



REGIONE ABRUZZO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE N. 1
AVEZZANO, SULMONA, L'AQUILA

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2016-2018
PIANO STRATEGICO

PREMESSA

Il presente Piano viene redatto in linea con quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. 104 del 19.11.2015 avente ad oggetto Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie Locali triennio 2016-2018 e ai sensi del Programma Operativo 2013-2015, approvato con decreto Commissariale n. 84 del 09.10.2013 e ss.mm.ii .

Nel corso dell'anno 2015 sono stati attuati e/o avviati gli interventi di riorganizzazione previsti nel Piano Strategico 2013-2015, che hanno trovato piena attuazione con l'applicazione sia dell'Atto Aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n 1740 del 02.12.2013 sia della l'applicazione della Dotazione Organica, adottata con deliberazione del Direttore Generale n. 471/2014.

Per il triennio 2016-2018 l'Azienda si pone l'obiettivo di consolidare e di mettere a regime alcune delle azioni poste in essere già nel corso dei precedenti anni, in attuazione dei Programmi Operativi di volta in volta emanati dalla Regione e, al contempo, di rimuovere tutti i fattori che hanno impedito la completa attuazione degli interventi programmati e inseriti nel Piano Strategico 2015-2017.

Per tutto quanto previsto nel Programma Operativo 2013-2015 e non esplicitamente descritto nel presente documento, si rimanda al Piano Strategico 2015-2017 adottato da questa Azienda con Deliberazione del Direttore Generale n. 2116 del 01.12.2014 e successivamente integrato con Deliberazione del Direttore Generale n. 128 del 26.01.2015 e parzialmente rettificato con Deliberazione del Direttore Generale n. 951 del 29.05.2015.

Il contesto territoriale e le caratteristiche della popolazione di riferimento

La superficie della ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, con una estensione pari a 5.034 Km², copre il 47% del territorio della intera regione, corrispondente alle zone interne e montuose della stessa.

La struttura aziendale opera in una realtà caratterizzata da collegamenti non agevoli. La rete viaria è infatti, in gran parte, costituita da strade statali e provinciali strette e ad una corsia che rendono lenti e pericolosi gli spostamenti, soprattutto nei periodi invernali.

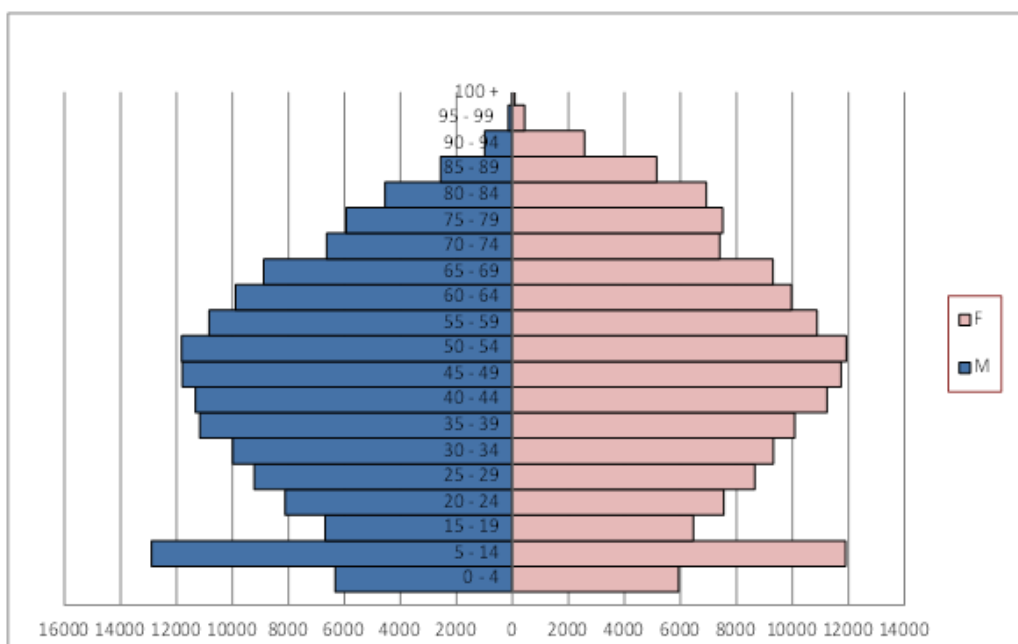
Per quanto riguarda le caratteristiche della popolazione, assumono particolare rilievo la dispersione della stessa sul territorio, espressa da una densità media, pari a 61 abitanti/Km² a fronte della media regionale pari a 124 abitanti/Km², e la composizione per età, efficacemente rappresentata dalla piramide della età (Fig.1).

Dalla figura è possibile rilevare alcuni eventi che hanno avuto significativi impatti sulla popolazione che, al 1° gennaio 2015, risulta composta da 304.884 residenti, di cui 149.807 (49,14%) uomini e 155.077 (50,86%) donne.

E' evidente, inoltre, come l'andamento piramidale sia rintracciabile solamente se si guarda la porzione superiore della figura, quella che ha come base ideale la popolazione intorno ai 40-44 anni, vale a dire le generazioni nate intorno agli anni 60, in pieno boom economico e demografico.

Dallo stesso grafico è altresì possibile cogliere come e quanto va modificandosi nel tempo la popolazione in ordine alla distribuzione per età. All'incremento delle fasce più anziane si contrappone una sensibile diminuzione delle fasce di popolazione più giovane, con conseguente e prevedibile invecchiamento generale.

Figura 1: ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila. Piramide dell'età – Anno 2015



Ulteriore caratteristica rilevabile dall'osservazione della piramide è il rapporto tra uomini e donne (rapporto di mascolinità), sensibilmente sbilanciato a favore di queste ultime, soprattutto nelle età più avanzate. Sul totale delle età la proporzione è di 97 uomini ogni 100 donne; supera questa media la fascia di età pediatrica (0-14 anni) - in riferimento alla quale il rapporto sale a 108 bambini/ragazzi ogni 100 bambine/ragazze – per poi scendere progressivamente nelle fasce di età successive.

Le variazioni nella struttura della popolazione, utilmente descritte dalla piramide delle età, sono quantificate dall'indice di vecchiaia che, confrontando direttamente il numero degli anziani oltre i 65 anni con la consistenza dei bambini e ragazzi fino ai 14 anni, ne rappresenta una misura sufficientemente sensibile.

Nella ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila tale indicatore, determinato sulla popolazione al 1° gennaio 2015, è pari a 198 anziani circa ogni 100 giovani, è maggiore sia del valore regionale (circa 176 anziani ogni 100 giovani) sia di quello nazionale (158 anziani ogni 100 giovani).

Lo stesso andamento si rileva se si considera l'indice di invecchiamento⁽¹⁾, pari al 22,7%, al di sopra sia del valore regionale (22,6%) sia di quello nazionale (21,7%).

L'incidenza degli ultrasettantaquattrenni sulla popolazione generale è del 12,11% e risulta più elevata nelle donne (14,74%) che negli uomini (9,43%).

Ad ulteriore conferma della particolare anzianità della popolazione residente in tale contesto territoriale depone il valore del rapporto tra terza età e bambini (numero di persone in età compresa tra i 60 e 74 anni diviso il numero di bambini di età compresa tra 0 e 9 anni) che mette in evidenza come in tale ambito per ogni bambino in età 0-9 ci siano circa 2 persone anziane

La situazione demografica, così come riscontrata nei territori dell'Azienda al 1° gennaio 2015 manifesta una tendenza di fondo verso il progressivo invecchiamento della popolazione accompagnata da una riduzione progressiva delle nascite.

Purtroppo, l'evoluzione prevista non lascia spazio all'ipotesi di un recupero della popolazione nei prossimi anni. Infatti, parallelamente a quanto previsto in campo nazionale e a parte possibili deviazioni di traiettoria attribuibili ad eventi al momento non prevedibili, il progressivo invecchiamento della popolazione avrà un grosso impatto su diverse sfere di interesse dell'Azienda USL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila (stato di salute della popolazione, sistema previdenziale, ecc.) e sulla necessità di incrementare e migliorare i servizi sociali, assistenziali geriatrici e sanitari in genere nell'ambito di un complesso processo programmatico.

Le particolari caratteristiche della Azienda provinciale appena esposte evidenziano un quadro epidemiologico caratterizzato da stati di morbosità legati soprattutto alle malattie cardiovascolari, alle patologie croniche dell'anziano e ai tumori.

1 () L'indice di invecchiamento è determinato dal rapporto tra la popolazione residente con età maggiore o uguale di 65 anni e il totale della popolazione residente

Purtroppo su tali patologie è difficile fornire, per singola area dell'Azienda USL, dati di frequenza esaustivi e precisi.

Interventi da attuare

Con il Programma Operativo 2013-2015 la Regione ha voluto concludere la fase di riduzione della spesa iniziata, per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, con Piano di Rientro 2007-2009 ed oggi si pone l'obiettivo di aumentare la qualità di prestazioni erogate - con particolare attenzione all'organizzazione della rete territoriale - attraverso l'utilizzo dei risparmi realizzati.

Gli interventi che si attueranno nel corso del triennio 2016-2018 saranno definiti sulla base di quanto stabilito nel documento "*Indirizzi per la Programmazione triennale 2016-2018 delle Aziende Sanitarie Regionali*" (DCA 104/2015 del 19.11.2015) e sulla successiva determinazione n. DPF012/10 del 14.03.2016 e saranno indirizzati su manovre di sviluppo, contenimento e coordinamento.

È tuttavia utile evidenziare che, affinché attraverso la realizzazione degli interventi e delle azioni sopra elencate possano essere raggiunti gli obiettivi preposti, è necessario che la Regione consolidi il proprio ruolo di holding sanitaria e che le Aziende Sanitarie Locali svolgano pienamente il loro ruolo di attuatori a livello locale delle indicazioni regionali.

SERVIZIO DPF 002

Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA

Adeguamento del patrimonio strutturale sanitario con riferimento alla regola tecnica di prevenzione incendio per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al D.M. 19.03.2015"

L'Azienda ha già provveduto ad attivare le procedure di adeguamento del patrimonio sanitario strutturale alla regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie - pubbliche e private - di cui al D.M. del 19/03/2015, presentando i progetti d'adeguamento antincendio al Comando dei Vigili del Fuoco.

In particolare, sono già stati presentati i progetti d'adeguamento antincendio al Comando dei Vigili del Fuoco per i Presidi Ospedalieri di Avezzano, Castel di Sangro e Sulmona ed è stato espresso parere favorevole per ciascuno di essi (Avezzano Prot. 0006260 del 01.07.2015- Sulmona Prot. 5491 del 05.06.2015- CdS Prot. 11856 del 31.08.2012).

Inoltre, al fine di dare organicità alla trattazione di tutte le problematiche connesse all'antincendio delle strutture sanitarie, in data 23.10.2015 l'Azienda ha provveduto a nominare un Gruppo di Lavoro costituito da tecnici ASL e tecnici VV.F. che, con regolare frequenza, sta valutando le azioni in essere al fine della prevenzione incendi nonché la corrispondenza ai vari cronoprogrammi d'adeguamento delle varie strutture

L'Azienda, dunque, recependo le indicazioni contenute nel citato Decreto Ministeriale ha formulato, per il prossimo triennio, un programma di adeguamento strutturato che darà adempimento, anche in funzione delle risorse disponibili, alle azioni da intraprendere per adeguare le strutture sanitarie ai fini antincendio secondo lo schema di seguito riportato nella Tabella 1.

Procedura di alienazione degli immobili facenti parte del patrimonio immobiliare della ASL al fine del contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria Regionale

Prima di procedere alla descrizione degli interventi e delle azioni che l'Azienda intende porre in essere per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato, è necessario sottolineare che gli indicatori di risultato previsti dalla Regione, consistenti nell'espletamento e conclusione delle procedure di gara relative alla dismissione di tutti gli immobili dichiarati alienabili dalle ASL, per questa Azienda non possono considerarsi applicabili e perseguibili in quanto i fabbricati di proprietà, che costituiscono la parte preponderante del valore patrimoniale, ricadono quasi esclusivamente nel Comune di L'Aquila, e risultano tutti danneggiati (con diverse classificazioni) ed inutilizzabili.

Inoltre gli indicatori regionali in termini numerici potrebbero portare ad ingannevoli valutazioni sul raggiungimento dell'obiettivo in quanto non tengono conto del valore dei beni alienabili.

Sorge il dubbio se sia più corretto riferire le percentuali riportate negli indicatori (30% per il 2016 e 2017 e 40 % per i il 2018) al valore del patrimonio immobiliare alienabile e non al numero degli

immobili alienabili.

In ultimo è bene evidenziare che un discorso a parte merita la situazione dei fabbricati ricadenti nel Comune di L'Aquila. Per essi, la trattazione dell'argomento e l'attuazione delle procedure, è strettamente vincolata ai tempi di ripristino degli stessi che, nella gran parte dei casi, risultano ricompresi in aggregati edilizi ubicati nel Centro Storico della città.

La situazione è in continua evoluzione e costantemente monitorata. Caso per caso, cessando i rapporti di locazioni passive insorte a seguito del terremoto del 6.4.2009, dovrà essere inoltre valutata, in alternativa alla loro alienazione, anche la possibilità di destinarli ad attività istituzionali dell'Azienda, al fine di assicurare le attività sanitarie nel territorio aquilano nella fase emergente del post sisma.

Nel contesto delle attività volte al recupero, valorizzazione ed eventuale dismissione di immobili di proprietà danneggiati dal terremoto, questa ASL ha avviato e sta sviluppando le seguenti azioni:

- partecipazione all'avviso per la raccolta di manifestazioni di interesse per l'effettuazione di iniziative immobiliari di elevata utilità sociale valutabili nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro (INAIL), ai sensi dell'articolo 1 , comma 317, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190;
- valutazione proposta del Comune di L'Aquila per stipula protocollo d'intesa con Cassa Depositi e Prestiti S.p.A. per interventi di housing sociale su fabbricato ex Collemaggio.

Programma triennale delle opere pubbliche 2016-2018 e articolazione della copertura finanziaria

Nella Tabella 3 viene riportata la Scheda 2 : Programma Triennale delle Opere Pubbliche 2016/2018, allegata alla Delibera del Direttore Generale n. 1768 del 19/10/2015, integrata con il dettaglio delle fonti di finanziamento delle opere in essa elencate e corredata delle maggiori informazioni richieste con la Determinazione n. DPF012/10 del 14/03/2016.

TABELLA 1: SERVIZIO DPF 002 - Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA – Adeguamento Normativa Antincendio

AREA DI INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE del PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1 PO L'AQUILA	Il Presidio Ospedaliero de L'Aquila, per il quale erano stati espressi numerosi pareri preventivi favorevoli da parte del Comando Provinciale dei VV.F. in date antecedenti al sisma 2009, è attualmente oggetto di affidamento d'incarico a professionista esterno per la progettazione delle opere d'adeguamento a norma antincendio, reesi necessarie in fase di ripristino dei vari corpi di fabbrica. Tale fase di progettazione si concluderà a breve e, successivamente ad essa, potrà essere presentata la Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA), ai sensi del D.M. 19.03.2015, nei tempi e secondo le modalità in esso indicate.	ANNO 2016 Conclusione della fase di progettazione e presentazione della SCIA entro le scadenze previste dal DM 19.03.2015 ANNO 2017 Definizione degli interventi da eseguire per la completa messa a norma delle strutture secondo il progetto ed inizio attuazione degli stessi ANNO 2018 Completamento degli interventi secondo il cronoprogramma allegato al progetto.	ANNO 2016 Presentazione SCIA entro le scadenze previste dalla normativa vigente (DM 19/03/2015) ANNO 2017 Realizzazione degli interventi previsti nel cronoprogramma allegato al progetto ANNO 2018 Realizzazione degli interventi previsti nel cronoprogramma allegato al progetto (completamento degli interventi previsti)		Responsabile della UO Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
2 PO CASTEL DI SANGRO	E' stato affidato l'incarico di progettazione delle misure antincendio ad un professionista esterno. Tale fase di progettazione si concluderà a breve e, successivamente ad essa, potrà essere presentata la Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA), ai sensi del D.M. 19.03.2015, nei tempi e secondo le modalità in esso indicate.	ANNO 2016 Conclusione della fase di progettazione e presentazione della SCIA entro le scadenze previste dal DM 19.03.2015 ANNO 2017 Definizione degli interventi da eseguire per la messa a norma delle strutture secondo il progetto ed inizio attuazione degli stessi ANNO 2018 Completamento degli interventi secondo il cronoprogramma allegato al progetto.	ANNO 2016 Presentazione SCIA entro le scadenze previste dalla normativa vigente (DM 19/03/2015) ANNO 2017 Realizzazione degli interventi previsti nel cronoprogramma allegato al progetto ANNO 2018 Realizzazione degli interventi previsti nel cronoprogramma allegato al progetto (completamento degli interventi previsti)	1.100.000,00	Responsabile della UO Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
3 PTA TAGLIACOZZO	E' stato affidato l'incarico di progettazione delle misure antincendio ad un professionista esterno. Tale fase di progettazione si concluderà a breve e, successivamente ad essa, potrà essere presentata la Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA), ai sensi del D.M. 19.03.2015, nei tempi e secondo le modalità in esso indicate.	ANNO 2016 Conclusione della fase di progettazione e presentazione della SCIA entro le scadenze previste dal DM 19.03.2015 ANNO 2017 Definizione degli interventi da eseguire per la messa a norma delle strutture secondo il progetto ed inizio attuazione degli stessi ANNO 2018 Completamento degli interventi secondo il cronoprogramma allegato al progetto.	ANNO 2016 Presentazione SCIA entro le scadenze previste dalla normativa vigente (DM 19/03/2015) ANNO 2017 Realizzazione degli interventi previsti nel cronoprogramma allegato al progetto ANNO 2018 Realizzazione degli interventi previsti nel cronoprogramma allegato al progetto (completamento degli interventi previsti)		Responsabile della UO Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale

(segue)

TABELLA 1: SERVIZIO DPF 002 - Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA – Adeguamento Normativa Antincendio

AREA DI INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE del PROCEDIMENTO ATTUATIVO
4 PO SULMONA	Attualmente sono in corso d'opera lavori di adeguamento sismico dell'Ala Nuova nonché lavori di realizzazione dell'ampliamento del nosocomio e i lavori di realizzazione delle nuove sale operatorie. Di conseguenza si provvederà ad adempiere alla nuova norma tecnica di prevenzione incendi in funzione della riconsegna dei vari lotti e/o lavori.	ANNO 2016 Presentazione SCIA per la parte non oggetto di lavori. BIENNIO 2017-2018 Attuazione degli interventi da eseguire per la messa a norma delle strutture attualmente non oggetto di lavori strutturali e completamento degli stessi. Per le strutture ad oggi oggetto di lavori, si procederà all'adeguamento alla nuova norma tecnica di prevenzione incendi in funzione della riconsegna dei vari lotti e/o lavori indicati (adeguamento sismico dell'Ala Nuova, realizzazione dell'ampliamento del nosocomio e realizzazione delle nuove sale operatorie).	ANNO 2016: Presentazione SCIA BIENNIO 2017-2018 Per le strutture non oggetto di lavori, rispetto dello stato di avanzamento dei lavori previsto dal cronoprogramma allegato al progetto e completamento degli interventi programmati. Per le strutture ad oggi oggetto di lavori, presentazione delle certificazioni richieste dalla nuova norma tecnica di prevenzione incendi in funzione della riconsegna dei vari lotti e/o lavori.	Per la parte non soggetta ai lavori l'impatto economico è ricompreso nell'ammontare di 1.100.000 € indicato per i PPOO di L'Aquila, Castel di S. e Tagliacozzo	Responsabile della UO Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
5 PO AVEZZANO	Sono in corso i lavori di adeguamento a norma antincendio della struttura e, allo stato attuale, è in fase di progettazione una perizia di variante che accogla le indicazioni date dalla nuova norma tecnica di prevenzione incendi.	ANNO 2016 Conclusione della fase di progettazione perizia di variante e presentazione della SCIA entro le scadenze previste dal DM 19.03.2015 BIENNIO 2017- 2018 Attuazione degli interventi da eseguire per la messa a norma delle strutture secondo il progetto e completamento degli stessi	ANNO 2016 Presentazione del progetto perizia di variante e SCIA entro le scadenze previste dalla normativa vigente (DM 19/03/2015) BIENNIO 2017-2018 Rispetto dello stato di avanzamento dei lavori previsto dal cronoprogramma allegato al progetto e completamento degli interventi programmati.	3.000.000,00	Responsabile della UO Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale

Strumenti di Programmazione 2016-2018

TABELLA 2: SERVIZIO DPF 002 - Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA – Procedure Alienazione Immobili

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPSTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1	Fabbricato denominato "ex GAVE" sito in Castel di Sangro, censito in Catasto al foglio 34, particella 488, Sub. 1 – 2 – 3.	Le risorse saranno destinate prioritariamente, come previsto nel richiamato accordo di programma, agli interventi di completamento dell'opera di ristrutturazione e messa a norma del Presidio Ospedaliero di Castel di Sangro. Parallelamente alla suddetta iniziativa, di recente il fabbricato è stato inserito tra gli immobili da ricomprendere nella procedura di dismissione avviata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, congiuntamente con l'Agenzia del demanio, nell'ambito dell'iniziativa ad oggetto: "Proposta Immobili 2015" – Invito agli Enti territoriali e altri soggetti del settore pubblico a proporre immobili di proprietà da valorizzare o alienare.	ANNO 2016 L'asta pubblica per la vendita dell'immobile, esperita dal Comune di Castel di Sangro, come da Convenzione stipulata con questa ASL Rep. 18/2012/atti privati del 14/06/2016, è andata deserta. Si sta valutando la possibilità di utilizzare l'immobile quale corrispettivo del contratto per l'esecuzione di opere di completamento del P.O. di Castel di Sangro. Verrà richiesta autorizzazione in tal senso alla Regione Abruzzo L'Azienda prevede di occludere la procedura entro l'anno in corso	A seguito di Accordo di programma sottoscritto tra il Comune di Castel di Sangro e questa ASL con Convenzione Rep. n. 18-2012/atti privati del 14/06/2012, con Deliberazione n° 1504 del 13 Settembre 2012 è stato preso atto della valutazione dell'immobile determinata dal suddetto comune in € 1.260.000,00 circa ed è stata autorizzata la predetta amministrazione comunale ad esperire la procedura di gara fissando in € 1.450.000,00 l'importo da porre a base di gara. Considerato che è andata deserta la prima procedura di vendita il Comune di Castel di Sangro ha indicato in Euro 1.300.000,00 il valore di utilizzare per la successiva procedura.	UOC PATRIMONIO
2	Poliambulatorio Raiano (struttura non completata e non accatastata)	Stipulato Accordo di programma rep. n. 1890 del 23.06.2014 con il Comune di Raiano al quale è stata demandata la procedura di alienazione del fabbricato mediante asta pubblica.	ANNO 2016 In corso procedura di individuazione del tecnico per l'accatastamento dell'immobile. L'accatastamento è propedeutico alla stipula di convenzione con l'Agenzia delle Entrate per la valutazione dell'immobile. L'importo determinato dall'Agenzia delle Entrate sarà quello posto a base di gara per la vendita. ANNO 2017 non appena acquisita la valutazione dell'immobile da parte dell'Agenzia delle Entrate sarà avviata la procedura di vendita da concludersi entro l'anno	Non disponendo ancora della valutazione dell'Agenzia delle Entrate quale valore dell'immobile viene riportato il costo sostenuto per la sua realizzazione: Euro 177.698,79	UOC PATRIMONIO
3	Porzione immobiliare sita in L'Aquila Via del Cembalo di Colantonio n. 1 piano terra, censita in Catasto al foglio 101, particella 1509, sub 3,	ricompresa in un edificio di culto e precisamente nella Parrocchia Personale di S. Giuseppe Artigiano.	TRIENNIO 2016-2018 Attualmente in fase di definizione gli aspetti attinenti il vincolo dei Beni Ambientali richiesti dal notaio ai fini della stipula del rogito.	Importo di vendita € 26.000,00	UOC PATRIMONIO
4	Terreno ricadente nel Comune di Barisciano censito al NCT al foglio 74 part. n. 67	Da avviare procedura di vendita	TRIENNIO 2016-2017 Acquisita al prot. arrivo ASL n. 0008387/16 del 15/01/2016 valutazione del terreno da parte dell'Agenzia delle Entrate stimato in € 49.500,00. Pervenute nel corrente anno manifestazione d'interesse all'acquisto delle terreno da parte di tre privati. Da avviare procedura di vendita ad evidenza pubblica.	Importo a base di gara per la vendita Euro 49.500,00	UOC PATRIMONIO
7	Fabbricato ex Inam di L'Aquila, censito in Catasto al foglio 95, particella 97 (gravemente danneggiato ed inutilizzabile)	Inserito tra gli immobili da ricomprendere nella procedura di dismissione avviata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, congiuntamente con l'Agenzia del demanio, nell'ambito dell'iniziativa ad oggetto: "Proposta Immobili 2015" – Invito agli Enti territoriali e altri soggetti del settore pubblico a proporre immobili di proprietà da valorizzare o alienare.	BIENNIO 2016- 2017 Procedura in corso. In attesa di determinazioni da parte del MEF.	L'immobile risulta gravemente danneggiato ed inutilizzabile a seguito del sisma del 06.04.2013. Importo di stima dell'immobile antecedente al sisma: Euro 9.410.000,00	UOC PATRIMONIO
8	Palazzina ex Clinica Universitaria di L'Aquila, individuato in Catasto al foglio 80, particella 4430 e foglio 94 particella 34 (danneggiato ed inutilizzabile)	Inserito tra gli immobili da ricomprendere nella procedura di dismissione avviata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, congiuntamente con l'Agenzia del demanio, nell'ambito dell'iniziativa ad oggetto: "Proposta Immobili 2015" – Invito agli Enti territoriali e altri soggetti del settore pubblico a proporre immobili di proprietà da valorizzare o alienare	BIENNIO 2016-2017 Procedura in corso. In attesa di determinazioni da parte del MEF.	L'immobile risulta gravemente danneggiato ed inutilizzabile a seguito del sisma del 06.04.2013. Importo di stima dell'immobile antecedente al sisma: Euro 1.958.000,00	UOC PATRIMONIO

TABELLA 3: SERVIZIO DPF 002 - Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA – Piano degli Investimenti, Scheda 2

N. progr.	Cod. int. Amm.ne	CODICE ISTAT			CODICE NUTS	Tipologia	Categ.	DESCRIZIONE INTERVENTO	Priorità	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA				Fonte di Finanziamento	Cessione Immobili	Apporto di capitale privato	
		Reg.	Prov.	Com.						Primo Anno	Secondo Anno	Terzo Anno	Totale			S/N	Importo
1		013	066	049		04	A05 30	Lavori di completamento e adeguamento Medicina Nucleare presso Edificio 6 P.O. San Salvatore di L'Aquila	1	500.000,00	1.500.000,00	1.000.000,00	3.000.000,00	Finanziamento Regionale <i>Presentata richiesta</i>	N		
2		013	066	049		04	A05 10	Demolizione e ricostruzione edificio di civile abitazione sito in L'Aquila - Via Gualtieri d'Ocre	3		250.000,00		250.000,00	Fondi della Ricostruzione <i>Presentata richiesta al Comune di L'Aquila</i>	N		
3		013	066	049		04	A05 30	Riparazione e adeguamento Edificio 1 P.O. San Salvatore di L'Aquila per realizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria ed altri servizi - D.Lgs. 254/2000 + finanziamenti vari	2	1.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	9.000.000,00	Fondi previsti dal D. Lgs. 254/2000 per €2.337.316,05. Per la restante parte (€6.662.683,95) è stato chiesto il finanziamento alla Regione	N		
4		013	066	049		04	A05 30	Adeguamento e ristrutturazione laboratori Banca degli Occhi di L'Aquila	3		500.000,00		500.000,00	Fondi di Bilancio	N		
5		013	066	049		04	A05 30	Ristrutturazione edificio e acquisto apparecchiature presso l'ex P.O. di Santa Maria di Collemaggio - L'Aquila da adibire a Consultorio Familiare e Distretto Sanitario di Base	3		1.000.000,00	2.675.000,00	3.675.000,00	Somma relativa alla rimodulazione delle somme assegnate per gli investimenti nel settore Materno Infantile. Fondi previsti dalla L. 34/1996. per €1.292.142. Per la restante parte (€2.382.858) è stato chiesto il finanziamento alla Regione Cfr. nota ns prot. n. 0057384 del 12/06/2014.	N		
6		013	066	049		04	A05 10	Riparazione e adeguamento edificio di civile abitazione sito in L'Aquila - Via Scindarella	3		200.000,00		200.000,00	Fondi della Ricostruzione <i>Presentata richiesta al Comune di L'Aquila</i>	N		
7		013	066	069		04	A05 30	Realizzazione di una struttura per cure palliative da 10 posti letto presso il Vecchio Ospedale di Pescina	1	465.503,27	600.000,00	170.000,00	1.235.503,27	Finanziamento ex Art. 20 della L.67/88	N		
8		013	066	006		04	A05 30	Realizzazione ambulatorio chirurgico oftalmico Presidio Ospedaliero di Avezzano	2	490.585,46			490.585,46	Finanziamento ex Art. 20 della L.67/88	N		
9		13	066	006		04	A05 30	Ristrutturazione Distretto Sanitario di Base per adeguamento a norme di sicurezza nel Comune di Avezzano	3		250.000,00		250.000,00	Finanziamento ex Art. 20 della L.67/88	N		

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018

(segue) TABELLA 3: SERVIZIO DPF 002 - Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA – Piano degli Investimenti, Scheda 2

N. progr.	Cod. int. Amm.ne	CODICE ISTAT			CODICE NUTS	Tipologia	Categ.	DESCRIZIONE INTERVENTO	Priorità	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA				Fonte di Finanziamento	Cessione Immobili	Apporto di capitale privato	
		Reg.	Prov.	Com.						Primo Anno	Secondo Anno	Terzo Anno	Totale			S/N	Importo
10		013	066	049		01	A05 30	Realizzazione centrale operativa del 118 ed hangar presso Ospedale Civile San Salvatore di L'Aquila	3		2.000.000,00	3.830.000,00	5.830.000,00	Cofinanziamento della Regione Emilia Romagna per €2.100.000,00. La restante parte è finanziata attraverso l'art. 20 della L. 67/88 III Stralcio, in corso di firma tra Regione e Ministero.	N		
11		013	066	049		04	A05 30	Adeguamento sala operatoria oculistica presso il Presidio Ospedaliero San Salvatore di L'Aquila	3		300.000,00		300.000,00	Fondi di Bilancio	N		
12		13	066	006		06	A05 30	Manutenzione Straordinaria Centro di Salute Mentale di Avezzano	3	175.000,00	200.000,00		375.000,00	Fondi di Bilancio	N		
13		013	066	049		06	A05 30	Manutenzione straordinaria reparto Neurochirurgia P.O. San Salvatore di L'Aquila	3	200.000,00			200.000,00	Fondi di Bilancio	N		
14		013	066	075		04	A05 30	Adeguamento edificio per realizzazione Residenza Assistita a Pratola Peligna	3		1.000.000,00	1.500.000,00	2.500.000,00	Con Deliberazione del Direttore Generale della ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila n. 1413 del 07/08/2014 veniva approvato il progetto esecutivo dei Lavori di Manutenzione Straordinaria per la Riconversione della Residenza Sanitaria Assistenziale di Pratola Peligna in Centro Diurno e Comunità Alloggio per la somma complessiva di 1.120.000,00 finanziati con: 1. finanziamenti assegnati per il progetto obiettivo di rilevanza nazionale relativo all'autismo (annualità 2010-2013) per complessivi €933.933,19; 2. fondi di Bilancio 2014 per € 186.066,81 Relativamente alla somma residua di € 205.000,00 richiamata nella Determinazione n. DPF012/10 del 14/03/2016, si fa presente che la stessa è stata inserita, assieme ad altre somme residuali, nella rimodulazione dei finanziamenti per i lavori di ristrutturazione e adeguamento della UO di Rianimazione del PO di Avezzano (Finanziamenti ex art. 20 L.67/88 - 1° Triennio)	N		
15		013	066	006		04	A05 30	Adeguamento sala settoria e obitorio Ospedale di Avezzano	3		700.000,00		700.000,00	Fondi di Bilancio	N		
16		013	066	099		04	A05 30	Adeguamento antincendio Presidi ospedalieri	1	300.000,00	400.000,00	400.000,00	1.100.000,00	Fondi di Bilancio	N		
17		013	066	006		04	A05 30	Adeguamento Centro Trasfuzionale Ospedale di Avezzano	1	515.000,00			515.000,00	Fondi di Bilancio	N		
18		013	066	049		01	A05 30	Realizzazione parcheggio multipiano presso aree esterne P.O. San Salvatore di L'Aquila	3		1.500.000,00	1.500.000,00	3.000.000,00	Fondi INAIL	N	3.000.000,00	01

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018

(segue) **TABELLA 3: SERVIZIO DPF 002 - Innovazione e Investimenti Patrimonio Tecnologie Sanitarie HTA – Piano degli Investimenti, Scheda 2**

N. progr.	Cod. int. Amm.ne	CODICE ISTAT			CODICE NUTS	Tipologia	Categ.	DESCRIZIONE INTERVENTO	Priorità	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA				Cessione Immobili	Apporto di capitale privato				
		Reg.	Prov.	Com.						Primo Anno	Secondo Anno	Terzo Anno	Totale		Fonte di Finanziamento	S/N	Importo	Tipologia	
19		013	066	049		04	A05 30	Ristrutturazione e adeguamento del reparto di Rianimazione del Presidio Ospedaliero di Avezzano – Finanziamenti ex art. 20 Legge 67/88 – 1° Triennio	1	400.000,00	423.150,44		823.150,44	Residui di Finanziamenti di cui all'ex art. 20 della L.67/88 – 1° Triennio DSB Pescina DSB Carsoli DSB Gioia de' Marsi DSB Pescasseroli. DSB Sulmona. DSB Castelvecchio Subequo DSB Pratola Peligna DSB Scanno Poliambulatorio Az Poliambulatorio Raiano RSA Pratola Peligna PO Tagliacozzo DSB L'Aquila DSB Rocca di Mezzo DSB Barisciano	N				
20		013	066	049		04	A05 30	Ristrutturazione e adeguamento locali da adibire a cucina e mensa aziendale presso Edificio 1 del Presidio Ospedaliero San Salvatore di L'Aquila	2	500.000,00	900.000,00		1.400.000,00	Fondi di Bilancio	N				
21		013	066	049		06	A05 30	Riparazione strutture tunnel di collegamento P.O. San Salvatore di L'Aquila	3		200.000,00		200.000,00	Finanziamento Regionale Presentata richiesta	N				
22		013	066	049		04	A05 30	Sistemazione collegamenti funzionali P.O. San Salvatore di L'Aquila - recupero fondi ex Cassa del Mezzogiorno	3		700.000,00		700.000,00	Recupero fondi ex Cassa del Mezzogiorno	N				
23		013	066	049		04	A05 30	Adeguamento locali Edificio Delta 8 (piano interrato) del P.O. San Salvatore per realizzazione spogliatoi centralizzati	3		500.000,00	700.000,00	1.200.000,00	Fondi di Bilancio	N				
24		013	066	098		01	A05 30	Realizzazione nuova centrale impianti tecnologici Presidio Ospedaliero di Sulmona	3			1.500.000,00	1.500.000,00		N	1.500.000,00	01		
25		013	066	028		04	A05 30	Sistemazione e adeguamento centrale gas medicali Ospedale Castel di Sangro	1	180.000,00			180.000,00	Fondi di Bilancio	N				
TOTALE										4.726.088,73	17.123.150,44	17.275.000,00	39.124.239,17					4.500.000,00	

SERVIZIO DPF 003
Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti
Innovazione e Appropriatezza

Assistenza Farmaceutica

Nel corso dell'anno 2015 la ASL ha rilevato un costo per medicinali ed emoderivati con AIC pari a circa 58.782.074 €, al di sopra sia del valore registrato nel 2014, pari a circa 47.855.588€ (+10.926.486 €, ossia +22,8%).

