-	-	-
b) Altri oneri straordinari	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale E)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RESULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A+B+C+D+E)	10.035.244	8.271.940	18.297.204	18.297.204	464.861	18.723.065	18.222.065	3.490.000	22.212.065
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	17.740.399	-	17.740.399	17.740.399	-	17.740.399	17.740.399	-	17.740.399
1) IRAP	15.733.205	-	15.733.205	15.733.205	-	15.733.205	15.733.205	-	15.733.205
a) IRAP relativa a personale dipendente	1.439.129	-	1.439.129	1.439.129	-	1.439.129	1.439.129	-	1.439.129
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	568.066	-	568.066	568.066	-	568.066	568.066	-	568.066
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (furranoconi)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
d) IR AP relativa ad attività commerciali	484.843	-	484.843	484.843	-	484.843	484.843	-	484.843
2) IRPE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
a) Accantonamento a fondo imposte (accantonamenti, condoni, ecc.)	18.225.242	-	18.221.242	18.221.242	-	18.225.242	18.225.242	-	18.225.242
Totale Y)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	-8.189.979	8.271.940	35.962	35.962	464.861	496.823	496.823	3.490.000	3.986.823



CONTO ECONOMICO PREVENTIVO 2015

CONTO ECONOMICO PREVENTIVO	
SCHEMA DI BILANCIO	Programmatico 2015
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	
1) Contributi in c/esercizio	693.897.748
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	693.036.000
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	861.748
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	800.000
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	-
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	-
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	-
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	17.748
6) Contributi da altri soggetti pubblici	44.000
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 privati	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati	-6.871.094
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	10.800.000
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	84.965.827
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	78.151.554
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	4.452.541
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	2.361.731
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	5.500.317
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	13.281.375
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	12.814.548
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	-
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-
9) Altri ricavi e proventi	2.162.148
Totale A)	816.550.868
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	
1) Acquisti di beni	109.711.134
a) Acquisti di beni sanitari	106.802.466
b) Acquisti di beni non sanitari	2.908.668
2) Acquisti di servizi sanitari	337.309.228
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	45.455.753
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	69.581.957
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	30.657.777
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	27.919.359
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	1.520.045
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	8.036.914
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	101.099.919
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	10.773.169
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	5.804.321
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.491.628
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	3.446.114
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	20.493.803
m) Compartecipazione al personale per art. Libero-prof. (intramoenia)	4.048.777
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	985.144
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	5.924.415
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	70.132
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	-
3) Acquisti di servizi non sanitari	55.635.187
a) Servizi non sanitari	51.145.559
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	3.467.646
c) Formazione	1.021.982

CONTO ECONOMICO PREVENTIVO	
SCHEMA DI BILANCIO	Programmatico 2015
4) Manutenzione e riparazione	16.081.030
5) Godimento di beni di terzi	7.014.805
6) Costi del personale	236.995.825
a) Personale dirigente medico	95.593.865
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	6.235.029
c) Personale comparto ruolo sanitario	98.685.119
d) Personale dirigente altri ruoli	1.697.555
e) Personale comparto altri ruoli	34.784.256
7) Oneri diversi di gestione	2.175.132
8) Ammortamenti	15.330.289
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	25.322
b) Ammortamenti dei Fabbricati	9.058.877
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	6.246.090
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-
10) Variazione delle rimanenze	-
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-
11) Accantonamenti	17.539.158
a) Accantonamenti per rischi	2.800.000
b) Accantonamenti per premio operosità	336.000
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	10.352.000
d) Altri accantonamenti	4.051.158
Totale B)	797.791.788
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	18.759.080
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	1.327
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	503.203
Totale C)	-501.876
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	-0
a) Minusvalenze	-
b) Altri oneri straordinari	-0
Totale E)	-0
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	18.257.204
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	
1) IRAP	17.740.399
a) IRAP relativa a personale dipendente	15.733.205
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	1.439.129
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	568.066
d) IRAP relativa ad attività commerciali	-
2) IRES	484.843
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-
Totale Y)	18.221.242
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	35.962



FLUSSI DI CASSA

2015

FLUSSI DI CASSA 2015 SECONDO SCHEMA DI RENDICONTO FINANZIARIO(Ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 118/2011)

		2015
OPERAZIONI DI GESTIONE REDDITUALE		
(+)	risultato di esercizio	45
	- Voci che non hanno effetto sulla liquidità: costi e ricavi non monetari	
(+)	ammortamenti fabbricati	9.059
(+)	ammortamenti altre immobilizzazioni materiali	6.246
(+)	ammortamenti immobilizzazioni immateriali	25
	Ammortamenti	15.330
(-)	Utilizzo finanziamenti per investimenti	-12.815
(-)	Utilizzo fondi riserva: investimenti, incentivi al personale, successioni e donaz., plusvalenze da reinvestire	
	Utilizzo contributi in c/capitale e fondi riserva	-12.815
(+)	accantonamenti SUMAI	336
(-)	pagamenti SUMAI	-10
(+)	accantonamenti TFR	
(-)	pagamenti TFR	
	- Premio operosità medici SUMAI + TFR	326
(+/-)	Rivalutazioni/svalutazioni di attività finanziarie	
(+)	accantonamenti a fondi svalutazioni	0
(-)	utilizzo fondi svalutazioni (*)	
	- Fondi svalutazione di attività	0
(+)	accantonamenti a fondi per rischi e oneri	15.000
(-)	utilizzo fondi per rischi e oneri	-15.000
	- Fondo per rischi ed oneri futuri	0
	TOTALE Flusso di CCN della gestione corrente	2.886
(+)/(-)	aumento/diminuzione debiti verso regione e provincia autonoma, esclusa la variazione relativa a debiti per acquisto di beni strumentali	-115.629
(+)/(-)	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	-30.000
(+)/(-)	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)	-145.629
(+)/(-)	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	

FLUSSI DI CASSA 2015 SECONDO SCHEMA DI RENDICONTO FINANZIARIO(Ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 118/2011)

		2015
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione - altri contributi extrafondo	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Regione	-10.000
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Comune	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Asl-Ao	-5.000
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/ARPA	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Erario	
(+)/(-)	diminuzione/aumento crediti parte corrente v/Altri	-657
(+)/(-)	diminuzione/aumento di crediti	-15.672
(+)/(-)	diminuzione/aumento del magazzino	
(+)/(-)	diminuzione/aumento di acconti a fornitori per magazzino	
(+)/(-)	diminuzione/aumento rimanenze	0
(+)/(-)	diminuzione/aumento ratei e risconti attivi	
A - Totale operazioni di gestione reddituale		-158.415
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	0
(-)	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	0
(-)	Acquisto fabbricati	2.205
(-)	Acquisto impianti e macchinari	1.208
(-)	Acquisto attrezzature sanitarie e scientifiche	1.002
(-)	Acquisto mobili e arredi	0
(-)	Acquisto automezzi	0
(-)	Acquisto altri beni materiali	0
(-)	Acquisto Immobilizzazioni Materiali	4.415
(+)	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	

FLUSSI DI CASSA 2015 SECONDO SCHEMA DI RENDICONTO FINANZIARIO(Ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 118/2011)

		2015
(-)	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		4.415
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 (ripiano 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 (*)	120.000
(+)/(-)	aumenti/diminuzioni nette contabili al patrimonio netto	124.000
(+)/(-)	aumenti/diminuzione debiti C/C bancari e istituto tesoriere (*)	
(+)	assunzione nuovi mutui (*)	
(-)	mutui quota capitale rimborsata	
C - Totale attività di finanziamento		124.000
FLUSSO DI CASSA COMPLESSIVO (A+B+C+)		-30.000
Delta liquidità tra inizio e fine esercizio (al netto dei conti bancari passivi) complessivo		-30.000
		0



PIANO ANNUALE DI ORGANIZZAZIONE



REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 LANCIANO - VASTO-CHIETI
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 CHIETI
C.F. e P. IVA 02307130696

DELIBERAZIONE

DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1495 DEL 23 OTT, 2013

DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Il Direttore Generale

Dott. Francesco Nicola Zavattaro, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 24 del 18 gennaio 2013 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni, di propria iniziativa e di concerto con il Direttore Amministrativo Aziendale e con il Direttore Sanitario Aziendale per quanto di rispettiva competenza, assume il seguente atto avente ad oggetto:

INDIVIDUAZIONE E GRADUAZIONE DELLE FUNZIONI DIRIGENZIALI DELL'AREA MEDICA/VETERINARIA E DELL'AREA SANITARIA NON MEDICA.

Premesso che, in attuazione del punto 3, paragrafo 3.1 della Legge Regionale 10 marzo 2008 n. 5, così come modificata dall'art. 5 della L.R. 17 settembre 2009, con deliberazione della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 796 del 28 dicembre 2009 è stata istituita l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Lanciano-Vasto-Chieti, a far data dal 1° gennaio 2010, ed è stata sancita la contestuale soppressione delle preesistenti Aziende U.S.L. di Chieti e di Lanciano-Vasto;

Richiamata la delibera n. 1460 del 30 novembre 2011, con la quale in conformità alle misure di contenimento della spesa sanitaria contenute dapprima nel Piano di Rientro 2007-2009 e quindi nel Programma Operativo 2010 e poi del Programma Operativo 2011/2012, e in attuazione delle disposizioni di cui ai decreti commissariali n. 5/2011 e n. 15/2011, è stato adottato l'Atto Aziendale e definita la macro-organizzazione della neo-costituita Azienda Sanitaria Lanciano-Vasto-Chieti;

Richiamato altresì il Decreto del Commissario ad Acta n.31 del 27 luglio 2012, trasmesso con nota della Direzione Politiche della Salute prot. 182173 del 6 agosto 2012 con il quale è stato espresso parere di conformità dell'Atto Aziendale della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, di cui alla citata deliberazione n.1460/2011, alle Linee Guida per la redazione degli atti aziendali di cui al decreto commissariale n.5/2011 con la precisazione che *"l'ASL di Lanciano-Vasto-Chieti dovrà riorganizzare le proprie UU.OO. Semplici e Complesse sulla base delle direttive che, nel termine stabilito dalla circolare ministeriale 185-P del 17 luglio 2012, saranno impartite dal Commissario ad Acta in conformità al Documento relativo allo "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12 comma 1 lett. B) Patto per la Salute 2010-12" approvato dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012"*;

Dato atto:

- che con deliberazione n. 1450 del 9 ottobre 2012 si è provveduto ad introdurre alcune prime modifiche al modello definito nell'Atto Aziendale di cui alla citata deliberazione n.1460/2011, già oggetto di specifiche comunicazioni al Commissario ad Acta e alla Direzione Sanità, rinviando ad ulteriore provvedimento il complessivo processo di modifica e ridefinizione dell'assetto organizzativo aziendale e più specificatamente la ridefinizione delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici, nel rispetto delle disposizioni di cui citato documento assunto dal Comitato LEA in data 26 marzo 2012;
- che con successiva deliberazione n. 664 del 15 maggio 2013, in ottemperanza alle ineludibili prescrizioni contenute nel citato documento relativo allo "Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse" e nel rispetto delle disposizioni di cui al Decreto del Commissario ad Acta n.49/2012, si è provveduto ad aggiornare il modello organizzativo definito nell'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 1460/2011, successivamente modificato con deliberazione n.1450/2012 e quindi, tenuto conto della funzione Hub del Presidio Ospedaliero di Chieti e nell'ottica di un processo di potenziamento/riorganizzazione delle funzioni territoriali, ad operare una riduzione delle Strutture Complesse Ospedaliere ed un riassetto di quelle Non Ospedaliere, come pure una riduzione del numero complessivo delle Unità Operative Semplici rispetto a quelle definite nel precedente Atto Aziendale, nonché alla individuazione delle Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale;
- con deliberazione n. 1470 del 10 ottobre 2013, successivamente integrata giusta deliberazione n.1485 del 21 ottobre 2013, si è provveduto ad aggiornare ulteriormente il modello organizzativo definito nell'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 664/2013, con riferimento sia ad alcune Unità Operative Complesse a direzione ospedaliera sia a direzione universitaria, nonché a ridefinire gli assetti di alcune Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale e inoltre a rivedere il numero delle Strutture Semplici per Dipartimento/Servizi di supporto Territorio;

Visto l'art. 15, comma 13, lett. C, del decreto legge n. 95 del 06.07.2012, convertito con Legge n. 135 del 7 agosto 2012, nella parte in cui prevede che siano adottati provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni, esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse;

Evidenziato:

- che in ossequio alle disposizioni di cui al sopracitato art. 15 D.L. n. 95/2012, convertito con L. n. 135/2012, nonché all'Intesa intervenuta in data 03.12.2009, rep. n. 243, in sede di Conferenza Permanente per il rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, alle deliberazioni del Commissario ad acta n. 44/2010 e n.45/2010, con deliberazione n. 1445 in data 08.10.2012 si è provveduto ad approvare il "Piano di Riordino Posti Letto Ospedalieri ASL Lanciano Vasto Chieti", successivamente rivisitato e aggiornato giusta deliberazione n. 757 del 31/05/2013 nell'ottica di un'ulteriore prosecuzione nel processo di riordino della rete assistenziale ospedaliera;



- che con deliberazione n. 758 del 31/05/2013, nel rispetto del citato Documento relativo agli "Standard per l'individuazione di Strutture Semplici e Complesse del SSN ex art. 12 comma 1 lett. B) Patto della Salute 2010-2012" approvato dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012, nonché delle direttive della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo, si è proceduto alla rideterminazione della dotazione organica della ASL Lanciano-Vasto-Chieti;

Considerato

- che, per effetto di tutte le previsioni commissariali e regionali sopra citate, è necessario proseguire nella completa declinazione di una rete assistenziale nuova e del tutto reingegnerizzata, che si conformi agli standard organizzativi e di sostenibilità economica imposti dai vigenti Piani Operativi;
- che, in tale contesto, la individuazione e, quindi, la graduazione delle nuove funzioni dirigenziali delle aree Medico/Veterinaria e Sanitaria non Medica, si pone quale atto di valenza strategica, funzionale al raggiungimento degli obiettivi previsti da tutti gli strumenti di programmazione e di organizzazione sopra richiamati, la cui adozione è viepiù necessitata dall'esigenza di uniformare in modo compiuto assetti rivenienti dalla ex ASL di Chieti e dalla ex ASL Lanciano-Vasto non più conformi alle attuali logiche di sistema;

Viste le norme, tuttora vigenti, del CCNL 8 giugno 2000 – I biennio economico 1998/1999 - dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria in materia di incarichi dirigenziali:

- art. 26 il quale stabilisce che la graduazione delle funzioni – alla quale corrispondono le varie tipologie di incarico - è effettuata dalle Aziende in modo oggettivo e, cioè, indipendentemente dalla situazione relativa al rapporto di lavoro dei dirigenti assegnati alla struttura o dalla posizione funzionale o economica di provenienza. Essa è sottoposta a revisione periodica con i criteri definiti in sede di concertazione;
- art. 27 il quale individua le seguenti tipologie di incarico:
 - a) incarico di direzione di struttura complessa,
 - b) incarico di direzione di struttura semplice,
 - c) incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo,
 - d) incarichi di natura professionale conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di attività,

Visto l'art. 6 del CCNL 17 ottobre 2008 – biennio 2006/2007 dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria che nel richiamare le norme sopracitate precisa *"che nell'ambito del processo di riforma del pubblico impiego il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente con le norme che regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica e innovativa...omissis....le diverse tipologie di incarico, che implicano attività gestionali e professionali, sono tutte funzionali ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale, contribuiscono ad una migliore qualità assistenziale e promuovono lo sviluppo professionale dei dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi"*.