Con riferimento alla sola categoria dei farmaci, gli aumenti più significativi sono da attribuire principalmente alla introduzione dei farmaci per il trattamento della Epatite C, rispetto ai quali si è rilevato in consumo di circa 8.000.000 €, ai farmaci onco-ematologici e neurologici innovativi e alle nuove specialità medicinali in Distribuzione Diretta esclusiva.

In particolare, per l'area onco-ematologica nel 2015 si è rilevata una spesa pari a 11.744.867 €, superiore rispetto alla spesa rilevata nel 2014 di 1.765.795€ (Tabella I).

Tabella I: Distribuzione spesa dei farmaci onco-ematologici. Anni 2014-2015 e I trimestre 2016

	FARMACO (*farm. Innovativo)	ACQUISTATO (€) GEN-DIC 2014	ACQUISTATO (€) GEN-DIC 2015	ACQUISTATO (€) GEN-DIC 2016		FARMACO (*farm. Innovativo)	ACQUISTATO (€) GEN-DIC 2014	ACQUISTATO (€) GEN-DIC 2015	ACQUISTATO (€) GEN-DIC 2016
FARMACI ONCO-EMATOLOGICI INFUSIONALI	ALIMTA	79.506	398.619	52.596	FARMACI ONCO-EMATOLOGICI ORALI	AFINITOR	910.563	241.172	237.882
	VIDAZA	151.818	242.831	40.064		VOTRIENT	199.292	101.900	31.562
	ABRAXANE	65.669	112.902	33.029		SPRYCEL	127.388	119.666	46.322
	JEVTANA	94.350	19.245	48.922		SUTENT	276.303	267.045	42.074
	CAELYX	34.557	54.977	4.712		TARCEVA	121.822	103.235	34.554
	MYOCET	120.635	91.050	22.029		NEXAVAR	77.795	155.591	63.651
	MABTHERA EV	975.262	623.194	237.793		TASIGNA	257.481	131.153	49.684
	HERCEPTIN EV	1.739.228	883.599	197.061		IRESSA	118.061	308.466	55.415
	ERBITUX	266.989	318.077	80.705		GLIVEC	856.869	892.426	230.781
	AVASTIN	2.080.393	2.320.308	562.307		GIOTRIF*	0	9.220	0
	VECTIBIX	61.177	237.045	126.658		JAKAVI*	0	30.688	57.966
	MABTHERA SC*	-	71.968	18.453		ZYDELIG*	0	6.160	3.080
	HERCEPTIN SC*	-	617.395	172.258		IMNOVID*	0	84.213	9.460
	YERVOY*	107.503	366.485	70.881		ZELBORAF*	155.266	41.099	34.249
	YONDELIS*	53.421	92.945	93.078		XALKORI*	25.960	170.038	10.384
	PERJETA*	246.439	457.243	111.584		INLYTA*	39.458	198.356	39.789
	KADCYLA*	261.921	899.413	114.433		STIVARGA*	92.166	98.293	15.288
	ZALTRAP*	110.062	238.043	55.037		XTANDI*	0	102.223	30.146
	NIVOLUMAB BMS*	-	9.405	28.215		ZYTIGA*	271.718	629.179	184.164
	CYRAMZA*	-	-	19.060		TAFINLAR*	0	0	11.124
TOTALE	6.448.930	8.054.744	2.088.875	TOTALE	3.530.142	3.690.123	1.187.575		
TOT. COMPLESSIVO	9.979.072	11.744.867	3.276.450						
		SCOST. ASSOLUTO 15/14	1.765.795						
		SCOST. % 15/14	17,69						

Relativamente ai farmaci neurologici si è registrato, nell'anno 2015, un incremento significativo di alcuni farmaci innovativi per la cura della sclerosi multipla la cui spesa è passata da 184.505 € del 2014 a 505.202 € del 2015 (+320.697€; +174%), così come riportato nella seguente Tabella II.

*Strumenti di Programmazione
2016-2018*

Tabella II: Distribuzione spesa dei farmaci neurologici innovativi. Anni 2014-2015 e I trimestre 2016

FARMACO	ACQUISTATO GEN-DIC 2014 (€)	ACQUISTATO GEN-DIC 2015 (€)	ACQUISTATO GEN-MAR 2016 (€)
AUBAGIO*	24.486	218.852	49.819
TECFIDERA *	-	257.918	163.938
LEMTRADA*	65.669	28.432	56.865
PLEGRIDY*	94.350	-	44.072
TOTALE	184.505	505.202	314.694

In ultimo è importante evidenziare che, dai dati relativi al trimestre gennaio-marzo 2016, il trend rilevato per il biennio 2014-2015 sembra confermarsi anche per il biennio 2015-2016.

Infatti, sebbene il dato del primo trimestre 2016 non sia consolidato e, non si disponga dell'ammontare del pay-back né degli indici di destagionalizzazione che, depurando il dato dal fattore stagionalità, consentirebbero di rapportare il tetto di spesa fissato dalla Regione all'intervallo temporale d'interesse (trimestre, semestre, ecc.), da una prima proiezione eseguita sui dati grezzi si può supporre, per il 2016, un incremento della spesa per farmaci onco-ematologici e neurologici complessivamente di circa diciassette punti percentuali.

Fatta eccezione per la farmaceutica convenzionata - per la quale, rispetto all'anno 2014, nel 2015 si è rilevato un incremento di soli 130.000 € - è dunque evidente quanto sia importante che l'Azienda si impegni a programmare delle manovre correttive che, basandosi su azioni ben definite quali, ad esempio, l'appropriatezza prescrittiva, la definizione di linee guida terapeutiche per categorie di farmaci ad alta spesa, l'incentivazione dell'uso dei farmaci equivalenti e dei farmaci biosimilari, il monitoraggio dell'attività prescrittiva dei medici specialisti e della medicina generale, possano indurre un contenimento della spesa e ricondurre la spesa ospedaliera e territoriale nei limiti fissati dalla normativa regionale e nazionale vigente fissati, rispettivamente, al 3,5% e 11,35% del FSR.

Nella tabella 4A sono riportate le attività progettuali previste, con dettaglio della tempistica di realizzazione, degli indicatori di risultato e dell'eventuale impatto economico.

Attività Trasfusionali

Al momento, le attività trasfusionali nella ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila vengono svolte all'interno di quattro Strutture del Servizio Trasfusionale Aziendale, nelle corrispondenti sedi Ospedaliere di L'Aquila, Avezzano, Sulmona e Castel di Sangro.

Ad eccezione della sede di Castel di Sangro - dove è prevista una Unità di Raccolta che è operativa occasionalmente, a disposizione delle Organizzazioni di Donatori di Sangue (ODS) per una raccolta in forma collaborativa e priva di personale aziendale - le tre articolazioni organizzative dei PP.OO. principali sono operative h24 e di norma attive su due turni giornalieri e con una pronta disponibilità notturna e festiva. È inoltre autorizzato alle attività di raccolta delle donazioni di sangue il Centro della Croce Rossa Italiana di L'Aquila.

La riorganizzazione della rete aziendale della medicina trasfusionale, conseguita agli eventi collegati alle procedure regionali di autorizzazione/accreditamento delle Strutture Trasfusionali, ha comportato la concentrazione della maggior parte delle attività sul Servizio Trasfusionale del P.O. di L'Aquila, peraltro non seguita dalla totale rideterminazione della dotazione organica di Personale, che comunque è da ritenersi nel suo complesso insufficiente per una efficace e regolare copertura delle attività distribuite sui tre PP.OO.

In tale contesto, gli obiettivi di autosufficienza aziendale e regionale di sangue, cui la ASL1 ha contribuito negli anni passati in maniera consistente, stanno diventando sempre più difficilmente raggiungibili, se si considera che la donazione del sangue presso il P.O. di Avezzano è provvisoriamente delocalizzata in una struttura mobile esterna, angusta e poco funzionale, anche se regolarmente autorizzata e accreditata, in attesa della ristrutturazione dei locali del Servizio Trasfusionale prevista per la fine del mese di aprile del prossimo anno 2016, e della presunta cessazione dell'attività del Centro di Raccolta del Sangue della Croce Rossa Italiana di L'Aquila.

Per quanto riguarda l'adeguamento delle Strutture Trasfusionali ai requisiti previsti dalle normative vigenti sull'autorizzazione/accreditamento, le verifiche ispettive effettuate dagli ispettori regionali hanno fatto emergere delle non conformità di tipo organizzativo, in tutte le sedi ospedaliere, e strutturali, nelle sedi di Avezzano e Sulmona. Le non conformità organizzative sono state quasi completamente sanate: per quelle strutturali, la sede di Sulmona è già stata adeguata ai requisiti e per quella di Avezzano è stato redatto ed approvato il progetto esecutivo per la ristrutturazione con messa a norma dei locali. Il cronoprogramma prevede la fine dei lavori entro il mese di aprile 2016. L'unica non conformità ancora non sanata riguarda il requisito O.7 (dotazione di personale). Il Decreto del Commissario ad Acta n. 62 del 29 giugno 2015, dispone l'Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale del Servizio Trasfusionale con la prescrizione di definire idonea dotazione organica e relativo piano di assunzioni entro un tempo di 6 mesi dall'entrata in vigore del Decreto stesso. A seguito della predetta prescrizione, la U.O. Servizio Immunotrasfusionale, con nota prot. n° 79/SIT/15 del 1.09.2015, formulando una proposta dettagliata, pur senza prevedere la cessazione delle attività effettuate dall'Unità di Raccolta della Croce Rossa Italiana, aveva già richiesto la rideterminazione della dotazione organica del personale del Servizio Trasfusionale Aziendale.

Sulla base delle precedenti considerazioni, si riportano di seguito le attività progettuali relative alle seguenti aree di intervento ritenute strategiche per il perseguimento degli obiettivi richiesti dalla Regione Abruzzo:

- Autosufficienza aziendale/regionale di emocomponenti e plasmaderivati
- Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali ai nuovi requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento
- Completamento del percorso di adeguamento delle Strutture Trasfusionali al sistema regolatorio europeo della produzione nazionale e regionale di farmaci derivati da plasma umano
- Completamento del percorso di riorganizzazione della rete trasfusionale aziendale a quanto previsto nel DCA n. 96/2013

Nella tabella 4B sono riportate le attività che l'Azienda intende realizzare nel triennio 2016-2018.

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 4A: SERVIZIO DPF 003 - Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti - Assistenza Farmaceutica

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO	
1	Istituzione della Commissione Terapeutica Aziendale Dopo l'unificazione delle AASSLL di Avezzano-Sulmona e di L'Aquila è stata ricostituita con Delibera del Direttore Generale la Commissione Terapeutica Aziendale (CTA). A seguito dell'istituzione della Commissione Terapeutica Regionale la suddetta CTA non si è più riunita.	ANNO 2016 Ricostituzione della Commissione Terapeutica Aziendale e programmazione di almeno N. 6 incontri BIENNIO 2017-2018 Programmazione di almeno N. 6 incontri per anno.	ANNO 2016 Redazione delibera e realizzazione di almeno N.6 incontri BIENNIO 2017-2018 Programmazione di almeno N. 6 incontri per anno	L'azione non ha un impatto diretto sulla spesa farmaceutica	Servizio Farmaceutico Aziendale	
2	1. Redigere, anche attraverso gli appositi Organismi e Commissioni istituiti in Azienda, delle linee guida terapeutiche per le categorie di farmaci che maggiormente incidono sulla spesa farmaceutica. Predisporre una reportistica volta al monitoraggio del consumo, della spesa e delle prescrizioni effettuate con successiva trasmissione di detti report di spesa personalizzati per singolo prescrittore e per singola U.O. e controllando altresì le prescrizioni sulle RSA di competenza territoriale, sulle Case Circondariali e sui pazienti in ADI; 2. Controllare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo e dei farmaci sottoposti a controllo AIFA. In aggiunta alle azioni sopra esposte, l'Azienda ha previsto, mediante la modulistica compilata dal medico ospedaliero, di ampliare la dispensazione dei farmaci (antibiotici) di fascia H anche ai pazienti dimessi e accettati in ADI. In tal modo da un lato sarà possibile soddisfare l'esigenza della continuità terapeutica e dall'altro si indurrà un risparmio legato all'erogazione del farmaco di fascia H direttamente dalla Farmacia Ospedaliera	ANNO 2016 Definizione delle Linee Guida da redigere e formalizzazione della reportistica da produrre. Costante verifica dei Piani Terapeutici e controllo dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA. Implementazione della procedura di prescrizione dei farmaci di fascia H ai pazienti dimessi e passati in ADI BIENNIO 2017-2018 Redazione di eventuali ulteriori linee guida e messa a regime della reportistica Potenziamento e controllo della procedura di prescrizione dei farmaci di fascia H ai pazienti dimessi e passati in ADI. Per tutto l'arco temporale 2017-2018, inoltre, verificare i Piani Terapeutici e controllo dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA.	ANNO 2016 Definizione della reportistica da produrre e definizione delle linee guida da redigere e adottare con atto formale BIENNIO 2017-2018 Redazione di ulteriori linee guida Messa a regime della reportistica Inoltre, per il triennio 2016-2018, dovranno essere considerati i seguenti indicatori: <i>Verifica dei Piani terapeutici e controllo farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA</i> $\frac{\text{n. piani terapeutici controllati}}{\text{n. di confezioni consegnate}} \text{ ---->1}$ <i>Verifica dei farmaci di fascia H prescritti ai pazienti dimessi e passati in ADI</i> $\frac{\text{n.pazienti in ADI con terapia farmaci fascia H}}{\text{n. schede con prescr. farm. fascia H compilate}} \text{ ---->1}$	Per quanto concerne l'impatto economico derivante dalle azioni elencate, al momento non è possibile eseguire un computo puntuale dello stesso in quanto il 2016 sarà il primo anno di applicazione della procedura e, quindi, non si dispone di un dato storico.	Servizio Farmaceutico Aziendale Direttori di Distretto Direttori di Dipartimento	
3	Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e PLS	Attraverso la società Recordata, l'Azienda prevede di continuare, per il triennio 2016-2018, il monitoraggio dei farmaci prescritti da ogni medico che utilizzi il ricettario del S.S.N. (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di continuità assistenziale, medico specialista ambulatoriale ex Sumai e medico specialista ospedaliero), distribuendo altresì una reportistica trimestrale, in cui sia evidenziata la spesa media - lorda e netta - per assistito. L'Azienda, tenuto conto dei risultati fino ad oggi raggiunti, prevede altresì di proseguire l'attività di sensibilizzazione dei medici prescrittori, convocando, mediante i Direttori dei Distretti, i medici con valori di spesa significativamente più alti rispetto alla media, affinché possano fornire chiarimenti e conseguentemente intraprendere iniziative volte al contenimento della spesa stessa.	TRIENNIO 2016-2018 Peri tre anni è necessario proseguire nell'attività di monitoraggio, trasmettendo la reportistica trimestrale redatta dalla RecordData ai prescrittori e ai Direttori di Distretto, in modo da poter analizzare i dati e convocare i prescrittori con valori di spesa più alti. Intensificare la verifica dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse, anche attraverso un maggiore coinvolgimento delle commissioni aziendali (<i>Commissioni distrettuali per la verifica dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse; Rete Integrata per il monitoraggio e il governo dell'utilizzo dei farmaci</i>) e degli organismi aziendali (<i>Gruppo Aziendale Integrazione Territorio Ospedale-GAITO</i>) deputati all'analisi dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse	TRIENNIO 2016-2018 Trasmissione reportistica trimestrale Verbalizzati degli incontri tra Direttori di Distretto e prescrittori <i>alto spendenti</i> Prevedere, per ciascuno dei tre anni 2016-2018, almeno N. 3 incontri verbalizzati per ognuna delle Commissioni aziendali e/o degli Organismi Aziendali deputati all'analisi dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse	Per quanto concerne l'impatto economico derivante delle restanti azioni sopra elencate, al momento non è possibile eseguire un computo puntuale dello stesso. Può tuttavia essere prevista, sotto l'ipotesi di consumi costanti e, una spesa non superiore a quella attualmente rilevata	Servizio Farmaceutico Aziendale Direttori dei Distretti Sanitari

(segue)

*Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico*

(segue) **TABELLA 4A: SERVIZIO DPF 003 - Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti - Assistenza Farmaceutica**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
4	<p>Monitoraggio attività prescrittiva a monitoraggio della prescrizione dei farmaci equivalenti</p> <p>Attraverso la società RecordData, l'Azienda prevede di continuare, per il triennio 2016-2018, il monitoraggio dei farmaci prescritti da ogni medico che utilizzi il ricettario del S.S.N. (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di continuità assistenziale, medico specialista ambulatoriale ex Sumai e medico specialista ospedaliero), con particolare attenzione alla prescrizione del farmaco equivalente.</p> <p>Verrà redatta una reportistica trimestrale, in cui, oltre ad essere evidenziata la spesa media – lorda e netta - per assistito, verrà evidenziata la spesa per l'utilizzo dei farmaci equivalenti.</p> <p>L'Azienda prevede altresì di proseguire l'attività di sensibilizzazione dei medici di medicina generale prescrittori, organizzando degli incontri finalizzati e convocando, mediante i Direttori dei Distretti, i medici con valori di spesa significativamente più alti rispetto alla media.</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Redazione di una reportistica trimestrale relativa alle prescrizioni, per singolo medico, del farmaco equivalente per singole categorie terapeutiche.</p> <p>Programmazione di riunioni con i prescrittori specialisti ospedalieri e della medicina generale</p> <p>Verbali degli incontri tra Direttori di Distretto e prescrittori <i>alto spendenti</i></p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Messa a regime della reportistica relativa alle prescrizioni dei farmaci equivalenti</p> <p>Prevedere, per ciascuno dei tre anni 2016-2018, almeno N. 4 incontri verbalizzati delle Commissioni e/o degli Organismi Aziendali deputati all'analisi dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Trasmissione reportistica trimestrale</p> <p>Verbali degli incontri tra Direttori di Distretto e prescrittori alto spendenti</p> <p>Prevedere almeno N. 2 incontri verbalizzati con i prescrittori (MMG e specialisti ospedalieri)</p> <p>Aumento delle percentuali di farmaci equivalenti e tendenza al raggiungimento delle percentuali regionali fissate per l'anno 2016</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Consolidare e potenziare le azioni attuate nel corso del 2016</p>	<p>Per quanto concerne l'impatto economico derivante delle restanti azioni sopra elencate, al momento non è possibile eseguire un computo puntuale dello stesso.</p> <p>Detta operazione sarà possibile al momento in cui saranno disponibili i dati del I semestre 2016,</p>	<p>Servizio Farmaceutico Aziendale</p> <p>Direttori dei Distretti Sanitari</p>
5	<p>Monitoraggio attività prescrittiva a monitoraggio della prescrizione dei farmaci biosimilari</p> <p>Il Servizio Farmaceutico Aziendale porrà in essere, di concerto con le altre strutture aziendali preposte al monitoraggio della spesa farmaceutica, tutte le metodologie atte a definire un utilizzo razionale del farmaco biosimilare.</p> <p>Allo stato attuale i biosimilari, come il filgrastim e le eritropoietine, hanno un'incidenza percentuale di prescrizione molto variabile. Il filgrastim ha raggiunto un'incidenza vicina al 100%, mentre per le eritropoietine per insufficienza renale l'incidenza del biosimilare è ancora bassa.</p> <p>La ASL, per il triennio 2016-2018, si pone come obiettivo per il filgrastim il consolidamento del risultato ottenuto e, per le restanti categorie più critiche, un incremento significativo dell'uso del biosimilare per i nuovi pazienti.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Valutare l'utilizzo razionale del farmaco biosimilare in termini di appropriatezza prescrittiva e rispetto delle limitazioni imposte dal PTR, anche attraverso l'utilizzo le RMP e le PTemplate</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Per il Filgrastim e le eritropoietine = 100% dei nuovi pazienti</p> <p>Incremento significativo della percentuale di prescrizione per gli altri biosimilari</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Per il Filgrastim e le eritropoietine =mantenimento dell'incidenza del 100% sui nuovi pazienti</p> <p>Incremento significativo della percentuale di prescrizione per gli altri biosimilari</p>	<p>Per poter computare l'impatto economico delle manovre descritte, è necessario attendere l'elaborazione dei dati relativi al 2015, al fine di consolidare i dati provvisori relativi al consumo di farmaco biosimilare.</p>	<p>Servizio Farmaceutico Aziendale</p> <p>Direttori di Dipartimento</p>

*Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico*

(segue) **TABELLA 4A: SERVIZIO DPF 003 - Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti - Assistenza Farmaceutica**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
6	<p>Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale</p> <p>Nel corso del triennio 2016-2017 l'Azienda proseguirà a registrare nella piattaforma informatizzata tutti i farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA.</p> <p>Il Servizio Farmaceutico si farà altresì carico, così come previsto dall'AIFA, di tutte le fasi relative alle procedure di rimborso dei medicinali.</p> <p>Continuerà altresì a tenere sotto controllo la spesa ospedaliera attraverso il monitoraggio dei consumi per singolo reparto, la redazione di report trimestrali e l'assegnazione di specifici obiettivi di budget che, alla luce del nuovo regolamento per la determinazione degli incentivi volto a dare importanza all'apporto di ogni singola unità di personale, assumerà sicuramente una maggiore incisività.</p> <p>Il servizio Farmaceutico Aziendale intende inoltre portare avanti delle importanti iniziative (potenziamento dell'UFA, conclusione di gare, redazioni di protocolli, ecc.) volte ad un contenimento, nel breve periodo, dei costi sostenuti.</p>	<p>ANNO 2016</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio consumi per singola UU.OO. e delle scorte, sia a livello del magazzino generale sia a livello dei vari reparti di degenza; 2. estensione della centralizzazione della preparazione dei chemioterapici antiblastici presso il PO di L'Aquila – fino al 2015 prevista solo per il PO di Sulmona - anche sul PO di Avezzano. 3. Redazione <i>Protocollo Buon uso dell'Albumina</i> che prevede la compilazione di un modulo di richiesta personalizzata con allegato il dato di laboratorio; 4. Riduzione della spesa per emoderivati <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Si prevede il consolidamento delle azioni iniziate nel 2016 e lo sviluppo dei seguenti ulteriori interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. introduzione del robot di magazzino per la distribuzione dei farmaci in ospedale e in ADI che, attraverso il controllo capillare della distribuzione, consentirà di ottenere risparmi significativi; 2. aggiudicazione della gara per la fornitura di ossigeno; 3. conclusione della gara per disinfettanti 4. conclusione gara per mezzi di contrasto <p>A seguito della centralizzazione dei nuovi laboratori si prevede, entro il 2016-2017, la diminuzione della spesa per fornitura sacche preconfezionate per nutrizione parenterale ed enterale, con riduzione della stessa ad un terzo del valore iniziale</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Trasmissione reportistica trimestrale</p> <p>Contrattazioni di Budget</p> <p>Estensione della centralizzazione della preparazione dei chemioterapici antiblastici presso il PO di L'Aquila – fino al 2015 prevista solo per il PO di Sulmona - anche sul PO di Avezzano.</p> <p>Redazione Protocollo Buon uso dell'Albumina che prevede la compilazione di un modulo di richiesta personalizzata con allegato il dato di laboratorio;</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Uso del robot di magazzino per la distribuzione dei farmaci in ospedale e in ADI</p> <p>Aggiudicazione delle gare per la fornitura di ossigeno, per disinfettanti e per mezzi di contrasto.</p> <p>Fornitura sacche preconfezionate per nutrizione parenterale ed enterale preparate nei Laboratori della Farmacia</p>	<p>ANNO 2016:</p> <p>Centralizzazione della preparazione dei chemioterapici antiblastici presso il PO di L'Aquila per i PP.OO. di Avezzano e Sulmona :</p> <p>-700000 € circa di risparmio.</p> <p>Riduzione del consumo per Emoderivati: Risparmio di 600.000€</p> <p>Riduzione del consumo di Albumina (20-25%) Risparmio di €250.000 €</p> <p>Rinegoziazione contratti: Fornitura gas medicali: risparmio 37.000 €</p> <p>Conclusione della gara per fornitura di mezzi di contrasto, radiofarmaci e disinfettanti Risparmio di 200.000 €</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Centralizzazione della preparazione dei chemioterapici antiblastici presso il PO di L'Aquila per i PP.OO. di Avezzano e Sulmona : :</p> <p>-circa 1000000 di risparmio</p> <p>Albumina Riduzione consumo (40-45%) --> Risparmio di €313.954</p> <p>E' possibile altresì prevedere un ulteriore risparmio, pari ad 1/3 del valore iniziale, derivante dalla produzione e dalla vendita delle sacche per nutrizione parenterale ed enterale.</p>	<p>UO Servizio Flussi Informativi UO Controllo di gestione e Budget UO Gestione risorse Finanziarie e Bilancio Società Engineering UO Servizio Farmaceutico Aziendale</p>
7	<p>Azioni di miglioramento dei Flussi Informativi NSIS</p> <p>Ad oggi i Flussi NSIS relativi ai Consumi Ospedalieri e Distribuzione Diretta (CO-DD) fanno rilevare, per l'anno 2015, una bassa riconciliazione con la voce del CE BA0030-B.1.A.1. (livello di copertura pari all'88,42%contro il 90% da raggiungere).</p> <p>Si rendono dunque necessari degli incontri tra tutti gli attori coinvolti con fine di analizzare la causa dello scostamento e poter apporvi i giusti correttivi.</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>E' necessario programmare delle riunioni periodiche tra Servizio Flussi, Controllo di Gestione, Società Engineering per analizzare le cause del disallineamento tra dati di CE e dati del flusso CO-DD e definire una procedura di rilevazione e controllo.</p> <p>Iniziare ad analizzare anche la concordanza con il flusso della tracciabilità</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Consolidare le attività di monitoraggio elaborate nel corso del 2016 per riconciliazione con CE e concordanza con flusso della Tracciabilità</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Riconciliazione verso CE>=92%, innalzata poi al 95% (DGR 152/2016)</p> <p>Verifiche della concordanza con flusso della Tracciabilità ai livelli stabiliti dalla DGR 152/16.</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Riconciliazione verso CE>=95% (DGR 152/16)</p> <p>Concordanza con flusso della Tracciabilità: - costi>=95% - quantità>=95%</p>	<p>L'Azione non induce costi aggiuntivi.</p>	<p>UO Servizio Flussi Informativi UO Controllo di gestione e Budget UO Gestione risorse Finanziarie e Bilancio Società Engineering UO Servizio Farmaceutico Aziendale</p>

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 4B: SERVIZIO DPF 003 - Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti - Attività Trasfusionali e Trapianti

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1 <i>NOTA</i> <i>Si precisa che ad oggi il S.I.T. assolve il debito informativo nei confronti della Regione Abruzzo, così come richiesto dal Centro Regionale Sangue.</i>	Redigere una reportistica per ogni area ospedaliera trasfusionale riportante i seguenti dati per ciascun emocomponente: prodotto, trasfuso, eliminato per scadenza, per cause tecniche e sanitarie, acquisizioni e cessioni intra ed extra regionali, cessioni all'industria per produzione di farmaci emoderivati	ANNO 2016 Impianto della reportistica e inizio produzione ANNO 2017 redazione reportistica di controllo ANNO 2018 messa a regime, con cadenza mensile, per le tre aree ospedaliere aziendali e riepiologativa aziendale	ANNO 2016 produzione di un report semestrale per area ANNO 2017 produzione di report mensili ANNO 2018 produzione di report mensili	L'azione non produce alcun impatto economico	Direzione della UOC SIT
2	Definizione del Piano di produzione aziendale, da stabilire entro la fine di ogni anno per l'anno successivo, sentite le ODS, a cura della Direzione U.O.	31 DICEMBRE 2016 Piano di Produzione Aziendale 2017 31 DICEMBRE 2017 Piano di Produzione Aziendale 2018 31 DICEMBRE 2015 Piano di Produzione Aziendale 2016 <i>NOTA</i> <i>Il 31.12.2015 è stato redatto il Piano di produzione Aziendale 2016 .</i>	Produzione del documento	L'azione non produce alcun impatto economico	Direzione della UOC SIT
3	Attività di promozione della donazione finalizzate al reclutamento di nuovi donatori e alla fidelizzazione di quelli esistenti da elaborare insieme alle ODS, programmando per ciascun anno manifestazioni informative che promuovano l'educazione alla salute dei cittadini, coinvolgendo in modo particolare i giovani nei tre ambiti territoriali aziendali.	ANNO 2016 Effettuare almeno n. 3 incontri e redigere un programma degli incontri da effettuare nel 20017 (almeno n.3). ANNO 2017 Effettuare almeno n. 3 incontri e redigere un programma degli incontri da effettuare nel 20018 (almeno n.3). ANNO 2018 Effettuare almeno n. 3 incontri e redigere un programma degli incontri da effettuare nel 20019 (almeno n.3).	ANNO 2016 Eseguire almeno n. 3 incontri Redazione programma 2017. ANNO 2017 Eseguire almeno n. 3 incontri Redazione programma 2018 . ANNO 2018 Eseguire almeno n. 3 incontri Redazione programma 2019 .	L'azione non produce alcun impatto economico	Comitato di Partecipazione; La UO SIT garantirà il supporto scientifico
4A	Riorganizzazione dei servizi di chiamata dei donatori, compito delle ODS, da concordare in sede di Comitato di partecipazione nei tre ambiti territoriali aziendali.	ANNO 2016 Mettere a disposizione il locale con utenze e sistema informativo trasfusionale aziendale ANNO 2017: Realizzare un polo di coordinamento del servizio di chiamata ANNO 2018 Messa a regime del sistema	ANNO 2016 Disponibilità del locale con utenze e sistema informativo trasfusionale aziendale entro giugno 2016 ANNO 2017 Realizzazione del polo di coordinamento ANNO 2018 messa a regime del servizio	Da valutare congiuntamente (Azienda e Sssozioni), in base agli obiettivi da raggiungere, in sede di comitato di partecipazione	Comitato di Partecipazione