Ricordato che:

- con deliberazioni n. 1248 e n.1249 del 18 novembre 2010, così come modificate e integrate rispettivamente con delibere n. 1769 e n. 1770 del 4 dicembre 2012, si è preso atto rispettivamente del nuovo Regolamento in materia di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dell'Area della Dirigenza SPTA e del nuovo

Regolamento in materia di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria;

- in applicazione delle norme contrattuali e delle disposizioni regionali in materia sono stati annualmente determinati, tra gli altri, i fondi per la retribuzione di posizione rispettivamente dell'area della Dirigenza Sanitaria non Medica e della Dirigenza Medica/Veterinaria;

Precisato:

- che, nel rispetto dei criteri e parametri di massima previsti dall'art. 51 del CCNL 5 dicembre 1996, con le integrazioni di cui all'art.26 del CCNL 08/06/2000 e all'art.6 del CCNL 17/10/2008, dell'area della Dirigenza Medica e Veterinaria, e dall'art. 50 del CCNL 5 dicembre 1996, con le integrazioni di cui all'art.26 del CCNL 08/06/2000 e all'art.6 del CCNL 17/10/2008, dell'area della Dirigenza SPTA, nella seduta del 13 novembre 2012 si è svolta la concertazione con le parti sindacali di entrambe le aree dirigenziali all'esito della quale sono state apportate delle modifiche/integrazioni al Regolamento per la graduazione delle funzioni dirigenziali, di cui si è preso atto con delibera n. 1771 del 04/12/2012, il quale all'art.1 individua le tipologie di incarichi, ai sensi dell'art. 27, comma 1, del CCNL 08/06/2000, suddivisi, ai fini della graduazione di ciascuna tipologia di incarichi, così come di seguito:

INCARICHI DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA:

Fascia "A1"

Fascia "A2"

INCARICHI DI STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE:

Fascia "AB"

INCARICHI DI STRUTTURA SEMPLICE:

Fascia "B1"

Fascia "B2"

INCARICHI DI NATURA PROFESSIONALE:

Fascia "C1": incarichi di alta specializzazione a valenza aziendale;

Fascia "C2": incarichi di alta specializzazione;


Fascia "C3": incarichi di medio-alta professionalità;

Fascia "C4": incarichi professionali qualificati;

INCARICHI DIRIGENZIALI DI NATURA PROFESSIONALE DI BASE:

Fascia "D"

- che, successivamente, nella seduta del 18 ottobre 2013 in sede di concertazione con le parti sindacali di entrambe le aree dirigenziali sono state apportate delle modifiche/integrazioni all'art.6 del Regolamento per la graduazione delle funzioni dirigenziali per quanto concerne i criteri per la graduazione degli incarichi sia di tipo gestionale che di tipo professionale, di cui si è preso atto con deliberazione n. 1479 del 21 ottobre 2013 a cui integralmente si rinvia;
- che, in relazione alle disponibilità del fondo della retribuzione di posizione, all'uopo finalizzato, dell'area della dirigenza Medica/Veterinaria ed al numero degli incarichi graduati per ciascuna tipologia, nella medesima seduta del 18 ottobre, si è inoltre definito il valore economico complessivo dell'indennità di posizione (parte fissa e variabile aziendale) di ciascun incarico dirigenziale, aggiornando, per l'effetto, quello già definito nella seduta del 21 marzo 2013;



Dato atto che le funzioni dirigenziali oggetto di graduazione sono state individuate, in coerenza con la nuova dotazione organica e con i limiti di spesa del personale, sulla scorta delle unità dirigenziali dell'area sanitaria in servizio a tempo indeterminato, ivi incluso il personale universitario attualmente convenzionato, nonché quello a tempo determinato, per le discipline e i profili per i quali sono in corso procedure concorsuali/mobilità;

Ritenuto, per tutto quanto sopra esposto, dover approvare la individuazione e graduazione delle nuove funzioni dirigenziali della Dirigenza Sanitaria della Asl 02 Lanciano-Vasto-Chieti delle aree Medica/Veterinaria e Sanitaria non Medica, così come risulta dall'allegato al presente atto, assunto quale parte integrante e sostanziale;

Evidenziato che il documento allegato:

- elenca gli incarichi di Struttura Complessa (Fascia "A1" e Fascia "A2") e gli incarichi di Struttura Semplice a Valenza Dipartimentale, quali previsti nell'Atto Aziendale aggiornato da ultimo con deliberazione n.1470/2013;
- individua gli incarichi di struttura semplice (Fascia "B1" e Fascia "B2") e gli incarichi di alta specializzazione a valenza aziendale (Fascia "C1"),
- indica solo nel numero gli incarichi di alta specializzazione (Fascia "C2"), di medio-alta professionalità (Fascia "C3") e gli incarichi professionali qualificati (Fascia "C4"), per ciascuna Unità Operativa Complessa, rimandando al Direttore della stessa la puntuale denominazione di ogni singolo incarico in sede di proposta di conferimento dell'incarico medesimo;

Precisato che la individuazione dei nuovi incarichi dirigenziali è stata altresì preceduta da sessioni di lavoro che di seguito sinteticamente vengono riassunte:

- nel processo di budget 2011 e successivamente in quello per gli anni 2012 e 2013, tra gli obiettivi dei Direttori di Struttura Complessa è stata opportunamente prevista l'individuazione dei profili attesi degli incarichi sia di struttura semplice che professionali, previa attenta e scrupolosa disamina di tutte le posizioni da graduare in relazione alle specifiche linee di attività svolte in ciascuna Unità Operativa;
- in sede di Collegio di Direzione come pure nel corso delle numerose riunioni tenutesi con i Coordinatori aziendali delle attività di Patologia Clinica e di Anestesia, nonché con i Direttori/Responsabili delle Strutture territoriali e di Staff sono state valutate le esigenze di sviluppo organizzativo di ciascuna Unità Operativa in termini funzionali rispetto alle linee strategiche aziendali, tenuto conto delle cogenti disposizioni normative che hanno inciso nel tempo sul contenimento della spesa, sulla riduzione dei posti-letto, nonché sulla rideterminazione degli organici;

Dato atto che:

- la individuazione e la graduazione degli incarichi dirigenziali, così come definita nell'allegato al presente atto, risulta compatibile con le risorse disponibili nei Fondi di Posizione di ciascuna area dirigenziale Medica e Sanitaria non Medica;
- i costi derivanti dal conferimento di incarichi dirigenziali in favore del personale universitario convenzionato non gravano in ogni caso sui fondi medesimi;
- il conferimento dei singoli incarichi dirigenziali avverrà nel rigoroso rispetto dei criteri e della metodologia previsti nei citati Regolamenti per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi e sarà oggetto di successivi atti deliberativi cui seguiranno appositi contratti individuali, in particolare:
 - ✓ per gli incarichi di struttura semplice a valenza dipartimentale e incarichi professionali di altissima specializzazione a valenza aziendale previa pubblicazione di apposito avviso sul sito aziendale e sulla base della proposta effettuata rispettivamente dal Direttore del Dipartimento o di Unità Operativa



Complessa di riferimento;

- ✓ per gli incarichi di struttura semplice (articolazione interna di Unità Operativa Complessa) e altri incarichi professionali, una volta acquisite le singole proposte di conferimento da parte dei Direttori di Unità Operativa Complessa;

Evidenziato inoltre che:

- l'individuazione e la graduazione delle funzioni dirigenziali, così come declinate nell'allegato citato, è suscettibile di eventuali rettifiche e/o integrazioni che si rendessero necessarie alla luce di nuove esigenze organizzative aziendali, anche correlate all'emananda nuova convenzione ASL 02/Università "G.D'Annunzio";
- eventuali modificazioni alle funzioni dirigenziali di cui al documento allegato potranno essere apportate in caso di emanazione di disposizioni di carattere nazionale o regionale in materia ovvero nella fase di valutazione di congruità del presente atto rispetto ai Piani Operativi vigenti, da parte dell'Organo commissariale;
- processi riorganizzativi ulteriori potrebbero essere altresì determinati all'esito dei procedimenti giudiziari in corso relativi al P.O. di Guardiagrele, avendo presente che le funzioni dirigenziali ad esso attualmente afferenti sono state comunque debitamente individuate e graduate;

Precisato che la presente deliberazione sostituisce, a tutti gli effetti, ogni altro atto in materia assunto in precedenza anche riveniente dalle disciolte Asl di Chieti e Asl di Lanciano-Vasto;

Dato atto che il presente documento è stato oggetto di informativa alle OO.SS delle aree dirigenziali nelle sedute del 10 e 18 ottobre 2013;

D E L I B E R A

per le ragioni esposte in narrativa, tenuto conto del modello organizzativo definito nel nuovo Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 1460/2011, successivamente aggiornato con delibera n. 664/2013 e da ultimo con delibera n.1470/2013, integrata giusta deliberazione n.1485 del 21 ottobre 2013,

di approvare la individuazione e graduazione delle nuove funzioni dirigenziali della Dirigenza Sanitaria della Asl 02 Lanciano-Vasto-Chieti delle aree Medica/Veterinaria e Sanitaria non Medica, così come risulta dall'allegato documento, assunto quale parte integrante e sostanziale;

di dare atto che :

- la individuazione e la graduazione degli incarichi dirigenziali, così come definita nell'allegato al presente atto, risulta compatibile con le risorse disponibili nei Fondi di Posizione di ciascuna area dirigenziale Medica e Sanitaria non Medica;
- i costi derivanti dal conferimento di incarichi dirigenziali in favore del personale universitario convenzionato non gravano in ogni caso sui fondi medesimi;
- il conferimento dei singoli incarichi dirigenziali avverrà nel rigoroso rispetto dei criteri e della metodologia previsti nei citati Regolamenti per l'affidamento, valutazione e revoca degli incarichi e sarà oggetto di successivi atti deliberativi cui seguiranno appositi contratti individuali, in particolare:
 - ✓ per gli incarichi di struttura semplice a valenza dipartimentale e incarichi professionali di altissima specializzazione a valenza aziendale previa pubblicazione di apposito avviso sul sito aziendale e sulla base della proposta effettuata rispettivamente dal Direttore del Dipartimento o di Unità Operativa Complessa di riferimento;

- ✓ per gli incarichi di struttura semplice (articolazione interna di Unità Operativa Complessa) e altri incarichi professionali, una volta acquisite le singole proposte di conferimento da parte dei Direttori di Unità Operativa Complessa;

di precisare che:

- l'individuazione e la graduazione delle funzioni dirigenziali, così come declinate nell'allegato citato, è suscettibile di eventuali rettifiche e/o integrazioni che si rendessero necessarie alla luce di nuove esigenze organizzative aziendali, anche correlate all'emananda nuova convenzione ASL 02/Università "G.D'Annunzio";
- eventuali modificazioni alle funzioni dirigenziali di cui al documento allegato potranno essere apportate in caso di emanazione di disposizioni di carattere nazionale o regionale in materia ovvero nella fase di valutazione di congruità del presente atto rispetto ai Piani Operativi vigenti, da parte dell'Organo commissariale;
- processi riorganizzativi ulteriori potrebbero essere altresì determinati all'esito dei procedimenti giudiziari in corso relativi al P.O. di Guardiagrele, avendo presente che le funzioni dirigenziali ad esso attualmente afferenti sono state comunque debitamente individuate e graduate;

di stabilire che la presente deliberazione modifica e sostituisce, a tutti gli effetti, ogni altro atto in materia assunto in precedenza anche riveniente dalle disciolte Asl di Chieti e Asl di Lanciano-Vasto;

di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, al fine di dare concreta definizione al nuovo modello organizzativo aziendale mediante il conferimento degli incarichi dirigenziali

Il Direttore Amministrativo Aziendale
(Dott. Stefano Spadano)

Il Direttore Sanitario Aziendale
(Dr. Pasquale Elacco)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Nicola Zavattaro)

CONTROLLO DI BUDGET

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto trova sufficiente capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. n. del bilancio (anno)

Il Direttore/Responsabile U.O. _____

Firma _____

RISCONTRO CONTABILE

Si attesta l'esecuzione del riscontro di regolarità contabile e di verifica e/o effettuazione delle scritture contabili anche ai fini della liquidazione e del pagamento.

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Il Direttore e/o Responsabile U.O.

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno

24 OTT, 2013 con prot. n. 65187

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa per 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal decimo giorno successivo alla pubblicazione.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile".

Il Funzionario preposto



Tabella Riorganativa incarichi dirigenziali dell'area sanitaria
(area medica/veterinaria e sanitaria non medica) distinti per Dipartimento

Denominazione Dipartimento	UOC	scadenza	PRG	UOSD	UOS	IASP	IAP	IPM	IPC	<6 anni	Tot. Assegnazione di UO	Dot Org sosten	P.L.
Dip Medico	14	0	1	5	13	3	21	49	29	16	137	140	411 24 14
DIP Chirurgico	15	0	1	7	11	2	21	38	44	17	140	135	244 48 0
Dip Cuore	7	0	0	3	5	2	10	28	17	13	78	80	96 0 0
Dip DEA e CMPTDEIT	7	0	0	3	14	2	8	76	64	26	193	209	18 2 0
Dip Oncologico	5	0	0	0	5	0	4	14	6	7	37	39	0 44 0
Dip Radioterapia e Radiologia	5	0	0	2	5	1	7	16	10	25	66	70	0 0 0
Dip Salute Mentale	3	0	0	1	3	2	0	11	12	9	38	38	30 4 0
Dipartimento Materno Infantile	6	0	0	5	6	3	5	30	22	18	99	90	138 16 55
Laboratori di patologia clinica e altri servizi di supporto	3	0	1	1	9	2	4	18	22	22	76	86	0 0 0
Dip di Prevenzione	8	0	0	2	5	2	9	35	21	3	76	76	0 0 0
Attività Disrettuali	12	2	0	8	10	3	21	32	38	8	120	118	0 0 0
Funzioni sanitarie generali e di staff	9	0	0	3	3	1	7	10	10	3	40	39	0 0 0
TOTALE INCARICHI AREA MEDICA VETERINARIA E SANITARIA NON MEDICA	94	2	3	41	90	23	117	357	295	167	1092	1120	937 138 69
Direzione generale e Staff	11	0	0	7	5	0	0	0	0	0	0	0	0 0 0
TOTALE	105	2	3	44	94	23	117	357	295	167	1092	1120	937 138 69

NUMERO UOC E UOSD-UOS COME DA STANDARD NAZIONALI	UOS e UOSD		NUMERO UOC E UOSD-UOS COME DA RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE	
	UOC	UOSD	UOC	UOS e UOSD
SANITARIE	61,4		63	63
NON SANITARIE	43,1	138,8		138
Totale da applicazione STANDARD	104,5	138,8	TOTALI 105+2* (a scadenze)	138

Cruscotto Organizzativo:
Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
(area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	Denominazione UOC (CdR)	UDS	IASP	Denominazioni IASP	UOS.	IAP	IPM	IPQ	«5 anni» Assunzione di UD	Tot. Assunzioni di UD	Dot Org sistemi	P.L.		Note
													Ord.	Dn/Ds	
ASA Dipartimento Medico	CH	CdN Area Medica per intensità di Cura													
	CH	UOC A2	U	Clinica Medica Chieti			2	1			1	5	5	50	Incluse 25 P.L. di Semestralità medica (da rimborsare)
	CH	PRGG		Pratologia Medica Chieti	1	CdN Centro Obesità Chieti		1	2	1	1	7	8	28	
	CH				1	CdN Centro per la diagnosi e la gestione della malattia Trombo-embolica-venosa Chieti					1	1			
	CH					Ex. Semestralità Medica Chieti					1	7	7	16	
	CH	UOC A2	M. O.	Pneumologia Chieti				1	2	1	1	7	7		
	CH	UOC A2	M. U.	Clinica di Neurtie infettive Chieti	1	B2	CdN Centro di Riferimento Aziendale per le Pneumopatie Infettive Diffuse (P.I.D.) con Endoscopia Toracica Medica (E.T.M.)				1	5	7	11	2
	CH	UOC A2	M. U.	Clinica Dermatologica Chieti							1	7	7		
	LA				1	B2	CdN Centro per la prevenzione e il trattamento del melanoma Chieti				1	2			
	DI	UOC A2	M. U.	Clinica Neurologica Chieti				2	1	1	1	4	5	16	
	DI	UOC A2	M. U.	Clinica Neurologica e Dietista Chieti				1	2	1	1	2	3	8	
					1	B2	CdN Terapia amodepurativa Chieti								14
	CH	CdN DH multidisciplinare di area medica Chieti													
	CH		UOS									3	4		
CH		UOS									2	2			
		UOS									2	2			
Tot. CH	3	5	3	3	3		5	16	9	5	49	53	126	14	14
CH	UOC A2	M. U.	Clinica Geriatrica				2	4	3	18	18	16	16		Compendio di ricerca (dopo il Superdiagnosi)
				1	B2	CdN Medicina Interna Ortona		2	2	1	1		18		
				1	B2	CdN Lungopneumologia Ortona			1	1	1		20		
				1	B2	CdN Centro di riferimento regionale per l'arteriosclerosi, l'ipertensione arteriosa e le dislipidemie Chieti		1	3	5	5	6	6		
Tot. OR	1	1	3	6	6		3	9	6	2	23	22	54	0	0

Cruscoito Organizzativo:
 Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
 della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
 (area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	Denominazione UOC (CdR)	UCS	IASP	Denominazioni IASP	UOS	IAP	IPM	IPQ	<5 ann	Tot Assistenti oltre 50 UC	Dnt Org sistem	P.L.
ASA Dipartimento Medico	LA	UOC	A3	M	O	Neurologia Lanciano							
	LA	UOC	A2	M	O	Medicina interna Lanciano	1	B2	CdN Gestione di Stroke Unit Semintensiva ed attività di Trombolisi				
	LA	UOC	A2	M	O	Medicina interna Lanciano	1	B2	CdN Lungopneumologia Lanciano				
	LA	UOC	A2	M	O	Endoscopia gastroenterologica Lanciano	1	B2	CdN Senziata Lanciano				
	Tot LA												
	VA	UOC	A2	M	O	Gastroenterologia Vasto	3	B					
VA	UOC	A3	M	O	Medicina Interna Vasto	1	B2	CdN Endoscopia digestiva Vasto					
VA	UOC	A2	M	O	Cardiologia Vasto	1	B2	CdN Lungopneumologia Vasto					
VA	UOC	A2	M	O	Medicina trasmissibili ed emergenza urgenza infettologica Vasto	2	B						
Tot VA													
AT	UOC	A1	M	O	Medicina Fisica e Riabilitativa Altesa	1	B1	CdN Riabilitazione Ortona					
AT	UOC	A3	M	O	Medicina Interna Altesa	1	B2	CdN Lungopneumologia Altesa					
Tot AT													
Totale ASA Dip. Medico	14	6	12	14	13	3	21	49	25	16	137	140	411

12

Cruscotto Organizzativo:
Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e commesse funzioni dirigenziali
della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
(area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS	IAP	IPM	IPQ	Tot. Assunzioni one p/ UO	Dot Org assist	Chir	Dnt/Oc	Tecn.	P.L.	Note
	Ch	CdN Area chirurgica per intensità di cura										20				
	Ch	CdN DH Multidisciplinare di Area Chirurgica													12	
	Ch	UOC A1 U Clinica Chirurgica ad indirizzo toracico Chieti														
	Ch	UOC A2 U Patologie Chirurgiche Chieti														
	Ch	UOC A3 C U Clinica Otorinolaringoiatrica Chieti		1	CdN Ecografia Intraoperatoria diagnostica, interventistica e dalle tecnologie chirurgiche in chirurgia specialistica											
	DR			1 B2	CdN Centro di Audiologia Chieti											
				1 B2	Con ORL Ortona											
	Ch	UOC A2 C U Clinica Urologica														
	Ch	UOC A3 C U Clinica Oculistica														
	Ch	UOC A4 C U Clinica Oftalmologica														
	Ch	UOC A1 C U Clinica Ortopedica e Traumatologica														
				1	CdN Ortopedia e Traumatologia pediatrica											
	DR			1 B1	Con Ortopedia Ortona											
	Ch	UOC A2 C U Clinica Odontostomatologica														
				1 B2	CdN Diagnosi, prevenzione e terapia in pazienti affetti da malattia parodontale											
	Ch	UOC A1 U Centro Chirurgia della tiroide														
	Ch	UOC A2 U Centro stomatologici														
	Ch	UOC A3 U Nutrizione artificiale accessi vascolari per-cath														
	Ch	UOC A4 U Chirurgia maxillo-facciale														
	Ch	UOC A5 U Centro calcolosi urinaria														
	Ch	UOC A6 U Chirurgia vertebrale														
TOT	CH		6				7	22	12	66	63	108	12		0	

ASA Dipartimento Chirurgico

Cruscotto Organizzativo:
Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e contesse funzioni dirigenziali
della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
(area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CIN Dipartimento	P.O.	PRG	UOC	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS	IASP	IAP	IPM	IPQ	<8 mesi	Tot. Assegnazioni all'UO	Dot Org sostit	P.L.	
ASA Dipartimento Chirurgico	DR		UOC A1	C/O Chirurgia Generale ad ind. Oncologica							2	2		3	8		
					1 B1		CdN Chirurgia addominale ad alta complessità e robotica c/o PD CH					1	1				
					1 B2		CdN Endoscopica chirurgica Ortona							1			
	DR			C/U Chirurgia Generale ad ind. Senologico						1	1	1	1	4	5		
			CdN Area Multidisciplinare Day Surgery ORTONA														
	Tot OR					2	2						4	3	13	14	12
	LA			UOC A1	C/O Chirurgia Generale Lanciano							4	3		11	12	20
	AT				1 B1		CdN Week Surgery Atessa									10	5
	LA			UOC A2	C/O Oncologica Lanciano							1	2	1	7	7	4
						1 B2		CdN Oncologica Vasto				1	1				
	LA			UOC A1	C/O Ortopedia e Traumatologia Lanciano					1	2	2	2		11	31	30
	AT				1 B1		CdN Chirurgia artroscopica (Atessa)					2	1			10	5
	LA													1	2		
	Tot LA			3		3	3			5	10	10	11	1	31	32	62
	VA			UOC A2	C/O Chirurgia Generale Vasto					3	2	2	2		7	7	18
	VA			UOC A2	C/O Ortopedia e Traumatologia Vasto					2	2	2	3	1	8	4	1
	VA			UOC A2	C/O Ortopedia e Traumatologia Vasto					1	1	1	4		5	1	15
	VA			UOC A1	C/O Urologia Vasto					2	2	2	3		10	10	14
	LA					1 B2		CdN Day surgery urologia Lanciano					4	5	5	2	3
					1 B2		CdN Nefrologia Vasto					1	2	2			
		CdN DH Multidisciplinare di Area Chirurgica Vasto															
Tot VA			4		2	0			8	3	3	17	1	31	26	68	
Totale A.S.A. Dip. Chirurgico		5	15	7	11	2			21	36	44	17	140	135	244	45	

[Handwritten signature]

Cruscotto Organizzativo:
 Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
 della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
 (area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CON Dipartimento	P.O.	Denominazione UOC (CDR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS.	IAP	IPM	IPQ	45 anni conferma conferma	Tot. Doc. con conferma	Dati Org sosten	P.L.
ASA Dipartimento Cuore	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
	CH	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
Tot CH													
LA													
Tot LA													
VA													
Tot VA													
TOTALE A.S.A. Dip. Cuore													

Cruscotto Organizzativo:
Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e commesse funzioni dirigenziali
della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
(area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CDN Dipartimento	P.O.	Denominazione UOC (CDR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS	IAP	IPM	IPQ	45 anni	Tot. Anzianità oltre 61 UO	Dot. Org. sostit.	P.L.	
ASA Dipartimento Emergenza Accettazione e CMPIDETTI	CH	Med. e Chir. d'Acc. e d'Urg. Chieti	1	B2	1	1	1	1	1	7	15	19		
			1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1		
	GU	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Chieti	1	B2	1	1	1	1	1	1	2	31	32	8
			1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Tot. CH	Med. e Chir. d'Acc. e d'Urg. Chieti	1	B2	1	1	1	1	1	1	2	30	31	8
			1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Tot. GU	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Chieti	1	B2	1	1	1	1	1	1	2	31	32	8
			1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Tot. CH	Med. e Chir. d'Acc. e d'Urg. Ortone/Guard	1	B2	1	1	1	1	1	1	2	30	31	8
			1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tot. GU	Servizio medico/trauma partecipativa Week Surgery e Day Surgery	1	B2	1	1	1	1	1	1	2	31	32	8	
		1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Tot. CH	Med. e Chir. d'Acc. e d'Urg. Ortone/Guard	1	B2	1	1	1	1	1	1	2	30	31	8	
		1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Tot. GU	Servizio medico/trauma partecipativa Week Surgery e Day Surgery	1	B2	1	1	1	1	1	1	2	31	32	8	
		1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Tot. CH	Med. e Chir. d'Acc. e d'Urg. Ortone/Guard	1	B2	1	1	1	1	1	1	2	30	31	8	
		1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Tot. GU	Servizio medico/trauma partecipativa Week Surgery e Day Surgery	1	B2	1	1	1	1	1	1	2	31	32	8	
		1	B2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

7

Cruscotto Organizzativo:
Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
(area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	UOC	A1	A	D	Med. e Chir. d'Acc. e d'Urg. Lanciano	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS	IAP	IPI	IPQ	<= 15 min	Tot. Anziani nei mesi di UOC	Dot.ORG scaten	P.L.			
ASA Dipartimento Emergenza Accettazione e CMPDETI	LA	UOC	A1	A	D	Med. e Chir. d'Acc. e d'Urg. Lanciano		1	B2	CdN PPI Casoli			5	5	5	25	20				
								1	B2	CdN Obi Lanciano			1	1	2	5					
	LA	UOC	A1	A	D	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Lanciano		1	B2	CdN Pronto soccorso Altesa			3	2	1		7				
												2	2	2	19	19	5				
	ASA Dipartimento Emergenza Accettazione e CMPDETI	VA	UOC	A1	A	D	Med. e Chir. d'Acc. e d'Urg. Vasto		1	B1	CdN Rianimazione e terapia Intensiva Lanciano										
									1	B2	CdN Medicina perioperatoria week surgery e day surgery Altesa		2	1							
		VA	UOC	A1	A	D	Med. e Chir. d'Acc. e d'Urg. Vasto		1	B2	CdN Osservazione temporanea e breve intensiva		2	18	32	11	48	58	5	0	0
									1	B2	CdN PPI Gissi				1	5	18	18			
		VA	UOC	A1	A	D	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Vasto		1	B2	CdN Osservazione temporanea e breve intensiva			1	2	1		4			
									1	B2	CdN Medicina Perioperatoria e Day surgery Vasto		1	5	6	17	17	4	2		
VA		UOC	A1	A	D	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva Vasto		1	B1	CdN Rianimazione e terapia Intensiva Vasto											
								1	B1	CdN Rianimazione e terapia Intensiva Vasto											
AZ		UOC	A1	A	D	Terapia del dolore		1	B1												
								1	B2												
AZ	UOC	A1	A	D	TIS ambulanti		1	B1													
							1	B2													
Tot. AZ	6						6		6			16	17	17	31	31	0	0	0		
							14	2	75	84	25	153	209	18	2	0					
TOTALE A-SA (ASA e CMPDETI)	5	7	3					14	2			5	75	84	25	153	209	18	2	0	

2

Cruscotto Organizzativo:
Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
(area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	UOC	A2	M	U	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS	IAP	IPM	IPQ	<5 anni	Tot. Assig. (art. 10)	Dati Org. posten	P.L.	
ASA Dipartimento Oncologico	CH	UOC	A2			Clinter Oncologica Chieti	1 B2		CdR Oncologia senologica Ortona			4		2	5	11	24	
	CH	UOC	A2			Anatomia Patologica Chieti	1 B2				2	3	3	2	3	5	6	
							1 B2		CdR Diagnostica molecolare e tecniche speciali in anatomia									
							1 B2		CdR Anatomia Patologica Ortona									
	Tot. CH	2		0			3	0			2	6	2	4	17	20	0	29
	LA	UOC	A2			Oncologia Lanciano	1 B1				1	2	3	3	7	7	10	5
							1 B1		CdR Day hospital oncologico-presidio Vasto									
							1 B2		CdR Anatomia Patologica P.O. Vasto									
							1 B2											
							1 B2											
Tot. LA	3		0			3	0			3	4	4	4	3	13	15	0	
Totale ASA Dip. Oncologico	5		0			6	0			4	14	6	6	7	37	39	0	44

Cruscotto Organizzativo:
Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
(area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CDN Dipartimento	P.O.	UDC	AZ	U	UDC	Denominazione UOC (CdR)	UDS	IASP	Denominazioni IASP	UOS	IAP	IPM	IPQ	45 anni	Tot. Assoggetti area UOC	Dot. Org. sosten.	P.L.	
ASA Dipartimento Radioterapia e Radiologia	CH	UDC	AZ	M	U	Radiofisica Chieti					3	4	2	11	22	20		
							1 B2		CDN Diagnostica per Immagini nell'emergenza									
							1 B2		CDN Risonanza e tecnologie pesanti Chieti									
								1	CDN Radiologia interventistica									
	CH	UDC	AZ	M	U	Radioterapia					1	3			8	8		
	Tot. CH						2	1			3	7	2		30	20	0	0
	OR						UOSD		Radiofisica Sanologica e screening mammella									
	OR						UOSD		Radiofisica Ortona									
	Tot. OR						3				1	2	2		3	5		
	LA	UDC	AZ	M	O	Radiofisica Lanciano												
	AT						1 B2		CDN Radiodiagnostica Atrusa			1	1	1	3	3		
	Tot. LA						1	0			1	4	4		3	3	0	0
	AZ	UDC	AZ	M	O	Medicina Nucleare Azendole												
	Tot. AZ						1 B3		CDN Medicina Nucleare Lanciano			1	1	1	2	2		
	VA	UDC	AZ	M	O	Radiofisica Vasto												
Tot. VA						1 B3		CDN Risonanza magnetica Vasto			1	2	1	3	3			
Totale						5	1			7	16	10	25	65	70	0	0	