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

(segue) **TABELLA 4B: SERVIZIO DPF 003 - Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti - Attività Trasfusionali e Trapianti**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
48	Il potenziamento della raccolta è obiettivo difficilmente raggiungibile, sia per le condizioni operative della Struttura Trasfusionale del P.O. di Avezzano che per la presunta cessazione di attività del Centro Raccolta della Croce Rossa di L'Aquila. Raccolte straordinarie, oltre quelle che vengono già effettuate, non si ritengono possibili: quelle pomeridiane a causa della gravemente carente dotazione organica di personale; quelle dei giorni festivi, già in atto da parte delle ODS, rientrano già nella pianificazione annuale che la Direzione dell'U.O. concorda con le ODS.	TRIENNIO 2016-2018 Se la UO sarà dotata di altre unità di personale (n.1 dirigente medico e n. 1 tecnico di laboratorio biomedico) è possibile prevedere una apertura pomeridiana settimanale in una delle sedi trasfusionale aziendale, altrimenti si possono prevedere all'incirca 30 raccolte straordinarie all'anno	TRIENNIO 2016-2018 Realizzare il potenziamento della raccolta attraverso: l'apertura pomeridiana settimanale in una delle sedi trasfusionale aziendale, dotando la UO di personale in più; <i>oppure</i> prevedendo n. 30 raccolte straordinarie all'anno	Da valutare sulla base del costo da sostenere per l'incremento di organico: un dirigente medico e un tecnico di laboratorio biomedico	Direzione della UOC SIT
5	Le convenzioni tra ASL e ODS, in scadenza a fine anno corrente, da rinnovare, dando atto necessariamente a quanto in esse previsto, in particolare per quanto riguarda l'istituzione e il funzionamento del Comitato di Partecipazione Aziendale, a cura degli Uffici Aziendali preposti.	ANNO 2016 Istituzione comitato partecipazione aziendale entro il 2016 da parte dell'UO preposta (Affari Generali) TRIENNIO 2016-2018 a. Rinnovo convenzioni entro il 31 gennaio dell'anno successivo alla scadenza b. Realizzare quanto previsto nelle convenzioni nei tempi in esse programmati	a. sottoscrizione delle convenzioni entro il 31 gennaio di ogni anno b. atto di istituzione comitato partecipazione aziendale entro il 2016 c. relazione del comitato di partecipazione della relativa allo stato di attuazione di quanto previsto nelle convenzioni	L'azione non produce alcun impatto economico	Direttore UO Affari Generali Comitato di Partecipazione;
6	I Comitati per il buon uso del sangue - volti a garantire consumi appropriati di sangue, emocomponenti e farmaci plasmaderivati - sono stati istituiti per ciascuna delle tre sedi ospedaliere principali con Deliberazione del Direttore Generale n° 808 del 29.04.2014 e sono operativi. Un Comitato Aziendale per il buon uso del sangue può essere costituito nel triennio in questione.	TRIENNIO 2016-2018 Istituire il comitato aziendale per il buon uso del sangue entro il triennio Prevedere, per ciascuna delle sedi operative, delle riunioni entro il 30 giugno e 31 dicembre di ciascun anno	TRIENNIO 2016-2018 Delibera di istituzione del comitato aziendale numero di riunioni annualmente svolte e verbalizzate per ciascuna sede >=2	L'azione non produce alcun impatto economico	Direzioni Mediche dei PPOO (per i comitati ospedalieri) Direzione Sanitaria Aziendale (per il comitato aziendale)

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

(segue) **TABELLA 4B: SERVIZIO DPF 003 - Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti - Attività Trasfusionali e Trapianti**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
<p>7) Promozione di programmi multidisciplinari di <i>Blood Patient Management</i></p> <p>Il programma prevede la strutturazione di un percorso diagnostico-terapeutico basato sulla sinergia di almeno tre specialisti - chirurgo, anestesista e specialista in medicina trasfusionale - che collaborano nell'ambito di una struttura ambulatoriale multidisciplinare, attraverso anche l'integrazione e la collaborazione di altre specialità mediche (ematologo clinico, esperto di emostasi e trombosi o altro specialista con competenze adeguate a identificare e trattare le patologie di base del paziente).</p>	<p>Prevedere dei percorsi diagnostici -terapeutici in cui siano definiti in modo chiaro i ruoli degli attori coinvolti. Detto obiettivo può essere raggiunto, sotto il coordinamento della struttura trasfusionale, con il coinvolgimento delle Direzioni Mediche delle sedi ospedaliere e delle altre UU.OO. coinvolte.</p>	<p>ANNO 2016 Strutturazione del Percorso Diagnostico Terapeutico entro il 31/12/2016</p> <p>ANNO 2017 Attuazione del Percorso Elaborazione di strumenti di monitoraggio</p> <p>ANNO 2018 Messa a regime del percorso e monitoraggio dei risultati</p>	<p>ANNO 2016 Redazione del Percorso con relativo programma di attuazione per l'anno 2017</p> <p>ANNO 2017 Relazione del Direttore della UOC SIT finalizzata alla verifica dello stato di attuazione del percorso e delle eventuali criticità riscontrate.</p> <p>ANNO 2018 Relazione del direttore della UOC SIT finalizzata al monitoraggio dei risultati ottenuti (anche in termini di costo) nel 2017 e delle eventuali ulteriori criticità riscontrate</p>	<p>La riduzione dei costi, dipendente dalla riduzione del bisogno di trasfusioni (allogeniche) e dei rischi ad esse associati, al momento non è valutabile</p>	<p>Direzione UO SIT Direzioni Mediche dei PPOO Governare Clinico e Gestione Logistico Organizzativa</p>
<p>8) Coinvolgimento degli operatori e delle strutture della Rete delle Cure Primarie, dei Distretti Sanitari e degli ambiti sociali da elaborare insieme alle OVS, mediante attività di formazione, da svolgere nell'arco del triennio, sull'importanza strategica della promozione della donazione consapevole come base per stili di vita sani.</p>	<p>Coinvolgere gli operatori e delle strutture della rete delle cure primarie, dei distretti sanitari e degli ambiti sociali nella elaborazione, insieme alle OVS, nella attività di formazione, da svolgere nell'arco del triennio, sull'importanza strategica della promozione della donazione consapevole come base per stili di vita sani.</p>	<p>ANNO 2016 Redazione della circolare da predisporre di concerto con la UO Cure Primarie aziendali al fine di sensibilizzare i Medici di Medicina Generale</p> <p>ANNO 2017 Programmazione di un evento E.C.M. con il coinvolgimento del Servizio di Formazione Aziendale</p> <p>ANNO 2018 Realizzare dell'evento E.C.M. con il coinvolgimento del Servizio di Formazione Aziendale</p>	<p>ANNO 2016 Redazione della circolare congiunta</p> <p>ANNO 2017 Programmazione corso E.C.M.</p> <p>ANNO 2018 Realizzazione corso E.C.M.</p>	<p>L'azione non produce alcun impatto economico</p>	<p>Direzione della UO SIT Responsabili UO Cure Primarie Responsabile UO del Servizio di Formazione Aziendale</p>
<p>9) Attuazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria e studio dei principali determinanti della salute della popolazione dei donatori di sangue, da concordare in sede di riunione del Comitato di partecipazione, sulla base di quanto la Direzione Aziendale è disponibile ad investire, oltre quello che già viene effettuato in base alle disposizioni legislative in vigore.</p>	<p>Attuare, in aggiunta a ciò oltre quello che già viene effettuato in base alle disposizioni legislative in vigore, dei programmi di prevenzione primaria e secondaria (es. campagne vaccinali) e studio dei principali determinanti della salute della popolazione dei donatori di sangue (es. test diagnostici particolari).</p>	<p>ANNO 2016 Programmazione delle riunioni volte a concordare le modalità di attuazione dei programmi di prevenzione primaria e secondaria oggetto dell'obiettivo</p> <p>ANNO 2017 Stesura del un protocollo operativo</p> <p>ANNO 2018 Attuazione del protocollo</p>	<p>ANNO 2016 Verbale del comitato di partecipazione</p> <p>ANNO 2017 Redazione del protocollo operativo</p> <p>ANNO 2018 Attuazione del protocollo stesso</p>	<p>L'impatto economico è da stimare sulla base alle dosi vaccinali, determinabili una volta completato il protocollo</p>	<p>Comitato di Partecipazione Direttore del Dipartimento di Prevenzione Direttore UO SIT</p>

(segue)

*Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico*

(segue) **TABELLA 4B: SERVIZIO DPF 003 - Assistenza Farmaceutica, Attività Trasfusionali e Trapianti - Attività Trasfusionali e Trapianti**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1	Correzione delle non conformità non sanate: definizione della dotazione organica e relativo piano di assunzioni, a cura degli Uffici Aziendali preposti, con la massima urgenza, viste le scadenze normative.	<p>ANNO 2016: ristrutturazione dei locali del servizio trasfusionale del PO di Avezzano (consegna dei lavori prevista entro il 30.06.2016)</p> <p>TRIENNIO 2016-2018 Ristrutturazione dei locali dell'unità di raccolta del sangue presso il PO di Castel di Sangro</p>	TRIENNIO 2016-2018 Ottenerimento dell'autorizzazione/accreditamento	Per la dotazione organica, l'impatto e' da valutare in base al costo da sostenere per l'incremento di un dirigente medico e un tecnico di laboratorio	UO SIT UO Lavori Pubblici e Investimenti UO Personale
2	Adeguamento delle Strutture Trasfusionali ai requisiti prescritti dalle specifiche previste dalla Farmacopea Europea, dalle pratiche di C-GMP e dalle specifiche per la Gestione della Qualità richieste dall'Azienda convenzionata:	Non nota causa mancanza disposizioni normative precise	Rilascio certificazioni	Non Noto	UO SIT
3	Organizzazione e funzioni della rete regionale dei Servizi Trasfusionali. Adeguamento delle infrastrutture di rete al nuovo modello organizzativo (reti informatiche e flussi informativi, trasporto sangue e plasma, tracciabilità, monitoraggio delle temperature, ecc.)	<p>ANNO 2106 Acquisto Automobili</p> <p>ANNO 2017: Realizzazione di un protocollo operativo per il trasporto del sangue</p> <p>ANNO 2018 Messa a regime della rete trasfusionale aziende</p>	TRIENNIO 2016-2018 Redazione Protocollo	Attualmente non noto	UO Acquisizione Beni e Servizi UO SIT
4	Percorso di riorganizzazione della rete trasfusionale secondo quanto previsto dal DCA 96/2013	TRIENNIO 2016-2018 Rinnovo annuale della convenzione	TRIENNIO 2016-2018 Rinnovo annuale della convenzione	L'azione non implica alcun impatto economico	UO Affari generali

SERVIZIO DPF 004
Risorse Umane e Assetti Istituzionali

Manovre di contenimento per il triennio 2016-2018

Nell'anno 2015 l'Azienda ha rilevato un costo del personale pari a circa €194.300.000,00 €. Rispetto all'anno 2014, quindi, si rileva un incremento della spesa di circa €738.000.

Alla luce dei dati disponibili del CE IV trimestre 2015 l'Azienda prevede per l'anno 2016 una spesa pari ad € 193.693.354 e in linea con il tetto imposto dalla Regione.

Rispetto all'anno 2015, quindi, l'Azienda prevede per l'anno in corso una riduzione dei costi di circa € 600.000,00, dovuta principalmente a:

- 1) un minor ricorso agli incarichi di lavoro autonomo e ai rapporti di lavoro flessibili, così come già avvenuto nel corso dell'anno 2015 rispetto all'anno 2014;
- 2) una riduzione del numero dei tempi determinati per i quali si prevede un decremento derivante:
 - ✓ alle programmazione di assunzioni di personale a tempo indeterminato che, programmate al fine di tendere il più possibile al rispetto dei limiti fissati dagli atti di programmazione regionale, comporteranno una pari riduzione delle spese per il tempo determinato e per le altre forme contrattuali (Co.Co.Co. e interinali);
 - ✓ alla mancata riconferma, alla scadenza contrattuale, di alcune delle unità oggi presenti oppure alla mancata sostituzione di altre che, a seguito di vincita di un concorso altrove, hanno lasciato l'incarico.

In generale, relativamente al fattore "*Risorse Umane*", la criticità che oggi maggiormente si rileva è legata:

- alla carenza di personale, fortemente sottodimensionata rispetto al gold standard determinato dalla mera applicazione dei parametri previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n.49 dell'8.10.2012 avente ad oggetto *Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL*;
 - alla normativa europea e la Legge n. 161/2014 che, dettano in materia di orario di lavoro e riposi, detta nuove e rigide disposizioni che porteranno le Aziende regionali a dover profondamente modificare la propria organizzazione;
 - alla metodologia applicata per il computo del tetto di spesa per i tempi determinati che, prendendo il 2009 come anno di riferimento, è fortemente iniqua e sperequativa per la ASL 1 regionale il cui territorio, proprio in quell'anno, è stato colpito dal terremoto che ha fortemente penalizzato tutta la provincia in termini demografici ed economici; a tale riguardo si ricorda, infatti, che l'art. 6 comma 1 del D.L. 34 del 31.03.2011 aveva previsto che, relativamente all'anno 2011, il primo e secondo periodo del comma 28 dell'art. 9 del D.L. 78/2010 convertito in L. 122/2010 venivano applicati, per gli Enti del SSN della Regione Abruzzo, con riferimento all'anno 2010 e altresì si evidenzia che il recente
-

DCA 105/15 ha previsto che, solo per il 2015, sarebbe stato preso il 2014 come annualità di riferimento.

- alla spesa per i medici ambulatoriali convenzionati, relativamente alla quale, nel corso del tempo, si è rilevato un progressivo e costante aumento.

A proposito dell'ultimo punto sopra elencato si sottolinea che il trend evidenziato rispetto a tale voce di spesa è stato determinato dall'aumento delle ore e degli incarichi attribuiti, a sua volta dovuti alle numerose e rilevanti esigenze assistenziali che sono venute a determinarsi negli ultimi anni e, in particolare, ci si riferisce:

- alla necessità di acquisire ore di medicina specialistica delle branche di geriatria e fisiatria per garantire l'attività assistenziale presso la R.S.A. di Montereale ed il funzionamento delle U.V.M. su tutto il territorio della ASL;
- alla necessità di garantire i servizi all'interno degli Istituti Penitenziari a seguito del passaggio, non certamente a saldi invariati ma con oneri gravosi a carico delle AA.SS.LL., delle competenze dal Ministero di Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale;
- al conferimento di ore di incarico di specialistica ambulatoriale, in applicazione di quanto dettato dai Decreti n.19/2011 e n.30/2011 circa gli indirizzi per attribuzione degli incarichi di medicina veterinaria a valere sulla graduatoria 2007, per ulteriori necessità assistenziali, e comunque fino al consentito, tramite utilizzo ad esaurimento delle somme corrispondenti a quelle sostenute per il finanziamento dei rapporti di lavoro di diritto privato nell'anno di riferimento della graduatoria di cui trattasi, ricomprese nelle quote appositamente assegnate alle Aziende UU.SS.LL.;
- alla necessità di garantire adeguati servizi specialistici presso i due Presidi Territoriali di Assistenza attivati a seguito della riconversione degli ospedali minori di Tagliacozzo e di Pescina (quest'ultimo sede di un Ospedale di Comunità e di un Hospice);
- alla necessità di garantire i LEA per il Servizio di Neuropsichiatria Infantile.

L'Azienda, per il triennio 2016-2018, intende realizzare delle azioni che, basate sulla limitazione delle sostituzioni per assenze e ferie, sulla mancata conferma o sulla parziale conferma di ore (ove possibile) di quei sumasti a tempo determinato prossimi a scadenza, sul blocco del turn over (almeno in quelle situazioni possibili e che saranno comunque di volta in volta valutate) e sull'utilizzo del personale dipendente per l'erogazione dei servizi all'interno degli Istituti Penitenziari potranno indurre un contenimento della spesa per la medicina specialistica ambulatoriale convenzionata.

E' importante tuttavia sottolineare che qualsiasi decisione e soluzione più radicale comporterebbe una significativa compromissione della diffusione dei servizi sul territorio - che, si ricorda, rappresenta il 47% del territorio dell'intera regione e presenta una frammentarietà e disomogeneità determinata dalla caratteristica orografica, con gravi disagi per l'utenza - oppure, addirittura, l'impossibilità di garantire i LEA, fermo restando che misure eccessivamente contenitive sugli incarichi a tempo indeterminato sarebbero sicuramente fonte di conflittualità con i Medici.

Nel prosieguo (Tabella 5) sono schematicamente descritti gli interventi e le azioni che la ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila prevede di realizzare nel triennio 2016-2018.

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 5: SERVIZIO DPF 004 – Risorse Umane e Assetti Istituzionali

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1	Promuovere azioni per la graduale riduzione del personale a tempo determinato, rispetto agli anni 2013 e 2014, e della incidenza dei relativi costi sulla spesa per il personale, da conseguire mediante la copertura di parte dei posti a tempo indeterminato ed il puntuale rispetto dell'art. 36 del D.Lgs. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni.	TRIENNIO 2016-2018 Riduzione del personale a tempo determinato avendo come obiettivo tendenziale le percentuali previste dalla normativa vigente.	TRIENNIO 2016-2018 Si prevede di abbattere la spesa per il tempo determinato almeno del 60% rispetto al 2015.	Le manovre descritte indurranno nel 2016 una riduzione della spesa per il personale di circa 600.000 €. In particolare, la realizzazione delle manovre indicate, porterà un aumento dei costi per il personale a tempo indeterminato di circa €1.846.000 e una riduzione di quelli per il personale a tempo determinato di circa €2.111.00.	UOC Personale Dipartimenti Sanitari Direttori e Responsabili di UU.OO.
2	Promuovere azioni per la graduale riduzione delle spese per consulenze ed incarichi di lavoro autonomo, rispetto agli anni 2013 e 2014, di cui all'art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni.	TRIENNIO 2016-2018 Riduzione tendenziale dell'attribuzione di incarichi di lavoro autonomo e consulenze da distribuire nell'arco dei tre anni	TRIENNIO 2016-2018 Si prevede di abbattere la quasi totalità di questa tipologia di spesa nel corso del triennio	Nel biennio 2017-2018, le manovre descritte avranno, come punto di riferimento, quanto indicato nell'Allegato 2 del DCA 104/2015	UOC Personale Dipartimenti Sanitari Direttori e Responsabili di UU.OO.
3	Porre in essere misure atte a garantire un controllo efficace delle spese cosiddette "accessorie".	ANNO 2016 Inserimento tra gli obiettivi di budget l'obiettivo della riduzione o del mantenimento del costo del personale legato alle indennità accessorie. ANNO 2017 Valutazione valori dell'anno 2016 e monitoraggio anno 2017. ANNO 2018 Valutazione valori dell'anno 2017 e monitoraggio anno 2018.	ANNO 2016 Rispetto all'anno 2015, riduzione o del mantenimento del costo del personale legato alle indennità accessorie ANNO 2017 Rispetto all'anno 2016, riduzione o del mantenimento del costo del personale legato alle indennità accessorie ANNO 2018 Rispetto all'anno 2017, riduzione o del mantenimento del costo del personale legato alle indennità accessorie		UOC Personale UOSD Controllo di Gestione e Budget Dipartimenti Sanitari Direttori e Responsabili di UU.OO.

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

(segue) **TABELLA 5: SERVIZIO DPF 004 – Risorse Umane e Assetti Istituzionali**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
4	<p>Riduzione dei tassi di assenza e miglioramento della performance</p>	<p>ANNO 2016 Adottare, in fase sperimentale, il nuovo regolamento per il Sistema Premiante aziendale per dirigenza e comparto.</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Consolidare il nuovo regolamento per il Sistema Premiante aziendale e applicazione dello stesso.</p>	<p>ANNO 2016 Adozione e prima applicazione del nuovo regolamento per il Sistema Premiante aziendale per dirigenza e comparto. Riduzione del tasso di assenza rilevato nel corso dell'anno precedente.</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Applicazione del nuovo regolamento per il Sistema Premiante aziendale per dirigenza e comparto. Riduzione del tasso di assenza rilevato nel corso dell'anno precedente.</p>	<p>L'impatto economico potrà essere stimato solo al termine della fase sperimentale.</p>	<p>UOC Personale UOSD Controllo di Gestione eBudget Direttori di Dipartimento e delle Unità Operative Aziendali</p>
5	<p>Contenimento del costo per prestazioni da sumaisti</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>1) limitazione delle sostituzioni per assenze e ferie; 2) blocco del turn – over, almeno nelle situazioni in cui ciò è possibile e l'assenza del personale non determini particolari disfunzioni per l'utenza ; 3) non conferma o parziale conferma di ore (ove possibile) per gli incarichi a tempo determinato che andranno in scadenza nei prossimi mesi;</p> <p>In ultima istanza, qualora dovesse emergere la cogente necessità di ridurre la spesa, si potrebbero porre in essere misure, compatibilmente con le vigenti disposizioni normative e contrattuali, per la riduzione delle ore assegnate (ove e per quanto possibile in relazione anche al mantenimento dei LEA e di adeguati standard qualitativi dei servizi) per gli incarichi a tempo indeterminato.</p> <p>E' utile evidenziare che una eventuale trasformazione di detti rapporti da tempo determinato a tempo indeterminato produrrebbe un risparmio di spesa di circa il 20% per ciascuna unità interessata.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018 Riduzione della spesa</p>	<p>Le manovre da attuarsi nel triennio e descritte nei punti (2) e (3) indurranno una riduzione della spesa tendenziale di circa 190.000 €.</p>	<p>UOC Personale Direzione delle UU.OO.CC. Distretti Sanitari</p>

SERVIZIO DPF 006
Contratti erogatori Privati e Sistema di Remunerazione delle Prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera

Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di regimi di assistenza alternativi al ricovero

Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di LEA e appropriatezza dei DRG

Il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale ha subito negli ultimi anni significativi cambiamenti scaturenti da una politica sanitaria volta a garantire da un lato un'adeguata offerta sanitaria e la centralità del paziente/utente, dall'altro il contenimento dei costi al fine del risanamento del Sistema stesso.

L'Assistenza ospedaliera, sia pubblica che privata, ha subito importanti trasformazioni orientate ad ottenere una diminuzione della degenza per acuti, cui hanno contribuito sia modelli incentrati su percorsi assistenziali condivisi, sia l'evoluzione di tecniche diagnostiche, terapeutiche e soprattutto chirurgiche che hanno consentito di ridurre il rischio nell'erogazione delle procedure, ovvero la loro invasività.

Nel corso del triennio 2016 - 2018 la ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila si prefigge di porre in essere nuove azioni e di consolidare quelle già sperimentate affinché sia sempre più appropriato l'utilizzo dell'assistenza ospedaliera e l'implementazione dei regimi di assistenza alternativi al ricovero ospedaliero, con l'obiettivo di raggiungere una sempre maggiore efficacia ed efficienza.

Nel triennio 2016-2018 sarà obiettivo della ASL n.1 sviluppare ulteriormente, come già avvenuto per le attività riabilitative (Deliberazione del Direttore Generale n. 1615 del 05.10.2012), oncologiche (Deliberazioni del Direttore Generale nn. 1680 e 1681 del 30.09.2014) e oculistiche (Deliberazione del Direttore Generale n. 1685 del 30.09.2014), il modello integrato delle reti di assistenza che consenta:

- l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche nel contesto delle strutture erogatrici aziendali, ospedaliere e territoriali;
- l'ampliamento dell'offerta in termini qualitativi e quantitativi;
- la completa integrazione tra strutture territoriali ed ospedaliere e viceversa, al fine di assicurare la continuità assistenziale ai pazienti-utenti e il completo soddisfacimento delle loro esigenze da parte delle strutture aziendali all'uopo preposte, evitando il ricorso alla mobilità passiva regionale ed extra regionale.

Inoltre, nel triennio di riferimento, si potenzieranno le Osservazioni Brevi Intensive (OO.BB.II.), presso i Pronto Soccorso Ospedalieri, al fine di garantire, in maniera adeguata ed efficiente, i bisogni della popolazione e ridurre i ricoveri inappropriati.

Detta azione sarà altresì coadiuvata dalla incentivazione dell'utilizzo delle SDAC che, consentendo il passaggio da una forma di assistenza accentrata sul ricovero diurno ad una forma di assistenza ambulatoriale, permettono di perseguire gli obiettivi prefissati dal DCA n. 50 del 16.11.2011 e ss.mm.ii.

A tal proposito si fa presente che già negli obiettivi di budget 2015 era stato inserito sia l'utilizzo della SDAC che l'alimentazione dell'apposito flusso. Inoltre sono state organizzate, da parte delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri Aziendali, delle giornate formative ed è in fase di formale adozione di un

protocollo operativo - assistenziale e amministrativo – che le UU.OO. interessate sono tenute a seguire dal momento dell'attivazione delle SDAC/PAC.

Nella Tabella 6 A sono riportate le azioni che l'Azienda intende intraprendere per il conseguimento degli obiettivi sopra descritti, corredate del relativo cronoprogramma.

Per quanto concerne gli erogatori privati, si rimanda a quanto esposto nel successivo paragrafo, in cui è descritta l'attività di controllo a cui sono sottoposti.

Partecipazione alla procedura di contrattazione con le strutture private per l'acquisto di prestazioni sanitarie, per la definizione dei volumi di attività

Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati accreditati e attuazione degli stessi

La definizione da parte della Regione di tetti di spesa per ciascuna struttura privata accreditata è lo strumento mediante il quale la stessa Regione alloca le risorse del SSR per orientare la produzione delle strutture private verso le prestazioni maggiormente rispondenti al fabbisogno della popolazione, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Al fine di perseguire quanto sopra evidenziato, la Regione ha provveduto alla sottoscrizione di contratti con le strutture private, definendo, per ciascuna di queste, la tipologia e la quantità di prodotto e i relativi tetti di spesa.

Resta alle AA.SS.LL., così come stabilito dalla normativa nazionale e regionale in materia, da un lato il compito di verificare la conformità alle norme di autorizzazione e di accreditamento, la qualità, l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni prodotte nel rispetto dei tetti economici stabiliti e, dall'altro, l'onere di espletare le procedure per il pagamento delle prestazioni riconosciute remunerabili.

La ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, per ottimizzare e rendere omogenee le procedure di validazione e di liquidazione delle prestazioni remunerabili, ha previsto di distinguere l'attività ispettiva sanitaria dall'attività prettamente amministrativa.

A tal fine, per la verifica di appropriatezza delle prestazioni rese, ha individuato il personale da designare ai NNOCC distinti per n. 3 Nuclei Operativi di Controllo (NOC 01, NOC 02 e NOC 03) con competenze nei settori dell'Ospedalità pubblica e privata (NOC 01), delle RSA –RA-Strutture ex art. 26 (NOC 02) e della specialistica ambulatoriale (NOC 03). Per ottimizzare e rendere omogenee le procedure di liquidazione delle prestazioni remunerabili ha provveduto ad accentrare tutte le competenze amministrative prevedendo ed istituendo, nella propria organizzazione definita dall'Atto Aziendale (Deliberazioni del Direttore Generale n. 97/12, n. 156/2012, n. 914/2013 e n. 1740/2013) la UOSD Amministrazione Controllo e Monitoraggio Strutture Private Accreditate.

Attraverso detta UOSD, l'Azienda intende assicurare gli adempimenti previsti dai contratti stipulati con la Regione e gli erogatori privati. Inoltre, nel triennio di vigenza del Piano, intende continuare a monitorare le risorse assegnate annualmente alle strutture sanitarie e socio sanitarie al fine di rilevare sofferenze di budget in corso d'anno attraverso un'analisi dei dati su base mensile, anche attraverso la verifica dei files di produzione, comparati con il relativo documento contabile e con l'esattezza delle tariffe applicate.

L'Azienda, inoltre, attraverso il monitoraggio sulle prestazioni rese dagli erogatori privati riguardanti le attività territoriali, intende continuare a verificare, nel triennio 2016-2018, la possibilità di attuare progetti di integrazione tra ospedale e territorio, tali da incrementare regimi di assistenza alternativi al ricovero stesso.

Al fine di orientare la produzione delle strutture accreditate verso quelle prestazioni maggiormente rispondenti al fabbisogno di salute del cittadino, applica e intende continuare ad applicare, per gli anni 2016, 2017 e 2018, i seguenti indicatori di controllo:

- verifica del rispetto della disciplina negoziale ed in conseguenza:
 - ✓ tariffe applicate;
 - ✓ esatta attribuzione delle tariffe vigenti ai corrispondenti DRG;
 - ✓ la coerenza dei dati di produzione con quelli di fatturazione;
 - ✓ rispondenza delle prestazioni erogate al budget negoziato;
 - ✓ verifica dei DURC delle strutture accreditate;
 - ✓ presenza di tutta la documentazione autorizzatoria prevista dalle leggi nazionali e dalle leggi e atti regionali.

Si riportano nella Tabella 6B le attività progettuali

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

La ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila è da tempo provvista di una gestione secondo il modello del "laboratorio unico logico" con n.2 hub, identificabili nei PP.OO. di L'Aquila ed Avezzano, e n. 4 spoke, identificabili nei PP.OO. di Sulmona, Castel di Sangro, Pescina e Tagliacozzo, la cui gestione risulta informatizzata con unico server e le attività sono tra loro integrate.

Si fa inoltre presente che la ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila si è dotata, ormai da diversi anni, di un unico sistema informativo per la gestione delle attività di medicina di laboratorio in cui risultano integrate sia le attività delle singole sedi operative dei laboratori analisi, sia dei centri trasfusionali e del CRITT.

E' altresì attivo un portale per il ritiro *on-line* dei referti da parte dei pazienti ambulatoriali mentre i reparti ospedalieri ed i centri prelievo risultano organicamente collegati alla rete.

Nel sistema è previsto il trasferimento alle sedi di competenza delle analisi non eseguibili nella sede che effettua il prelievo.

Nel PO dell'Aquila tutti i reparti ospedalieri, i distretti sanitari, il Servizio CUP, il Servizio Trasfusionale sono in rete per quanto riguarda il sistema informatico di laboratorio tramite il sistema gestionale *NOEMALIFE* che, negli ultimi tempi, ha visto l'integrazione del Pronto Soccorso.

A completamento di quanto sopra, per ciò che riguarda le attività delle sedi operative, è da segnalare che sono ancora da integrare 4 UU.OO. ospedaliere del PO di Sulmona, problema che sarà risolto appena installati i PC necessari.

Sono inoltre da perfezionare le installazioni del distretto di Pratola Peligna, Scanno e Castelvechio.

Inoltre, appena disponibili le apparecchiature previste nella gara in corso, sarà completata la integrazione su Avezzano di alcune attività oggi effettuate anche nel laboratorio di Sulmona (allergologia ed autoimmunità), così come la batteriologia effettuata su Castel di Sangro dovrà essere integrata su Sulmona.

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

La UO Servizio Gestione Flussi Informativi supporta la UO Amministrazione Controllo e Monitoraggio Strutture Private Accreditate nel controllo degli adempimenti agli obblighi informativi delle strutture private previsti dai contratti e nel monitoraggio delle prestazioni sanitarie, evidenziando le eventuali anomalie logico-formali dei flussi trasmessi.

La UO Servizio Gestione Flussi Informativi provvede altresì a segnalare alla suddetta unità operativa sia il mancato rispetto delle scadenze, sia la mancata correzione degli errori rilevati (Tabella 6C).

Vigilanza e monitoraggio sul funzionamento delle UVM mediante l'adozione di sistemi unici di valutazione ed eleggibilità dei vari setting assistenziali, con particolare riferimento all'attuazione del DCA n. 107/2013 del 20/12/2013

Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza protesica

Le UVM dei 3 Distretti Sanitari hanno già adottato in modo omogeneo quanto disposto dal decreto 107/2013. Attualmente, al fine di migliorare il funzionamento delle UVM, si stanno svolgendo incontri periodici tra i Direttori di Distretto e i Coordinatori e i componenti delle stesse per il monitoraggio continuo dell'attività, in riferimento alle modalità di valutazione dei bisogni degli assistiti in relazione ai setting assistenziali, per predisporre un documento aziendale definitivo da adottare a livello aziendale anche in rapporto con le strutture Ospedaliere, Case di Cura Accreditate e strutture Residenziali e Semiresidenziali.

Si fa presente che l'Azienda, con Deliberazione del Direttore Generale n. 2346 del 31/12/2015, ha già provveduto a recepire le procedure per l'esecuzione di prestazioni sanitarie ai pazienti in cure domiciliari ed è già operativo il *Gruppo di Lavoro finalizzato alla definizione degli strumenti per il monitoraggio/controllo dell'applicazione delle linee guida nazionali e aziendali di riferimento per l'autorizzazione/proroga dei trattamenti riabilitativi*.

Per quanto concerne il rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza protesica si sottolinea che, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1693 del 13.10.2011, successivamente integrata con Deliberazione del Direttore Generale n. 1948 del 22.11.2011, sono già state predisposte linee guida aziendali per la precisa e univoca osservanza delle disposizioni del Decreto Ministeriale 332/99.

Dette linee guida vengono adottate e monitorate dai Responsabili dei Servizi di Riabilitazione Territoriale. Si fa inoltre presente che, nei casi in cui la richiesta dell'utente non rientri nei canoni previsti,

l'istanza è esaminata da apposita commissione aziendale istituita con deliberazione del Direttore Generale.

Nella Tabella 6D vengono riportate le attività progettuali relative ai due obiettivi.

*Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico*

TABELLA 6A: SERVIZIO DPF 006 – CONTRATTI EROGATORI PRIVATI E SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI RETE TERRITORIALE E OSPEDALIERA – Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di regimi assistenziali alternativi al ricovero e Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di LEA e appropriatezza dei DRG

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO	
1	<p>Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di regimi di assistenza alternativi al ricovero</p>	<p>Contenere i ricoveri ospedalieri incongrui e/o ripetuti.</p> <p>Analizzare i ricoveri relativamente ai principali indicatori (DM, TU, IR, ecc.) al fine di rilevare eventuali criticità organizzative</p> <p>Garantire la corretta gestione dei PP.LL. nei PP.OO., soprattutto a seguito della messa a regime dell'esposizione dei posti letto su gestionali Centrali Operative 118 e di PS.</p> <p>Incentivare il modello integrato delle reti al fine di potenziare le sinergie ospedale-territorio</p> <p>Prevedere appositi percorsi assistenziali volti a ridurre il ricovero ospedaliero, a incentivare il rientro in famiglia o il passaggio del paziente ad altre forme assistenziali (ADI, strutture protette, ecc.)</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Monitoraggio trimestrale, ad opera della UO Controllo di Gestione e Budget, dei ricoveri ospedalieri ed analisi delle criticità rilevate. Ridefinizione degli obiettivi di budget per le singole UU.OO. aziendali in funzione delle criticità evidenziate.</p> <p>Definizione di percorsi assistenziali volti al potenziamento del modello delle reti assistenziali</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Messa a regime del gestionale <i>Esposizione dei Posti Letto</i> sui gestionali delle Centrali Operative - 118.</p> <p>Redazione della reportistica trimestrale e delle schede di budget annuali.</p> <p>Tendenziale aumento della % di utilizzo delle forme di assistenza alternative al ricovero.</p> <p>Riduzione dei ricoveri inappropriati</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Messa a regime del gestionale <i>Esposizione dei Posti Letto</i> anche sui gestionali delle UU.OO. Pronto Soccorso.</p> <p>Redazione della reportistica trimestrale e delle schede di budget annuali.</p> <p>Tendenziale aumento della % di utilizzo delle forme di assistenza alternative al ricovero.</p> <p>Riduzione dei ricoveri inappropriati</p>	<p>L'azione non prevede alcun impatto economico, fatto salvo il pagamento della Società Beta 80 che ha sviluppato il gestionale in parola. Detta valorizzazione sarà tuttavia possibile solo dopo che la Regione avrà provveduto a suddividere per le quattro AASSLL abruzzesi il preventivo elaborato a livello regionale dalla citata società (cfr. oltre DPF017).</p> <p>Nel medio periodo l'Azienda potrà beneficiare di una riduzione dei costi dovuti ad una riduzione dei ricoveri inappropriati e/o ad una maggiore efficienza organizzativa che potrebbe indurre una riduzione della DM, un aumento dell'indice di rotazione e del tasso di occupazione con conseguente decremento dell'intervallo di turn-over.</p>	<p>Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero</p> <p>Sistemi Informativi aziendali</p> <p>Flussi Informativi Sanitari</p> <p>UO Governo Clinico e Gestione Logistico-Organizzativa</p> <p>UO Controllo di Gestione e Budget per la parte operativa relativa ai controlli ed al monitoraggio</p>
2	<p>Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di LEA e di appropriatezza dei DRG</p>	<p>Trasferire progressivamente in regime diurno e in regime ambulatoriale le prestazioni ricomprese nel DCA 50/2011 e ss.mm.ii., attraverso la operazione, già fortemente implementata nel 2015, di sensibilizzazione degli operatori sanitari . Detta operazione sarà realizzata soprattutto in sede di contrattazione di budget, inserendo, tra l'altro, anche gli specifici obiettivi di shift delle forme di ricovero dal regime ordinario al regime diurno e dal regime diurno ad ambulatoriale complesso.</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Monitoraggio trimestrale, ad opera della UO Controllo di Gestione e Budget, dell'utilizzo delle SDAC e delle percentuali di utilizzo delle stesse, secondo quanto definito nel DCA 50/2011 e ss.mm.ii. e riportato nelle schede di budget.</p> <p>Monitoraggio, altresì, delle attività erogate in regime ambulatoriale delle prestazioni previste nei provvedimenti commissariali n.32/2010 - n.18/2014-n.19/2014- n. 52/2015, al fine di perseguire l'obiettivo volto alla razionalizzazione delle erogazioni di prestazioni sanitarie.</p> <p>Ridefinizione degli obiettivi di budget per le singole UU.OO. aziendali in funzione delle criticità rilevate e riportando nelle schede specifici obiettivi legati anche alla forma di ricovero diurno.</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Continuare l'azione iniziata nell'anno 2016 e ridefinizione degli obiettivi di budget per le singole UU.OO. aziendali in funzione delle criticità rilevate .</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Rispetto delle percentuali di erogazione delle prestazioni in regime ordinario, regime diurno e regime ambulatoriale, così come definito dal DCA 50/2011 e ss.mm.ii.</p> <p>Rispetto di quanto disciplinato dalla Regione Abruzzo in materia di prestazioni erogabili in regime ambulatoriale.</p> <p>A riguardo la UO di Staff Controllo di Gestione e Budget eseguirà dei controlli trimestrali in corrispondenza della reportistica aziendale.</p>	<p>Riduzione dei costi attraverso il contenimento dei ricoveri inappropriati, l'abbattimento del tasso di ospedalizzazione, la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali.</p>	<p>Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero</p> <p>Sistemi Informativi aziendali</p> <p>Flussi Informativi Sanitari</p> <p>UO Governo Clinico e Gestione Logistico-Organizzativa</p> <p>UO Controllo di Gestione e Budget per la parte operativa relativa ai controlli ed al monitoraggio</p>

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 6B: SERVIZIO DPF 006 – CONTRATTI EROGATORI PRIVATI E SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI RETE TERRITORIALE E OSPEDALIERA – Partecipazione alla procedura di contrattazione con le strutture private per l'acquisto di prestazioni sanitarie, per la definizione dei volumi di attività

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1	<p>Partecipazione alla procedura di contrattazione con le strutture private per l'acquisto di prestazioni sanitarie per la definizione dei volumi di attività</p> <p>L'Azienda ha provveduto ad individuare nel Responsabile della UOSD Autorizzazione Controllo e Monitoraggio Strutture Accreditate il componente del tavolo di monitoraggio, analisi e verifica degli accordi negoziali tra Regione Abruzzo e Aziende ASL, il cui ambito di competenza concerne l'analisi, il controllo e il monitoraggio delle azioni volte:</p> <p>1. a garantire il contenimento delle spese relative alle prestazioni erogate mediante gli accordi negoziali ex art. 8-quinquies del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.e ii.;</p> <p>2. ad assicurare la razionalizzazione della spesa sanitaria, con particolare attenzione alla corretta osservanza dei limiti di spesa e dei volumi di prestazioni stabilite, nonché alla gestione del relativo contenzioso.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <ul style="list-style-type: none"> •partecipare al tavolo negoziale istituito dalla Regione; •verificare la conformità alle norme di autorizzazione e di accreditamento, la qualità, appropriatezza e la correttezza delle prestazioni prodotte; •espletare le procedure per il pagamento delle prestazioni riconosciute remunerabili 	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Produzione dei provvedimenti di liquidazione e note di credito ricevute</p> <p>Tasso di occupazione nei limiti stabiliti dalla norma</p>	<p>L'impatto economico derivante dalla manovra dipende dai contratti sottoscritti dalla Regione.</p> <p>In termini aziendali si possono ottenere dei risultati relativamente al contenimento delle liste di attesa aziendali, alla deflazione del contenzioso, al controllo della richiesta di prestazioni sanitarie e all'abbattimento dei margini di inappropriatezza.</p>	<p>Responsabile della UO Autorizzazione Controllo e Monitoraggio Strutture Accreditate</p>
2	<p>Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei confronti degli erogatori privati accreditati ed attuazione degli stessi</p> <p>Controllare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le tariffe applicate; • l'esatta attribuzione delle tariffe vigenti ai corrispondenti DRG; • la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione; • l'appropriatezza delle prestazioni erogate; • la rispondenza delle prestazioni erogate al budget negoziato; • l'invio dei DURC e la documentaione a supporto delle fatture da parte delle Strutture accreditate; • la presenza di tutta la documentazione autorizzatoria prevista dalle leggi nazionali e dalle leggi ed atti regionali; • la deflazione del contenzioso • il monitoraggio del fabbisogno per definizione dei volumi di attività • il contenimento dei tempi di attesa 	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Da eseguire, costantemente per i tre anni e i seguenti controlli :</p> <p><u>con cadenza mensile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •adeguamento alla normativa nazionale e regionale in materia di LEA e di appropriatezza dei DRG e di tasso di occupazione; •monitoraggio dei flussi informativi per le prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari; • coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione; <p><u>con cadenza trimestrale</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> •liste di attesa <p><u>con cadenza annuale</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • documentazione autorizzatoria prevista dalle leggi nazionali e dalle leggi ed atti regionali. 	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Provvedimenti di liquidazione Monitoraggio delle procedure e riepilogo periodico sull'esito dei controlli. Report ASR e Direzione Politiche della Salute</p>		<p>Responsabile della UO Autorizzazione Controllo e Monitoraggio Strutture Accreditate</p>

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 6C: SERVIZIO DPF 006 – CONTRATTI EROGATORI PRIVATI E SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI RETE TERRITORIALE E OSPEDALIERA – Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni sanitarie.

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO
1 Adeguamento alle disposizioni nazionali e regionali in materia di flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni sanitarie	Controllo dei flussi informativi previsti nei contratti dal punto di vista formale, secondo i rispettivi tracciati ministeriali o regionali. Il mancato rispetto delle scadenze o della correzione degli errori viene segnalato alla UO Amministrazione Controllo e Monitoraggio Strutture Private Accreditate.	TRIENNIO 2016-2018 Eseguire costantemente, nei tre anni considerati, il monitoraggio dei flussi	TRIENNIO 2016-2018 Rispetto della tempistica e della qualità tracciati	L'azione non ha alcun impatto sui costi. Al contrario si può supporre un incremento dei ricavi. I puntuali controlli possono infatti portare una riduzione degli errori e, quindi, un minor numero di contestazioni in sede di compensazione interregionale della mobilità sanitaria	UO Servizio Flussi informativi UO Autorizzazione Controllo e Monitoraggio Strutture Accreditate

TABELLA 6D: SERVIZIO DPF 006 – CONTRATTI EROGATORI PRIVATI E SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI RETE TERRITORIALE E OSPEDALIERA – Vigilanza e monitoraggio sul funzionamento delle UVM mediante l'adozione di sistemi unici di valutazione ed eleggibilità dei vari setting assistenziali, con particolare riferimento all'attuazione del DCA n. 107/2013 del 20/12/2013 - Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza protesica.

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1 Vigilanza e monitoraggio sul funzionamento delle UVM mediante l'adozione di sistemi unici di valutazione ed eleggibilità dei vari setting assistenziali, con particolare riferimento all'attuazione del DCA n. 107/2013 del 20/12/2013	Monitorare costantemente l'attività, in riferimento alle modalità di valutazione dei bisogni degli assistiti in relazione ai setting assistenziali, al fine del rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione. Predisporre, per la valutazione del fabbisogno, un documento aziendale condiviso, anche in rapporto con le strutture Ospedaliere, Case di Cura Accreditate e strutture Residenziali e Semiresidenziali.	TRIENNIO 2016-2018 Nel corso dei tre anni dovranno essere regolarmente svolti gli incontri tra le UVM aziendali inizialmente (Anno 2016) volti alla predisposizione del documento aziendale per la definizione di procedure omogenee per la valutazione dei bisogni degli assistiti e successivamente finalizzati anche all'aggiornamento di detto documento, al monitoraggio della corretta applicazione.	TRIENNIO 2016-2018 Effettuare almeno n. 3 incontri per ognuno dei tre anni considerati Monitoraggio trimestrale della spesa	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Direttori dei Distretti Sanitari UO Controllo di Gestione e Budget per la parte inerente il monitoraggio della spesa
2 Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza protesica	Monitorare l'osservanza delle linee guida aziendali adottate dalla Azienda per la precisa e univoca osservanza delle disposizioni del Decreto Ministeriale 332/99. Prevedere che la Commissione esamini tutti i casi in cui la richiesta dell'utente non rientri nei canoni previsti.	TRIENNIO 2016-2018 Nel corso dei tre anni dovranno essere programmati e svolti con regolarità gli incontri della Commissione aziendale volti a monitorare l'andamento della spesa per assistenza protesica e ad esaminare i casi in cui la richiesta dell'utente non rientri nei canoni previsti.	TRIENNIO 2016-2018 Effettuare almeno n. 3 incontri per ognuno dei tre anni considerati Monitoraggio trimestrale della spesa	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Direttori dei Distretti Sanitari Responsabili dei Servizi di Riabilitazione Territoriale; UO Controllo di Gestione e Budget per la parte inerente il monitoraggio della spesa

SERVIZIO DPF 007
Ispettivo e Controllo Qualità

Sicurezza e rischio clinico

La ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila ha provveduto dall'anno 2012 ad una regolamentazione complessiva delle unità operative deputate allo svolgimento dell'attività di risk management, specificando preliminarmente la composizione ed i compiti del *Comitato Valutazione Sinistri* (CVS), dell'*Unità di Gestione del Rischio Clinico* (UGR) e del *Comitato Interdisciplinare Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico* (Deliberazione del Direttore Generale n. 829 del 17.05.2012).

Con successiva Deliberazione del Direttore Generale n. 1142 del 12.08.2013, l'Azienda ha istituito ed attivato, nell'ambito delle strutture di staff della Direzione Aziendale, il Servizio di Risk Management, comprensivo della Unità di Gestione del Rischio Clinico, e ne è stato identificato il Dirigente Medico Responsabile.

Con la stessa deliberazione è stato conferito l'incarico di Coordinatore del comitato Valutazione Sinistri e la composizione dello stesso.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 2171 del 23.12.2011 è stata altresì istituita, presso l'Azienda provinciale, la Commissione Mista Conciliativa e con Deliberazione del Direttore Generale n. 2085 del 09.12.2011 è stato adottato il Regolamento di funzionamento della stessa, aggiornato in seguito secondo le direttive del Difensore Civico Regionale con Deliberazione n. 10 del 02.01.2014.

La Commissione è ad oggi validamente costituita ed operativa.

Relativamente al triennio 2016-2018, l'Azienda, recependo le indicazioni contenute nel DCA 104/2015, ha formulato un programma delle azioni da intraprendere che sono dettagliatamente riportate nella tabella 7A.

Controllo Cartelle Cliniche

Per quanto attiene le Strutture sanitarie provvisoriamente accreditate insistenti sul territorio della ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, sono stati autorizzati dal 1° gennaio 2013, con decreto commissariale n. 25/2012 del 04/07/2012 ad oggetto: "*Programma Operativo 2010 ' Asse 2 ' Intervento 6 Approvazione del documento tecnico di rimodulazione della dotazione dei posti letto afferenti alle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate insistenti sul territorio della Regione Abruzzo*", n. 330 posti letto complessivi, di cui n.118 dedicati alla lungodegenza ed alla riabilitazione.

Nel corso del triennio 2016-2018 l'Azienda procederà a riadeguare la rete ospedaliera pubblica e privata secondo le indicazioni che perverranno dalla Regione Abruzzo, a seguito del recepimento del

“Regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.

In aggiunta a quanto sopra evidenziato, considerato che:

- il D.M. del 10-12-2009 prevede il controllo di appropriatezza e congruità delle cartelle cliniche;
- la Regione Abruzzo, con deliberazione del Commissario ad Acta n.44/2010, ha approvato il Piano Operativo 2010, che prevede parametri ed indicatori da utilizzare nel sistema dei controlli della documentazione sanitaria;
- la Regione Abruzzo, con Decreto del Commissario ad Acta n.64/2012 approva i protocolli di valutazione e verifica dell’appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale;
- la Regione Abruzzo ha predisposto Linee Operative per la Verifica della Qualità;
- le suddette Linee Operative sono state condivise anche con il Comando Carabinieri dei NAS di Pescara;

l’Azienda ritiene opportuno, nel triennio di vigenza del piano ed in linea con gli indirizzi nazionali, regionali ed aziendali, eseguire un ulteriore controllo che ha l’obiettivo di migliorare la completezza e la qualità della documentazione sanitaria, ai fini di:

- una più vantaggiosa valutazione del prodotto ospedaliero,
- una comprovata validità medico-legale della cartella clinica, nei numerosi contenziosi e nella gestione consapevole del rischio clinico,
- una più chiara comunicazione tra ospedale e territorio: MMG, PLS, etc.

Nell’ambito del controllo istituzionale del 10% delle cartelle cliniche, ai fini dell’appropriatezza e congruità, verrà ad ampliarsi il range di verifica anche agli aspetti di completezza e qualità, mediante la valutazione dei seguenti aspetti salienti:

- presenza e completezza anamnesi ed esame obiettivo,
- presenza sul frontespizio della cartella clinica della descrizione della diagnosi e della firma del medico compilatore,
- presenza del verbale operatorio sottoscritto dal primo operatore e descrizione dettagliata dell’intervento,
- presenza e completezza della check-list di sala operatoria,
- presenza e completezza del consenso informato all’intervento/procedura invasiva,
- presenza e completezza della S.T.U.,
- presenza e completezza del diario clinico,
- presenza e completezza della relazione di dimissione.

Trimestralmente verrà individuato un campione rappresentativo di cartelle cliniche per il controllo random del 10% dei dimessi che interesserà tutte le UU.OO. di degenza ed i diversi setting assistenziali: ricovero ordinario, ricovero in DH, ricovero in DS, trattamenti ambulatoriali complessi mediante controllo S.D.A.C..

Si riportano nella tabella 7B le attività progettuali.

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 7A: SERVIZIO DPF 007 – Ispettivo e Controllo Qualità – Sicurezza e Rischio Clinico

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1	Programma Regionale per la gestione del Rischio clinico e monitoraggio dei Piani di Miglioramento attuati dalle Aziende	<p>ANNO 2016 Monitoraggio e valutazione dei Piani di Miglioramento elaborati per gli eventi sentinella verificatisi nel 2015 e che hanno principalmente riguardato: - la formazione degli operatori delle UU.OO. in cui si sono verificati gli eventi; - l'implementazione e il monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali relative alla prevenzione del suicidio di paziente in ospedale (n. 4), della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (n. 13), degli atti di violenza a danno di operatori sanitari (n. 8); - la richiesta di modifiche per l'accessibilità delle finestre del Delta Medico (Evento Sentinella: suicidio); - inserimento di sensori esterni alla gamma camera e allontanamento manuale del lettino della stessa a conclusione dell'esame (Evento Sentinella: ferita da taglio); - rivisitazione del contratto per i vigilantes al fine di estendere la sorveglianza da parte degli stessi (Evento Sentinella: aggressione). Redazione ulteriori Piani di Miglioramento in funzione degli eventi sentinella rilevati.</p> <p>BIENNIO 2017 - 2018 Monitoraggio e valutazione dei Piani di Miglioramento elaborati nei precedenti anni e Redazione di ulteriori Piani di Miglioramento relativi agli eventi sentinella che possono verificarsi nel 2017 e nel 2018.</p>	<p>Con la messa a regime del sistema a partire dal 2013 (Deliberazione del direttore Generale n. 1749/2013), nel corso del biennio 2014-2015 si è rilevato un incremento degli eventi sentinella (ES) segnalati, principalmente attribuibile ad una maggiore sensibilizzazione degli operatori. A partire dal 2016 è possibile prevedere una riduzione degli stessi attribuibile alla formazione degli operatori che ha riguardato le procedure da attuare per la riduzione del verificarsi di eventi avversi.</p> <p>ANNO 2016: N_ES_Anno2016 <= N_ES_Anno2015</p> <p>ANNO 2017: N_ES_Anno2017 <= N_ES_Anno2016</p> <p>ANNO 2018: N_ES_Anno2018 <= N_ES_Anno2017</p> <p>Inoltre, per ognuno degli anni 2016-2018, si andranno a valutare i seguenti indicatori: 1)(n.unità di crisi costituite)/(n di eventi segnalati)=100% 2) (n. RCA effettuate)/(n di eventi segnalati) = 100%</p>	<p>L'impatto economico dipende da: 1. modifiche per l'accessibilità delle finestre (1.726,00€); 2. sensori esterni alla Gamma Camera: preventivo non ancora disponibile; 3. estensione attività vigilantes: in attesa di preventivo</p>	Responsabile UO Risk Management
2	Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti (Root Cause Analysis, Audit Clinico)	<p>ANNO 2016 E' già stato realizzato un corso nel mese di marzo (Sicurezza nell'uso dei farmaci) ed è previsto, nel prossimo mese di giugno, lo svolgimento del corso <i>Eventi avversi, incident reporting e prevenzione cadute</i></p> <p>BIENNIO 2017-2018 Realizzazione di almeno n. 2 corsi per anno in cui verranno trattati gli argomenti di maggiore interesse, legati agli eventi avversi e agli eventi sentinella più frequentemente rilevati nell'Azienda</p>	TRIENNIO 2016-2018 Realizzazione di almeno n. 2 corsi per anno con test finale.	<p>L'impatto economico è legato esclusivamente all'accreditamento ECM (circa 350€) già inclusi nel programmatico</p>	Responsabili UUOO di Staff: Risk Management Formazione e Sviluppo Professionale
3	Monitoraggio sistemico dell'uso della Check-list in sala operatoria	<p>ANNO 2016 - Monitoraggio, attraverso l'apposita reportistica semestralmente redatta dalla UO Rischio Clinico, della qualità della compilazione della check-list, soprattutto in relazione ad alcuni particolari aspetti oggetto di obiettivo di budget - Compilazione della Check-list anche per gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale complesso (SDAC); - A partire dalla seconda metà dell'anno: implementazione del sistema informatizzato nei PP.OO. di L'Aquila e Avezzano</p> <p>ANNO 2017 - Monitoraggio e verifica semestrale della qualità della compilazione della check-list, soprattutto in relazione ad alcuni particolari aspetti oggetto di obiettivo di budget 2016 - Implementazione sistema informatizzato nei PP.OO. di Sulmona e Castel di Sangro;</p> <p>ANNO 2018 Continuare nelle operazioni di monitoraggio, verifica e formazione</p>	<p>Al momento non sono segnalati eventi avversi di Sala Operatoria. Quindi, per il triennio 2016-2018 l'Azienda si propone i seguenti indicatori: ANNO 2016 - Numero di eventi avversi rilevati per il 2016 pari al n. di eventi avversi rilevati nel 2015 (valore=0); - Monitoraggio della compilazione della Check-list anche per gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale complesso - Monitoraggio del corretto utilizzo del sistema informatizzato per i PP.OO. di L'Aquila e Avezzano (N interventi eseguiti) = (N cartelle compilate)</p> <p>ANNO 2017 - Numero di eventi avversi rilevati per il 2017 pari o minore del n. di eventi avversi rilevati nel 2016 ; - Monitoraggio della compilazione della Check-list anche per gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale complesso - Monitoraggio del corretto utilizzo del sistema informatizzato per i PP.OO. di Sulmona e Castel di Sangro (N interventi eseguiti) = (N cartelle compilate)</p> <p>ANNO 2018 - Numero di eventi avversi rilevati per il 2018 pari o minore del n. di eventi avversi rilevati nel 2017 ; - Monitoraggio della compilazione della Check-list anche per gli interventi eseguiti in regime ambulatoriale complesso - Monitoraggio del corretto utilizzo del sistema informatizzato per i PP.OO. aziendali (N interventi eseguiti) = (N cartelle compilate)</p>	<p>Costi della informatizzazione della Check-list (€12.000,00 circa) già inclusi nel programmatico</p>	Responsabile UO Risk Management

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

(segue) TABELLA 7A: SERVIZIO DPF 007 – Ispettivo e Controllo Qualità – Sicurezza e Rischio Clinico

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
4	Implementazione e monitoraggio della raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Vista l'elevata tossicità dei farmaci neoplastici, la UO Risk Management e la UOC Servizio Farmaceutico Aziendale provvederanno a monitorare la corretta applicazione delle procedure per ognuna delle fasi in esse previste e prevedendo riunioni operative con tutti gli operatori del settore oncologico e organizzando corsi di aggiornamento ad hoc.</p> <p>A tal proposito si ricorda che nel mese di marzo del corrente anno è già stato svolto il corso <i>Sicurezza nell'uso dei farmaci</i>.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>- Verifica del rispetto di tutte le fasi previste dalla procedura: Rispetto delle fasi previste nel 100% dei casi segnalati</p> <p>- Corsi di aggiornamento: Svolgere almeno n. 1 corso di aggiornamento all'anno</p> <p>- Incontri periodici con gli operatori del settore: Prevedere almeno n. 1 incontro all'anno con gli operatori</p>	I costi emergenti sono quelli legati allo svolgimento del corso, già indicati nell'Azione 2, e sono legati all'accreditamento ECM (350€ circa)	Responsabile UO Risk Management
5	Prevenzione delle cadute	<p>1° SEMESTRE ANNO 2016</p> <p>Redazione del Piano di Prevenzione delle cadute in cui sono state elaborate delle modalità di gestione dei pazienti/utenti a rischio cadute. In particolare sono state elaborate delle procedure diversificate per gli ambulatori e per le UU.OO. di ricovero.</p> <p>Ad oggi si rende necessario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - continuare a monitorare i processi più rischiosi; - verificare la corretta applicazione del piano di miglioramento elaborato per i servizi e le UU.OO. di ricovero; - verificare l'eshaustività della compilazione delle schede di rilevazione della caduta del paziente <p>ANNO 2017</p> <p>Valutazione risultati dell'anno 2016 ed eventuale implementazione della procedura definita nel 2016</p> <p>ANNO 2018</p> <p>Valutazione risultati dell'anno 2017 ed eventuale implementazione della procedura definita nel 2016 ed eventualmente implementata nel 2017</p>	<p>Con la messa a regime del sistema a partire dal 2013 (Deliberazione del direttore Generale n. 1749/2013), nel corso del biennio 2014-2015 si è rilevato un incremento degli eventi segnalati, da attribuire ad una maggiore sensibilizzazione degli operatori. A partire dal 2016 è possibile prevedere, a seguito della maggiore formazione degli operatori rispetto alle procedure da attuare per la riduzione del verificarsi di eventi avversi, una riduzione degli stessi.</p> <p>ANNO 2016</p> <p>N cadute di pazienti rilevate <= N cadute di pazienti rilevate nel 2015</p> <p>ANNO 2017</p> <p>N cadute di pazienti rilevate <= N cadute di pazienti rilevate nel 2016</p> <p>ANNO 2018</p> <p>N cadute di pazienti rilevate <= N cadute di pazienti rilevate nel 2017</p>	<p>I costi di cui bisogna tener conto sono, per i ricoverati, quelli legati al prolungamento dei tempi di degenza e, per gli utenti, quelli legati a prestazioni di emergenza ed eventuale successivo ricovero ospedaliero.</p> <p>Al momento, tuttavia, si rileva che le lesioni riportate dai pazienti e dagli utenti a seguito delle cadute sono per lo più lievi ed identificabili in contusioni, tumefazioni, ematomi, escoriazioni, ecc.</p> <p>Si sta ad oggi valutando l'impatto economico, in termini di indicatori sanitari di ricovero, dell'evento caduta.</p>	Responsabile UO Risk Management
6	Monitoraggio ed Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali	<p>L'Azienda ha provveduto ad adottare, con apposita deliberazione del Direttore Generale, le n.17 Raccomandazioni Ministeriali previste. Ad oggi, attraverso la UO Risk Management, la ASL ha iniziato a revisionare le stesse, in modo da apportare eventuali integrazioni - anche in funzione degli eventi avversi verificatisi nel corso del tempo - e completare l'attività entro il 2018.</p> <p>ANNO 2016</p> <p>Implementazione di almeno n. 5 Raccomandazioni Ministeriali</p> <p>ANNO 2017</p> <p>Implementazione di almeno n. 6 Raccomandazioni Ministeriali</p> <p>ANNO 2018</p> <p>Implementazione di almeno n. 6 Raccomandazioni Ministeriali</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Adozione Delibere</p> <p>ANNO 2017</p> <p>Adozione Delibere</p> <p>ANNO 2018</p> <p>Adozione Delibere</p>	L'azione prevista non ha impatti economici	Responsabile UO Risk Management

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 7B: SERVIZIO DPF 007 – Ispettivo e Controllo Qualità – Controllo Cartelle Cliniche

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
<p>1 Controllo Cartelle Cliniche</p> <p>Per quanto attiene le Strutture sanitarie provvisoriamente accreditate insistenti sul territorio della ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila, sono stati autorizzati dal 01/01/2013, con decreto commissariale n. 25/2012 del 04/07/2012 ad oggetto: "Programma Operativo 2010 - Asse 2 - Intervento 6 Approvazione del documento tecnico di rimodulazione della dotazione dei posti letto afferenti alle strutture sanitarie provvisoriamente accreditate insistenti sul territorio della Regione Abruzzo.", n. 330 posti letto complessivi, di cui n. 118 dedicati alla lungodegenza ed alla riabilitazione.</p>	<p>La ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila nel triennio 2016-2018, si prefigge di continuare a perseguire l'obiettivo inerente il rispetto degli obblighi aziendali verso gli erogatori privati e di proseguire, nei confronti degli stessi, le azioni di controllo in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie tramite i Nuclei Operativi di Controllo (NOC 01, NOC 02 e NOC 03) con competenze nei settori dell'Ospedalità pubblica e privata (NOC 01), delle RSA – RA - Strutture ex art. 26 (NOC 02) e della specialistica ambulatoriale (NOC 03), di verifica amministrativa, tramite la UOSD Amministrazione Controllo e Monitoraggio Strutture Private Accreditate, della legittimità delle prestazioni per gli aspetti di carattere non sanitario, della coerenza dei dati di produzione con quelli di fatturazione, della rispondenza delle prestazioni erogate al budget negoziato, degli adempimenti relativi alla remunerazione delle prestazioni erogate nei limiti di budget assegnato dalla Regione Abruzzo, nel rispetto dei tempi di pagamento delle stesse entro i termini previsti dalla normativa.</p>	<p>1° SEMESTRE ANNO 2016 Elaborare il percorso di analisi interdisciplinare per valutare i processi più rischiosi, identificando le potenziali vulnerabilità per UU.OO. e elaborazione della mappa del rischio nell'organizzazione aziendale e previsto un piano di miglioramento per la diminuzione dei rischi</p> <p>ANNO 2017 Valutazione risultati dell'anno 2016 ed eventuale implementazione delle procedure definite nel 2016</p> <p>ANNO 2018 Valutazione risultati dell'anno 2017 ed eventuale implementazione delle procedure definite nel 2016 ed eventualmente implementate nel 2017</p>	<p>assicurare nel triennio 2016-2018 la percentuale di controlli superiore al minimo del 10% del fatturato previsto nei contratti negoziali con gli erogatori accreditati</p>	<p>L'intervento non implica costi aggiuntivi</p>	<p>NOC 1, NOC 2 E NOC 3 UOSD Amministrazione Controllo e Monitoraggio Strutture Private Accreditate</p>
<p>2 Controllo completezza e qualità</p>	<p>L'Azienda ritiene opportuno, nel triennio di vigenza del piano e in linea con gli indirizzi nazionali, regionali ed aziendali, che le Direzioni Mediche di Presidio intraprendano, accanto ai controlli già previsti istituzionalmente, anche il controllo di completezza e qualità delle cartelle cliniche.</p> <p>Nell'ambito del controllo istituzionale del 10% delle cartelle cliniche, ai fini dell'appropriatezza e congruità, verrà ad ampliarsi il range di verifica anche agli aspetti di completezza e qualità, mediante la valutazione dei seguenti aspetti salienti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. presenza e completezza anamnesi ed esame obiettivo; 2. presenza sul frontespizio della cartella clinica della descrizione della diagnosi e della firma del medico compilatore; 3. presenza del verbale operatorio sottoscritto dal primo operatore e descrizione dettagliata dell'intervento; 4. presenza e completezza della check-list di sala operatoria; 5. presenza e completezza del consenso informato all'intervento/procedura invasiva; 6. presenza e completezza della S.T.U.; 7. presenza e completezza del diario clinico; 8. presenza e completezza della relazione di dimissione. 	<p>ANNO 2016 Estensione delle procedure di controllo anche agli aspetti di completezza e qualità elencati nella colonna "Descrizione Intervento"</p> <p>ANNO 2017 Valutazione risultati dell'anno 2016 ed eventuale implementazione delle procedure definite nel 2016</p> <p>ANNO 2018 Valutazione risultati dell'anno 2017 ed eventuale implementazione delle procedure definite nel 2016 ed eventualmente implementate nel 2017</p>	<p>Trimestralmente verrà individuato un campione rappresentativo di cartelle cliniche per il controllo random del 10% dei dimessi che interesserà tutte le UU.OO. di degenza e per i diversi setting assistenziali: ricovero ordinario, ricovero in DH, ricovero in DS, trattamenti ambulatoriali complessi mediante controllo S.D.A.C..</p>	<p>L'intervento non implica costi aggiuntivi</p>	<p>Direzione Medica Po L'Aquila Direzione Medica PO Avezzano Direzione Medica PO Sulmona Direzione Medica PO Castel di Sangro Direzione Medica PO Tagliacozzo</p>

SERVIZIO DPF 009 Programmazione Socio-Sanitaria

Rete Ospedaliera

Nell'ambito delle azioni previste dal Programma Operativo 2010 della Regione Abruzzo, in ottemperanza delle Deliberazioni del Commissario ad Acta n. 44 e 45 del 2010 e ss.mm.ii., la ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, con Deliberazione del Direttore Generale n. 914 del 27 giugno 2013, ha provveduto ad adeguare il numero delle strutture semplici e complesse agli standard previsti nel documento approvato dal Comitato LEA nella seduta del 26/03/2012, nonché a ridefinire il piano di riordino dei posti letto ospedalieri pubblici.