Cruscotto Organizzativo:
Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni organizzative
della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
(area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	UOC	ASZ	M	U	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS	IAP	IPM	IPQ	<6 anni	Tot. Assegnati oltre di UO	Dot. Org. Assistenti	P.L.	
ASL Dipartimento Salute Mentale	CH	UOC	ASZ	M	U	Clinica Psichiatrica (Spec. Guardiegrate)						2	1	2	5	6	15	
								1	CdN Continuità assistenziale ed integrazione tra SPCC e Territorio									
	CH	UOC	ASZ	M	O	CSM Chieti/Drona						3	3	1	15	15		
							1	B2	CdN Riabilitazione psichiatrica Guardiegrate				1	1	1			
							1	B2	CdN Attività di psichiatria e psicopatologia Ortona			1	1	1	2			
	Tot. CH	2					2	1			6	6	6	6	21	21	16	0
	LA											2	1	2	5	5	12	
													2	2	1	11	11	
	LA	UOC	ASZ	M	O	CSM Lanciano/Vasto												
									1	CdN Supervisione delle attività di assistenza psicotribologica								
							1	B2	CdN Day hospital psichiatrico Vasto			1	2				4	
Tot. LA	1						1	1		6	6	6	6	11	11	16	4	
TOTALE A.S.A.	3						3	2		0	17	17	12	9	38	38	30	4

[Handwritten signature]

Cruscotto Organizzativo:
 Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
 della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
 (area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS	IAP	IPM	IPQ	+5 anni	Tot. Ass. (escl. ass. di UO)	Dati Org. assenti	P.L.
ASA Dipartimento Materno Infantile	CH	C U Clinica Obstetrico-Ginecologica	1 B2		CdN DH e DS di Urologia			3	3	3	41	11	20
	CH	M U Clinica Pediatrica	1 B2	1	CdN Diagnosi prenatale		1	4	3	2	15	15	18
	CH	M U Neonatologia, T.I.N. e Nido	1 B1		CdN Centro regionale per la diagnosi e la terapia delle malattie croniche pediatriche			2	3	1	16	12	16
	CH	M U Neonatologia, T.I.N. e Nido	1 B1		CdN Pediatria Orfana			2	1	1	10		10
	CH	M U Neonatologia, T.I.N. e Nido	1 B1	1	CdN Neurologia Neonatale e Pediatrica			3	3	1	16	12	16
	CH	M U Neonatologia, T.I.N. e Nido	1 B1	1	CdN Servizio trasporto emergenza neonatale - STEN			1	1	1	3	3	5
	Tot CH							13	11	6	36	41	71
	OR							3	2	1	8	8	12
	Tot OR							3	2	3	4	4	4
	LA							3	1	2	12	12	12
	Tot LA							3	1	2	10	9	18
	VA							1	1	1	8	8	11
	Tot VA							1	1	2	18	17	27
	AZ							1	1	1	6	7	9
	Tot AZ							1	1	1	4	4	4
TotLA Z							6	1	1	4	4	4	
Totale	5		5	3	0	5	30	22	18	85	90	138	16
Totale													55

Cruscotto Organizzativo:
 Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
 della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
 (area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	PRE	M	U	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS,	IAP	IPM	IPQ	-> anni	Tot. Assistenti per UOC	Dot. Org. assistenti	P.L.	
																	CH
CdN Coordinamento Laboratori di Patologia Clinica (servizi di supporto)					Patologia Clinica												
	Tot. CH	0	0	0			0			0				3	14		
	Tot. CH									0				3	14		
	LA	UOC	AS	M	D	Patologia Clinica Lanciano				2	8	7	3	35	31		
CdN Coordinamento Laboratori di Patologia Clinica																	
	Tot. LA	1				1	B2				1	2					
	AZ					1	B2				11	11	5	34	31		
	Tot. AZ	0				1	B2			2	11	11	5	34	31		
CdN Altri Servizi di supporto																	
	AZ	UOC	AZ	M	O	Servizio Immunotrasfusionale Ospedaliero aziendale					3	3	1	15	13		
TOTALE ASL A. Servizi di supporto																	

Cruscotto Organizzativo:
 Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
 della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
 (area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	UOC	AZ	T	O	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS,	IAP	IPM	IPQ	<3 anni	Tot. Assesinat	Dot. Orig	P.L.	
ASA Dipartimento di Prevenzione	AZ	UOC	AZ	T	O	Servizio di sanità animale	1	B2	CdN Anagrafi zoonotiche, profilassi di auto ed epizooticovigilanza delle malattie infettive		1	3	2	3	10	10		
	AZ	UOC	AZ	T	O	Acque marine, micidicoltura e controllo ufficiale nella produzione. Primaria e Venalia diretta dei prodotti di origine animale					1	1			2	2		
	AZ	UOC	AZ	T	O	Servizio di Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro					1	1			7	2		
	AZ	UOC	AZ	T	O	Registro. It. Uff. Veterinaria e tushh degli animali d'affezione					1	1			2	2		
	AZ	UOC	AZ	T	O	Servizio di igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, osservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati					1	5		5	17	17		
								1	B2	CdN Coordinamento del pacchetto vigilanza strutture registrate								
								1	B2	CdN Coordinamento del pacchetto AUDIT e gestione della non conformità								
	AZ	UOC	AZ	T	O	Servizio di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche					1	1		3	5	5		
	AZ	UOC	AZ	T	O	Servizio di igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica					1	12		8		22	32	
	AZ	UOC	AZ	T	O	Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione					1					11	11	
AZ	UOC	AZ	T	O	Attività della salute nelle attività sportive					1								
AZ	UOC	AZ	T	O	Ricerca, analisi e prevenzione delle patologie lavoro-correlate					1								
							5	2			3	35	27	3	76	76		
TOTALE A.S.A. Dip. Prev.																		

Cruscotto Organizzativo:
 Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
 della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
 (area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	F.O.	UDC	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS, IASP	IAP	IPM	IPQ	<5 anni	Tot. Assistenti area di UOC	Dati Org. assistenti	P.L.	
CdN Dipartimento	DI	UDC	T O NOD Chieti					1	4	4		10	10		
	FR	UDC	T O NOD Francavilla					3	2	2		5	5		
	OR	UDC	T S NOD Ortona		1	Appropriata prescrizione									
	LA	UDC	T O NOD Lanciano					2	7	2		5	5		
	VA	UDC	T O NOD Vasto					2	2	4		10	10		
	AT	UDC	T O NOD Sangro-Averina		1	CdN Valutazione Fabbisogni Chirurgici e coordinamento attività specialistiche comitate		2	1	2		5	5		
					1	B2	CdN RSA Casoli								
					1	B2	CdN PTA Casoli			1					
	BUA			NOD Guardigrolo						1	2		4	4	
	BS			NOD Alp. Vastese						2			4	4	
	BZ	UDC	A2	T O Dipendenze patologiche - FEERT					1	2			14	14	
					1	B2	CdN Dipendenze da Sostanze Illegali Chieti		1	2	3				
						1	CdN Dipendenze comportamentali e attività di prevenzione								
					1	B2	CdN Dipendenze da Alcol, Nicotina, Farmaci Vasto Lanciano				2	3			
	AZ	UDC	A3	M O Endocrinologia territoriale					1	1	4		7	7	
AZ	UDC	A2	C O Diagnostica territoriale						1	1		2	2		
AZ	UDC	A3	M O Geriatria territoriale					1				1	1		
AZ	UDC	A2	M O Dialisi territoriale			CdN Dh pneumologia e fisiopatologia respiratoria						15	15		
OR				1	B2	Dietisti Ortona									
VA				1	B2	Dietisti Vasto									
LA				1	B2	Dietisti Lanciano									
CA				1	B2	Dietisti Casoli									

[Handwritten signature]

ASA Coordinamento Attività Dirigenziali

Cruscotto Organizzativo:
 Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e connesse funzioni dirigenziali
 della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
 (area medica / veterinaria e sanitaria non medica)

CdN Dipartimento	P.O.	UC	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UCS	IAP	IPM	IPQ	+8 omi	Tot. Assenza: uno di UO	Dot Org. assistenti	P.L.
ASL Dipartimento ASL Coordinamento Attività Discretive	AZ	UOC	M O Radiodiagnostica territoriale						1	1		2	2	
	AZ	UOC	M U Genetica Medica							1	1	2	2	
	AZ	UOC	M O Servizio radiologico territoriale - CRG					1	2	1		6	6	
				1 B2		CDN Centro aziendale produzioni e qualificazioni biologica smeccomponibili								
	AZ		UOSB ADO e assistenza sanitaria domiciliare *									1	1	
	AZ		UOSB Cure primarie									1	1	
	AZ		UOSB Assistenza chirurgica									1	1	
	AZ		UOSB Cure palliative e hospice					2		2	1	1	7	7
	AZ		UOSB Governo liste di attesa e sistemi di prenotazione										1	1
	AZ		UOSB Farmacia territoriale								2		2	2
TOTALE ASL AREA DISCRETIVE	12+7	8		10	3			21	12	38	8	120	118	

**Cruscotto Organizzativo:
Articolazione organizzativa dell'area sanitaria e commesse funzioni dirigenziali
della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti
(area medica / veterinaria e sanitaria non medica)**

CdN Dipartimento	P.O.	UOC	Az	M	O	Denominazione UOC (CdR)	UOS	IASP	Denominazioni IASP	UOS,	IAP	IPM	IPQ	<5 anni	Tec. Assegnati oltre 50	Doc-Dirg esistenti	P.L.		
Funzioni sanitarie generali e di Staff		UOC	A2			Dirazione Medica P.O. Chieti					2	1			4	1			
		UOC	A2			Dirazione Medica P.O. Lanciano/Vasto	1 B2		CdN Direzione di presidio Ortona / Guardafoglio*		1								
		UOC	A3	M	O	Medicina Legale					2	5	5		12	13			
		UOC	A3	US	S	Filca sanitaria					1	2		1	6	6			
		UOC	A1		O	Servizio prevenzione e protezione Medicine Pendenzaria									3	3			
		UOC	A1		USB	UFFICIO MEDICO COMPETENTE								1	1	1			
		UOC	A1			Aidri e governo clinico								1	3	3			
		UOC	A1			Qualità accreditamento e risk management								1	1	1			
		UOC								1 CdN Clinical Risk Management						1	1		
		UOC				Servizio Assistenti Professioni Sanitarie													
		UOC						1 B2		CdN Gestione personale SAPS									
		UOC				Integrazione Ospedale Territorio													
		UOC	A1			Validazione e appropriatazza della prestaz. sanitarie						1	2	2	5	5			
	Totale Funzioni sanitarie generali e di	0	9	3				3	1			7	10	10	3	40	39		
	TOTALE GENERAL E ASL 2	10	94	41				90	23			117	357	295	167	1092	1120	138	69



PIANO DELLE DINAMICHE DEL PERSONALE 2015-2017

DINAMICHE DEL PERSONALE

RUOLO SANITARIO														
Dirigenza														
profilo professionale	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale al 31.12.2013	Dotazione organica deliberata n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Dirigenti medici - Direttori*	92	87	89	84	78	88		7	71		2	69	69	69
Dirigenti medici **	1023	860	859	872	876	1043	57	19	914	15	18	911	911	911
Dirigenti farmacisti - Direttori	1	3	3	2	2	1		1	1			1	1	1
Dirigenti farmacisti	22	10	14	13	13	26	1		14	3		17	17	17
Dirigenti veterinari - Direttori	5	6	5	5	5	5		2	3			3	3	3
Dirigenti veterinari	39	33	33	31	31	39			31			31	31	31
Dirigenti biologi - Direttori	0	1	1	1	1	1			1			1	1	1
Dirigenti biologi ***	34	25	25	29	29	34		1	28			28	28	28
Dirigenti chimici - Direttori	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Dirigenti chimici	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Dirigenti fisici - Direttori	0	1	0	0	0	0			0			0	0	0
Dirigenti fisici	7	4	5	5	5	7			5			5	5	5
Dirigenti psicologi - Direttori	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Dirigenti psicologi	24	16	15	14	14	23			14			14	14	14
Dirigenti psicologi equiparati ex art. 14 L. 207/85	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Dirigente Professioni Infermieristiche	1	0	0	0	0	1			0			0	0	0
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	1248	1046	1049	1056	1054	1268	58	30	1082	18	20	1080	1080	1080
RUOLO PROFESSIONALE														
Dirigenza														
profilo professionale	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale al 31.12.2013	Dotazione organica deliberata n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Dirigenti ingegneri	5	1	2	3	3	7			3			3	3	3
Dirigenti architetti	1	0	0	0	0	2			0			0	0	0
Dirigenti avvocati	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
TOTALE DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	6	1	2	3	3	9	0	0	3			3	3	3
RUOLO TECNICO														
Dirigenza														
profilo professionale	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale al 31.12.2013	Dotazione organica deliberata n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Dirigenti analisti	5	0	0	1	1	6			1			1	1	1
Dirigenti statistici	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Dirigenti sociologi	4	1	1	1	1	4			1			1	1	1
TOTALE DIRIGENZA RUOLO TECNICO	9	1	1	2	2	10	0	0	2			2	2	2
RUOLO AMMINISTRATIVO														
Dirigenza														
profilo professionale	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale al 31.12.2013	Dotazione organica deliberata n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Dirigenti amministrativi	24	10	10	9	8	26			8	4		12	15	15
TOTALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO	24	10	10	9	8	26	0	0	8			12	15	15

DINAMICHE DEL PERSONALE

RUOLO SANITARIO

Comparto

Personale Infermieristico

profilo professionale	qualifica	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale al 31.12.2013	Dotazione organica delibera n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Collaboratori professionali sanitari esperti -Cat. Ds	Infermiere	68	85	78	71	68	68		4	64		3	61	61	61
Collaboratori professionali sanitari esperti -Cat. Ds	Infermiere pediatrico	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti -Cat. Ds	Ostetrica	4	4	4	4	4	4		1	3		1	2	2	2
Collaboratori professionali sanitari esperti -Cat. Ds	Assistente sanitario	1	2		1	2	1			2		1	1	1	1
Collaboratori professionali sanitari esperti -Cat. Ds	Dietista	2	2	2	2	2	2			2			2	2	2
Collaboratori professionali sanitari esperti -Cat. Ds	Podologo	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti -Cat. Ds	Igienista dentale	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari - cat. D	Infermiere	1856	1685	1700	1719	1730	1761	42	28	1744	20	18	1746	1746	1746
Collaboratori professionali sanitari - cat. D	Infermiere pediatrico	55	45	44	44	44	46	2	1	45	2	1	46	46	46
Collaboratori professionali sanitari - cat. D	Ostetrica	98	48	55	58	66	92	4	1	69	2		71	71	71
Collaboratori professionali sanitari - cat. D	Assistente sanitario	22	24	24	22	21	25		1	20			20	20	20
Collaboratori professionali sanitari - cat. D	Dietista	10	11	11	10	10	10			10			10	10	10
Collaboratori professionali sanitari - cat. D	Podologo	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari - cat. D	Igienista dentale	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Operatori professionali sanitari - cat. C	Infermiere generico e psic. con un anno di corso esperto (profilo ad esaur)	0	179	168	158	148	148		4	144		10	134	134	134
Puericultrici esperte - cat. C	Puericultrici esperte	28	29	29	28	28	28			28			28	28	28
Operatori professionali di II categoria - Cat. Bs	Infermiere generico (profilo ad esaurimento)	0	1	1	1	1	1			1			1	1	1
Operatori professionali di II categoria - Cat. Bs	Infermiere psichiatrico (profilo ad esaurimento)	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Puericultrici - cat. Bs	Puericultrici	2	2	2	2	2	2			2			2	2	2
						2126	2188	48	40	2134	24	34	2124	2124	2124

profilo professionale	qualifica	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale al 31.12.2013	Dotazione organica delibera n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Tecnico sanitario di radiologia medica	7	9	9	7	7	7			7			7	7	7
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	3	2	2	1	1	3			1			1	1	1
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Tecnico di neurofisiopatologia	1	1	1	1	1	1			1			1	1	1
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Tecnico ortopedico	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	1	1	1	1	1	1			1			1	1	1
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Ottico	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Odontotecnico	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Tecnico sanitario di radiologia medica	131	109	123	124	131	134	1	1	131	4	1	134	134	134
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	108	78	86	92	94	114		4	90	4	2	92	92	92
Collaboratori professionali sanitari - cat. D	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	11	7	8	11	11	12			11			11	11	11
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Tecnico di neurofisiopatologia	6	2	3	3	3	6			3			3	3	3
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Ottico	0	0		0	0	0			0			0	0	0
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Odontotecnico	1	1	1	1	1	1			1			1	1	1
						250	279	1	5	246	8	3	251	251	251