Detto piano è stato elaborato tenendo conto delle Aree Funzionali dei Presidi Ospedalieri, della tipologia dei posti letto (ordinari e diurni) dei Dipartimenti, delle aggregazioni per moduli e delle Unità Operative esistenti.

Il piano di riordino dei posti letto ospedalieri pubblici è stato ed è fortemente condizionato dalle caratteristiche logistico-strutturali dei singoli Presidi (esistenza di reparti dimensionati a 30 o a 15 pl, dislocazione degli stessi in aree non contigue o addirittura su piani diversi ecc.), sulle quali ha altresì inciso ed incide in maniera decisiva, per la soluzione della stessa problematica, lo stato di avanzamento dei lavori di consolidamento, ripristino e/o ristrutturazione di alcune delle strutture aziendali (PO di L'Aquila ripristino, consolidamento post-sisma, PO di Sulmona e PO di Castel di Sangro, consolidamento, ristrutturazione ecc.).

La ASL n. 1, inoltre, ha provveduto con deliberazione del Direttore Generale n. 1740 del 02.12.2013 alla riformulazione dell'atto aziendale, sul quale con Decreto Commissariale n.21/2014 è stata espressa la conformità alle linee guida per la redazione degli atti aziendali di cui al Decreto Commissariale n. 5/2011 e ss.mm.ii., nonché la conformità dell'assetto strutturale definito, nella medesima deliberazione, agli Standard sul dimensionamento delle strutture semplici e complesse definiti dal Comitato LEA nella seduta del 26.03.2012, recepiti con Decreto Commissariale n.49/2012 della Regione Abruzzo.

Ha, altresì, provveduto con deliberazioni n. 454 del 18.03.2014 e n. 471 del 21.03.2014 e ss.mm.ii. alla ridefinizione della dotazione organica, il cui fabbisogno del personale e il numero dei posti letto distribuiti per Unità Operative è stato rideterminato, tenendo conto del nuovo assetto organizzativo e del numero delle strutture semplici e complesse della ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila, definiti con la succitata deliberazione DG n.1740/2013, nel rispetto di quanto previsto nella deliberazione commissariale n. 45/2010 e del decreto commissariale n. 49/2012.

Appropriatezza delle prestazioni ospedaliere

L'Azienda perseguirà l'obiettivo dell'appropriatezza dei ricoveri adottando le *black list* e le *white list* come strumento di programmazione e controllo. In tal modo si ridurranno eventuali eccessi e si monitoreranno

le prestazioni/procedure in black list.

Nel triennio di riferimento si attuerà, come già evidenziato nella sezione DPF006, il potenziamento delle Osservazioni Brevi Intensive (OO.BB.II.), presso i Pronto Soccorso Ospedalieri, al fine di garantire, in maniera adeguata ed efficiente, i bisogni della popolazione e ridurre i ricoveri inappropriati.

Detta azione sarà altresì coadiuvata dalla incentivazione dell'utilizzo delle SDAC che consentono il passaggio da una forma di assistenza basata sul ricovero diurno ad una forma di assistenza basata sulle prestazioni ambulatoriali, permettendo così di perseguire gli obiettivi prefissati dal DCA n. 50 del 16.11.2011 e ss.mm.ii.

A tal proposito si fa presente che già negli obiettivi di budget 2015 l'Azienda ha già provveduto ad inserire sia l'utilizzo della SDAC secondo quanto previsto dal citato decreto commissariale, sia l'alimentazione dell'apposito flusso tra gli obiettivi di budget contrattato per l'anno 2015.

A tale riguardo sono state altresì organizzate e svolte nel 2015, da parte delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri Aziendali, delle giornate formative ed è in fase di adozione formale un protocollo operativo relativo alla procedura - assistenziale e amministrativa - che le UU.OO. interessate sono tenute a seguire dal momento dell'attivazione delle SDAC/PAC.

Le attività progettuali relative alla riorganizzazione della rete ospedaliera e all'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere sono descritte nella tabella 8A.

Disposizioni in materia di Punti di Primo Intervento e di Ospedali di Comunità

Con il programma operativo di cui alle delibere del Commissario ad Acta n. 44/10, n. 45/10 e ss.mm.ii. si è attuato un processo di riordino del SSR mirato a riqualificare l'offerta ospedaliera e dei servizi territoriali. Nell'ottica di razionalizzazione e di riqualificazione del SSR, sono state individuate le Strutture Ospedaliere che non risultavano coerenti, sotto un profilo sia quantitativo sia qualitativo, con il fabbisogno di prestazioni della popolazione ed è stata prevista la loro riconversione con conseguente impiego delle risorse (personale, apparecchiature ecc.) verso forme di assistenza alternative a quella ospedaliera. In tale contesto di riorganizzazione complessiva del SSR e delle ASL della regione Abruzzo, la ASL Avezzano, Sulmona, L'Aquila ha attuato le manovre di riconversione in Presidi Territoriali di Assistenza h 24 (PTA) a far data 01.09.2010 per il Presidio Ospedaliero di Pescara e a far data dal 01.10.2010 per il PO di Tagliacozzo. Nel corso del tempo sono state intraprese iniziative tese all'implementazione delle attività necessarie a caratterizzare la struttura come PTA, tenendo conto della logistica e della adeguatezza degli spazi in rapporto alle funzioni previste, si è definita in tale ambito, tra l'altro, l'organizzazione delle attività del Punto di Primo Intervento, del Servizio di Emergenza Sanitaria 118, del Servizio di Radiologia e della Diagnostica di Laboratorio. Si è proceduto nel P.T.A. di Pescara, in data 04/02/2011, all'avvio dell'attività dell'Ospedale di Comunità, in via sperimentale, con l'attivazione di n.10 posti letto e all'attivazione, in data 30/06/2013, di un Hospice, allo stato attuale dotato di n.10 posti letto dedicati ai malati terminali. Si è proceduto nel P.T.A. di Tagliacozzo all'avvio, in data 04/12/2013, dell'attività dell'Ospedale di Comunità, in via sperimentale, con l'attivazione di n.8 posti letto.

L'Azienda, nel triennio di vigenza del piano intensificherà, tutte le azioni volte all'integrazione dell'attività ospedaliera con quella territoriale attraverso le reti per patologie e saranno attivati i processi di "continuità assistenziale" che collegheranno fortemente l'assistenza ospedaliera a quella territoriale. Ciò avverrà anche con il potenziamento delle strutture territoriali al fine di agevolare la dimissione e di ridurre al minimo la degenza non necessaria e, al tempo stesso, favorire il precoce reinserimento del paziente nell'ambiente di vita con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza.

L'offerta sanitaria sul territorio, già garantita in modo soddisfacente, grazie anche all'attivazione di n. 2 Ospedali di Comunità (Pescina e Tagliacozzo) e di n. 2 Hospice (L'Aquila e Pescina) sarà quindi ulteriormente incrementata, al fine di continuare nell'azione di decongestionamento degli ospedali e di consentire l'erogazione di un appropriato setting assistenziale per quegli utenti (persone anziane o disabili) affetti da malattie croniche e da patologie oncologiche, per i quali i bisogni assistenziali risultano essere più complessi, tali da non consentire un'adeguata assistenza a domicilio né il ricovero in ospedale per acuti.

L'attività ospedaliera sarà sempre più integrata con quella territoriale attraverso le reti per patologie e saranno attivati i processi di "continuità assistenziale" che collegheranno fortemente l'assistenza ospedaliera a quella territoriale. Ciò avverrà anche con il potenziamento delle strutture territoriali al fine di agevolare la dimissione e di ridurre al minimo la degenza non necessaria e, al tempo stesso, favorire il precoce reinserimento nell'ambiente di vita con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza.

Nella tabella 8A-bis è riportato quanto richiesto relativamente alle disposizioni in materia di Punti di Primo Intervento e Ospedali di Comunità dettate, rispettivamente, dai DD.CC.AA. nn. 18 e 20 dell'8.03.2016.

Riorganizzazione della Rete residenziale

Area Anziani – Area Disabili

L'Azienda, alla luce di quanto previsto dal Decreto 52, ha provveduto ad una ricognizione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale. Da tale Decreto è emersa, in sostanza, una carenza di posti letto per l'assistenza ai pazienti anziani non autosufficienti e una maggiore offerta dei posti letto per la cura della disabilità, per la riabilitazione e per la salute mentale.

Avendo già provveduto alla rivalutazione di tutti gli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali, l'Azienda ha proceduto, nei limiti delle disponibilità, al ricollocamento appropriato di parte degli ospiti.

Per i rimanenti pazienti, sia ospitati nelle strutture regionali che extraregionali (pochissimi), la ASL provvederà al loro ricollocamento parallelamente alla futura prevista disponibilità, giusto Piano di riconversione.

L'utilizzo più appropriato dei diversi regimi assistenziali determinerà un utilizzo più efficiente delle risorse, renderà disponibili posti in RSA con riduzione delle liste di attesa per queste strutture e conseguente miglior utilizzo dell'ospedale dal quale, in alcuni casi, potranno essere anticipate le dimissioni.

Si implementerà la dimissione protetta in regime di assistenza residenziale, sia sanitaria che riabilitativa, secondo le modalità previste dal Decreto del Commissario ad Acta n.52/2012 e ciò consentirà la prevenzione della riospedalizzazione impropria e garantirà il necessario recupero funzionale e favorendo così trattandosi sempre di una dimissione programmata, favorendo così la dimissione precoce.

La UOSD Amministrazione Controllo e Monitoraggio Strutture Private Accreditate, prevista nell'organigramma aziendale, provvederà a svolgere l'attività di verifica relativamente alla regolarità della fatturazione e della documentazione a supporto della stessa per ciascun erogatore privato accreditato, nonché ad aggiornare in tempo reale i riepiloghi relativi allo stato delle verifiche e dei pagamenti.

Per quanto attiene la funzione deputata alla dimissione precoce, con l'emanazione di direttive aziendali, essa sarà posta a carico delle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri che elaboreranno le relative procedure di concerto con i Direttori dei Distretti.

Area Salute Mentale

Allo stato attuale la nostra ASL dispone di n. 45 posti letto di residenzialità psichiatrica modulati, secondo la tipologia e la sede, in tal modo:

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	PP.LL.	Pubblico	Privato
Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP.1)	30	10 AQ	20 Anversa (Pr. Accr)
Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo(SRP.2)	15	7 AZ	8 Oricola (Pr. Accr.)
Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere (SRP 3.1)	0	0	0
TOTALE	45	17	28

La ASL dispone altresì di n. 8 Strutture Abitative Supportate, sette delle quali ubicate in L'Aquila (n.35 PP.LL.) e una ad Avezzano (n.5 PP.LL.).

Si dispone altresì di strutture semiresidenziali e in particolare:

1. n. 3 Centri Diurni Psichiatrici con n. 60 Utenti
2. n.1 Centro Diurno per l'Autismo con n.20 Utenti

Nella Tabella 8 B sono riportate le attività progettuali relative alla riorganizzazione della Rete residenziale e le informazioni inerenti la valorizzazione delle strutture che si intendono aprire nel 2016, così come richiesto dalla Determinazione Dirigenziale 10/DPF 012 del 14/03/2016.

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 8A: SERVIZIO DPF 009 – Programmazione Socio Sanitaria – Rete Ospedaliera e Appropriately Prestazioni Ospedaliere

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1 Rete Ospedaliera	Realizzazione degli indirizzi regionali funzionali all'attuazione del DM n.70/2015 nel rispetto della tempistica stabilita dai predisponendi atti di programmazione.	TRIENNIO 2016-2018 La realizzazione degli interventi è subordinata alle direttive della Regione e dei Ministeri coinvolti . Già in questa fase l'Azienda è impegnata con la Regione e la ASR Regione Abruzzo nella definizione di valutazioni e approfondimenti relativi al tema del riordino della rete ospedaliera e nella redazione del documento tecnico richiesto dai Ministeri affiancanti.	TRIENNIO 2016-2018 Produzione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera nei tempi e nelle modalità previste dalla normativa regionale e nazionale.	L'impatto economico è subordinato alle specifiche indicazioni regionali, al momento in corso di definizione che indurranno, nel medio periodo, dei risparmi derivanti: 1. dalla razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali; 2. dalla riduzione dei costi ospedalieri per accorpamento di attività e per cessazione del personale apicali; 3. dallo sviluppo dei servizi territoriali. Ulteriori risparmi si potranno avere se sarà possibile realizzare le azioni previste per la risoluzione delle problematiche logistico-strutturali esistenti.	Direzione Strategica Aziendale Servizi di Staff all'uopo individuati Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero Direzioni dei Distretti
2 Appropriately delle prestazioni ospedaliere <i>tenuto conto anche di quanto disciplinato dal DM n. 70/2015</i> Attuazione PDTA/PAC decretati e di prossima adozione <i>DELIBERA CA N. 32/2010</i> <i>Disciplina delle prestazioni di cataratta e liberazione del tunnel carpale in regime ambulatoriale</i> <i>DCA n.50/2011</i> <i>Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate e s.m.i.p.</i> <i>DCA n.18/2014</i> <i>DGR 042 - Iniezione intravitale di sostanze terapeutiche. Trasferimento dal Regime di ricovero ordinario e diurno al regime ambulatoriale</i> <i>DCA n.19/2014</i> <i>Trasferimento delle terapie oncologiche e oncoematologiche comprese dal 410 a livello ambulatoriale</i> <i>DCA n.52/2015</i> <i>Percorso Diagnostico Terapeutico per il trasferimento dei farmaci neurologici ad alto costo a livello ambulatoriale</i>	Trasferire progressivamente in regime diurno e in regime ambulatoriale le prestazioni ricomprese nel DCA 50/2011 e ss.mm.ii., nonché negli specifici atti elencati nella sezione "interventi", attraverso la operazione, già fortemente implementata nel 2015, di sensibilizzazione degli operatori sanitari . Detta operazione sarà eseguita soprattutto in sede di contrattazione di budget, inserendo, tra l'altro, anche gli specifici obiettivi di shift delle forme di ricovero dal regime ordinario al regime diurno e dal regime diurno ad ambulatoriale complesso. Attuazione dei PDTA/PAC decretati e di prossima adozione.	ANNO 2016 Monitoraggio trimestrale, ad opera della UO Controllo di Gestione e Budget, dell'utilizzo delle SDAC e delle percentuali di utilizzo delle stesse, secondo quanto definito nel DCA 50/2011 e ss.mm.ii. e riportato nelle schede di budget. Monitoraggio, altresì, delle attività erogate in regime ambulatoriale delle prestazioni previste nei provvedimenti commissariali n.32/2010 - n.18/2014-n.19/2014- n. 52/2015, al fine di perseguire l'obiettivo volto alla razionalizzazione della erogazione di prestazioni sanitarie. Ridefinizione degli obiettivi di budget per le singole UU.OO. aziendali in funzione delle criticità rilevate e riportando nelle schede specifici obiettivi legati anche alla forma di ricovero diurno. BIENNIO 2017-2018 Continuare l'azione iniziata nell'anno 2016, prevedendo altresì il monitoraggio trimestrale, ad opera della UO Controllo di Gestione e Budget, dell'utilizzo del ricovero in regime diurno . Ridefinizione degli obiettivi di budget per le singole UU.OO. aziendali in funzione delle criticità rilevate .	TRIENNIO 2016-2018 Rispetto delle percentuali di erogazione delle prestazioni in regime ordinario, regime diurno e regime ambulatoriale, così come definito dal DCA 50/2011 e ss.mm.ii. Rispetto di quanto disciplinato dalla Regione Abruzzo in materia di prestazioni erogabili in regime ambulatoriale. A riguardo la UO di Staff Controllo di Gestione e Budget eseguirà dei controlli trimestrali in corrispondenza della reportistica aziendale.	Riduzione dei costi attraverso il contenimento dei ricoveri inappropriati, l'abbattimento del tasso di ospedalizzazione, la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali.	Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero Sistemi Informativi aziendali Flussi Informativi Sanitari UO Governo Clinico e Gestione Logistico-Organizzativa UO Controllo di Gestione e Budget per la parte operativa relativa ai controlli ed al monitoraggio

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 8 A-bis : SERVIZIO DPF 009 – Programmazione Socio Sanitaria – Disposizioni in materia di Punti di Primo Intervento e di Ospedali di Comunità

INTERVENTO	PUNTI DI PRIMO INTERVENTO	OSPEDALI DI COMUNITA'	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
<p>Rispetto ed attuazione DD.CC.AA. n. 18/2016 e n.20/2016, recanti disposizioni in materia di Punti di Primo Intervento e di Ospedali di Comunità</p>	<p>Realizzazione degli indirizzi regionali funzionali all'attuazione del Decreto commissariale n.18/2016 nel rispetto della tempistica stabilita dai predisponenti atti regionali, scaturenti dalle indicazioni del Comitato Regionale Emergenza Urgenza Abruzzo (CRRA). Rispetto di quanto disciplinato dal DCA n.20/2016 sul modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità.</p> <p>PUNTI DI PRIMO INTERVENTO - ATTUALE ORGANIZZAZIONE: P.T.A. PESCHINA - l'attività del Punto di Primo Intervento H 24 viene assicurata con la presenza in turno, per le 24 ore dei giorni feriali e festivi, di un dirigente medico e di un infermiere organizzativamente afferenti al servizio di Pronto Soccorso del P.O. di Avezzano. Un secondo infermiere in turno attivo garantisce l'attività afferente al servizio di emergenza territoriale "118". L'emergenza - urgenza viene garantita, oltre che dal punto di primo intervento H 24, anche dal servizio di Emergenza Territoriale "118". Stazione per le 24 ore un mezzo di soccorso della CRI attivabile dalla centrale operativa "118" con la presenza di un autista in turno attivo. P.T.A. TAGLIACOZZO - l'attività del Punto di Primo Intervento H 24 viene assicurata con la presenza in turno, per le 24 ore dei giorni feriali e festivi, di un dirigente medico e di un infermiere organizzativamente afferenti al servizio di Pronto Soccorso del P.O. di Avezzano. Sono stati mantenuti attivi quattro posti letto di osservazione breve. L'emergenza - urgenza viene garantita, oltre che dal punto di primo intervento H 24, anche dal servizio di Emergenza Territoriale "118". Stazione per le 24 ore un mezzo di soccorso in convenzione attivabile dalla centrale operativa "118" con la presenza di un autista e di un infermiere in turno attivo.</p> <p>ATTIVITA' 2015: PTA PESCHINA - Totale accessi utenti al PPI = n. 5337, Totale trasferimenti ad altri Presidi: n. 304, Utenti che hanno rifiutato la proposta di ricovero: n.42 PTA TAGLIACOZZO - Totale accessi utenti al PPI = n. 6269, Totale trasferimenti ad altri Presidi: n. 202, Utenti che hanno rifiutato la proposta di ricovero: n.170</p>	<p>La realizzazione dell'eventuale processo di trasformazione dei Punti di Primo Intervento, così come disciplinato dal DCA n. 18/2016, è subordinata alle direttive della Regione Abruzzo.</p> <p>Per quanto attiene l'attivazione del modello organizzativo "Ospedale di Comunità" la AUSL n. 1 ha già provveduto alla realizzazione di tale forma assistenziale a partire dall'anno 2011 con specifica organizzazione, pertanto alla luce di quanto disciplinato dal DCA n. 20/2016, nel triennio di vigenza del piano, porrà in essere le azioni volte alla completa attuazione del medesimo DCA, al fine della maggiore efficienza e appropriatezza delle prestazioni erogate.</p> <p>Di seguito si riporta l'attività espletata nell'ANNO 2015 da ciascun Ospedale di Comunità:</p> <p>PTA PESCHINA - OSPEDALE DI COMUNITA' (p.l. 10) Pazienti trattati = n. 182 dei quali sono stati dimessi n.158, n.12 sono stati ricoverati in Struttura Ospedaliera per riacutizzazione della patologia, n. 12 sono deceduti. Degenza media 14,5 gg. Tasso di utilizzo pari a 73%</p> <p>PTA TAGLIACOZZO - OSPEDALE DI COMUNITA' (p.l. 8) Pazienti trattati = n. 112 dei quali sono stati dimessi n.96, n.13 sono stati ricoverati in Struttura Ospedaliera per riacutizzazione della patologia, n. 3 sono deceduti. Degenza media 19 gg. Tasso di utilizzo pari a 76%</p>	<p>Eventuale produzione documento di riprogettazione dei processi aziendali nell'ambito dei PPI esistenti e attuazione della eventuale nuova organizzazione, in funzione di quanto verrà stabilito a livello regionale.</p> <p>Rispetto, nel triennio di vigenza del piano, di quanto determinato con DCA n. 20/2016 .</p>	<p>Per quanto attiene i PPI l'impatto economico è subordinato comunque alle specifiche indicazioni regionali, al momento in corso di definizione, scaturenti dalle indicazioni del Comitato Regionale Emergenza Urgenza Abruzzo (CRRA). Per quanto attiene gli Ospedali di Comunità ci si prefigge il mantenimento dei costi sostenuti nell'anno 2015 (complessivamente €912234,19), imputabili essenzialmente alla specifica voce riferita al personale. Costo su cui, soprattutto alla luce di quanto normato in materia di orario di lavoro e riposi dalla legge 161/2014, non è possibile intraprendere al momento azioni di contenimento.</p>	<p>Direzione Strategica Aziendale, Servizi di Staff all'uopo individuati, Direzione del Distretto Sanitario Area Marsica</p>

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 8B: SERVIZIO DPF 009 – Programmazione Socio Sanitaria – Riorganizzazione Rete Residenziale

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1	Riorganizzazione Rete Residenziale <i>Area Anziani - Area Disabili</i> L'Azienda, in base a quanto previsto dal Decreto 52, ha provveduto ad una ricognizione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale. Dalla analisi eseguita è emersa la necessità di programmare, per l'assistenza riabilitativa e territoriale, una ridistribuzione dei PP.LL. .	TRIENNIO 2016-2018 L'Azienda deve, <i>costantemente nei tre anni</i> , provvedere: al monitoraggio del fabbisogno assistenziale e all'analisi dell'appropriatezza dell'utilizzo dei regimi assistenziali all'implementazione dei percorsi assistenziali.	TRIENNIO 2016-2017 Riduzione delle liste d'attesa per ognuno dei tre anni considerati Atti formali di recepimento di nuovi percorsi assistenziali o di implementazione di quelli esistenti	Contenimento della spesa nei limiti previsti dagli accordi contrattuali	Responsabile UOSD Amministrazione Controllo e Vigilanza Strutture Private Accreditate con la collaborazione delle UVM
2	Riorganizzazione della rete residenziale area salute mentale Per quanto attiene la salute mentale il Decreto Commissario ad Acta n. 10 dell'1-3-2016 " <i>Riordino della Rete di Residenzialità psichiatrica</i> " evidenzia alcune criticità rispetto alla rete di offerta della residenzialità psichiatrica: numero elevato di posti letto attivi e, in particolare, una maggior offerta di posti letto ad alta intensità assistenziale rispetto a quelli a bassa intensità. Su questa base il Decreto Commissariale ridefinisce il fabbisogno di Posti Letto per le residenze di riabilitazione psichiatrica della Regione Abruzzo secondo la tipologia delle strutture. Per quanto riguarda l'ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila sono previsti n°86 posti letto così distribuiti: - SRP 1 (Res. Riab. Post Acuzie, Com. Terap.) : 31 PPLL - SRP.2 (Residenze Protette): 31 PPLL - SRP 3.1 (Casa Famiglia): n. 15 PPLL - SRP 3.2 (Gruppi Appartamento) n. 9 PPLL Inoltre è prevista l'attivazione di strutture abitative supportate non finanziate dal SSN, rivolte a pazienti psichiatrici clinicamente stabilizzati che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa e che optano per una scelta di convivenza nel contesto di una soluzione abitativa autonoma. Tali strutture sono gestite in stretta collaborazione con i servizi del CSM territorialmente competente. La programmazione di posti dedicati ai Gruppi Appartamento	ANNO 2016 <i>Pubblico:</i> Apertura N. 1 REMS nel comune di Barete (n.20 PPLL) Apertura N. 1 SRP. 2 Pratola Peligna (n. 9 PPLL) Apertura N.2 SRP.3.2 L'Aquila (n. 9 PPLL) <i>Privato Accreditato:</i> Estensione da n. 8 PPLL a n. 15 PPLL per la SRP. 2 Oricola <i>Strutture Semiresidenziali</i> Apertura N. 1 Centro Diurno l' Autismo Pratola Peligna n. 20 Utenti (Pubblico) ANNO 2017 Apertura N° 1 Gruppo Appartamento Supportati AZ Apertura N° 1 Gruppo Appartamento Supportato AQ Apertura N° 1 Gruppo Appartamento Supportato SU Ristrutturazione SRP. 2 Avezzano ANNO 2018: Messa a regime delle nuove strutture aperte nel biennio precedente	ANNO 2016 Apertura N. 1 REMS a Barete Apertura N° 1 SRP. 2 a Pratola Peligna Estensione da n° 8 P.L. a n. 15 PPLL della SRP. 2 Oricola Apertura n. 2 SRP.3.2 L'Aquila con n. 9 PPLL (Pubblico) <i>STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI</i> Apertura N. 1 Centro Diurno per l' Autismo a Pratola Peligna n. 20 Utenti (Pubblico) ANNO 2017 Apertura N° 1 Gruppo Appartamento Supportati Avezzano Apertura N° 1 Gruppo Appartamento Supportato L'Aquila Apertura N° 1 Gruppo Appartamento Supportato Sulmona Ristrutturazione SRP. 2 Avezzano ANNO 2018: Messa a regime delle nuove strutture aperte nel biennio precedente	La valorizzazione economica delle strutture che si intendono aprire per il 2016 riguarda: 1) l'adeguamento edificio per la realizzazione di una Residenza Sanitaria, successivamente ricoverito in Centro Diurno: 2.500.000 € (cfr. Tab. 3) 2) le utenze del SRP 2 di Pratola Peligna per circa 2.000 € al mese 3) le utenze delle n. 2 SRP 3.1 di L'Aquila per circa 800€ al mese. Si fa presente che: 1. tutti i lavori per la REMS gravano su fondi finalizzati ; 2) il gruppo appartamento di L'Aquila è situato presso n. 2 appartamenti del Progetto Case di Bazzano concessi dal Comune di L'Aquila.	Dipartimento di Salute Mentale UOC Lavori Pubblici e Investimenti UOC Patrimonio

SERVIZIO DPF 010 Prevenzione e Tutela Sanitaria

Quadro di riferimento

Il Dipartimento di Prevenzione nella ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila è, secondo l'atto aziendale, articolato nelle seguenti Unità Operative complesse e semplici:

- ✓ UOC Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
- ✓ UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
- ✓ UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- ✓ UOC Medicina dello Sport
- ✓ UOC Sanità Animale
- ✓ UOC Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati
- ✓ UOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche
- ✓ UOSD Verifiche Impiantistiche
- ✓ UOSD Fauna Selvatica e Monitoraggio Ambientale
- ✓ UOSD Miglioramento, Proceduralizzazione e Monitoraggio dei Sistemi Informativi della Sanità Veterinaria
- ✓ UOS Epidemiologia e Piani di Prevenzione

Nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 approvato con Decreto Commissariale del 56 del 29/5/2015, si delineano di seguito gli indirizzi programmatici del Piano Strategico 2016-2018 relativamente all'area della prevenzione.

Seguendo le linee di redazione dettate dalla Regione in riferimento ai seguenti macro obiettivi:

- ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;
- prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;
- promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;
- prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
- prevenire gli incidenti stradali e riduzione della gravità dei loro esiti;
- prevenire gli incidenti domestici e dei loro esiti;
- prevenire gli infortuni e le malattie professionali;
- ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
- ridurre la frequenza delle infezioni/malattie infettive prioritarie
- rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli.

Il Dipartimento di Prevenzione è chiamato ad attivarsi in un ruolo organizzativo coordinato ed integrato sotto diversi aspetti operativi ed in linee di attività comuni o vicini a più Unità Operative. Inoltre è

chiamato ad interagire in maniera forte e determinante in programmi di prevenzione che coinvolgono fortemente servizi extra-dipartimentali: i Distretti, i Medici ed i Pediatri di libera scelta, i Servizi di Endoscopia Digestiva, le Radiologie Ospedaliere, i Laboratori di Anatomia Patologica. Basti pensare agli obiettivi di copertura vaccinale ed agli screening delle malattie oncologiche.

In riferimento a tale ruolo, non nuovo in verità, ma decisamente rafforzato per la centralità delle azioni che è chiamato a svolgere nell'attuazione complessiva degli interventi e per l'importanza che il Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione attribuisce agli obiettivi affidati, emerge chiaramente la necessità di una alta regia di coordinamento che necessariamente dovrà vertere intorno alla figura del Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Il Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 definisce ben 73 obiettivi posti all'interno dei 13 programmi che si vanno ad indicare:

1. Misurare per agire
2. A scuola di Salute
3. Vivere in salute...per guadagnare salute
4. Ambienti di lavoro e similari
5. Operatori sanitari e promotori di salute
6. Screening Oncologici
7. Guida Sicura
8. Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali
9. Casa sicura
10. Ambiente e Salute
11. Promozione della Sicurezza Alimentare e Nutrizionale
12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici
13. Vaccinazioni e malattie infettive: consolidamento di risultati e nuovi orizzonti

Criticità di ordine generale

La realizzazione di tale complesso Piano di Prevenzione poggia su una realtà organizzativa che vede alcune criticità che nel corso del tempo devono essere risolte:

- 1) L'articolazione delle sedi sul territorio e la distribuzione del personale conseguente all'accorpamento delle due ex ASL causa di distribuzione di operatori, soprattutto per il personale amministrativo, non aderente alle necessità. In particolare presso la sede di L'Aquila, ove hanno sede la quasi totalità delle direzioni delle Unità Operative, vi è una forte carenza di personale amministrativo di livello medio-elevato che causa notevoli difficoltà ad organizzare una segreteria del Dipartimento di Prevenzione efficace ed una ottimale redazione e definizione di necessari atti. A ciò si associa, soprattutto per la sede di L'Aquila quale conseguenza dell'evento sismico del 2009, una logistica precaria e frammentata delle sedi operative. Ma anche le sedi di Sulmona ed Avezzano presentano grossi limitazioni in termini di spazi a disposizione anche in riferimento ad alcuni requisiti sanitari.

Tale criticità potrà essere governata soltanto attraverso un rafforzamento delle azioni in rete, la piena condivisione di procedure e il miglioramento del sistema informativo gestionale in uso, oltre alla

dinamica mobilità per personale con mezzi di servizio secondo esigenze. Inoltre sono in programma la riallocazione di alcune UU.OO. ed il miglioramento di alcune sedi.

- 2) Non può inoltre essere sottaciuta una carenza di personale sanitario esistente fra medici, veterinari, tecnici della prevenzione, infermieri ed assistenti sanitari. In riferimento a ciò è necessario prevedere, oltre alla copertura dei posti vacanti già in corso, un adeguamento della dotazione organica anche in riferimento alla mutata organizzazione di alcune Unità Operative veterinarie. Occorre inoltre pianificare una corretta dinamica del personale in riferimento a prossimi numerosi pensionamenti.
- 3) Al fine di delineare la necessaria programmazione di seguito si definiscono per le principali aree di intervento gli obiettivi e le azioni, comprensivi degli indicatori di risultato e del responsabile del procedimento attuativo.
- 4) Gli indicatori di risultato fissati nel Nuovo PRP e le attività ivi contemplate dovranno realizzarsi al 100% in riferimento ai cronoprogrammi definiti per ciascuna area. Inoltre, la ASL si impegnerà per il mantenimento ed il consolidamento degli obiettivi già raggiunti, nonché alla realizzazione completa delle attività che si indicano.

Sistemi di Sorveglianza

La sorveglianza è la rilevazione sistematica e continua, la raccolta e l'analisi dei dati per finalità di sanità pubblica e la tempestiva comunicazione delle informazioni per la valutazione e per la risposta sanitaria quando necessario. In base alle varie esigenze di conoscenza in settori specifici, in Italia, sono state avviate diverse iniziative per raccogliere dati con strumenti diversi ma che possono essere riconosciuti come registri o come sistemi di sorveglianza.

Sistema PASSI

“Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia”- è il sistema di sorveglianza che raccoglie, in continuo, informazioni dalla popolazione italiana adulta, 18-69 anni, sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

Risultati Raggiunti

Nelle ASL di Avezzano-Sulmona e di L'Aquila il sistema di sorveglianza PASSI si è attivato in modo continuativo, dopo la sperimentazione effettuata nel 2005, sin dal 2007.

A partire dal 1 gennaio 2010 le due ASL di Avezzano-Sulmona e di L'Aquila si sono fuse. La sorveglianza PASSI, in quell'anno, è proseguita in modo distinto, in quanto nella ex ASL di L'Aquila la sorveglianza è stata attuata, insieme alle altre ASL abruzzesi in collaborazione con l'ISS, attraverso il progetto COMETES (Conseguenze a medio termine del terremoto del 6 Aprile 2009 sullo stato di salute della popolazione), l'unico studio sulle conseguenze del terremoto de L'Aquila eseguito su un campione probabilistico di 1000 adulti residenti nei comuni del cratere sismico.

Nella sottostante tabella vengono riportati i risultati raggiunti negli ultimi cinque anni dalla nostra ASL rispetto all'atteso.

anno	n° interviste effettuate	n° interviste minime per realizzare il report aziendale	n° interviste attese per ASL su base annua
2011	202	200	275
2012	225	200	275
2013	261	200	275
2014	274	200	275
2015	275	200	275

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ TRIENNIO 2016-2018

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (nato dall'Intesa 13 novembre 2014 fra Stato, Regioni e Province autonome) riconosce l'importanza fondamentale, nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi di sorveglianza, promuovendoli e valorizzandoli per il necessario e corretto funzionamento di tutte le funzioni che ne derivano (conoscenza, azione, governance ed empowerment). Un numero rilevante di indicatori del Piano, afferenti a vari macroobiettivi, viene monitorato attraverso il PASSI: **macro obiettivo 1** (Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili); **macro obiettivo 5** (Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti); **macro obiettivo 9** (Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie).

Attualmente il Sistema di Sorveglianza PASSI della ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila si avvale dell'impegno di un coordinatore aziendale e di n. 8 intervistatrici opportunamente formate, che hanno già avviato l'attività per le interviste del corrente anno.

Per il triennio 2016-2018 sono attesi i risultati di mantenimento delle performance ottenute negli anni passati, quindi la realizzazione di 275 interviste/anno, suddivise in 25 interviste al mese fornite, con cadenza mensile, dal coordinatore aziendale (i mesi di luglio e agosto sono considerati un unico mese).

Pertanto, si ritiene necessario mantenere lo standard del personale impiegato e incentivare economicamente l'attività svolta, utilizzando i fondi stanziati per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione.

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI	Attività di sorveglianza continua effettuata da operatori della ASL, opportunamente formati, che somministrano telefonicamente un questionario, standardizzato e validato, a cittadini, tra i 18 ed i 69 anni, selezionati come unità campionarie tra quelli iscritti nell'anagrafe sanitaria ASL. Tale attività prevede, nel suo protocollo, che il contatto con la persona da intervistare sia ricercato, fuori orario di servizio, attraverso più tentativi, almeno sei, in diverse fasce orarie (comprese le serali) e in diversi giorni della settimana (compresi i giorni festivi)	<p>ANNO 2016 effettuazione delle interviste annue attese entro il 10/02/2017*</p> <p>ANNO 2017 effettuazione delle interviste annue attese entro il 10/02/2018*</p> <p>ANNO 2018 Interviste annue attese entro il 10/02/2019*</p>	<p>ANNO 2016 275 interviste effettuate</p> <p>ANNO 2017 275 interviste effettuate</p> <p>ANNO 2018 275 interviste effettuate</p>	<p>10.000 euro</p> <p>10.000 euro</p> <p>10.000 euro</p>	Coordinatore Aziendale PASSI Cristiana MANCINI

*Il Gruppo Tecnico Nazionale indica, come termine di inserimento delle interviste, la fine del mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento della sorveglianza.

PASSI D'ARGENTO

È un sistema di sorveglianza attivo a livello nazionale sullo stato di salute, sui fattori di rischio e sui bisogni assistenziali sociali e sanitari della popolazione ultra64enne, in particolare di quella con disabilità o a rischio di disabilità, con l'obiettivo di costruire uno strumento utile per indirizzare in maniera più razionale ed efficace politiche e strategie di intervento a livello nazionale, delle Regioni e delle singole ASL, anche al fine di contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione in continua crescita.

RISULTATI RAGGIUNTI

Dopo una prima sperimentazione che ha interessato 17 Regioni e Province Autonome tra il 2009 e 2010, PASSI d'Argento ha avuto un avvio nel 2012 cui la nostra ASL ha partecipato con un **campione aziendale di 400 assistiti** ultra64enni. Al termine della rilevazione, avvenuta tramite l'effettuazione delle 400 interviste previste, è seguita l'elaborazione dei dati e la loro comunicazione a tutti i portatori di interesse, sia a livello regionale sia a livello di ASL.

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ TRIENNIO 2016-2018

PASSI d'Argento fornisce alcuni indicatori per il monitoraggio del Piano Nazionale della Prevenzione e dei diversi PRP; in particolare la valutazione dell'attività fisica negli ultra 64enni con il PASE score è ricavabile solo da questo sistema di sorveglianza (macro obiettivo 1 - Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili).

In quest'ottica verrà assicurata la realizzazione di PASSI d'Argento con una rappresentatività aziendale, secondo le indicazioni del Gruppo Tecnico Nazionale, attraverso una raccolta dati che a partire dal 2016 non sarà più periodica ma continua.

La prossima rilevazione Passi d'Argento sarà svolta nel biennio 2016-2017 con la realizzazione complessiva di 400 interviste per ogni ASL (200 per anno con distribuzione mensile di 18-19 interviste fornite, con cadenza mensile, dal coordinatore aziendale).

Viste la competenza e la professionalità acquisite negli anni, le intervistatrici individuate per realizzare questa attività sono le stesse del PASSI e, pertanto, si ritiene necessario, al fine di mantenere lo standard del personale impiegato, di incentivare economicamente l'attività svolta, utilizzando i fondi stanziati per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione.

*Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico*

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI D'ARGENTO	<p>Attività di sorveglianza continua effettuata da operatori della ASL, specificamente formati, che somministrano telefonicamente o a domicilio (vis a vis) un questionario, standardizzato e validato, a persone di età maggiore o uguale a 65 anni non istituzionalizzate, vive e residenti nel territorio della ASL al momento del reperimento delle liste anagrafiche, selezionate come unità campionarie.</p> <p>Le informazioni sono ottenute tramite intervista telefonica o domiciliare. Nel caso l'individuo selezionato non fosse in grado di rispondere direttamente all'intervista, questa sarà sottoposta al familiare o alla persona che si prende cura dell'anziano. Tale attività prevede, nel suo protocollo, che il contatto con la persona da intervistare sia ricercato, fuori orario di servizio, attraverso più tentativi, almeno sei, in diverse fasce orarie (comprese le serali) e in diversi giorni della settimana (compresi i giorni festivi)</p>	<p>ANNO 2016 effettuazione delle interviste annue attese entro gennaio 2017</p> <p>ANNO 2017 effettuazione delle interviste annue attese entro gennaio 2018</p> <p>ANNO 2018 effettuazione delle interviste annue in base alle indicazioni del coordinamento nazionale</p>	<p>ANNO 2016 200 interviste effettuate</p> <p>ANNO 2017 200 interviste effettuate</p> <p>ANNO 2018</p>	<p>10.000 euro</p> <p>10.000 euro</p>	<p>Coordinatore Aziendale PASSI D'ARGENTO Cristiana MANCINI</p>

INFLUNET

Basato sulla partecipazione volontaria dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (medici sentinella), il sistema ha l'obiettivo di descrivere, in termini di spazio, tempo e persona, tutti i casi di sindrome influenzale osservati; stimare la settimana di inizio, la durata e l'intensità dell'epidemia influenzale; stimare i tassi di incidenza per settimana nella stagione influenzale; stimare i tassi di incidenza per fascia di età; utilizzare i dati di incidenza per la messa a punto di modelli matematici per la stima sia dell'impatto dell'influenza stagionale sia delle misure di contenimento e mitigazione applicate. Il numero di medici partecipanti non è predefinito, ma in ogni regione la rete deve essere costituita da un gruppo di medici i cui assistiti rappresentino complessivamente almeno il 2% della popolazione regionale.

Risultati Raggiunti

Come già detto, la partecipazione è su base volontaria, ma i medici che aderiscono devono garantire la continuità della rilevazione dei dati per tutto il periodo della sorveglianza, anche in caso di zero reporting. Come richiesto dalla Regione, in virtù anche di quanto raccomandato ogni anno dalle Circolari ministeriali per la prevenzione e controllo dell'influenza stagionale, viene inviata, ogni anno, a tutti i MMG e PLS della nostra ASL la richiesta di adesione al sistema INFLUNET.

Purtroppo, però, si deve evidenziare che, malgrado le adesioni iniziali siano sufficienti a coprire il 2% della popolazione così come richiesto dal protocollo della sorveglianza, il numero di medici che inserisce settimanalmente i dati nel portale dedicato di Influnet si riduce drasticamente, per cui, ad esempio, nelle ultime stagioni influenzali (2013-2014;2014-2015;2015-2016) sono stati attivi o parzialmente attivi solo 1 PLS e 3 MMG.

Programmazione Attività Triennio 2016-2018

La ASL assicura, tramite il Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, l'invio, in tempo utile, della richiesta di adesione al sistema di sorveglianza Influnet a tutti i MMG e PLS operanti sul proprio territorio. Inoltre, al fine di ottenere una migliore compliance al sistema da parte degli aderenti, occorre prevedere, a chiusura della stagione influenzale, un compenso annuo il cui ammontare, sarebbe auspicabile, venisse stabilito a livello regionale.

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
SISTEMA DI SORVEGLIANZA INFLUNET	Attività di sorveglianza dell'influenza effettuata, su base volontaria, da MMG e PLS della ASL, che devono garantire, attraverso l'inserimento settimanale dei dati nel portale dedicato di Influnet, la continuità della rilevazione per tutto il periodo della sorveglianza, anche in caso di zero reporting.	<p>ANNO 2016 invio entro la metà di ottobre della lettera di adesione a Influnet a tutti i MMG e PLS della ASL</p> <p>ANNO 2017 invio entro la metà di ottobre della lettera di adesione a Influnet a tutti i MMG e PLS della ASL</p> <p>ANNO 2018 invio entro la metà di ottobre della lettera di adesione a Influnet a tutti i MMG e PLS della ASL</p>	<p>ANNO 2016 100% MMG e PLS raggiunti dall'invito</p> <p>ANNO 2017 100% MMG e PLS raggiunti dall'invito</p> <p>ANNO 2018 100% MMG e PLS raggiunti dall'invito</p>	Al momento non valutabile	Direttore f.f. del Servizio IESP dr. Enrico GIANSANTE

SISTEMA DI SORVEGLIANZA HIV

Il Sistema sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stato istituito con il Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 (Gazzetta Ufficiale n. 175, 28 luglio 2008). Nel Decreto viene affidato al COA il compito di raccogliere le segnalazioni, gestire e analizzare i dati e assicurare il ritorno delle informazioni al Ministero della Salute. In seguito alla pubblicazione del Decreto, molte regioni italiane hanno istituito un sistema di sorveglianza di questa infezione, unendosi ad altre regioni e province che già da vari anni si erano organizzate in modo autonomo e avevano iniziato a raccogliere i dati. Dal 2012 i dati sulla sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV sono disponibili per tutte le regioni italiane, ottenendo una copertura del Sistema di sorveglianza del 100%. I dati raccolti vengono inviati dalle regioni al COA (Centro Operativo AIDS).

RISULTATI RAGGIUNTI

La Regione Abruzzo con Determinazione Dirigenziale 20/38 del 22 giugno 2011 ha attivato il sistema di sorveglianza delle nuove infezioni da HIV su tutto il territorio regionale, fornendo alle Asl le indicazioni operative ed il modello di scheda per la raccolta delle informazioni e provvedendo ad una ricostruzione retrospettiva dei casi diagnosticati dal 2006 al 2010.

I Centri Clinici individuati a segnalare le nuove sieropositività sono le U.U.O.O. di Malattie Infettive di Teramo, L'Aquila, Avezzano, Pescara, Chieti e Vasto. Nella seguente tabella viene riportato, per il periodo 2008-2014, il numero di nuove diagnosi di infezione da HIV segnalate nella Regione Abruzzo

Anno inizio raccolta dati	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Tot
2006	36	31	63	39	48	57	59	333

La ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila è stata incaricata dalla Regione Abruzzo di assemblare i dati relativi alle nuove diagnosi di HIV inviati dalle U.U.O.O. malattie infettive delle ASL, utilizzando uno specifico format di raccolta dati.

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ TRIENNIO 2016-2018

La ASL, previa indicazioni da parte della Regione Abruzzo sulle modalità di prosecuzione del sistema di sorveglianza HIV per il prossimo triennio, anche come supporto economico, intende assicurare, tramite il Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, la raccolta e l'invio, nei tempi previsti, dei dati relativi alle nuove diagnosi di HIV inviati dalle U.U.O.O. malattie infettive delle ASL, come da protocollo.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA PARALISI FLACCIDE

Perché un Paese sia dichiarato libero da polio è necessario che sia verificata, attraverso un efficace sistema di sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (PFA), l'assenza di casi di poliomielite da poliovirus selvaggio, per almeno tre anni consecutivi.

Seguendo le linee guida dell'OMS per la certificazione di Stato polio-free, ovvero esente da poliomielite da poliovirus selvaggi, ciascun Paese deve effettuare la sorveglianza di tutti i casi di PFA nei soggetti di età compresa tra 0 e 14 anni.

L'ISS e il Ministero della Salute hanno la responsabilità della sorveglianza della poliomielite nel nostro Paese e curano l'esecuzione del programma di eradicazione secondo le indicazioni dell'OMS.

Al fine di rendere più efficiente la sorveglianza della poliomielite in Italia, l'ISS in collaborazione con il Ministero della Salute, ha avviato nel 1996 un sistema di sorveglianza attiva delle PFA, che ha previsto in una fase pilota il coinvolgimento di quattro regioni e che dal 1997 è stato esteso all'intero territorio nazionale.

Per ogni regione è stato individuato un Centro di Riferenza il quale svolge un ruolo attivo nella ricerca dei casi di paralisi flaccida acuta presso le strutture ospedaliere dove con più probabilità questi casi afferiscono. Il Responsabile del Centro di Riferenza Regionale notifica i casi all'ISS e al Ministero della Salute, e cura il recupero tempestivo dei campioni clinici e delle informazioni epidemiologiche da inviare all'ISS. E' stato scelto un **sistema di sorveglianza attiva**, che richiede un contatto diretto e continuativo tra centri di riferimento regionali e i presidi ospedalieri, poiché questo è l'unico mezzo in grado di garantire l'individuazione immediata di possibili focolai nel territorio.

RISULTATI RAGGIUNTI

Il Centro di Riferimento per la Regione Abruzzo è stato individuato presso il Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica della ASL Avezzano Sulmona L'Aquila che si occupa, come da protocollo, di inviare, ogni 15 giorni, la scheda di "riepilogo quindicinale o report zero" ai referenti

ospedalieri per la sorveglianza delle PFA delle U.U. O.O. di Neurologia, Pediatria e Malattie Infettive di tutte le ASL abruzzesi, di assicurare la completezza delle eventuali notifiche, l'effettuazione dell'invio dei campioni per il laboratorio di riferimento entro 14 giorni dall'esordio della paralisi e l'invio della scheda di follow up a distanza di 60 giorni dopo la comparsa dei sintomi.

Nel 2015, su 25 U.U. O.O. Ospedaliere individuate per la sorveglianza, 6 hanno condotto la sorveglianza in modo completo e 7 in modo parziale mentre 12 non hanno mai inviato il riepilogo richiesto. E' pervenuta una notifica di PFA.

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ TRIENNIO 2016-2018

La sorveglianza della PFA definendo, come detto, lo stato corrente del processo di eradicazione della polio, determina la necessità di eventuali azioni supplementari di prevenzione e controllo, quali, ad esempio, l'attivazione della sorveglianza ambientale, già attiva in alcune Regioni, ritenuta strumento efficace per monitorare la possibile reintroduzione di poliovirus vaccinali retromutati o selvaggi.

Pertanto, la ASL, previa indicazioni da parte della Regione Abruzzo sulle modalità di prosecuzione del sistema di sorveglianza delle Paralisi Flaccide anche come supporto economico, intende assicurare, tramite il Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, la prosecuzione della **sorveglianza attiva** dei casi di paralisi flaccida acuta, secondo lo specifico protocollo.

RAGGIUNGERE E/O MANTENERE LE PERCENTUALI DI COPERTURA DI TUTTE LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E RACCOMANDATE

L'obiettivo posto dalla Regione, nelle more del redigendo Nuovo Piano Nazionale Vaccini 2015-2017 e del successivo Piano Regionale Vaccini 2015-2017 è mantenere, qualora siano stati già raggiunti, e aumentare i livelli di copertura vaccinale previsti per l'annualità 2014.

Prendendo come riferimento il PRV 2012-2014, le coperture vaccinali raggiunte nella nostra ASL risultano essere le seguenti:

RISULTATI RAGGIUNTI 2012-2014

Tipo di vaccino	Obiettivo finale di copertura %	2012	2013	2014
Vaccinazione anti DTPa Poliomielite - Epatite B – HiB 24 mesi	≥ 95	99%	97,0%	96,3%
Vaccinazione MPR 1 dose 24 mesi	≥ 95	94%	92,4%	88,7%
Vaccinazione antipneumococcica nuovi nati	≥ 95 per 1 ^a dose	80%	93,4%	86,9%
Vaccinazione antimeningococcica 12 mesi	≥ 95	43%	66,2%	82,5%
Vaccinazione anti DTPa Poliomielite 7 anni	≥ 95	80%	93%	92,2%
Vaccinazione MPR 2 dosi nei bambini (7 anni)	≥ 95	77%	89,3%	90,6%
Vaccinazione MPR 2 dosi negli adolescenti (12 anni)	≥ 90	70%	88%	75,6%
Vaccinazione dTpa negli adolescenti (15 anni)	≥ 95	47%	54%	62,3%

*Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico*

Tipo di vaccino	Obiettivo finale di copertura %	2012	2013	2014
Vaccinazione MPR 2 dosi negli adolescenti (15 anni)	≥ 95	82%	79%	74,4%
Vaccinazione antimeningococcica C negli adolescenti (15 anni)	≥ 95	7%	32,6%	11,0%
Vaccinazione antivaricella agli adolescenti suscettibili (15 anni)	n.d.	2%	3%	N.D.
Vaccinazione anti HPV 3 dosi nelle dodicenni	≥ 95	61%	66,3%	61,3%
Vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni	≥ 75	49%	52%	44,3%

Sebbene, nell'immunizzazione dei nuovi nati, si sia sempre raggiunto l'obiettivo di copertura, si cominciano a registrare lievi flessioni delle coperture e, per alcune vaccinazioni, come per quelle contro MPR, meningococco, pneumococco, varicella e HPV, non sono ancora stati raggiunti i livelli di copertura previsti dal PNPV.

Nello specifico della **vaccinazione antinfluenzale**, occorre sottolineare che l'obiettivo di copertura degli ultra 65enni individuato e, peraltro, ogni anno ribadito dalle Circolari Ministeriali è un valore a cui la nostra ASL non è mai arrivata. Tale situazione, comunque, è equiparabile a quella della maggior parte delle ASL italiane.

Col passare degli anni la copertura vaccinale degli ultra 65enni è andata sempre più peggiorando su tutto il territorio regionale e nazionale.

Nella stagione 2014-15, malgrado la storica capillarizzazione dell'offerta del vaccino antinfluenzale da parte del SIESP, supportata negli ultimi anni dalla partecipazione attiva alla Campagna Antinfluenzale dei MMG, si è registrato un calo di ben 8 punti percentuali della copertura nella popolazione anziana che è scesa, nella nostra ASL, dal 52% dell'anno precedente al 44%.

Questa riduzione delle coperture è generalizzata in tutte le Regioni italiane e a livello nazionale è stata di 5,5 punti percentuali, restando al di sotto del 50% negli anziani, toccando così il minimo degli ultimi 10 anni.

È possibile che ci sia stato un nesso tra il calo delle coperture vaccinali e il caso "Fluad" che ha visto il ritiro da parte dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) del vaccino antinfluenzale a cui si imputava la morte di alcuni anziani. Il vaccino in questione è stato poi assolto dal Comitato per la farmacovigilanza dell'Agenzia Europea per il Farmaco (Ema) e rimesso a disposizione perché non ritenuto responsabile dei decessi.

Alla luce di quanto finora esposto, si individuano le principali strategie da perseguire:

- 1 Mantenimento dei livelli di copertura raggiunti nei nuovi nati per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale; incremento graduale delle coperture vaccinali per tutte le altre vaccinazioni previste dal PNPV
- 2 Chiamata attiva per le coorti individuate nel PRP (prime vaccinazioni, richiami, solleciti);
- 3 Aggiornamento tecnico-scientifico degli operatori dei servizi vaccinali;

- 4 Coinvolgimento dei professionisti del territorio (in particolare i PLS) attraverso la condivisione delle coperture raggiunte e delle eventuali azioni di recupero, affinché svolgano a pieno il proprio ruolo per la promozione delle vaccinazioni garantendo informazioni corrette ed omogenee;
- 5 Implementazione/adeguamento dell'anagrafe vaccinale unica informatizzata, per disporre, a livello locale, di tutte le informazioni necessarie alla gestione e alla valutazione dell'attività vaccinale
- 6 Creazione di una lista di soggetti sulla base degli elenchi di esenzione per patologia, presenti a livello di ASL

CRONOPROGRAMMA

Indicatori di risultato per copertura	Valore atteso 2015	Valore atteso 2016	Valore atteso 2017	Valore atteso 2018
DTP-Polio-Ep. B, Hib a 24 mesi	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
MPR a 24 mesi 1 ^a dose	88%	90%	92%	≥ 95%
Varicella nei nuovi nati	20%	60%	80%	≥ 95%
Men C a 24 mesi	65%	75%	85%	≥ 95%
PCV a 24 mesi	85%	90%	92%	≥ 95%
dTP-Polio a 5-6 anni	93%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
MPR a 5-6 anni 2 ^a dose	90%	92%	93%	≥ 95%
dTpa a 15 anni	75%	78%	85%	≥ 90%
MPR a 15 anni (due dosi)	85%	88%	90%	≥ 95%
Men C a 15 anni	40%	45 %	50%	≥ 95%
HPV F 11 anni	65%	68%	70%	≥95%
Influenza ≥ 65 anni	46%	51%	56%	≥75%
Copertura vaccinazione antinfluenzale nelle categorie a rischio per patologia	28%	30%	35%	40%

Responsabile del procedimento attuativo: Direttore f.f. del Servizio IESP dr. Enrico GIANANTE

Prevenzione delle Malattie Oncologiche

I programmi di screening oncologici nella ASL Avezzano – Sulmona – L'Aquila, sono ripresi nel giugno del 2014 con la riorganizzazione dell'intera attività. Infatti fino al 2013 era attivo il solo screening organizzato del cervicocarcinoma, peraltro con percentuali di copertura molto basse.

La riorganizzazione ha previsto un Coordinamento Aziendale e Referenti Clinici per le 3 linee di attività (cervicocarcinoma, tumore della mammella, tumore del colon –retto) e la consecutiva graduale attivazione sull'intero territorio della ASL, conclusasi nel corso del 2015.

Per le suddette motivazioni e le criticità dovute all'estensione territoriale e caratteristiche demografiche ed orografiche del territorio, le percentuali di copertura raggiunte sono ancora molto lontane da quelle previste dal PRP 2015 – 2018 (vedi tabella relativa all'attività 2015).

Tutto ciò premesso, si ritiene di poter raggiungere i valori esplicitati nella sottostante tabella, attraverso le azioni che sono state elaborate previa analisi dei risultati dell'applicazione dello strumento PRECEDE – PROCEED.

	ANNO 2015	VALORE ATTESO 2016	VALORE ATTESO 2017	VALORE ATTESO 2018
CERVICOCARCINOMA				
ESTENSIONE INVITI	78%	80%	85%	100%
ADESIONE INVITI	40%	45%	50%	55%
% COPERTURA	34%	40%	45%	50%
TUMORE DELLA MAMMELLA				
ESTENSIONE INVITI	59%	75%	80%	100%
ADESIONE INVITI	37%	45%	60%	60%
% COPERTURA	25%	35%	45%	60%
TUMORE DEL COLON- RETTO				
ESTENSIONE INVITI	109%	75%	80%	100%
ADESIONE INVITI	17%	40%	45%	50%
% COPERTURA	19%	30%	35%	45%

ASL AVEZZANO - SULMONA - L'AQUILA DATI SCREENING 2015	
MAMMELLA	
POPOLAZIONE TARGET	41340
TOTALE INVITI	14400
INESITATE	2209
MAMMOGRAFIE FUORI SCREENING	5681
POPOL/ROUD ESTENSIONE	20670
POPOL/ROUD COPERTURA	17830
MAMMOGRAFIE SCREENING	4474
popolazione - mammografie fuori screening	35659
totale inviti - inesitate	12191
DIAGNOSI EPIDEMIOLOGICA	
ESTENSIONE	59%
ADESIONE	37%
INESITATI	15%
RICHIAMI PER APPROFONDIMENTI	7%
APPROFONDIMENTI ESEGUITI ENTRO 28 GG	78%
MAMMOGRAFIE SCREENING/TOTALE	44%
COPERTURA L.E.A.	25%
COLON	
POPOLAZIONE TARGET	81853
TOTALE INVITI	44902
INESITATE	391
POPOLAZIONE/ROUND	40927
TOTALE FOBT	7687
totale inviti - inesitate	44511
DIAGNOSI EPIDEMIOLOGICA	
ESTENSIONE	109%
ADESIONE	17%
INESITATI	1%
COPERTURA L.E.A.	19%

CERVICOCARCINOMA	
POPOLAZIONE TARGET	83817
TOTALE INVITI	14970
INESITATE	1929
POPOLAZIONE/ROUND	16764
TOTALE ESAMI 1°LIVELLO SCREENING	5178
TOTALE PAP TEST FUORI SCREENING	8138
totale inviti - inesitate	13041
popolazione - pap-test fuori screening	75679
DIAGNOSI EPIDEMIOLOGICA	
ESTENSIONE	78%
ADESIONE	40%
INESITATI	13%
COPERTURA L.E.A.	34%

DATI STRUMENTO PRECEDE – PROCEED

EB – BUONE PRATICHE ORGANIZZAZIONE	
REQUISITI ABILITANTI	
Appuntamento prefissato	SI
Formazione recente degli operatori sullo screening	NO
REQUISITI PREDISPONENTI	
Lettere di invito con caratteristiche di efficacia	SI : Livello di qualità medio per mammella e colon; scarso per cervicocarcinoma
Firma del MMG	NO
Lettera preingresso	NO
Analisi diseguaglianze nell'accesso a prestazioni di screening	NO

REQUISITI RINFORZANTI	
Numero verde	NO
Sollecito con lettera	NO
Sollecito con mail	NO
Sollecito con SMS	NO
Brochure esplicativa nella lettera di invito	SI con Livello Medio – alto di qualità
Possibilità di spostare online l'appuntamento	NO
Offerta dedicata a PZ con disabilità fisica o mentale	Presenza di poltrona per disabili nei mammografi di Sulmona e Castel di Sangro
Collaborazione con i programmi di promozione della salute	NO
Sito internet con indicazioni sullo screening	SI
Diffusione materiale informativo	SI
Campagne informative sui media	SI
Chiamata telefonica 1 settimana prima	NO

EB - BUONE PRATICHE TERRITORIO	
MMG/personale MMG che somministrano counseling screening	SI
formazione recente MMG/personale MMG per counseling con indicazioni sul riconoscere e gestire stili di coping (maladattativo/adattativo), locus of control (interno/esterno), autoefficacia	NO
formazione recente MMG/personale MMG per counseling con indicazioni su paura/imbarazzo/dolore e su costo-beneficio	NO
formazione recente MMG/personale MMG in tema di screening (caratteristiche del paziente e stato emotivo)	NO
invio di dati performance professionali (adesione) a MMG	NO

EB - BUONE PRATICHE OSPEDALE	
mammografia digitale diretta	SI nei 4 punti di erogazione con tomosintesi
sedute mammografiche dedicate allo screening	SI ma in numero insufficiente
lettura in doppio cieco	SI ma ritardi nella lettura in 2 ospedali ed alta % di richiami in 3
mammografia digitale collegata con RIS-PACS e SIPSO	SI
accessibilità della struttura (facilmente raggiungibile)	SI
accoglienza	SI
qualità struttura (spazi, comfort)	SI
formazione recente tecnici di radiologia sulla qualità tecnica di erogazione dell'esame (qualità immagine, dolore esecuzione mammografia)	NO
formazione recente tecnici di radiologia sulla qualità del rapporto con la paziente (in particolare paura imbarazzo)	NO
formazione recente radiologi su cancri di intervallo	NO
formazione recente radiologi su cancri screen detected in stadio 2+	NO
site visit negli ultimi 3 anni	NO
formazione recente tecnici di radiologia in tema di screening	NO
il 90% delle mammografie lette da radiologi con almeno 10000 mammografie	NO
>150 tumori operati anno	
invio dati performance professionali (tassi di richiamo e cancri intervallo)	SI
riunioni periodiche interdisciplinari	NO

*Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico*

PARTNER	
direzione strategica aziendale (direzione sanit,	SI
area amministrativa, gestione budget-contratti	SI con criticità
U.R.P.	NO
cure primarie	SI
registro tumori	Non presente registro tumori
call center	Gestito direttamente dal Coordinamento screening
gestore stampa lettere	SI
gestore consegna lettere	SI
Università – Enti di ricerca (pubblici e privati)	SI
sistemi informativi aziendali	SI
sistema di gestione anagrafica	NO
gestore software di screening	SI ma con criticità
rete amicale	NO
rete parentale	NO
peer mentoring	NO
sanità pubblica	NO
mediatori culturali	NO
gestore stampa e consegna lettere	SI
risk manager	NO

PARTNER OSPEDALE	
direzione ospedaliera	SI
radiologia	SI con criticità
anatomia patologica	SI
radiologi	SI con criticità
ginecologi	SI
chirurghi senologi	SI
anatomopatologi	SI
citologi	SI
oncologi	NO
radioterapisti	NO
statistici	NO
informatici	SI

PARTNER OSPEDALE	
biologi	SI
psicologi	NO
risk manager	NO

PARTNER TERRITORIO	
direzione distrettuale	SI
MMG/cure primarie	SI
associazioni di pazienti	NO
ginecologi	SI con criticità

CRITICITA' DI MAGGIORE IMPATTO RILEVATE

1. Emerse da diagnosi epidemiologica

2. Emerse da rilevazione EB buone pratiche

CRITICITA' DIAGNOSI EPIDEMIOLOGICA

- Insufficiente estensione degli inviti
- Alta % inesitate
- Bassa adesione
- Conseguente bassa % di copertura

CRITICITA' EB BUONE PRATICHE

- Assenza di numero verde
 - Assenza di recall una settimana prima
 - Insufficienza sedute dedicate: mammografia e prelievi per HPV / Pap - test
 - Ritardi nella refertazione per mammografie ed HPV
 - Numero insufficiente di radiologi con lettura di 10.000 mammografie
 - Mancato riscontro di attività di formazione, sia per quanto riguarda il personale dedicato ad attività di screening, sia relativamente ai MMG
-

AZIONI INDIVIDUATE PER SUPERAMENTO CRITICITA'

- 1) INSUFFICIENTE ESTENSIONE DEGLI INVITI
Aumentare il numero delle sedute dedicate per mammografia e prelievi per HPV / Pap – test; con inserimento di apposita voce nella negoziazione budget delle UU.OO. interessate
- 2) ALTA % INESITATE
Accordi con i Comuni per aggiornamento anagrafiche
Realizzazione di interfacciamento e flusso dei dati anagrafici
- 3) BASSA ADESIONE
Campagna informativa
Accordo con i MMG per consegna provette FOBT
Interfacciamento flussi ambulatoriali e SDO per l'individuazione delle esclusioni temporanee e definitive
- 4) ASSENZA DI NUMERO VERDE
Attivazione di numero verde con personale dedicato ≥ 6 ore/die
- 5) ASSENZA DI RECALL
Incremento di personale dedicato al call center
- 6) RITARDI NELLA REFERTAZIONE DELLE MAMMOGRAFIE, ALTA % DI RICHIAMI IN 3 CENTRI E NUMERO INSUFFICIENTE DI RADIOLOGI CON REFERTAZIONE DI 10000MAMMOGRAFIE
Centralizzazione delle letture di mammografie, con individuazione di un pool di radiologi dedicati e con formazione specifica.
Realizzazione di RIS- PACS Unico
- 7) RITARDI NELLA REFERTAZIONE DEGLI HPV – TEST
Individuazione di personale laureato e tecnico dedicato ad attività di screening
- 8) MANCATO RISCONTRO DI SPECIFICA ATTIVITA' DI FORMAZIONE
Organizzazione a cura del Coordinatore di un Corso di formazione sulla Comunicazione negli screening, dedicato a tutti gli operatori degli screening, con previsione di più edizioni, per facilitare la partecipazione;
Organizzazione, a cura dei referenti clinici delle 3 linee di attività, di percorsi di formazione specifici per settore;
Organizzazione a cura del Coordinatore, in collaborazione con il Servizio Cure Primarie, di formazione specifica sugli screening per i MMG

COSTI SORGENTI

I costi sorgenti derivano soprattutto dalla spesa per il personale

Responsabile realizzazione obiettivo:

Dr.ssa Alisia Macerola, Responsabile U.O.S. Epidemiologia e Piani di Prevenzione

Si riporta nella pagina seguente il cronoprogramma

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

CRITICITA'	AZIONI PREVISTE	1° TRIM 2016	2° TRIM 2016	3° TRIM 2016	4° TRIM 2016	1° TRIM 2017	2° TRIM 2017	3° TRIM 2017	4° TRIM 2017	1° TRIM 2018	2° TRIM 2018	3° TRIM 2018	4° TRIM 2018
INSUFFICIENTE ESTENSIONE DEGLI INVITI	Aumentare gradualmente il numero delle sedute dedicate per mammografia e prelievi per HPV / Pap – test; con inserimento di apposita voce nella negoziazione budget delle UU.OO. interessate		X	X	X								
ALTA % INESITATE	Accordi con i Comuni per aggiornamento anagrafiche			X	X	X	X						
	Realizzazione di interfacciamento e flusso dei dati anagrafici				X	X	X	X					
BASSA ADESIONE	Campagna informativa	X	X			X	X			X	X		
	Accordo con i MMG per consegna provette FOBT		X	X	X								
	Interfacciamento flussi ambulatoriali e SDO per l'individuazione delle esclusioni temporanee e definitive	X	X	X		X				X			
ASSENZA DI NUMERO VERDE	Attivazione di numero verde con personale dedicato ≥ 6 ore/die			X	X								
ASSENZA DI RECALL	Incremento di personale dedicato al call center		X	X									
RITARDI NELLA REFERTAZIONE DELLE MAMMOGRAFIE, ALTA % DI RICHIAMI IN 3 CENTRI E NUMERO INSUFFICIENTE DI RADIOLOGI CON REFERTAZIONE DI 10000MAMMOGRAFIE	Centralizzazione delle letture di mammografie, con individuazione di un pool di radiologi dedicati e con formazione specifica.			X	X	X	X						
	Realizzazione di RIS- PACS Unico					X	X						
RITARDI NELLA REFERTAZIONE DEGLI HPV – TEST	Individuazione di personale laureato e tecnico dedicato ad attività di screening		X	X									
MANCATO RISCONTRO DI SPECIFICA ATTIVITA' DI FORMAZIONE	Corso di formazione sulla Comunicazione negli screening			X	X		X		X		X		X
	percorsi di formazione specifici per settore			X	X		X		X		X		X
	formazione specifica sugli screening per i MMG		X	X		X	X			X	X		

Promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa

Premessa

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

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

Nella definizione della programmazione non può non tenersi conto della peculiarità del contesto in considerazione delle caratteristiche del mondo del lavoro e delle realtà produttive esistenti nel territorio della ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, nonché delle prospettive di evoluzione nel periodo di interesse, occorre certamente rivolgere primariamente l'attenzione alla ricostruzione post-terremoto ed all'agricoltura. Ciò anche in considerazione del ridimensionamento di alcune attività sia industriali che artigianali nel comparto della metalmeccanica e dell'industria elettronica.