Personale di vigilanza ed ispezione

profilo professionale	qualifica	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale al 31.12.2013	Dotazione organica delibera n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	1	1	1	1	1	1			1			1	1	1
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	34	23	20	23	23	31			23	3		26	26	26
						24	32	0	0	24	3	0	27	27	27

DINAMICHE DEL PERSONALE

Personale di riabilitazione

profilo professionale	qualifica	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale al 31.12.2013	Dotazione organica deliberata n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Fisioterapista	3	3	3	3	3	3		1	2			2	2	2
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Logopedista	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Tecnico audiometrista	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Tecnico audioprotesista	0	0	0	0	0	0			0	1		1	1	1
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età infantile	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Terapista occupazionale	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Educatore professionale	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Ortottista	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds	Massaggiatore non vedente	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Massofioterapista	1	1	1	1	1	1		1	0			0	0	0
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Terapista della riabilitazione non vedente	2	2	2	2	2	2			2			2	2	2
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Fisioterapista	65	57	55	56	57	65	2	1	58		1	57	57	57
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Logopedista	3	1	1	2	2	3			2			2	2	2
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Tecnico audiometrista	2	0	0	0	0	2			0			0	0	0
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Tecnico audioprotesista	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età infantile	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	0	0	0	0	0	1			0			0	0	0
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Terapista occupazionale	1	0	0	0	0	2			0			0	0	0
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Educatore professionale	7	6	6	5	5	8			5			5	5	5
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Ortottista	14	8	8	8	8	14			8			8	8	8
Collaboratore professionale sanitario - cat. D	Massaggiatore non vedente	1	4	4	1	1	1			1			1	1	1
Operatore professionale sanitario - cat. C	Massofisioterapista e massaggiatore esperto (profilo ad esaurimento)	2	2	2	2	2	2			2			2	2	2
Operatore professionale di II categoria - cat. Bs	Massofisioterapista e massaggiatore (profilo ad esaurimento)	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO						81	104	2	3	80	1	1	80	80	80
		2551	2435	2456	2462	2481	2603	51	48	2484	36	38	2482	2482	2482

Parallela

UP

DINAMICHE DEL PERSONALE

RUOLO PROFESSIONALE

Comparto

profilo professionale	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale assunto 2013	personale cessato 2013	personale al 31.12.2013	Dotazione organica delibera n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Assistenti religiosi - cat. D	0	0		0			0				0			0	0	0
TOTALE COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0			0	0	0

RUOLO TECNICO

Comparto

profilo professionale	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale assunto 2013	personale cessato 2013	personale al 31.12.2013	Dotazione organica delibera n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Collaboratori professionali assistenti sociali esperti - cat.Ds	2	2	2	2	0	0	2	2			2			2	2	2
Collaboratori professionali assistenti sociali - cat. D	48	50	45	44	3	3	44	48	1	1	44			44	44	44
Collaboratore tecnico - professionale esperto - cat. Ds	0	0	0	0	0	0	0	0			0			0	0	0
Collaboratore tecnico - professionale - cat. D	12	12	13	11	0	0	11	13			11			0	0	0
Programmatore - cat. C	13	6	13	13	0	0	13	13			13		1	10	10	10
Assistente tecnico - cat. C	15	14	8	8	0	0	8	15			8	5		13	13	13
Operatore tecnico specializzato esperto - cat. C	82	95	86	83	0	0	83	83			83			13	13	13
Operatore tecnico specializzato - cat. Bs	34	38	34	34	0	1	33	40	2	3	32			83	83	83
Operatore socio sanitario (OSS) - cat. Bs	371	38	30	34	10	1	43	166	30	2	71	15	8	78	78	78
Operatore tecnico - cat. B	129	139	134	129	0	6	123	130	3	3	123		7	116	116	116
Operatore tecnico addetto all'assistenza - cat. B	0	105	99	94	0	3	91	91			91		3	88	88	88
Ausiliario specializzato - cat. A	265	292	283	264	0	9	255	255		8	247		6	241	241	241
TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO	971	791	747	716	13	23	706	856	36	17	725	20	25	720	720	720

RUOLO AMMINISTRATIVO

Comparto

profilo professionale	Dotazione organica	personale a t.i. al 31.12.2010	personale a t.i. al 31.12.2011	personale a t.i. al 31.12.2012	personale assunto 2013	personale cessato 2013	personale al 31.12.2013	Dotazione organica delibera n. 322/2014	personale assunto 2014	personale cessato 2014	personale al 31.12.2014	Previsione personale assunto 2015	Previsioni personale cessato 2015	Previsione personale al 31.12.2015	Previsione personale al 31.12.2016	Previsione personale al 31.12.2017
Collaboratori amministrativi professionali esperti - cat. Ds	35	35	35	35	0	2	33	34	1	2	32			32	32	32
Collaboratori amministrativi professionali - cat. D	120	109	111	113	3	6	110	113	1	3	108		1	107	107	107
Assistenti amministrativi - cat. C	123	142	133	125	0	1	124	124		2	122		5	117	117	117
Coadiutori amministrativi esperti - cat. Bs	27	30	28	26	0	0	26	26			26			26	26	26
Coadiutori amministrativi - cat. B	106	98	89	86	0	1	85	106	19	4	100	3	1	102	102	102
Commessi - cat. A	40	31	31	30	0	0	30	40	10	1	39		2	37	37	37
TOTALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	451	445	427	415	3	10	408	443	31	12	427	3	9	421	421	421



ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti

NOTA ILLUSTRATIVA AL BILANCIO DI PREVISIONE 2015

AZIENDA
SANITARIA LOCALE 02
LANCIANO - VASTO - CHIETI

Nota Illustrativa
Bilancio di previsione 2015

Criteria generali di formazione del bilancio di esercizio

Il bilancio di previsione 2015 è stato predisposto secondo le disposizioni del D. Lgs. 118/2011, quindi coerentemente con quanto previsto dal Codice Civile e dai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., nonché dai successivi decreti ministeriali di attuazione.

Il bilancio di previsione è stato redatto anche in conformità alla Legge Regionale n. 146 del 24 dicembre 1996 ed alla successiva L.R. del 26 aprile 2004 n. 15 che disciplina le norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento alle norme del Titolo III “Rilevazioni contabili ed extra-contabili e bilanci” che rimandano, tra l’altro, alle norme del Codice Civile.

Per la predisposizione del bilancio di previsione sono state seguite, inoltre, le direttive contenute negli indirizzi regionali agli strumenti di programmazione delle Aziende sanitarie locali 2015-2017 emanati con Decreto Commissariale n. 149 del 07/11/2014 e trasmessi dalla Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo con nota prot. n. RA/298683/DG22 dell’11/11/2014 e tenendo conto dei modelli economici programmatici allegati al Decreto Commissariale n. 91 del 24 ottobre 2013.

Il conto economico è stato predisposto in unità di euro. L’arrotondamento è stato eseguito all’unità inferiore per decimali inferiori a 0,5 Euro e all’unità superiore per decimali pari o superiori a 0,5 Euro.

Nella formazione del bilancio di previsione 2015 si è tenuto conto dei dati derivanti dal bilancio consuntivo 2013, dalla proiezione annuale del modello CE relativo al III trimestre 2014 e dal Programma Operativo fornito dalla Regione in allegato al Decreto Commissariale n. 91 del 24 ottobre 2013 trasmesso con nota prot. n. RA/266175DG22 dell’28/10/2013.

In particolare si è proceduto alla redazione del bilancio tendenziale 2015 attraverso la proiezione all’anno dei dati del terzo trimestre 2014.

Il tendenziale considera anche alcune risultanze contabili non rilevate nel terzo trimestre 2014 e non tiene conto delle risultanze contabili relative alla gestione straordinaria.

Partendo dal tendenziale 2015, attraverso una serie di “manovre”, si è giunti alla stesura del programmatico 2015 come segue:

VALORE DELLA PRODUZIONE

1) Contributi in conto esercizio

Per quanto riguarda i contributi in conto esercizio per l’anno 2015 è stato iscritto il valore di





€/000 693.086 calcolato tenendo conto della quota spettante alla ASL Lanciano-Vasto-Chieti per contributi FSR, sulla base della comunicazione relativa al CE III trimestre 2014 trasmessa dalla Direzione Politiche della Salute con nota prot. n. RA/269661/DG22 del 15/10/2014.

A tale importo è stata aggiunta una manovra relativa ad un finanziamento di €/000 890 per la realizzazione di attività correlate alla Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (R.E.M.S.) con la quale superare gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.).

2) *Saldo di mobilità*

Relativamente al saldo di mobilità, per la stesura del tendenziale 2015 sono stati considerati i dati della mobilità 2012 intra ed extra attiva e passiva, così come indicato nelle direttive contenute negli indirizzi regionali agli strumenti di programmazione delle Aziende sanitarie locali 2015-2017 emanati con Decreto Commissariale n. 149 del 07/11/2014.

Il programmatico 2015, invece, presenta un lieve incremento relativamente alla mobilità infra regionale, che riflette i dati più recenti della mobilità 2013 intra attiva e passiva trasmessi dalla Direzione Politiche della Salute con nota prot. n. RA/279165/DG22 del 23/10/2014.

3) *Entrate proprie*

Le entrate proprie sono state stimate sulla base dei ricavi effettivamente conseguiti al 30 settembre 2014 e proiettati a tutto l'anno.

4) *Saldo intramoenia*

Come per le entrate proprie il valore del saldo intramoenia, sia del tendenziale che del programmatico 2015, è stato stimato sulla base delle risultanze dei relativi costi e ricavi conseguiti al terzo trimestre 2014 e proiettati all'anno.

5) *Rettifiche contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti*

Per tale voce, prevista dal D. Lgs. 118/2011 e s.m.i., l'andamento del tendenziale 2015 coincide con la proiezione dei costi del III trimestre 2014, mentre il programmatico 2015 considera una manovra per €/000 2.400 così composta:

- €/000 400 corrispondente all'80% dell'intero costo relativo al completamento del corpo M della Cardiochirurgia, pari ad €/000 500;
- €/000 2.000 pari all'80% del costo delle manutenzioni straordinarie delle immobilizzazioni materiali, quantificato in €/000 2.500.

Il restante 20% delle due manovre, ovvero €/000 600, incide sul programmatico 2016.

6) *Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati*

Nel programmatico 2015 per il saldo delle quote inutilizzate dei contributi vincolati è stato

considerato un valore in linea con quanto previsto sia nel tendenziale che nella proiezione dei costi del III trimestre 2014.

COSTI INTERNI

1) Personale

Relativamente ai costi del personale è stato indicato un tendenziale in linea con la proiezione dei costi relativi al terzo trimestre 2014 pari a €/000 245.736 e un programmatico pari a €/000 244.566 con una riduzione di €/000 4.020.

Nello specifico le manovre che determinano la suddetta riduzione riguardano la trasformazione dei contratti di lavoro a tempo determinato in rapporti a tempo indeterminato per €/000 1.750, di cui €/000 1.500 per personale sanitario ed €/000 250 per personale non sanitario.

E' altresì previsto l'aumento del costo del personale dipendente per €/000 890, a seguito delle nuove attività di medicina penitenziaria da svolgere, finanziate con maggiori contributi in conto esercizio.

Per quanto riguarda il personale interinale, le manovre prevedono la riduzione della spesa per un importo complessivo di €/000 3.110, di cui €/000 2.360 per esternalizzazione dei servizi mensa e CUP ed €/000 750 per cessazione dei rapporti di lavoro interinali ed instaurazione di contratti di lavoro a tempo indeterminato.

2) Prodotti farmaceutici ed emoderivati

In relazione al costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati è stato indicato un tendenziale 2015 di €/000 55.003, pari all'andamento della spesa rilevata nel terzo trimestre 2014 proiettato all'anno. Il programmatico 2015 prevede una diminuzione di €/000 2.000, relativa ai medicinali con AIC, assestandosi così su un importo di €/000 53.003.

3) Altri beni e servizi

Il tendenziale 2015, pari ad €/000 139.438, scosta per €/000 2.532 rispetto alla proiezione all'anno dei costi del terzo trimestre 2014, poiché considera maggiori costi per manutenzioni e riparazioni ancora non contabilizzati nel CE III trimestre.

Rispetto al tendenziale il programmatico 2015, pari ad €/000 139.308, mostra pertanto una riduzione di €/000 130 ottenuta come somma algebrica di una serie di azioni di razionalizzazione di seguito descritte.

I dispositivi medici si riducono per un importo di €/000 3.450 mentre i costi delle pulizie e del riscaldamento ed energia elettrica a seguito dell'attivazione della struttura della cardiocirurgia (corpo M) aumentano di €/000 600 ciascuno a seguito dell'attivazione della struttura della



cardiochirurgia (corpo M) per la quale sono anche previsti ulteriori costi per manutenzioni e riparazioni per €/000 400.

Gli altri servizi sanitari e non, evidenziano maggiori costi relativi all'esternalizzazione del servizio CUP per €/000 2.100, altri costi relativi al trasloco alla nuova struttura della cardiochirurgia (corpo M) per €/000 100 ed al servizio di trasporto presso l'ITAB per €/000 20, a fronte dei quali si rileva una diminuzione dei costi del servizio appaltato di ausiliario, per €/000 500 derivante da aggiudicazione di nuova gara.

4) *Medicina di base*

I costi della medicina di base indicati nel programmatico 2015 pari ad €/000 45.136, sono in linea con il tendenziale 2015 e con la proiezione all'anno dei costi del terzo trimestre 2014.

5) *Farmaceutica convenzionata*

Nel programmatico 2015 i costi della farmaceutica convenzionata, pari ad €/000 67.825, beneficiano di una manovra riduttiva di €/000 2.000 e, sono inferiori sia a quelli del tendenziale 2015 che a quelli del terzo trimestre 2014 proiettati all'anno.

6) *Ammortamenti e costi capitalizzati*

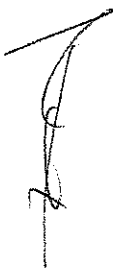
Il valore degli ammortamenti e dei costi capitalizzati sono stati stimati tenendo conto delle nuove aliquote di ammortamento previste all'allegato 3 del D. Lgs 118/2011 e s.m.i. e, il valore indicato nel programmatico 2015, pari ad €/000 2.515, è lo stesso di quello riportato nel tendenziale 2015 e nella proiezione all'anno dei costi del terzo trimestre 2014.

7) *Accantonamenti*

Nel programmatico 2015 il valore degli accantonamenti, stimato per un importo pari ad €/000 7.187, è in linea sia con quello del tendenziale 2015 che con quello dei costi del terzo trimestre 2014 proiettato all'anno.