Peraltro, quanto affermato va in linea con gli indirizzi presenti nei Piani Nazionali e Regionali di Prevenzione che prevedono la realizzazione dei seguenti due progetti: *"Costruire un Mondo Sicuro"* e *"Coltiviamo la Sicurezza"*. Inoltre, tali attività dovranno essere programmate nell'ottica del miglioramento qualitativo e dell'efficacia, in coerenza e nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007).

L'attività di vigilanza che andrà ad essere svolta deve fondarsi su una programmazione in grado di spostare l'approccio dal mero rispetto di una regolamentazione prescrittiva al risultato preventivo migliorando la qualità degli interventi.

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

- *Prevenire gli infortuni e le malattie professionali.*

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

- A) Sviluppare programmi specifici di intervento tesi alla promozione di un sistema integrato di sicurezza e di miglioramento della qualità della vita lavorativa e, nella fattispecie, realizzare piani di prevenzione e interventi di vigilanza, siccome previsto dal Piano Regionale per la Prevenzione vigente e nel rispetto degli obiettivi fissati dal patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (DPCM del 1° Agosto 2007), raggiungendo una copertura di controlli effettuati almeno pari al 5% delle imprese attive sul territorio;
-

B) Attivare controlli ufficiali e modalità operative ed organizzative connesse alle finalità richieste dal piano nazionale di vigilanza e dal piano regionale dei controlli sul rischio chimico. (REACH) — D.G.R. n. 242/2010, D.G.R. n. 476/2010 in base al Regolamento CE n. 1907/2006.

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

Gli indicatori di risultato che consentano di verificare la realizzazione degli stessi;

Il cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate;

L'impatto economico, laddove vi sia impatto economico atteso;

La chiara identificazione del responsabile del procedimento attuativo.

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

Stato dell'arte aziendale

Attività SPSAL nell'anno 2015.

Si riportano qui di seguito i dati relativi alle attività realizzate con indicazione dei valori osservati di copertura numerica e percentuale dei controlli ispettivi effettuati e con evidenza degli scostamenti dalla programmazione regionale e delle motivazioni rilevate rispetto ai valori attesi, stabiliti da ultimo in sede di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7, D.Lgs. 81/08, alla luce del nuovo Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, approvato con Decreto CA n. 56, del 29/05/2015.

I risultati vanno letti anche in relazione all'obiettivo LEA: "Ispezione aziende con dipendenti (Patto Tutela Salute CSRPA 01/08/2007)", finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di sottoporre ad interventi di vigilanza ed ispezione la quota del 5% delle Unità Locali del territorio.

OBIETTIVI LEA VIGILANZA E CONTROLLO SPSAL 2015

TERRITORIO ASL1 L'AQUILA	TOTALE INSEDIAMENTI	5% ispezioni totali	INSEDIAMENTI AGRICOLTURA	ispezioni agricoltura 5%	NOTIFICHE CANTIERI	Ispezioni cantieri 15%
OBIETTIVI Programmazione Regionale	13432	672	706	37	3000	450* (325)
RISULTATI		773		48		2845

* Tale valore in una distribuzione equa tra le quattro ASL dei 1301 cantieri da controllare in regione diventa **325**.

- **Attività di controlli ufficiali e di tutte le modalità operative connesse alla applicazione dei Regolamenti CE N. 1907/2006 (REACH) E CE N. 1272/2008 (CLP) – ANNO 2015** (DGR n. 261, del 11/04/2015, recante: “Recepimento Piano Nazionale dei controlli sulla applicazione del regolamento REACH – anno 2015 – indicazioni alle ASL sui controlli da effettuarsi sul territorio nell’anno 2015”).

Attività espletata

Il Gruppo Ispettivo REACH ha provveduto ad espletare, secondo le modalità operative ed organizzative REF2 dettate dal Piano Nazionale delle attività di controllo sull’applicazione dei Regolamenti CE N. 1907/2006 (REACH) e CE N. 1272/2008 (CLP) – Anno 2015, le attività di controllo di cui di seguito:

- Controlli REACH n. 2
- Controlli CLP n. 2
- Ditte controllate n. 2, di cui n. 1 fabbricante e n. 1 rivenditore.

Obiettivi di programmazione nel triennio 2016-2018

In aderenza agli obiettivi programmatori fissati dalla regione Abruzzo che prevede il controllo di almeno il 5% delle imprese attive sul territorio per ciascuna annualità, il servizio PSAL della ASL orienterà le proprie attività alla riduzione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori attraverso:

- la definizione e realizzazione di piani di prevenzione e interventi di vigilanza, in coerenza con quanto previsto a livello nazionale con il PNP e a livello regionale con il PRP;
 - il potenziamento degli interventi di prevenzione (informazione, formazione, assistenza, vigilanza) sia come copertura quantitativa del territorio, sia come metodologia di intervento;
 - il potenziamento dello sportello di prevenzione, relativamente alle attività informative e di assistenza, anche mediante l’implementazione del sito internet dedicato. L’attività di assistenza sarà orientata in particolare all’agricoltura ed ad settori più deboli;
 - il potenziamento delle attività informative e formative realizzate soprattutto nei settori meno sensibilizzati ed in particolare nell’agricoltura;
 - il proseguimento delle attività collaborative di studio/analisi/ricerca con l’INAIL, Università attraverso i progetti in essere sulla prevenzione in agricoltura nell’area del Fucino e della valle Peligna ed in edilizia sulla ricostruzione post-sima nell’aquilano;
 - la creazione di un’anagrafe delle aziende agricole del territorio;
 - l’ottimizzazione dell’informatizzazione delle attività del servizio PSAL, anche in fase ispettiva;
 - il mantenimento della trasmissione “on Line” delle notifiche preliminari di inizio lavori, ex art. 90 del D.Lgs. 81/08, per quanto riguarda l’edilizia, sul sito aziendale come da accordo di programma con la locale Direzione Territoriale del Lavoro;
-

- l'integrazione di tale banca dati con le altre disponibili sul territorio in raccordo con gli altri enti territoriali in particolare a monitoraggio e controllo dei fenomeni collegati alla ricostruzione post-sisma;
- la pianificazione degli interventi di vigilanza per quanto possibile in maniera coordinata nell'ambito del Comitato di Provinciale di Coordinamento di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 81/08;
- attivazione della trasmissione on line dei piani di bonifica amianto entro il 2016;
- il potenziamento delle risorse informatiche a disposizione del personale ispettivo al fine di consentire azioni di controllo con accesso ad anagrafi e banche dati direttamente dai luoghi di lavoro;
- la promozione di iniziative di formazione del personale al fine di migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi preventivi.
- Realizzazione degli specifici piani e progetti di prevenzione definiti dalla programmazione regionale mantenendo i livelli ispettivi previsti e precisamente:
 - edilizia: n. 325 cantieri controllati in ciascun anno (risultante da una pari distribuzione fra le 4 ASL dell'obiettivo regionale di n. 1301 cantieri. Tale valore sarà possibilmente incrementato sino al 15% dei cantieri notificati, che causa dell'elevato numero di notifiche legate alla ricostruzione post-sismica in essere non sarà facilmente raggiungibile;
 - agricoltura: percentuale di aziende con dipendenti controllate pari al 5% di quelle in anagrafe: 37 aziende in ogni anno;
- mantenimento della percentuale dei controlli effettuati sulle aziende in ogni anno: mantenimento della copertura di almeno il 5% delle imprese attive sul territorio, nel rispetto delle indicazioni del Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro (D.P.C.M. 1 agosto 2007, P.N.P., P.R.P.); allo stato attuale il la percentuale fissata (5%) corrisponde, in termini assoluti, a n. 672 aziende.

Indicatori di risultato

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

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

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

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

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

5	Implementare sportelli di informazione/ assistenza presso le ASL per il supporto alla valutazione e gestione dei rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori e delle lavoratrici, con priorità per i comparti edilizia e agricoltura / silvicoltura	Attività di sportello operante in tutti i SPSAL con modalità standardizzate e monitoraggio delle richieste e delle risposte	Sportello già attivo (ad accesso diretto regolamentato, telefonico e/o telematico) da implementare con modalità standardizzate monitoraggio delle risposte ad almeno il 50% delle richieste in edilizia.	Sportello già attivo (ad accesso diretto regolamentato, telefonico e/o telematico) secondo modalità standardizzate monitoraggio delle risposte ad almeno il 70% delle richieste in edilizia.	Sportello già attivo (ad accesso diretto regolamentato, telefonico e/o telematico) da implementare monitoraggio delle risposte ad almeno il 90% delle richieste in edilizia.
6	Miglioramento dell'attività di informatizzazione delle attività di prevenzione vigilanza e controllo nel settore dell'edilizia, nonché di tutti i flussi in entrata al Servizio	Mantenimento della trasmissione on line delle notifiche preliminari	Già attivo	Già attivo	Già attivo
		Ottimizzazione dell'informatizzazione delle attività di vigilanza e controllo	80%	90%	100%
		Informatizzazione della presentazione, valutazione dei piani di bonifica amianto e trasmissione on line delle relazioni annuali	60%	80%	100%

Criticità

Nel corso degli ultimi due anni sono state colmate le carenze relativamente ai posti in organico per tecnici della prevenzione operanti presso lo SPSAL. Permane tuttavia la criticità derivante dall'enorme ritardo di attribuzione della qualifica di UPG (ex art. 21 della Legge 833/78) a n. 4 tecnici. Inoltre si è venuta a determinare una grave carenza di personale medico del lavoro presso la sede di Sulmona in quanto la dirigente ivi operante è stata trasferita presso la ASL di Pescara in data 17/10/2015 e tuttora non è stata rimpiazzata.

Si rende peraltro necessario, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi e delle azioni

previste dal Piano Regionale di Prevenzione, il ricorso a forme di incentivazione del personale che consenta, oltre al mantenimento numerico delle attività, anche il miglioramento qualitativo delle medesime.

Da ciò discendono costi sorgenti legati sia alla incentivazione del personale che alla acquisizione di risorse finalizzate alla realizzazione di alcune azioni quali la creazione di uno sportello informativo idoneamente strutturato ed alla ottimizzazione dei sistemi informatici e di dematerializzazione. Tali costi possono essere quantificati presuntivamente in circa € 60.000,00 per ciascuna annualità.

Esiste inoltre una difficoltà a coordinarsi nelle attività di vigilanza con la Direzione Territoriale del Lavoro a causa dell'alternarsi ripetuto di personale ispettivo proveniente da sedi anche extraregionale in maniera e frequenza assolutamente nota soltanto alla dirigenza della DTL. Ciò rende a volte disomogenea la copertura del territorio ed anche le modalità di intervento. Tale criticità va risolta nell'ambito del coordinamento ex art. 7 del D.Lgs.81/08.

Responsabili del procedimento attuativo :

Azione n. 1,2,4 Dott. Domenico Pompei, Direttore del Servizio PSAL;

Azione n. 3 Dott.ssa Rita Vecchiola, Dirigente medico, referente regionale agricoltura.

Registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizione delle sostanze chimiche (REACH) – DGR 242/2010 e DGR 476/2010 – Regolamento CE 1907/2006

Relativamente alla normativa REACH la ASL effettua le attività di controllo attraverso l'autorità dei controlli (individuata nello SPSAL) ed il nucleo ispettivo, definiti con gli atti deliberativi n. 1915 del 20/11/2012 e n.946 del 20/5/2014.

Le azioni di controllo ispettivo devono essere condotte secondo le metodiche e la pianificazione stabilita nei piani nazionali e regionali di vigilanza.

L'area tematica ha però un punto di criticità legato al contesto locale che vede rappresentate poche ditte produttrici/utilizzatrici rientranti nei parametri definiti in ambito nazionale per le attività di vigilanza.

Obiettivi di programmazione nel triennio

L'obiettivo consiste nel realizzare in ciascun anno del triennio il numero e la tipologia di controlli stabilita in ambito regionale secondo la tipologia REF2, REF3, REF4.

Indicatori di risultato

Percentuale dei controlli effettuati annualmente in rapporto alla pianificazione regionale, con l'obiettivo di mantenere il 100% dei controlli.

Responsabile del procedimento attuativo : Dott. Domenico Pompei, Direttore del Servizio PSAL

<p style="text-align: center;">SERVIZIO DPF 011 Sanità Veterinaria, Igiene e Sicurezza degli Alimenti</p>

Quadro di riferimento

La Regione Abruzzo, con il Piano per la Prevenzione 2015-2018, fissa gli obiettivi da raggiungere, in particolare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Le normative europee in materia veterinaria (sanità animale, benessere e sicurezza alimentare) vincolano gli stati membri ad un'applicazione uniforme e coerente con il raggiungimento di un elevato livello di protezione per i cittadini/consumatori dell'Unione.

Le azioni che saranno intraprese dovranno rispondere ai seguenti principi generali:

Controllo delle popolazioni degli animali domestici e selvatici

Attività di vigilanza permanente

Lotta al randagismo e alle malattie infettive ed esotiche trasmesse dai pets

Controllo ufficiale delle imprese alimentari

- Tale azione dovrà tener conto della normativa vigente in materia di alimenti; si dovrà dare continuità all'attività programmata negli anni e completare le anagrafiche degli operatori del settore alimentare compresa la produzione primaria. Nel 2016 completata la categorizzazione del rischio per le imprese alimentari sarà data completa attuazione alle verifiche degli audit come strumento di miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie.

Attività di campionamento degli alimenti e delle acque

- L'attività di campionamento di alimenti si concretizza in tre step diversi: durante l'esecuzione di specifici programmi di campionamento, durante l'esecuzione dei controlli ufficiali nelle imprese alimentari; campionamento per Piani mirati (Comunitari, Nazionali, Regionali)

Rispetto ai due obiettivi sopra riportati l'Azienda dovrà dare attuazione:

1. al PRICC: il regolare svolgimento dell'attività prevista nel piano pluriennale integrato consente al sistema regionale l'allineamento con le verifiche dei LEA a livello nazionale;
2. agli AUDIT: dovrà essere data attuazione al programma regionale di audit sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare, che rappresenta il consolidamento di un percorso già attuato in coerenza con quanto previsto dal Reg. 882/2004. è previsto anche un piano di audit interno.

Per quanto riguarda la sicurezza alimentare l'obiettivo che la ASL si propone di raggiungere è:

- il controllo delle popolazioni degli animali domestici e selvatici per le attività di profilassi e risanamento con la verifica del 100% dei capi individuati dai piani regionali descritti sul PPRIC;
-

- l'accreditamento del sistema regionale di controllo (ASL Regione) mediante il sistema di audit;
- implementazione dei dati e gestione dei flussi informativi (BDR-SIVRA);
- applicazione degli audit sugli OSA e OSM;
- svolgimento di almeno un corso di formazione ogni anno per il proprio personale anche in collaborazione con altri Enti (IZS, ARTA, Università ecc.) sulle materie sanitarie delle varie branche e per ogni servizio del Dipartimento di Prevenzione;
- svolgimento di incontri/corsi formativi per gli utenti, almeno uno ogni anno, per ogni servizio del Dipartimento sulle materie di competenza (benessere degli animali, trasporto, igiene e sicurezza alimentare, sanità animale ecc.)

Igiene degli alimenti alla prevenzione nutrizionale

L'alimentazione rappresenta un interesse primario della collettività e coinvolge a vario titolo le istituzioni, il mondo scientifico ed il sistema produttivo.

La risposta che l'Azienda intende dare all'esigenza appena esposta non può prescindere dalle due valenze "sicurezza alimentare" e "igiene della nutrizione", di conseguenza si rende necessario sviluppare azioni tese a promuovere il rapporto alimenti e salute, in modo da considerare la sicurezza come requisito fondamentale da cui partire per un'alimentazione sana anche in ambito nutrizionale.

Verifica dei dati ambientali e il monitoraggio epidemiologico

Sarà compito dell'Azienda avviare il processo di raccolta, elaborazione divulgazione e pubblicazione di dati omogenei, controllati e relativi alle attività sopra indicate.

I flussi informativi utilizzati per la raccolta dei dati sono previsti dalla normativa vigente e prevedono l'utilizzo del sistema SIVRA e la BDN degli allevamenti. A questi sistemi si aggiungono software dedicati di uso corrente. In passato sono state spesso rilevate duplicazioni di dati ed incongruenze e l'obiettivo è la razionalizzazione integrata di tutto il sistema dei controlli sulla filiera alimentare.

L'Azienda, al fine di incentivare lo svolgimento, nei tempi e nelle modalità previste dalla Regione, di tutte le attività propedeutiche al raggiungimento dei traguardi prefissati, ha provvederà ad inserirle tra gli obiettivi di budget per per il triennio 2016-2018.

In particolare: per il periodo 2016/2018 è previsto di dare attuazione:

1. al PPRIC PER I Piani previsti (PN, PNA, PNBA, profilassi di stato, epidemiosorveglianza malattie Epidemiche, Controlli, vigilanza permanente PNR, FITOFARMACI, RADIATIVITA');)
 2. al programma regionale di audit sulle strutture che si occupano di sicurezza alimentare sia di origine vegetale che animale, allevamenti, stalle di sosta, strutture di ricovero; previsto anche audit interno all'organizzazione;
-

3. all'alimentazione ed implementazione dei dati e gestione dei flussi informativi (BDR-SIVRA-SANAN- TaleteWeb);
4. ad almeno un corso di formazione per il proprio personale anche in collaborazione con altri enti (IZS, ARTA, Università, Ordini ecc) sulle materie sanitarie;
5. ad incontri formativi per gli utenti, sulle materie di competenza (anagrafi zootecniche, profilassi di stato, epidemiosorveglianza delle malattie epidemiche, movimentazioni nazionali ed internazionali;
6. ad incontri formativi per gli utenti, sulle materie di competenza delle singole U.O. (igiene e sicurezza alimentare, benessere degli animali, trasporto, tse).

Si riportano di seguito, in formato tabellare il piano degli obiettivi e delle azioni con l'indicazione del cronoprogramma e dei responsabili del procedimento attuativo.

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

SITUAZIONE ATTUALE	AZIONI	RESPONSABILE FASE	ANNO 2015	ANNO 2016	ANNO 2017	ANNO 2018	Verifica stato di attuazione
La asl ha avviato negli anni precedenti, secondo le indicazioni nazionali e regionali i programmi nazionali e regionali previsti per la sicurezza alimentare, prevenzione veterinaria	Controllare le popolazioni degli animali domestici e selvatici per le attività di profilassi e risanamento	UOC AREA A UOSD FAUNA SELV.	VEDI TABELLE SOTTO RIPORTATE				semestrale
	Continuare le procedure di accreditamento del sistema di controllo	UOC AREA A UOC AREA B UOC AREA C UOC SIAN	Partecipazione corsi di formazione auditors organizzati dalla regione (laddove non ancora formato)	Partecipazione corsi di formazione auditors organizzati dalla regione (laddove non ancora formato)	Partecipazione corsi di formazione auditors organizzati dalla regione (laddove non ancora formato)	Partecipazione corsi di formazione auditors organizzati dalla regione (laddove non ancora formato)	annuale
	Implementazione dati e gestione dei flussi informativi (BDR SIVRA)	UOC AREA A UOC AREA B UOC AREA C UOC SIAN UOSD FLUSSI INF.	70%	80%	90%	100%	semestrale
	Attuazione del programma di audit sugli OSA e Audit interni	UOC AREA A	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	semestrale
		UOC AREA B	n. 10 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 10 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 10 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 10 audit su OSA n. 2 audit interni	
		UOC AREA C	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	
		UOC SIAN	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	n. 5 audit su OSA n. 2 audit interni	
	Collaborazione con gli enti regionali competenti (ARTA, IZS, Università, ecc) sulle materie sanitarie delle varie branche	UOC AREA A UOC AREA B UOC AREA C UOC SIAN	Disponibilità al 100%	Disponibilità al 100%	Disponibilità al 100%	Disponibilità al 100%	annuale
Attuazione al PRICC per il periodo corrispondente(PNR, PNAA, Fitofarmaci, acque potabili, ecc)	UOC AREA A UOC AREA B UOC AREA C UOC SIAN	VEDI TABELLE SOTTO RIPORTATE				semestrale	
Organizzare un incontro/corso formativo annuale per gli utenti di ogni servizio sulle materie di competenza	UOC AREA A UOC AREA B UOC AREA C UOC SIAN UOSD fauna selvatica	1	1	1	1	annuale	

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

Tabella 9 A: UOC SANITA' ANIMALE

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	AZIONI	EFFETTUATI ANNO 2015	obiettivo	2016	2017	2018	INDICATORE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	RESPONSABILE ATTUATIVO
PIANO DI ERADICAZIONE DELLA TUBERCOLOSI BOVINA E BUFALINA	TEST individuali ALLEVAMENTI	21611 1071	21358 913	22000 1050	22000 1050	22000 1050	n. eseguiti n. controllati	Schede SISTEMA	Direttore UOC Sanita' Animale Dr. Pierluigi Imperiale
PIANO DI ERADICAZIONE DELLA BRUCELLOSI,	TEST individuali ALLEVAMENTI	16704 1051	16251 913	16000 1050	16000 1050	16000 1050	n. eseguiti n. controllati	Schede SISTEMA	Direttore UOC Sanita' Animale Dr. Pierluigi Imperiale
PIANO DI ERADICAZIONE LEUCOSI BOVINA	TEST individuali ALLEVAMENTI	16704 1051	16251 913	16000 1050	16000 1050	16000 1050	n. eseguiti n. controllati	Schede SISTEMA	Direttore UOC Sanita' Animale Dr. Pierluigi Imperiale
PIANO DI ERADICAZIONE DELLA BRUCELLOSI OVINA E CAPRINA	TEST individuali ALLEVAMENTI	88663 1697	80000 1600	90000 1750	90000 1750	90000 1750	n. eseguiti n. controllati	Schede SISTEMA	Direttore UOC Sanita' Animale Dr. Pierluigi Imperiale
PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA TSE	All. BOVINI All. OVINI	1051 1697	913 1600	1050 1750	1050 1750	1050 1750	n. controllati n. controllati	comunicazione	Direttore UOC Sanita' Animale Dr. Pierluigi Imperiale
SORVEGLIANZA MVS/PSC Suini	All. Riproduzione All. Ingrassio	31 35	31 35	35 40	35 40	35 40	n. controllati n. controllati	comunicazione	Direttore UOC Sanita' Animale Dr. Pierluigi Imperiale
SORVEGLIANZA Blue Tongue	SENTINELLE Vacc. Bovini Vacc. Ovini Vacc. Acquistati	25 1050 74000 90000	25 42716 160000	24 1000 10000 20000	24 1000 10000 20000	24 1000 10000 20000	n. allevamenti n. vacc.ni n.vacc.ni n.dosi	Comunicazione SANAN SANAN fatturazione	Direttore UOC Sanita' Animale Dr. Pierluigi Imperiale
CONTROLLI REG.TO 882	All.Bovini All.Ovini All.Equini All:Suini	41 59 29 32	Sì Sì Sì no	40 60 30 30	40 60 30 30	40 60 30 30		BDN BDN BDN BDN	Direttore UOC Sanita' Animale Dr. Pierluigi Imperiale

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

Tabella 9B - U.O.C. SERVIZIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	AZIONI	DATO ANNO 2015	%	2016	2017	2018	INDICATORE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	RESPONSABILE ATTUATIVO
PRELIEVI ALIMENTI	MONITORAGGIO AGENTI ZOOTOMICI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE VERIFICA CRITERI DI SICUREZZA ALIMENTARE (CSA) E CRITERI DI IGIENE DI PROCESSO (CIP) REG 2073/ DPR 327	147	00%	147	100% della previsione regionale	100% della previsione regionale	L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il programma annuale dei controlli in sanità animale e sicurezza alimentare " campioni programmati/campioni eseguiti	SISTEMA IZS STUD SIVRA	Direttore UOC SIAOA dott.ssa Francesca De Paulis
PRELIEVI TRONCHI ENCEFALICI BOVINI/OVINI	PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA TSE	32 bovini 126 ovini	100%	100% della previsione regionale	100% della previsione regionale	100% della previsione regionale	L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il programma annuale dei controlli in sanità animale e sicurezza alimentare " campioni programmati/campioni eseguiti	SISTEMA IZS STUD SIVRA	Direttore UOC SIAOA dott.ssa Francesca De Paulis
ATTIVITA' ISPETTIVE	ISPEZIONI SU IMPRESE ALIMENTARI RIGISTRATE	1038	100%	800	800	800	Dal 2015 la numerosità dei controlli non è più indicata direttamente dal servizio veterinario e sicurezza alimentare regionale, ma ogni asl deve provvedere ad individuare la numerosità delle IA da controllare sulla base della tipologia e della categorizzazione del rischio delle IA registrate sul sivra. Applicate tali indicazioni e la numerosità dei controlli , il n dei controlli da svolgere annualmente è pari a circa 800 PER LE IA DOVE LE COMPETENZE SONO CONGIUNTE SI E' CONCORDATO IN AMBITO DIPARTIMENTALE CHE VERANNO SOTTOPOSTE A ISPEZIONE LE IMPRESE ALIMENTARI NEL SEGUENTE MODO: IL SIAN ATTINGE ALLE IMPRESE REGISTRATE CON n. DISPARI e il SVIAOA ALLE IA CON n. PARI Sopralluoghi programmati/sopralluoghi effettuati	SIVRA/ TALETEWEB	Direttore UOC SIAOA dott.ssa Francesca De Paulis

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

ATTIVITA' ISPETTIVE IA RICONOSCIMENTO COMUNITARIO	ISPEZIONI SU IMPRESE ALIMENTARI RICONOSCIUTE CE	1200	100%	1300	1300	1300	Per l'anno 2016 è stato programmato un incremento della frequenza dei controlli nelle imprese riconosciute quale strumento di miglioramento continuo delle condizioni igienico sanitarie delle produzioni alimentari campioni programmati/campioni eseguiti	SIVRA/ TALETEWEB	Direttore UOC SIAOA dott.ssa Francesca De Paulis
PIANO FITOFARMACI	CONTROLLO UFFICIALE DI RESIDUI DI PRODOTTI FITOSANITARI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	22	100%	22	100% della previsione regionale	100% della previsione regionale	L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il programma annuale dei controlli in sanità animale e sicurezza alimentare " campioni programmati/campioni eseguiti	SIVRA/ TALETEWEB	Direttore UOC SIAOA dott.ssa Francesca De Paulis
ATTIVITA' AUDIT IMPRESE ALIMENTARI	CONTROLLI UFFICIALI MEDIANTE AUDIT SUGLI STABILIMENTI DI PRODUZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE AI SENSI DEL REG. 882/04 CE	20	200%	18	19	20	n audit programmati/n audit svolti IL 30% PARI A N 7 AUDIT è STATO SVOLTO NEL SETTORE LATTE nel 2015 e verrà mantenuto salvo diverse indicazioni regionali	SIVRA/ TALETEWEB	Direttore UOC SIAOA dott.ssa Francesca De Paulis
PIANO RESIDUI	PIANO NAZIONALE RESIDUI FARMACI E CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	69	100%	80	100% della previsione regionale	100% della previsione regionale	L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il programma annuale dei controlli in sanità animale e sicurezza alimentare " campioni programmati/campioni eseguiti	SIVRA/ TALETEWEB	Direttore UOC SIAOA dott.ssa Francesca De Paulis
PIANO RADIOATTIVITA'	PIANO REGIONALE CONTROLLO RADIOATTIVITA' DA MATRICI ALIMENTARI ORIGINE ANIMALE	6	100%	6	100% della previsione regionale	100% della previsione regionale	L'assegnazione e ripartizione dei campioni in ambito regionale sono comunicate annualmente mediante il programma annuale dei controlli in sanità animale e sicurezza alimentare " campioni programmati/campioni eseguiti	SIVRA/ TALETEWEB	Direttore UOC SIAOA dott.ssa Francesca De Paulis
INTERVENTI SU ALLERTE	RASSF- SISTEMA RAPIDO DI ALLERTA SULLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI	52	100%		100%		Tutte le segnalazioni entro le 5 settimane dalla comunicazione del nodo regionale	N segnalazioni/ n risposte entro 5 settimane	Direttore UOC SIAOA dott.ssa Francesca De Paulis

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

Tabella 9 C: U.O.C. SERVIZIO DI IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

<i>DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO</i>	<i>AZIONI</i>	<i>DATO ANNO 2015</i>	<i>% rispetto all'obiettivo</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>INDICATORE</i>	<i>MODALITA' DI MONITORAGGIO</i>	<i>RESPONSABILE ATTUATIVO</i>
<i>Controllo imprese Alimentari</i>	<i>Applicazione dei Controlli previsti dal PPRICC 2015 2018</i>	<i>951</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>n. controlli effettuati</i>	<i>SIVRA</i>	<i>Direttore SIAN</i>
<i>Controllo Alimenti</i>	<i>Applicazione piano dei prelievi previsti dal PPRICC 2015 2018</i>	<i>86</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>n. controlli effettuati</i>	<i>SIVRA</i>	<i>Direttore SIAN</i>
<i>Controllo Alimenti</i>	<i>CONTROLLI OGM</i>	<i>3</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>n. controlli effettuati</i>	<i>SIVRA</i>	<i>Direttore SIAN</i>
<i>Sistema di Allerta sulla Sicurezza degli Alimenti</i>	<i>RASSF- Sistema Rapido di Allerta Sulla Sicurezza degli Alimenti</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>n. di risposte date secondo procedura del nodo regionale</i>	<i>n° di risposte / n° segnalazioni</i>	<i>Direttore SIAN</i>
<i>Controllo Residui Fitosanitari</i>	<i>Applicazione Piano Nazionale Residui Farmaci e Contaminanti negli Alimenti di Origine Vegetale</i>	<i>100</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>n. controlli effettuati</i>	<i>SIVRA</i>	<i>Direttore SIAN</i>
<i>Audit</i>	<i>Controlli Ufficiali mediante Audit sugli Stabilimenti di Produzione degli Alimenti di Origine Vegetale ii sensi del Reg. 882/04 Ce</i>	<i>7</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Esecuzione del piano di Audit</i>	<i>SIVRA</i>	<i>Direttore SIAN</i>

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

Tabella 10: U.O.C. SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE									
DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	AZIONI	DATO ANNO 2015	% rispetto all'obiettivo	2016	2017	2018	INDICATORE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	RESPONSABILE ATTUATIVO
Vigilanza alimentazione animale	Applicazione controlli previsti dal PNAA	97	100%	100%	100%	100%	n. controlli effettuati	SIVRA	Direttore IAPZ, dott. Sinibaldo Di Giuseppe
Benessere animale in allevamento	Applicazione controlli previsti dal PNBA	106	100%	100%	100%	100%	n. allevamenti controllati	SIVRA	Direttore IAPZ, dott. Sinibaldo Di Giuseppe
Benessere animale durante il trasporto	Applicazione controlli previsti dal PNBA	-	100%	100%	100%	100%	n. controlli effettuati	SIVRA	Direttore IAPZ, dott. Sinibaldo Di Giuseppe
Farmacovigilanza	Ispezione e verifica – DLgs 193/2006	113	100%	100%	100%	100%	n. controlli effettuati	SIVRA	Direttore IAPZ, dott. Sinibaldo Di Giuseppe
Programma Sorveglianza TSE	Campionamenti piano di controllo TSE - Reg. 999/2001 (Monitoraggio)	642	100%	100%	100%	100%	n. campioni prelevati	SIVRA	Direttore IAPZ, dott. Sinibaldo Di Giuseppe
Controlli su stabilimenti di Produzione Mangimi	Applicazione controlli mediante Audit	n.r.	100%	100%	100%	100%	Esecuzione del piano di Audit	SIVRA	Direttore IAPZ, dott. Sinibaldo Di Giuseppe
Piano nazionale residui	Applicazione DLgs 158/2006 - PNR	14	100%	100%	100%	100%	n. controlli effettuati	SIVRA	Direttore IAPZ, dott. Sinibaldo Di Giuseppe

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

<i>Controllo Alimenti</i>	<i>Controlli OGM</i>	<i>6</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>n. controlli effettuati</i>	<i>SIVRA</i>	<i>Direttore IAPZ, dott. Sinibaldo Di Giuseppe</i>
<i>INTERVENTI SU ALLERTE</i>	<i>RASSF- sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti</i>	<i>-</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>Tutte le segnalazioni entro le 5 settimane dalla comunicazione del nodo regionale</i>	<i>N segnalazioni/ n risposte entro 5 settimane</i>	<i>Direttore IAPZ, dott. Sinibaldo Di Giuseppe</i>

SERVIZIO DPF 012

Programmazione Economico-Finanziaria e Finanziamento SSR

I processi di acquisto, in considerazione del loro impatto sui bilanci delle Aziende Sanitarie, richiedono sempre più alle Direzioni Strategiche uno sforzo continuo volto alla ricerca di soluzioni e modelli capaci di garantire una maggiore efficienza sia nell'acquisto sia nella gestione della logistica dei beni e dei servizi. Tale assunto risulta essere ancora più impegnativo in questa ASL dato che, alla gestione tipica comune alle aziende della specie, si debbono considerare altri aspetti assolutamente peculiari e critici della nostra realtà quali, per descrizione sommaria, la fusione fra due - anzi nei fatti quattro - preesistenti Aziende Sanitarie, in una dinamica di piano di rientro e di riordino imposto dal commissariamento e con un devastante terremoto che continua a produrre costi di vario genere e gravoso impegno per gli ingenti lavori di ripristino realizzati e da realizzare. Questi gravami, rispetto "all'ordinario", oltre a non consentire al PO di L'Aquila di avere ancora disponibili tutti i posti letto previsti dal piano sanitario con UU.OO. ancora allocate in posizione non definitive, precarie e in spazi ridotti e ad avere ancora ambulatori, servizi sanitari e uffici presi in locazione o ubicati in strutture precarie prefabbricate, divengono ancor più impegnativi per la necessità di ricondurre, specie nel campo dell'acquisizione di beni e servizi, ad "uno" le diverse modalità operative, soprattutto nella ex azienda di Avezzano Sulmona, dalla quale sono stati ereditati una moltitudine di contratti allo stato di fatto, da rivisitare completamente nell'ottica del riallineamento prezzi e della riduzione dei costi.