8) *Prestazioni da privato*

Le prestazioni effettuate dalle strutture private nel programmatico 2015, sono previste in riduzione per un importo pari ad € 1.125 sia rispetto al tendenziale 2015 che alla proiezione all'anno dei costi del terzo trimestre 2014 e si attestano ad €/000 113.446. Tale diminuzione è connessa sia alla sospensione del contratto con la società Diaverum, per un importo pari ad €/000 825 che alla revisione della convenzione con l'ITAB per €/000 300.





Relazione al Bilancio Preventivo 2015 e agli strumenti di programmazione 2015-2017 della ASL 02 di Lanciano-Vasto-Chieti

Tutti gli indicatori fanno prevedere notevoli difficoltà e grandi incertezze nel quadro economico dell'Italia anche per il 2015 e, a maggior ragione, per il triennio 2015-2017, oggetto dei documenti di programmazione che accompagnano la presente relazione. Lo stesso contesto della Comunità Europea, con le grandi tensioni politico-istituzionali che la attraversano (basti pensare al crescere dei movimenti anti-euro), confermano ampiamente la previsione di uno scenario economico futuro caratterizzato da bassa crescita (se non da stagnazione), bassi consumi e, per l'Italia, da elevata pressione fiscale.

E' del tutto evidente che tale contesto continuerà ad influenzare anche le dinamiche e le prospettive di sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale. Malgrado il nuovo Patto della Salute dello scorso luglio 2014 abbia previsto all'art 1 un trend crescente delle risorse a disposizione del SSN, le stime e gli orientamenti più recenti emersi in sede governativa fanno prevedere, al contrario, un quadro stabile (se non leggermente in diminuzione) del FSN.

Tale quadro appare ancor più stringente per la Regione Abruzzo, commissariata: la volontà costantemente espressa dalla nuova Giunta regionale e dallo stesso Commissario ad Acta per il Risanamento del SSR di voler concretizzare gli enormi sforzi di risanamento sin qui compiuti dalle ASL e dalla regione con l'uscita dal commissariamento e dalle procedure del Piano di Rientro, richiedono, per la Asl 02, una nuova fase di reingegnerizzazione dei servizi sanitari e dei meccanismi tecnico-amministrativi sottostanti.

Le dinamiche economiche e gli indirizzi esterni all'Azienda devono quindi essere ulteriormente inquadrati in alcune criticità operative in cui versa la ASL 02 ormai da alcuni anni e che spiegheranno i maggiori effetti sull'assetto funzionale ed economico proprio nel corso del 2015.

Ci si riferisce, tra le altre:

- all'ormai storica problematica delle caratteristiche statiche e antisismiche di alcuni corpi di fabbrica del Presidio Ospedaliero di Chieti;
- all'apertura del nuovo corpo di fabbrica (palazzina M) destinato ad accogliere le UU.OO. del Dipartimento "Cuore" del PO di Chieti;
- agli esiti dei procedimenti ancora pendenti innanzi il TAR Abruzzo e il Consiglio di Stato sul futuro del PO di Guardiagrele;
- alla messa in sicurezza della rete Materno Infantile (e in particolare dei Punti Nascita) secondi gli standard del cosiddetto decreto "Fazio";

- alla attivazione già da marzo 2015 di una REMS (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) provvisoria, di valenza regionale, in attesa della costruzione definitiva della REMS a Ripa Teatina;
- alla realizzazione dell'Officina Trasfusionale Regionale presso il PO di Ortona.

Come ampiamente e dettagliatamente illustrato all'interno dei documenti programmatici, ciascuna delle suddette problematiche produrrà, soprattutto nel 2015 e parzialmente anche per il successivo biennio 2016-2017:

- un fabbisogno di personale aggiuntivo, con competenze e professionalità attualmente non presenti in azienda (e quindi un aumento proporzionale della spesa per personale);
- investimenti importanti e significativi per la messa a norma delle strutture;
- un aumento dei costi di esercizio per beni e servizi, in conseguenza dell'avvio delle nuove linee di attività.

Queste nuove attività (e i correlati costi sorgenti) assumono una valenza tanto più significativa in quanto si aggiungono alle numerose nuove linee di attività avviate dal 2010 (anno della fusione tra le ex ASL di Chieti e Lanciano-Vasto) ad oggi. Solo per citare le principali, si richiamano:

- l'attivazione di 2 nuovi Hospice (prima Asl in regione a dotarsi di tale importante modello assistenziale per i malati terminali);
- l'attivazione presso i presidi oggetto di riconversione (Gissi, Casoli e Guardiagrele) di 5 moduli assistenziali residenziali per pazienti psichiatrici ed anziani non autosufficienti, in esito al fallimento del gruppo privato "Villa Pini";
- la messa a regime della chirurgia robotica, unica struttura del genere attualmente presente in regione Abruzzo;
- la riattivazione di tutti e 3 gli screening (inspiegabilmente interrotti nel 2009) nazionali, (mammella, colon e cervice uterina) raggiungendo nel 2014 le più alte soglie di copertura a livello regionale della popolazione target (come certificato dai dati di fonte regionale), mediamente prossime al 50% e soprattutto con soluzioni tecnologiche ed organizzative di avanguardia, in grado di proiettare la Asl 02 al raggiungimento della soglia di copertura del 65% già nel 2015, come peraltro previsto nell'ultimo Piano Operativo della Regione;
- il piano "faraonico", realizzato tra il 2010 e il 2014, di riqualificazione del parco delle alte tecnologie diagnostiche ereditato dalle 2 ex-ASL.

Ognuno degli interventi richiamati si è realizzato sostanzialmente avvalendosi delle sole risorse finanziarie assegnate annualmente alla ASL, ossia in assenza di finanziamenti specifici. Anzi, la nuova ASL 02 è nata, all'atto della fusione, con un passivo nella gestione corrente di oltre 46

milioni di euro e una esposizione debitoria per disavanzi accumulati negli anni ante 2009 a dir poco imbarazzante.

In sintesi, il processo di risanamento dei conti economici avviato dal 2010 si è svolto parallelamente ad un imponente processo di riqualificazione e di potenziamento dei servizi (ovviamente in relazione a quanto ereditato dalle 2 ex-ASL) che, tuttavia, hanno ridotto significativamente gli spazi di manovra a disposizione dell'azienda, proprio in un momento in cui maggiori appaiono le esigenze di ulteriore sviluppo ed innovazione evidenziate all'inizio della presente relazione.

Su tale complesso quadro esigenziale si sono costruiti i documenti programmatici allegati.

In particolare, e conseguentemente a tutto quanto sopra, si è posto al centro del Piano Strategico 2015-2017 il tema della sostenibilità economica dei servizi, da coniugare con le irrinunciabili esigenze di adeguamento delle attività ai sempre crescenti e, per certi versi nuovi, bisogni espressi dalla popolazione del territorio di competenza (si pensi alle gestione delle fragilità e delle cronicità attraverso l'istituzione delle cosiddette "Case della Salute", come previste dal nuovo Patto della Salute).

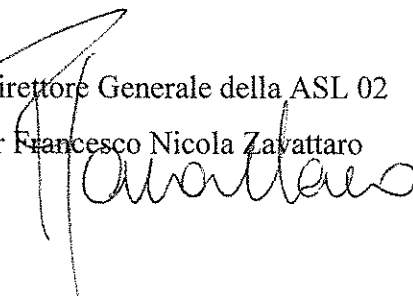
Il Bilancio di previsione 2015 ed ancor più il Piano Strategico 2015-2017 descrivono e recepiscono in termini economici un numero molto elevato di "manovre", dal contenuto molto forte in termini di cambiamento (si pensi ad esempio alla manovra tesa alla riduzione già nel 2015 dei costi per farmaci e presidi per circa 7 Ml di euro, a crescere negli anni successivi, o alla esternalizzazione di alcuni servizi *non-core* per l'abbattimento dei costi del personale a tempo determinato) e che richiederanno, conseguentemente, una grande capacità e coerenza attuativa a tutti i livelli dell'organizzazione.

Indubbiamente, senza un impegno e una determinazione forte da parte di tutti gli attori dell'azienda e un po' di sostegno regionale (ad esempio per finanziare in modo specifico ed aggiuntivo almeno le nuove attività di valenza regionale sopra richiamate) l'anno 2015 potrebbe presentare non pochi rischi di vanificare gli sforzi sin qui compiuti per garantire un ragionevole equilibrio economico della gestione. Proprio per tale ragione, d'altra parte però, il quadro d'insieme progettato è caratterizzato da elevata coerenza e da una visione sistemica degli interventi e delle manovre correttive, tale da far ritenere le stesse assolutamente realizzabili ed efficaci nel garantire la sostenibilità economica, anche medio tempore, dei servizi erogati.

Chieti, 29 Novembre 2014

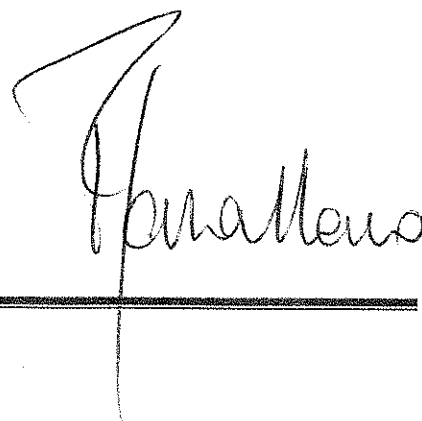
Il Direttore Generale della ASL 02

Dr Francesco Nicola Zavattaro





**PIANO TRIENNALE DEGLI
INVESTIMENTI
2015 2017**





REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

DELIBERAZIONE
DEL
DIRETTORE GENERALE

N. 1666 DEL 28 NOV. 2014

DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Oggetto: Piano Triennale 2015-2017 ed Elenco Annuale Interventi anno 2015.
Approvazione Interventi.-

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco Nicola Zavattaro, nominato con deliberazione della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 24 del 18 gennaio 2013 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n.502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni,

VISTA l'allegata proposta di deliberazione di pari oggetto del Direttore della U.O.C. **Investimenti Patrimonio e Manutenzioni**, in data 28.11.2014

DATO ATTO dell'attestazione di regolarità e legittimità dell'atto da parte del Dirigente Responsabile della predetta Unità Operativa, come acquisita in calce alla proposta medesima;

ACQUISITI i pareri espressi ed attestati in calce dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario Aziendale, per quanto di rispettiva competenza,

DELIBERA

di fare integralmente propria la menzionata proposta di deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre in conformità della stessa.

Parere favorevole _____ **Il Direttore Amministrativo Aziendale**
(Dr. Stefano Spadano)

Parere favorevole _____ **Il Direttore Sanitario Aziendale**
(Dott. Pasquale Fucini)

La presente delibera si compone di n. 7 pagine, n. 4 allegati così per un totale complessivo di pagine pari a n. 20.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Francesco Nicola Zavattaro)

Proposta di deliberazione
per il
Direttore Generale

**Oggetto: : Piano Triennale 2015-2017 ed Elenco Annuale Interventi Anno 2015
-Approvazione Interventi-**

Il Direttore della Unità Operativa Complessa Investimenti Patrimonio e Manutenzioni dell'Azienda, negli ambiti e limiti della propria competenza previa istruttoria, attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

PREMESSO:

CHE con Atto Deliberativo n.1 del 04.01.2010 si è preso atto della costituzione con la Legge Regionale n.5-2008 della nuova Azienda Sanitaria Provinciale denominata ASL 2 Lanciano Vasto Chieti che ha sostituito le due precedenti ASL di Chieti e Lanciano-Vasto;

CHE il nuovo soggetto giuridico è subentrato in tutti i rapporti attivi e passivi che delle due ex Aziende;

ACCERTATO:

CHE dal 01/01/10 hanno di creazione dell'Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano-Vasto-Chieti nel corso degli anni ha sempre predisposto ed approvato con appositi Atto Deliberativi il piano annuale ed il triennale delle opere da realizzare

PRESO ATTO:

CHE da ultimo gli interventi da realizzare triennio 2014-2016 e nell'annualità 2016, sono stati formalizzati con l'Atto Deliberativo n.495 del 15/04/14 (conservata insieme agli altri provvedimenti agli atti del fascicolo d'ufficio);

CONSTATATO:

CHE il Direttore della U.O.C. Investimenti Patrimonio e Manutenzioni di questa Azienda ha, ai sensi di quanto previsto dall'art.128 del D.Lgs.163/06 s.m.i., formulato e dettagliato alla Direzione Generale una proposta/relazione che attraverso tabelle esplicative e di sintesi, ha rappresentato i lavori da realizzare nel prossimo triennio 2015-2017 oltre a quelli da eseguire 2015, con la precisazione che per le opere incluse in tale relazione esistono progettazioni esecutive e/o preliminari redatte ai sensi di quanto previsto dalla legge 163/06, mentre per i lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria sono state redatte stime sommarie dei costi;

CHE i lavori da realizzare nel triennio sono desumibili dalle tabelle relative programma triennale 2015-2017 in particolare la tabella n° 1;

CHE viceversa all'interno del piano triennale sono indicate anche delle opere che sono prive di copertura finanziaria, per le quali manca il presupposto della fattibilità giuridica, ma sé né ravvisa in ogni caso l'esigenza di effettivo realizzo;

CHE i lavori che si prevede di eseguire nell'anno 2015 sono desumibili invece dalla tabella n° 2 con la precisazione che i relativi progetti sono conformi ai vigenti strumenti urbanistici;

CHE le dismissioni degli immobili da perfezionare sono invece desumibili dalla tabella n°3 (Allegato C);

RILEVATO

CHE la Regione Abruzzo per il tramite del proprio Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio della Azienda Sanitaria ha evidenziato all'Azienda in data 06/10/14 la necessità di eseguire precisazioni al piano triennale di cui alla Delibera 497 del 15/04/14;

CHE in tal senso il piano triennale 2015-2017 annuale 2015 recepisce le osservazioni formulate dalla Regione Abruzzo per gli interventi programmati ma non ancora in corso di esecuzione nel triennio oggetto delle osservazioni dell'ente programmatore;

OSSERVATO

CHE l'Azienda ha indicato:

- nella tabella n° 1 (Triennale) gli interventi da realizzare nel periodo 2015-2017 numerati in ordine alfabetico ed in sequenza, a seconda del piano cui si riferiscono per i quali con gli strumenti già previsti dalla norma l'Azienda ha reperito o in

corso di reperimento specifici fondi provvedendo in merito con apposito atto deliberativo;

- nella tabella n.°2 (Annuale) gli interventi da realizzare nell'annualità 2015 numerati in ordine alfabetico ed in sequenza, a seconda del piano cui si riferiscono con i relativi ordini di priorità;
- nella tabella n.°3 (Dismissioni) dal n.1 al n.28 sono indicati gli immobili da dismettere per i quali l'Azienda ha già acquisito la valutazioni dell'Agenzia del Territorio della Provincia di Chieti o gli immobili per i quali ha proceduto ad una valutazione in maniera autonoma;
- nella tabella n.°4 le opere per le quali manca il presupposto della fattibilità giuridica che si ritiene in ogni caso opportuno inserire nel presente atto di programmazione;

TUTTO CIO' PREMESSO E:

Vista la proposta/relazione sul programma triennale 2015-2017 dei lavori:

- interessanti le strutture immobiliari dell'Azienda Tabella n.° 1 (Allegato A);
- i lavori che si prevedono di eseguire nell'annualità 2015 Tabella n.° 2 (Allegato B),
- l'elenco degli immobili da dismettere Tabella n.° 3 (Allegato C);
- le opere per le quali manca il presupposto della fattibilità giuridica Tabella n.° 3 (Allegato D)

così come predisposta dal Direttore della U.O.C. Investimenti Patrimonio e Manutenzioni;

CONSIDERATO

CHE gli interventi rispondono a specifiche esigenze dell'Azienda tanto ai fini della manutenzione e recupero del patrimonio esistente e della sua effettiva utilizzazione quanto ai fini del completamento di lavori iniziati e di esecuzione di lavori compresi in progetti esecutivi approvati;

RITENUTO di potersi per conseguenza adottare il programma triennale 2015-2017, l'elenco annuale 2015 ed l'elenco beni da dismettere di cui sopra;

RITENUTO necessario dichiarare il presente provvedimento immediatamente in quanto strettamente collegato al bilancio preventivo dell'Azienda;

VISTO l'Art.128 della Legge 163/06 s.m.i nonché gli artt. 11 12 e 13 del D.P.R. 207/2010;

PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:

per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,

1. Di adottare, ai sensi e per gli effetti dell'art. 128 della Legge n° 163/06 s.m.i. e degli 11 12 e 13 del DPR 207/2010:
lo schema triennale dei lavori 2015/2017, predisposto dal Direttore della U.O.C. Investimenti Patrimonio e Manutenzione, risultante dalla:
 - a) Tabella n°1, comprensiva anche delle opere da realizzare nel triennio 2015-2017 (Allegato A);
 - b) Tabella n.2° elenco dei lavori che si prevede di realizzare nell'anno 2015 (Allegato B);
 - c) Tabella n.4° elenco degli immobili da dismettere come desumibili dalla (Allegato C);
 - d) Tabella n.°3 elenco delle opere per le quali manca il presupposto della fattibilità giuridica, ma che si ritiene opportuno e necessario inserire nella programmazione Aziendale (Allegato D);

tutte le tabelle indicate al punto precedente parte integrante e sostanziale della presente delibera sono allegate rispettivamente sotto le lettere A, B, C,D;

2. Di provvedere alla pubblicazione della presente con le modalità previste nell'art. 128 comma 11 del D.Lgs.163/06 s.m.i. e art.13 del DPR 207/2010 s.m.i.;
3. Di provvedere ad inviare il programma triennale 2015-2017 e l'elenco annuale dei lavori 2015 all'Osservatorio dei Lavori Pubblici, entro trenta giorni decorrenti dalla data in cui gli atti predetti, a seguito della loro approvazione, abbiano assunto carattere definitivo, nonché alla Regione Abruzzo Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende Sanitarie;
4. Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo in quanto strettamente collegato al bilancio preventivo 2015 dell'Azienda.
5. Di inviare copia del presente atto alla UOC Affari Legali affinché provveda alla pubblicazione nell'albo pretorio on-line di questa Azienda, ai sensi di quanto previsto dall'art.32 comma 1 legge 69/09, con le modalità di recepimento delle disposizioni attuative e di gestione dell'albo pretorio informatico aziendale, giusta Delibera n.396 del 21/04/11, disponendo altresì la pubblicazione a cura della UOC I.P.M. del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione"

Trasparente" del sito internet dell'Azienda in attuazione di quanto previsto dal D.Lgs. n.33 del 14/03/13 s.m.i.

6. Di inviare copia della presente delibera alla U.O.C. Investimenti Patrimonio e Manutenzione, alla U.O.C. Bilancio, al Controllo di Gestione per i relativi controlli, al Responsabile Anticorruzione dell'Azienda, nonché alla Regione Abruzzo Servizio Investimenti Strutturali e Tecnologici e Patrimonio delle Aziende Sanitarie;

La presente proposta di deliberazione consta di n. 7 pagine e di n. 4 allegati così per un totale di n. 20 di pagine .

Elenco Allegati:

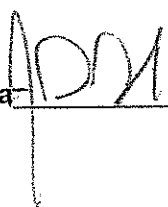
- Tabella n.°1 Dettaglio Interventi triennio 2015-2017 (Allegato A) - Pagine n. 6-,
- Tabella n.°2 Dettaglio Interventi Annualità 2015 (Allegato B) (Pagine n.2)
- Tabella n.°3 Dettaglio Immobili da dismettere (Allegato C) (Tot. Pagine n.2).
- Tabella n. 4 Dettaglio opere per le quali manca il presupposto della fattibilità giuridica (Allegato D) (Pagine n.3).

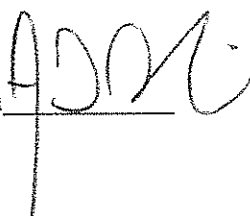
L'Istruttore Dr. Antonio Di Sciascio	Il Responsabile del Procedimento Dirigente Amministrativo UOC IPM Dr. Antonio Di Sciascio	Il Direttore della U.O.C. Investimenti Patrimonio e Manutenzione proponente attesta la legittimità e regolarità dell'atto Dott. Ing. Filippo Mancì
--	---	--


Data 28/11/14

Data 28/11/14

Data 28/11/14

Firma 

Firma 

Firma 

CONTROLLO DI BUDGET

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto trova sufficiente capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. n. del bilancio (anno)

Il Direttore/Responsabile U.O. _____

Firma _____

RISCONTRO CONTABILE

Si attesta l'esecuzione del riscontro di regolarità contabile e di verifica e/o effettuazione delle scritture contabili anche ai fini della liquidazione e del pagamento.

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Reg. n. _____ del _____ € _____

Il Direttore e/o Responsabile U.O.

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno

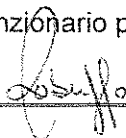
9 DIC. 2014 con prot. n. 66043

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa per 15 giorni consecutivi ai sensi della L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La sujestesa deliberazione diverrà esecutiva a far data dal decimo giorno successivo alla pubblicazione.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata "immediatamente eseguibile".

Il Funzionario preposto





PIANO INVESTIMENTI GENERALE 2015-2017 - ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti -PIANO TRIENNALE-									
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO 2015 - 2017	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in migliaia di €			ORD. PRIORITA'	ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO FINANZIAMENTO
				2015	2016	2017			
PIANO INVESTIMENTI : ATTUAZIONE DELL'ADP 2 STRALCIO COME RIMODULATO DA DEL 48/2010 DEL COM. AD ACTA									
A	RISTRUTTURAZIONE ED ACQUISTO ARREDI E ATTREZZATURE RSA DI ORTONA E DSB DI GUARDIAGRELE	Ristrutturazione ed acquisto arredi ed attrezzature	€ 526.931,26	€ 526.931,26			X	PROGETTO ESECUTIVO	RUP LUCIANO DE MARMIS
1			€ 526.931,26	€ 526.931,26					

B) PIANO INVESTIMENTI: COMPLETAMENTO INTERVENTI DI RILEVANZA SANITARIA CON FONDI ASSEGNATI DALLA REGIONE ABRUZZO

PROGRAMMA INTRAMOEIA / LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

b1									
1	PO "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	LAVORI PER REALIZZAZIONE DEGENZE NUMERO 28 POSTI LETTO	€ 607.353,31	€ 607.353,31			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP GABRIELE DI RENZO
2	PO "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	ACQUISTO ARREDI ED ATTREZZATURE	€ 497.367,89	€ 497.367,89			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP VINCENZO D'AMICO
3	P O "G. BERNABEO" DI ORTONA	LAVORI PER REALIZZAZIONE DEGENZE NUMERO 11 POSTI LETTO	€ 71.341,41	€ 71.341,41			X	PROGETTO ESECUTIVO	RUP GABRIELE DI RENZO
4	P O "G. BERNABEO" DI ORTONA	LAVORI PER REALIZZAZIONE AMBULATORI NUMERO 16 AMBULATORI	€ 1.654.657,55	€ 1.654.657,55			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP FILIPPO MANCI
5	P.O. "G. Renzetti" di LANCIANO	LAVORI PER REALIZZAZIONE AMBULATORI NUMERO 28	€ 720.973,93	€ 720.973,93			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP VINCENZO STAMPONE
6	P.O. "S. PIO" di VASTO	LAVORI PER REALIZZAZIONE AMBULATORI NUMERO 22	€ 965.774,40	€ 965.774,40			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP EMILIO MEZZANELLO
7	PO di ATESSA	LAVORI PER REALIZZAZIONE AMBULATORI NUMERO 22	€ 309.874,14	€ 309.874,14			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP LUCIANO PRIMAVERA
TOTALE			€ 4.827.342,53	€ 4.827.342,53					

All. A - Atto Deliberativo n. _____ del _____

**INTERVENTI PROGRAMMATI DA REALIZZARE NEL TRIENNIO 2015-2017
CON I RESIDUI DEI FONDI EX ART. 20 LEGGE 67/88 S.M.I.
RIMODULAZIONE MATERNO INFANTILE**

b2			€ 980.674,95	€ 980.674,95	X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP FILIPPO MANCI
1	P.O. "SS. ANNUZIATA" DI CHIETI	MESSA A NORMA SALE OPERATORIE E T.I.N. 14 LIVELLO A B	€ 284.599,50	€ 284.599,50	X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP FILIPPO MANCI
2	P.O. "G. BERNABEO" DI ORTONA	INTERVENTI DI MESSA A NORMA SALE PARTO	€ 1.245.234,05	€ 1.245.234,05			
	TOTALE						

FONDI PER NUOVI OSPEDALI

b3							
1	P. O. DI VASTO	COSTRUZIONE NUOVO OSPEDALE	€ 98.000.000,00			STUDIO DI FATTIBILITA'	DECRETO 23/2014 DEL 26/02/2014 RUP FILIPPO MANCI
2	P. O. DI LANCIANO	COSTRUZIONE NUOVO OSPEDALE	€ 85.144.000,00			STUDIO DI FATTIBILITA'	DECRETO 23/2014 DEL 26/02/2014 RUP FILIPPO MANCI
	TOTALE		€ 183.144.000,00				

FONDI REGIONALI LEGGE 17/02/2012 N. 9 ART. 3 TER

b4							
1	PROGRAMMA DI REALIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI GIUDIZIARI RIPA TESTINA	REALIZZAZIONE OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (REMS)	€ 4.549.321,00	€ 4.549.321,00		STUDIO DI FATTIBILITA'	STUDIO DI FATTIBILITA' APPROVATO CON DELIBERA N. 494 DEL 04/04/13 - RUP FILIPPO MANCI
	TOTALE		€ 4.549.321,00	€ 4.549.321,00			

A

PIANO INVESTIMENTI PROGRAMMATI DA REALIZZARE NEL TRIENNIO 2015-2017 CON I FONDI AZIENDALI SOTTOCONTO 01.01.02.03.02 E PROVENTI DA ALIENAZIONE BENI DISPONIBILI										
C										
1	FORNITURA E POSA IN OPERA DI UN NUOVO GRUPPO ELETTROGENO DI RISERVA A SERVIZIO DEL P.P.O. DI CARDIOLOGIA E CARDIOCHIRURGIA P.O. DI CHIETI	Lavori di fornitura e posa in opera gruppo elettrogeno	€ 470.000,00	€ 470.000,00	€ 470.000,00	X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP STAMPONE		
2	RISTRUTTURAZIONE PER LOCAZIONE SERVIZIO DI PNEUMOTISILOGIA TERRITORIALE	Lavori di ristrutturazione servizio di pneumofisiologia territoriale	€ 172.000,00	€ 172.000,00	€ 172.000,00	X	PROGETTO ESECUTIVO	RUP DI RENZO		
3	POTENZIAMENTO ED ADEGUAMENTO TECNOLOGICO RETE FONIA E DATI CORPO N° (CARDIOCHIRURGIA) P.O. DI CHIETI	Lavori di adeguamento tecnologico ed acquisto apparati	€ 526.931,26	€ 526.931,26	€ 526.931,26	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP DOTT. SMARGIASSI		
4	LAVORI DI REALIZZAZIONE CENTRO PRODUZIONE E QUALIFICAZIONE BIOLOGICA EMOCOMPONENTI REGIONALE P.O. DI ORTONA	Lavori di realizzazione di un centro di produzione e qualificazione biologica emocomponenti	€ 4.200.000,00	€ 4.200.000,00	€ 4.200.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP ING. FILIPPO MANCI		
5	ADEGUAMENTO E RISTRUTTURAZIONE 4° PIANO U.O. DI LUNGODEGENZA P.O. DI ORTONA	Lavori di adeguamento e ristrutturazione 4° piano	€ 2.100.000,00	€ 2.100.000,00	€ 2.100.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP ING. FILIPPO MANCI		
6	ADEGUAMENTO U.O. DI CHIRURGIA P.O. LANCIANO	Lavori di ristrutturazione e adeguamento e messa a norma di alcuni locali U.O. di Chirurgia	€ 500.000,00	€ 500.000,00	€ 500.000,00	X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP ING. FILIPPO MANCI		
7	ADEGUAMENTO, SISTEMAZIONE E MESSA A NORMA U.O. DI CARDIOLOGIA P.O. DI LANCIANO	Lavori di ristrutturazione e adeguamento e messa a norma U.O. di Cardiologia	€ 400.000,00	€ 400.000,00	€ 400.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP ING. FILIPPO MANCI		
8	INTERVENTI DI REALIZZAZIONE STANZE DI DEGENZA PROTETTE P.O. DI LANCIANO	Lavori di ristrutturazione e adeguamento stanze di degenza protetta	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ 260.000,00	X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP ING. FILIPPO MANCI		
9	INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE, ADEGUAMENTO E MESSA A NORMA LOCALI DA ACQUIRE A DAY SURGERY P.O. DI VASTO	Sistemazione e adeguamento locali ex psichiatra da adibire a day surgery	€ 300.000,00	€ 300.000,00	€ 300.000,00	X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP ING. FILIPPO MANCI		
10	INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE 4° PIANO 3° PADIGLIONE U.O. LUNGODEGENZA P.O. DI VASTO	Lavori di ristrutturazione e adeguamento 4° piano 3° padiglione	€ 920.000,00	€ 920.000,00	€ 920.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP ING. FILIPPO MANCI		

11	SISTEMAZIONE E ADEGUAMENTO SALA OPERATORIA ATTIGUA ALLA SALA PARTO U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA P.O. DI VASTO	Sistemazione e adeguamento nuova sala operatoria 4 piano 3 padiglione ai sensi della 3207	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ 260.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP ING. FILIPPO MANCI
12	ADEGUAMENTO LOCALI ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE POLO DI ALTINO - SANGRO AVENTINO	Lavori ed opere impiantistiche ai fini della prevenzione incendi	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ 260.000,00	X	PROGETTO DEFINITIVO	RUP ING. FILIPPO MANCI
13	ADEGUAMENTO LOCALI ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE EX P.O. DI GUARDIAGRELE AREA CHIETI	Lavori ed opere impiantistiche ai fini della prevenzione incendi	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ 260.000,00	X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP ING. FILIPPO MANCI
14	P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	TRASFERIMENTO S.P.D.C. DAL P.O. DI GUARDIAGRELE AL P.O. CLINGIZZO DI CHIETI	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP GIAMPIERO SCHIAZZA
15	P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	INTERVENTI DI MESSA IN SICUREZZA AL FINE STATICI DEL CORPILC ED E RELATIVI NOCI E ALTRI RELATIVI LAVORI P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI LOTTO	€ 300.000,00	€ 300.000,00	€ 300.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	PROGETTAZIONE ESECUTIVA ED INDIZIONE APPALTO APP. CON DELIBERA N. 1693 DEL 02/12/13 RUP FILIPPO MANCI
16	P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	LAVORI DI SISTEMAZIONE ED ADEGUAMENTO DEI GRUPPI FRIGO	€ 180.000,00	€ 180.000,00	€ 180.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	PROGETTAZIONE PRELIMINARE RUP FERNANDO GATTA
17	P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	LAVORI DI SISTEMAZIONE ED ADEGUAMENTO AMBULATORI DI PEDIATRIA	€ 1.000.000,00	€ 1.000.000,00	€ 1.000.000,00		STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP FILIPPO MANCI
18	P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	SISTEMAZIONE E ADEGUAMENTO PALAZZINA N. 1 CUP, CENTRO PRELIEVI LAB. ANALISI, UFF. AMMINISTRATIVE	€ 2.500.000,00	€ 2.500.000,00	€ 2.500.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP FILIPPO MANCI
19	P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	REALIZZAZIONE ASILO NIDO	€ 600.000,00	€ 600.000,00	€ 500.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP GIAMPIERO SCHIAZZA
20	P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	LAVORI DI SISTEMAZIONE AMBULATORI VARI	€ 1.500.000,00	€ 1.500.000,00	€ 1.500.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP FILIPPO MANCI
21	P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	LAVORI DI SISTEMAZIONE PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	€ 1.000.000,00	€ 1.000.000,00	€ 1.000.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP GIAMPIERO SCHIAZZA
23	P.O. "SS.ANNUZIATA" DI CHIETI	LAVORI DI SISTEMAZIONE MAGAZZINO ECONOMALE	€ 600.000,00	€ 600.000,00	€ 600.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP DE MARINIS

A

A

24	P.O. "SS. ANNUNZIATA" DI CHIETI	LAVORI DI REALIZZAZIONE DIALISI CORPO 7 B	€ 1.000.000,00	€ 1.000.000,00	€ 1.000.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP GIAMPIERO SCHIAZZA
25	P.O. "SS. ANNUNZIATA" DI CHIETI	LAVORI PER IL RIPRISTINO DELLA SEGNALETICA ORIZZONTALE E VERTICALE E VIABILITA'	€ 250.000,00	€ 250.000,00	€ 250.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP GIAMPIERO SCHIAZZA
26	P.O. "SS. ANNUNZIATA" DI CHIETI	LAVORI DI MANUTENZIONE E SISTEMAZIONE DELLE FACCIATE ESTERNE	€ 2.000.000,00	€ 2.000.000,00	€ 2.000.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP FERNANDO GATTA
27	P.O. "SS. ANNUNZIATA" DI CHIETI	REALIZZAZIONE DI NUOVO COLLEGAMENTO AL 7° LIVELLO TRA IL POLO CARDIOCHIRURGICO E IL CLINICIZZATO	€ 1.500.000,00	€ 1.500.000,00	€ 1.500.000,00		STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP FILIPPO MANCI
28	P.O. "SS. ANNUNZIATA" DI CHIETI	ADEGUAMENTO DEI LIVELLI DEL CORPO C E F A PARCHEGGIO	€ 1.500.000,00	€ 1.500.000,00	€ 1.500.000,00		STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP FILIPPO MANCI
29	VECCHIO P.O. "SS. ANNUNZIATA" DI CHIETI	LAVORI DI SMANTELLAMENTO IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE PER RIFACIMENTO COPERTURA	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 150.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP GABRIELE DI RENZO
30	D.S.M. DI CHIETI	LAVORI DI RIFACIMENTO DEL TETTO A COPERTURA DELLA PALAZZINA	€ 190.000,00	€ 190.000,00	€ 190.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP GABRIELE DI RENZO
31	P.O. LANGIANO	LAVORI PER LA REALIZZAZIONE DELLA SALA DI ELETTROFISIOLOGIA	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 150.000,00	X	PROGETTO PRELIMINARE	PROGETTAZIONE RELIMINARE RUP VINCENZO STAMPONE
32	P.O. LANGIANO	LAVORI DI SISTEMAZIONE ED ADEGUAMENTO LOCALI SPDC DI PSICHIATRIA	€ 300.000,00	€ 300.000,00	€ 300.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP VINCENZO STAMPONE
33	P.O. LANGIANO E P.O. VASTO	SOSTITUZIONE ED ADEGUAMENTO DI GRUPPI LOCALI SPDC DI PSICHIATRIA	€ 350.000,00	€ 350.000,00	€ 350.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP DE MARINIS
34	HOSPICE LANGIANO	LAVORI PER LA SISTEMAZIONE AREE ESTERNE ELETTRICITÀ	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ 200.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP EMILIO MEZZANELLO
35	P.O. DI VASTO	LAVORI PER L'ADEGUAMENTO DELL'IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE A SERVIZIO DEL 3° PADIGLIONE TERZO E QUARTO PIANO E 4° PADIGLIONE PRIMO PIANO	€ 300.000,00	€ 300.000,00	€ 300.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP LUCIANO PRIMAVERA
36	P.O. DI VASTO	RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMENTO AREA INTENSIVA E DEGENZA EMODINAMICA UTIC CARDIOLOGIA	€ 4.500.000,00	€ 4.500.000,00	€ 4.500.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP FILIPPO MANCI
37	P.O. ORTONA	LAVORI DI INSTALLAZIONE DI UNA NUOVA U.T.A. A SERVIZIO DELLA WEEK SURGERY E DAY SURGERY	€ 230.000,00	€ 230.000,00	€ 230.000,00	X	PROGETTO ESECUTIVO	APPROVATO CON DELIBERA N. 1021 DEL 09/07/2013 RUP VINCENZO STAMPONE
38	D.S.B. ORTONA	LAVORI DI ADEGUAMENTO MESSA A NORMA E SOSTITUZIONE IMPIANTI ELEVATORI D.S.B. PIAZZA S. FRANCESCO	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ 200.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP LUCIANO DE MARINIS
39	P.O. ORTONA	SOSTITUZIONE QUADRO ELETTRICO	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 100.000,00	X	STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP FILIPPO MANCI
40	R.S.A. ORTONA	INTERVENTI DI ADEGUAMENTO DELLA EX R.S.A. DI ORTONA A STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE	€ 500.000,00	€ 500.000,00	€ 500.000,00		STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP LUCIANO DE MARINIS
41	R.S.A. VASTO	RICONVERSIONE DELLA EX R.S.A. DI VASTO IN POLO VETERINARIO, SCUOLA INFERMIERI E ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE	€ 5.000.000,00	€ 5.000.000,00	€ 5.000.000,00		STUDIO DI FATTIBILITA'	RUP FILIPPO MANCI
42	P.O. DI ATTESSA	ISTITUZIONE RIABILITAZIONE	€ 1.400.000,00	€ 1.400.000,00	€ 1.400.000,00	X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP LUCIANO PRIMAVERA
43	POLO VETERINARIO DI CASTEL FRENTANO	LAVORI DI ADEGUAMENTO E MESSA A NORMA	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 150.000,00	X	PROGETTO ESECUTIVO	APP. CON DELIBERA N. 916 DEL 21/06/2013 RUP VINCENZO STAMPONE

PIANO INVESTIMENTI GENERALE 2015-2017 - ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti - ANNUALE 2015-										
N.	STRUTTURA	TIPOLOGIA INTERVENTO	IMPORTO IN MIGLIAIA DI EURO 2015 - 2017	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in migliaia di €			ORD. PRIO- RITA'	ELABORATI ESISTENTI	NOTE/AZIONE E RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO	FINANZIAMENTO
				2015	2016	2017				
PIANO INVESTIMENTI : ATTUAZIONE DELL'ADP 2 STRALCIO COME RIMODULATO DA DEL. 48/2010 DEL COM. AD ACTA										
A	POTENZIAMENTO ED ADEGUAMENTO TECNOLOGICO RETE FONIA E DATI CORPO M (CARDIOCHIRURGIA) P.O. CHIETI	Lavori di adeguamento tecnologico ed acquisto apparecchi	€ 526.931,26	€ 526.931,26			X	STUDIO DI FATTIBILITA'	INTERVENTO DA RIMODULARE RUP LUCIANO DE BARNIS	
		TOTALE	€ 526.931,26	€ 526.931,26						

PIANO INVESTIMENTI: COMPLETAMENTO INTERVENTI DI RILEVANZA SANITARIA CON FONDI ASSEGNATI DALLA REGIONE ABRUZZO										
PROGRAMMA INTRAMOENIA / LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA										
B										
b1										
1	PO "SS-ANNUZIATA" DI CHIETI	LAVORI PER REALIZZAZIONE DEGENZE NUMERO 28 POSTI LETTO	€ 607.353,31	€ 607.353,31			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP GABRIELE DI RENZO	
2	PO "SS-ANNUZIATA" DI CHIETI	ACQUISTO ARREDI ED ATTREZZATURE	€ 487.387,99	€ 487.387,99			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP VINCENZO D'AMICO	
3	P.O. "G. BERNABEO" DI ORTONA	LAVORI PER REALIZZAZIONE DEGENZE NUMERO 11 POSTI LETTO	€ 71.341,41	€ 71.341,41			X	PROGETTO ESECUTIVO	RUP GABRIELE DI RENZO	
4	P.O. "G. BERNABEO" DI ORTONA	LAVORI PER REALIZZAZIONE AMBULATORI NUMERO 16 AMBULATORI	€ 1.654.657,65	€ 1.654.657,65			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP FILIPPO MANCI	
5	P.O. "G. RENZETTI DI LANCIANO"	LAVORI PER REALIZZAZIONI AMBULATORI NUMERO 26	€ 726.973,83	€ 726.973,83			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP VINCENZO STAMPONE	
6	P.O. "S. PIO" DI VASTO	LAVORI PER REALIZZAZIONE AMBULATORI NUMERO 22	€ 965.774,40	€ 965.774,40			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP EMILIO MEZZANELLO	
7	PO DI ATESSA	LAVORI PER REALIZZAZIONE AMBULATORI NUMERO 22	€ 309.874,14	€ 309.874,14			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP LUCIANO PRIMAVERA	
		TOTALE	€ 4.827.342,03	€ 4.827.342,03						

INTERVENTI PROGRAMMATI DA REALIZZARE NEL TRIENNIO 2015-2017 CON I RESIDUI DEI FONDI EX ART.20 LEGGE 67/88 S.M.I. RIMODULAZIONE MATERNO INFANTILE (VEDI DETTAGLIO IN FOGLIO PIANO TRIENNALE)										
b2										
1	P.O. "SS-ANNUZIATA" DI CHIETI	MESSA A NORMA SALE OPERATORIE E T.I.N. 14 LIVELLO A B	€ 960.674,55	€ 960.674,55			X	PROGETTO PRELIMINARE	RUP FILIPPO MANCI	

PIANO INVESTIMENTI :ALIENAZIONE BENI IMMOBILI IN ATTUAZIONE DISP.L.R.47/06 DA REALIZZARE

N.	STRUTTURA	IMPORTE IN MIGLIAIA DI €	IMP. RIFERITI A CIASCUN ANNO in migliaia di €			ORD. PRIORITA'	ELABORATI ESISTENTI	NOTE
			1	2	3			
1	PRESIDIO "EX PEDIATRICO"	5.959.600,00		X				
2	PRESIDIO "EX INAM"	7.143.000,00		X				
3	D.S.M.VIALE AMENDOLA	1.406.000,00		X				
4	GARAGE IN LARGO MORICORVO	50.000,00						Valutazione presunta da UOC IPM
5	LOCALI EX SERT VIA ARNIENSE	400.000,00						Valutazione presunta da UOC IPM
6	IMMOBILE OSB CHIETI SCALO P.ZZA CARAFA - INCONPIUTA.	1.200.000,00						Valutazione presunta da UOC IPM
7	EX CONSORZIO ANTITUBERCOLARE Via Alessandrina - ORTONA.	807.000,00						
8	EX DISPENSARIO ANTITUBERCOLARE GUARDIAGRELE	564.000,00		X				
9	P.O. "SS. IMMACOLATA" Vecchia Sede Guardigrale	2.760.000,00		X				
10	TERRENI AGRICOLI di BUCCHIANICO	70.000,00		X				
11	TERRENI AGRICOLI VIA BELVEDERE di LANCIANO	3.200,00		X				
12	TERRENO VIALE CAPPUCINI - LANCIANO	400.000,00						Valutazione presunta da UOC IPM
13	TERRENI AGRICOLI di FOSSACESIA	3.600,00		X				
14	FABBRICATO RURALE 8 TERRENO di ATESSA	630.000,00		X				
15	ATESSA P.ZZA GARIBOLDI SEDE VECCHIO P.O.	1.000.000,00						Valutazione presunta da UOC IPM
16	ATESSA EX DISPENSARIO Viale Delle Riforme n.4	300.000,00		X				Valutazione presunta da UOC IPM
17	TERRENI AGRICOLI di SANTEUSANIO	32.700,00		X				
18	MAGAZZINO SITO IN LANCIANO	25.000,00		X				
19	EX SERVIZIO VETERINARIA SITO IN LANCIANO	386.400,00		X				
20	VASTO PIAZZETTA DAMANTE	80.000,00		X				Valutazione presunta da UOC IPM




PIANO INVESTIMENTI : ADEGUAMENTO E MESSA A NORMA DEI PP.OO. E STRUTTURE TERRITORIALI ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO										
B	1	P.O. "SS. ANNUNZIATA" di CHIETI	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER TUTTI I CORPI DI FABBRICA OLTRE ALL'ELISUPERFICI E	€ 7.200.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
	3	P.O. "G. Renzetti" di LANCIANO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.11 CORPI DI FABBRICA COMPLETAMENTO INTERVENTO N.2 AZIONE 1	€ 2.000.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
	4	P.O. "G. BERNABEO" di ORTONA	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER UN MONOBLOCCO DI N.7 PIANI	€ 4.000.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
	5	P.O. "S. PIO" di VASTO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PRESIDIO OSPEDALIERO DI VASTO	€ 5.400.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
	6	P.O. "SS. IMMACOLATA" di Guardiagrele	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER UN POLIBLOCCO DI N.5 PIANI	€ 2.000.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
	7	P.O. di ATESSA	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.4 CORPI DI FABBRICA	€ 3.500.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
	8	P.T.A. di CASOLI	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO DI UN CORPO DI FABBRICA	€ 1.200.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
	9	P.T.A. di GISSI	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.5 CORPI DI FABBRICA	€ 3.000.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
	10	EX P.O. "SS. ANNUNZIATA" di CHIETI	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 500.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
	11	EX P.O. PEDIATRICO di CHIETI	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 500.000,00	X				STUDIO DI FATTIBILITA'	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE

12	EX INAM LOCALI FISIOTERAPIA CHIETI	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 800.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
13	OSM DI CHIETI	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 250.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
14	DSB DI FRANCAVILLA AL MARE	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 250.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
15	DSB DI ORTONA	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 1.500.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
16	RSA DI ORTONA	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 150.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
17	DSB DI ORSOGNA	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 200.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
18	DSB DI MIGLIANICO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 200.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
19	HOSPICE DI LANCIANO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 250.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
20	SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE DI LANCIANO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 400.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
21	POLO VETERINARIO DI LANCIANO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 200.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
22	MATERNO INFANTILE CIO PO DI LANCIANO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 150.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
23	DSB DI VASTO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 450.000,00				X	FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE

A

24	DSB DI S.SALVO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 220.000,00				X		FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
25	DSB DI VILLA S.MARIA	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 600.000,00				X		FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
26	DSB DI CASTIGLIONE MESSER MARINO	ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA ANTINCENDIO PER N.1 CORPO DI FABBRICA	€ 400.000,00				X		FONDI ANCORA DA ASSEGNARE DAL MINISTERO DELLA SALUTE RUP DA NOMINARE
TOTALE			€ 335.670.000,00						