E' infatti doveroso sottolineare che il dettato normativo nazionale nel merito del contenimento della spesa, così come quello regionale, in linea teorica valevole per tutte le AASSLL, non tiene ovviamente conto delle ulteriori difficoltà del nostro territorio sopra enunciate.

La ASL 1 di Avezzano, Sulmona, L'Aquila, nel rispetto di quanto stabilito a livello nazionale e regionale, continua comunque a ricercare, ove possibile, eventuali riduzioni della spesa sui contratti in essere, nonché il riallineamento dei costi d'acquisto dei beni monitorati dall'AVCP entro i prezzi di riferimento, che costituisce un elemento cardine del contenimento della spesa, così come dimostrato dai risultati ottenuti nel 2013.

Nel predetto anno, infatti, l'Azienda ha compiuto uno sforzo notevole per la realizzazione di tutti gli adempimenti previsti dalla normativa vigente, è riuscita ad ottenere, rispetto al 2012, una riduzione della voce di spesa "Altri beni e servizi" pari al 9,1%.

Tanto premesso, l'Azienda, continuando nell'attuazione di quanto già iniziato nel corso dei precedenti anni, nel porre in essere le azioni previste nel settore dell'Acquisizione di Beni e Servizi, deve dare priorità alla soddisfazione dei fabbisogni contingenti non arrecando nocimento all'utenza e/o interruzione di prestazioni sanitarie e, al contempo, avere riguardo per l'ottenimento di costi minori ponendo la dovuta attenzione nei percorsi e nei processi di approvvigionamento ai seguenti principi:

1. contenimento del fabbisogno;
2. rinegoziazione dei contratti;
3. verifica di congruità e riallineamento prezzi;
4. attivazione nuove gare e procedure di approvvigionamento;

5. acquisti con procedure regionali centralizzate
6. acquisti con adesioni e convenzioni CONSIP
7. acquisti sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA).

Nella Tabella 11 sono riportate le azioni che l'Azienda intende realizzare, nel triennio di vigenza del piano, per contenere la spesa a fronte di maggiori costi sostenuti a seguito riallineamento delle attività rispetto a quelle ante terremoto (maggiori spazi da pulire e/o mantenere, maggior numero di degenze e di prestazioni sanitarie, maggior numero di pasti e di beni sanitari etc.) oltre alla normale dinamica dei costi determinata anche dai risultati delle procedure pubbliche effettuate che non sempre, come ovvio che sia, hanno comportato una conferma o diminuzione dei prezzi.

Nelle Tabelle III e IV sono invece riportati:

1. l'elenco dei contratti rinegoziati il cui effetto, valevole per l'anno 2015, va a controbilanciare l'aumento tendenziale dei costi relativi all'anno 2016;
2. € 1.123.000 gare soprasoglia in fase di conclusione per le quali l'azienda prevede un risparmio a partire dal secondo semestre 2016.

alle quali vanno aggiunte ulteriori gare che indurranno un risparmio complessivo € 985.000 di cui:

- € 280.000,00 per lo svolgimento di nuove gare per TNT, Ventiloterapia e dispositivi per il CRITT;
- € 705.000,00 per lo svolgimento di ulteriori nuove gare.

Tabella III: DPF 012: Programmazione Economico-Finanziaria e Finanziamento SRR – Contratti soprasoglia rinegoziati

CONTRATTI RINEGOZIATI	
OGGETTO del CONTRATTO	RISPARMIO ANNUO
Reagenti e Service di Laboratorio Analisi	16.000,00
Reagenti e Service di Laboratorio Analisi	8.000,00
Reagenti e Service di Laboratorio Analisi	22.000,00
Reagenti e Service di Laboratorio Analisi	55.000,00
Reagenti e Service di Laboratorio Analisi	8.000,00
Fornitura gas medicali	18.000,00
Fornitura gas medicali	19.000,00
Lavanolo e materasseria	40.000,00
Servizio ADI	16.000,00
Servizio assistenza pazienti psichiatrici	4.000,00
Servizio assistenza riabilitativa	4.000,00
Servizi Riabilitazione Autismo	3.500,00
Servizio di sterilizzazione	16.000,00
TOTALE	229.500,00

**Tabella IV: DPF 012: Programmazione Economico-Finanziaria e Finanziamento SRR – Nuove Gare
soprasoglia**

OGGETTO	IMPORTO ANNO	RISPARMIO
Dispositivi medici per Emodinamica elettrofisiologia	2.500.000,00	230.000,00
Dispositivi medici per Cardiologia	6.300.000,00	380.000,00
Dispositivi medici per Oculistica	1.400.000,00	33.000,00
Dispositivi medici per anatomia patologica	340.000,00	80.000,00
Lavanolo e materasseria	4.000.000,00	400.000,00
TOTALE	14.540.000,00	1.123.000,00

In ultimo va segnalato, per la voce in *Altri beni e servizi*, un ulteriore risparmio derivante dalla cessazione del contratto con la Ditta Guerrato SpA per la vendita di energia elettrica prodotta tramite cogenerazione.

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

Tabella 11:DPF012: Programmazione Economico-Finanziaria e Finanziamento SRR

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1	<p>RINEGOZIAZIONE CONTRATTI</p> <p>Relativamente alla rinegoiazione dei contratti, alla verifica di congruità e riallineamento dei prezzi, nell'anno 2015 l'Azienda ha continuato l'intensa attività di analisi dei contratti d'appalto al fine di comprendere quali fossero gli ambiti di rinegoiazione degli stessi, sia in termini di volumi che di prezzi.</p> <p>La ASL ha continuato ad applicare la procedura di rinegoiazione dei contratti già attuata nei precedenti anni agendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> sulla riconfigurazione dell'oggetto contrattuale quando lo stesso non sia risultato più aderente e pienamente coerente con i fabbisogni aziendali; sulla revisione dei prezzi attraverso richieste di sconto, rinuncia alla revisione dei prezzi, rinuncia agli interessi legali e moratori; sul potenziamento dell'analisi di mercato per verificare, attraverso azioni di benchmark, la congruità dei prezzi applicati alla Azienda; detta attività è risultata molto complessa nel settore dei dispositivi, poiché risulta più complesso stabilire la congruità dei prezzi a causa della grande varietà e specificità degli stessi; sull'attivazione di uno strumento di verifica del mercato, volto ad accertare se uno specifico prodotto gode dei requisiti della dichiarata esclusività: ogni qualvolta le unità operative sanitarie chiedono di acquistare un prodotto con dichiarazione di esclusività viene pubblicato, per almeno 10 giorni, sul sito aziendale un avviso di informazione al mercato in cui si chiede di far conoscere se ci siano prodotti equivalenti a quelli oggetto di negoziazione, che saranno poi sottoposti alla valutazione del clinico utilizzatore. <p>Nella tabella III sono riportati i contratti rinegoziati nell'anno passato il cui effetto, valevole per il 2015, va a controbilanciare l'aumento tendenziale dei costi relativi all'anno 2016.</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Continuare, per i contratti rispetto ai quali non si è ancora provveduto, con l'attività di rinegoiazione degli stessi intrapresa nell'anno 2015.</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Potenziare le attività di negoziazione con la ditta produttrice.</p> <p>Inoltre l'Azienda si impegna a trasmettere la reportistica della spesa per contratto e ad inviare una reportistica di monitoraggio delle operazioni di rinegoiazione concluse.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Redazione delibere relative alla avvenuta rinegoiazione dei contratti</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>L'impatto economico rilevabile nel 2016 consiste nei risparmi ottenuti dalla rinegoiazione di alcuni contratti (cfr. Tab. III) che ha indotto un risparmio complessivo di 229.500 €.</p> <p>Relativamente al biennio 2017-2018 non è possibile al momento eseguire una stima del risparmio ottenibile dalla rinegoiazione di contratti ad oggi non definiti.</p>	<p>UO Acquisizione Beni e Servizi</p>
2	<p>GARE CENTRALIZZATE, ADESIONE CONSIP, USO MEPA E SDA</p> <p>L'adesione alle Convenzioni messe a disposizione da CONSIP e gli acquisti effettuati sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione - questi ultimi attraverso Ordini di Acquisto e Richieste di Offerta sulla piattaforma telematica - rivestono un ruolo importante nell'ambito dei risparmi ottenuti ed ottenibili dalla Azienda.</p> <p>Nel corso del 2015 l'Azienda ha eseguito acquisti su MEPA (OEV) per € 2.165.152 e su CONSIP per € 7.014.704.</p> <p>E' intenzione dell'Azienda continuare anche per il triennio 2016-2018 nella totale adesione a convenzioni CONSIP e ad acquisti sul MEPA (con RDO o con ODA) ovvero con SDA per i Beni ed i Servizi presenti sulla piattaforma informatica "Acquisti in Rete PA".</p> <p>Per quanto concerne le gare centralizzate ed altre gare, l'Azienda ha recepito e sta aderendo a diverse gare centralizzate (Ventiloterapia, Gara per il CUP, Servizi di Gestione Immagini di Radiologia - RISPACS). Ha inoltre in corso ulteriori gare - ad oggi nelle fasi conclusive - che indurranno nel 2016 un notevole risparmio (Tabella IV).</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Aderire alle convenzioni CONSIP e agli acquisti su MEPA</p> <p>Concludere le gare in corso</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Adesione alle convenzioni CONSIP e agli acquisti su MEPA</p> <p>Conclusioni gare</p>	<p>L'ammontare del risparmio ottenibile non è ad oggi valutabile perché dipendente dal tipo di bene che l'Azienda acquista sul Mercato Elettronico o aderendo a convenzioni CONSIP.</p> <p>Per quanto concerne le gare centralizzate e le altre gare-concluse e in corso- l'Azienda prevede un risparmio di € 2.103.000 così ripartito :</p> <p>gara per fornitura di TNT (risparmio annuo: 200.000€)</p> <p>gara per Ventiloterapia, (Risparmio annuo: 50.000 €);</p> <p>gara per forniture dispositivi per CRITT (Risparmio annuo: 30.000 €);</p> <p>gara per reagenti e dispos labor analisi (Risparmio annuo: € 250.000)</p> <p>gara per mezzi di contrasto (Risparmio annuo: € 150.000)</p> <p>gara per servizi di supporto ammv e tecnico (Risparmio annuo € 100.000)</p> <p>gara per somme personale ammv e if.co (Risparmio annuo: € 50.000)</p> <p>gara per RSA Montereale e altro (Risparmio annuo: € 155.000)</p> <p>per un totale di € 985.000</p> <p>GARE IN CORSO (FASE CONCLUSIVA)</p> <p>gara per Emodinamica e Elettrofisiologia (Risparmio annuo: 230.000 €);</p> <p>gara per dispositivi per Cardiologia (Risparmio annuo: 380.000 €);</p> <p>gara per dispositivi di oculistica (Risparmio annuo: € 33.000)</p> <p>gara per dispositivi e diagnostici di anatomia patologica (Risparmio annuo: € 80.000)</p> <p>gara per servizi di lavano e materasseria (Risparmio annuo: € 400.000)</p> <p>per un totale di € 1.123.000</p>	<p>UO Acquisizione Beni e Servizi</p>

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

(segue)

(segue) **Tabella 11:DPF012: Programmazione Economico-Finanziaria e Finanziamento SRR**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
3) DISPOSITIVI MEDICI	<p>Relativamente alla problematica della spesa per i dispositivi medici è necessario preliminarmente evidenziare che il discorso sulla rinegoziazione dei dispositivi medici è complesso poiché risulta più difficile stabilire, a causa della grande varietà e specificità degli stessi, la congruità dei prezzi.</p> <p>Ciononostante, l'Azienda ha provveduto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ad individuare i contratti in essere per l'acquisto di dm 2. a rinegoziare i contratti in essere al fine di uno sconto del 2% 3. ad eseguire nuove gare <p>E' stato inoltre portata avanti l'attivazione di uno strumento di verifica del mercato, volto ad accertare se uno specifico prodotto gode dei requisiti della dichiarata esclusività: ogni qualvolta le unità operative sanitarie chiedono di acquistare un prodotto con dichiarazione di esclusività viene pubblicato, per almeno 10 giorni, sul sito aziendale un avviso di informazione al mercato in cui si chiede di far conoscere se ci siano prodotti equivalenti a quelli oggetto di negoziazione, che saranno poi sottoposti alla valutazione del clinico utilizzatore.</p> <p>Il contenimento della spesa per dispositivi medici è stato anche inserito tra gli obiettivi di budget 2015 ed è stato programmato il costante monitoraggio della spesa per individuazione scostamenti rispetto al programmatico</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Continuare, per i contratti rispetto ai quali non si è ancora provveduto, con l'attività di rinegoziazione degli stessi intrapresa nell'anno 2015.</p> <p>Monitoraggio della spesa er DM nell'ambito della reportistica aziendale trasmessa trimestralmente alle UU.OO. aziendali.</p> <p>Svolgimento e conclusione di alcune gare quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gara per fornitura di TNT (risparmio annuo: 200.000€) - gara per Ventiloterapia (Risparmio annuo:50.000 €); - gara per reagenti e apparecchiature di lab. analisi (Risparmio annuo: 250.000€) - gara per forniture dispositivi al CRITT (Risparmio annuo: 30.000€) <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Potenziare le attività di negoziazione con le ditte produttrici.</p> <p>Potenziare le attività di monitoraggio, anche facendo ricorso al Flusso NSIS dei Dispositivi Medici e agli strumenti della reportistica e del budget.</p> <p>Svolgere le gare soprastoglia ad oggi in corso (cfr. Tabella IV).</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Redazione delibere relative alla avvenuta rinegoziazione dei contratti</p> <p>Produzione della reportistica trimestrale e contrattazione di budget</p> <p>Svolgimento ulteriori gare sopra soglia</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>n. dei contratti rinegoziati anno 2017 (2018) >=n. contratti rinegoziati nell'anno 2016 (2017).</p> <p>Svolgimento e conclusione delle gare oggi in corso.</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Si potranno rilevare dei risparmi per un totale di € 639.000 attribuibili alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> gara per fornitura di TNT (risparmio annuo: 200.000€) gara per Ventiloterapia, r (Risparmio annuo:50.000 €); gara per forniture dispositivi per CRITT (Risparmio annuo:30.000 €); Reagenti e apparecchiature di lab. analisi (Risparmio 250.000 annui) <p>Rinegoziazione dei contratti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reagenti di laboratorio (Risparmio: 109.000) <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Nel corso del biennio d'interesse siconcluderanno ulteriori gare ottenendo risparmi aggiuntivi</p>	<p>UO Acquisizione Beni e Servizi</p> <p>UO Servizio Farmaceutico Aziendale</p> <p>UU.OO. Aziendali interessate</p> <p>UO Controllo di Gestione e Budget per la parte relativa al monitoraggio e contrattazione del budget</p>

SERVIZIO DPF 015
Assistenza Distrettuale Territoriale – Medicina Convenzionata e Penitenziaria

Attualmente le prestazioni di specialistica ambulatoriale strumentale (medicina nucleare, diagnostica per immagini, laboratorio, medicina fisica) sono erogate nei presidi ospedalieri ed in parte di quelli distrettuali - quali i PTA di Pescara e Tagliacozzo - e negli ambulatori delle Unità Operative Semplici Distrettuali (UOSDs) afferenti ai Distretti Sanitari Aziendali.

E' intenzione dell'Azienda rispettare la spesa per la medicina Convenzionata attraverso il monitoraggio e il controllo delle prestazioni aggiuntive, con verifiche congiunte con i rappresentanti sindacali nei Comitati Aziendali.

Verranno rispettati i termini per la rilevazione delle zone carenti e il conferimento degli incarichi e si promuoveranno, nel triennio 2016-2018, altre forme associative sperimentali dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera Scelta, nel rispetto delle indicazioni della Regione Abruzzo e nei limiti della spesa assegnata.

Relativamente alle Aggregazioni Funzionali Territoriali ed Unità Complesse di Cure Primarie si evidenzia che con l'Atto Aziendale adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 914 del 27.6.2013 è stata prevista la costituzione di tre U.O. di Cure Primarie (una per ciascun Distretto Sanitario) che consentono l'erogazione di prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti, realizzando così la piena integrazione dei servizi territoriali anche in relazione alla evoluzione del sistema associativo esistente secondo le nuove forme individuate dai recenti accordi di settore.

Nel corso del triennio, completato l'iter del nuovo ACN, non appena saranno intervenuti gli accordi integrativi regionali, verrà dato vita alle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) previste dal D.L. 158/2012 e alle AFT.

Già i PTA di Pescara e Tagliacozzo, con gli Ospedali di Comunità, rappresentano un'esperienza importante per l'assistenza primaria integrata e vanno implementate nel territorio altre forme associative, di grandezza e complessità congrue con le esigenze del territorio. Risultano comunque emanati i DCA 16 e 17 del 2016 recanti indicazioni per l'individuazione delle AFT e UCCP della medicina generale e pediatria di libera scelta da effettuarsi entro il mese di giugno 2016.

La spesa dei Medici Specialisti Ambulatoriali in convenzione, così come già evidenziato nella Sezione *SERVIZIO DPF 004 Risorse Umane e Assetti Istituzionali*, sarà sotto controllo rispetto ai dati assegnati che sono modulati sul bisogno attuale delle ore.

Le iniziative per il controllo della spesa dei Medici Specialisti Ambulatoriali in convenzione saranno perseguite anche nel prossimo triennio attraverso opportune verifiche sulla necessità di nuove ore da bandire, sull'appropriatezza delle richieste di visite extramurarie e domiciliari, sulla necessità delle sostituzioni programmate per periodi brevi.

Al fine di ridurre il costo per la specialistica ambulatoriale, si ricorda che la ASL 1, al fine di rimanere al di sotto dei tetti di spesa fissati dalla Regione, ha fatto ricorso, per le attività di Medicina Penitenziaria,

all'attività svolta dagli specialisti ospedalieri.

Per quanto concerne le vaccinazioni antinfluenzali di Medici di Medicina Generale si ricorda, invece, che le stesse vengono remunerate con il fondo dedicato alle prestazioni aggiuntive.

Si riportano nelle seguenti tabelle 12 A e 12 B le attività progettuali.

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 12 A SERVIZIO DPF 016: Assistenza Distrettuale Territoriale – Medicina Convenzionata e Penitenziaria *Rispetto della Programmazione Regionale riferita alla spesa annuale per i medici convenzionati*

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE del PROCEDIMENTO ATTUATIVO	
1	Attuazione provvedimenti regionali che definiscono i tetti di spesa	Monitoraggio delle voci contrattuali del vigente ACN e AIR onde assicurare il rispetto dei tetti di spesa di cui alla nota regionale prot. 314758/DPF015 del 15/12/2015	TRIENNIO 2016-2018 Controllo semestrale, nell'arco dei tre anni, delle voci contrattuali oggetto del monitoraggio attraverso la reportistica regolarmente redatta dalla UO Controllo di Gestione e Budget.	TRIENNIO 2016-2018 Rispetto dei tetti di spesa definiti dal DCA 104/2015	TRIENNIO 2016-2018 Rispetto dei tetti di spesa definiti dal DCA 104/2015	Direttori dei Distretti Sanitari e, per la parte di competenza, UO Controllo di Gestione e Budget
2	Monitoraggio delle prestazioni aggiuntive	Elaborare una reportistica per il controllo delle prestazioni erogate	ANNO 2016 Elaborazione della reportistica ANNO 2017 Redazione report ANNO 2018 Redazione report	ANNO 2016 Produzione Reportistica ANNO 2017 Redazione trimestrale dei report da trasmettere ai medici interessati ANNO 2018 Redazione report	TRIENNIO 2016-2018 Rispetto dei tetti di spesa definiti dal DCA 104/2015	Direttori dei Distretti Sanitari e, per la parte di competenza, UO Controllo di Gestione e Budget

TABELLA 12 B SERVIZIO DPF 016: Assistenza Distrettuale Territoriale – Medicina Convenzionata e Penitenziaria - *Rispetto delle disposizioni contrattuali per l'affidamento degli incarichi per la copertura degli ambiti territoriali carenti e degli incarichi vacanti di continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale*

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE del PROCEDIMENTO ATTUATIVO	
1	Elenco zone carenti	Elaborazione elenchi con ambiti territoriali carenti da trasmettere agli uffici regionali Ripubblicazione elenchi con procedure in itinere	TRIENNIO 2016-2018 Regolare trasmissione degli elenchi entro i mesi di marzo e settembre per ognuna delle annualità considerate	TRIENNIO 2016-2018 Rispetto dei tempi di trasmissione	TRIENNIO 2016-2018 Rispetto dei tetti di spesa definiti dal DCA 104/2015	Direttore UOC Personale e Direzione Amministrativa dei Distretti

SERVIZIO DPF 016
Governo dei dati, Flussi informativi e Mobilità Sanitaria

Nella riorganizzazione aziendale la Direzione Strategica ha voluto evidenziare l'importanza dei flussi informativi istituendo un'unità operativa dedicata alla gestione degli stessi (Servizio Gestione Flussi Informativi e Statistica Sanitaria). Compito prioritario del Servizio è l'invio tempestivo di dati completi e la sensibilizzazione degli operatori alla cultura della comunicazione delle informazioni sanitarie.

Come previsto nei decreti istitutivi dei flussi informativi analitici NSIS per il monitoraggio dei LEA, la ASL, a partire dal 2012, ha gradualmente messo in atto le azioni necessarie all'adeguamento della piattaforma tecnologica informatica, ancor più necessario in considerazione del processo di unificazione delle ex ASL di Avezzano-Sulmona e L'Aquila.

Attualmente l'Azienda rispetta le scadenze temporali definite dal calendario regionale.

Si riporta nella seguente Tabella 13, la situazione attuale e le azioni che l'Azienda intende porre in essere per migliorare la qualità la completezza e la tempistica dei flussi trasmessi, con particolare attenzione al Flusso EMUR.

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

TABELLA 13: SERVIZIO DPF 0016 – Governo dei dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO	
1	Riconciliazione delle informazioni prodotte dai flussi di produzione (CO,DD,DM) con le informazioni prodotte dai flussi economici (CE) e dal flusso della tracciabilità del farmaco	<p>ANNO 2016 Definizione del gruppo e elaborazione di un programma di attività. Individuazione e correzione degli errori. Inserimento dell'azione tra gli obiettivi di budget e monitoraggio trimestrale dei flussi in termini di copertura del dato CE e di conciliazione con i flussi della TRACCIABILITA'</p> <p>ANNO 2017: Proseguire nelle azioni di monitoraggio e di analisi volte al superamento di eventuali errori e al raggiungimento delle percentuali di copertura fissate.</p> <p>ANNO 2018 Proseguire nelle azioni di monitoraggio e di analisi volte al superamento di eventuali errori e al raggiungimento delle percentuali di copertura fissate.</p>	<p>ANNO 2016: FLUSSO CO-DD: Riconciliazione con CE≥95% Concordanza con flusso Tracciabilità (Tra)≥(90%-0,04%) FLUSSO DM : Riconcil. con CE≥(95%-0,04%)</p> <p>ANNO 2017: FLUSSO CO-DD: Riconciliazione con CE≥95% Concordanza con flusso Tracciabilità (T)≥(90%-0,04%) FLUSSO DM : Riconcil. con CE≥(95%-0,04%) FLUSSO CO-DD: Riconciliazione con CE≥95% Concordanza con flusso Tracciabilità (T)≥(90%-0,04%)</p> <p>ANNO 2018 FLUSSO DM : Riconcil. con CE≥(95%-0,04%) FLUSSO CO-DD: Riconciliazione con CE≥95% Concordanza con flusso Tracciabilità (T)≥(90%-0,04%)</p>	L'azione non implica alcun impatto economico	<p>UO Servizio Flussi Informativi, UO Servizi Farmaceutico Aziendale UO Controllo di Gestione e Budget UO Bilancio e Risorse Finanziarie UO Acquisizione Beni e Servizi</p>	
2	<p>GOVERNO FLUSSO EMUR Per la componente 118, che ha una organizzazione regionale, la ASL collabora attivamente alla stesura di protocolli condivisi con le altre ASL per uniformare il sistema dell'emergenza.</p>	<p>1. FLUSSO EMUR Pronto Soccorso L'Azienda ha ultimato il passaggio a un'unica piattaforma informatica per la gestione del Pronto Soccorso e questo sicuramente produrrà una migliore qualità del flusso EMUR e la conseguente analisi utile all'organizzazione e ottimizzazione delle risorse.</p> <p>2. FLUSSO EMUR 118 Il flusso EMUR 118 è legato a problematiche non ancora risolte tra la Softwarehouse e la Regione. La ASL ha avviato un monitoraggio dei dati presenti nel flusso e ha dato disposizione agli operatori di porre particolare attenzione nell'inserimento delle date e degli orari d'intervento</p>	<p>Per il Pronto Soccorso</p> <p>ANNO 2016 Analisi del flusso alla luce del passaggio alla piattaforma unica</p> <p>ANNO 2017 costante monitoraggio della qualità dei dati</p> <p>ANNO 2018 costante monitoraggio della qualità dei dati</p> <p>Per il 118</p> <p>ANNO 2016 Monitoraggio dati presenti sul flusso e correzione</p> <p>ANNO 2017 Monitoraggio dati presenti sul flusso e correzione</p> <p>ANNO 2018 Monitoraggio dati presenti sul flusso e correzione</p>	<p>EMUR PS Anni 2016-2017-2018 Indicatore di coerenza con il modello HSP24 – quadro H. 1. Indicatore di qualità: Errori residenza utenti < al 5% degli accessi.</p> <p>EMUR 118 ANNO 2016 2. Indicatore di coerenza n.chiamate al 118 anno 2016 >= n. chiamate al 118 anno 2015 Il valore di adempimento è tra 90 e 110 3. Indicatore di qualità (valori corretti nei campi data/ora sul totale dei record campi data/ora) Il valore di adempimento è tra 90 e 110</p> <p>ANNO 2017: 1. Indicatore di coerenza (n.chiamate al 118 per 2017 >= n. chiamate al 118 per 2016) Il valore di adempimento è tra 90 e 110 2. Indicatore di qualità (valori corretti nei campi data/ora sul totale dei record campi data/ora) Il valore di adempimento è tra 90 e 110 ANNO 2018: • Indicatore di coerenza (n.chiamate al 118 anno 2018 >= n. chiamate al 118 anno 2017) Il valore di adempimento è tra 90 e 110 3. Indicatore di qualità (valori corretti nei campi data/ora sul totale dei record campi data/ora) Il valore di adempimento è tra 90 e 110</p>	L'azione non implica alcun impatto economico	<p>UO Servizio Flussi Dipartimento di Emergenza e Accettazione</p>

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

(segue) **TABELLA 13: SERVIZIO DPF 0016 – Governo dei dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO
<p>3 GOVERNO FLUSSO SIAD</p> <p>La rilevazione effettiva è iniziata dal 1 gennaio 2012 con il conferimento dei dati alla Regione attraverso un software già in uso presso la ASL di Pescara. Nelle sedi distrettuali aziendali sono stati attivati punti di registrazione delle informazioni previste dal Flusso Ministeriale e più precisamente le caratteristiche anagrafiche dell'assistito; la valutazione ovvero rivalutazione socio – sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali; l'erogazione dell'assistenza; la sospensione della presa in carico; la dimissione dell'assistito.</p>	<p>PROGETTAZIONE DI UNA PIATTAFORMA UNICA VOLTA A GESTIRE I DIVERSI ASPETTI LEGATI ALLA COMPONENTE DELLA SANITA' TERRITORIALE (PUA, PTA, UVM, ecc.).</p> <p>L'obiettivo è di "creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili".</p> <p>L'idea è di integrare in maniera attiva e funzionale le attività del territorio con un unico software che mette in rete, tra loro tutti i servizi e le professionalità che ruotano intorno al cittadino, sia quando si trova a domicilio, sia quando si trova nelle strutture territoriali intermedie come ad esempio le Residenze Sanitarie Assistite, i Centri Diurni o i Centri Alzheimer etc.</p>	<p>ANNO 2016 Programmare degli incontri aziendali per verificare lo stato dell'arte</p> <p>ANNO 2017 Proporre un progetto finalizzato e verifica delle possibilità finanziarie</p> <p>ANNO 2018 Attuare in via sperimentale il progetto</p>	<p>ANNO 2016 Verbalizzare incontri</p> <p>ANNO 2017 Presentazione del progetto</p> <p>ANNO 2018 Attuazione del progetto attraverso incontri formativi</p>	<p>L'azione non implica alcun impatto economico</p>	<p>UO Servizio Flussi Informativi Distretti Sanitari</p>
<p>4 GESTIONE DELLA MOBILITA'</p>	<p>1. Riduzione degli errori dei dati anagrafici dei flussi informativi ASDO, FILE C, FILE F, SDAC al fine della riduzione delle contestazioni</p> <p>2. Riduzione dei ricoveri in mobilità passiva</p>	<p>ANNO 2016 Analizzare i flussi al fine di evidenziare i principali errori presenti in esso. Valutare la possibilità di introdurre nel sistema informatico delle procedure automatiche bloccanti nel caso di incongruenze con le tabelle ISTAT e Ministeriali</p> <p>ANNO 2017 Messa a regime del flusso e costante monitoraggio della qualità dei dati</p> <p>ANNO 2018 Messa a regime del flusso e costante monitoraggio della qualità dei dati</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018 Riduzione degli errori dei dati anagrafici dei flussi informativi ASDO, FILE C, FILE F, SDAC al fine della riduzione delle contestazioni secondo le percentuali previste dalla normativa regionale in materia</p>	<p>Nel medio-lungo termine si può avere una riduzione di costi legata alla riduzione della mobilità sanitaria. Purtroppo ad oggi, essendo i dati di mobilità soggetti a contestazioni, non possiamo quantificare l'entità del risparmio che si potrebbe avere da detta azione.</p>	<p>UO Servizio Flussi Informativi UO Front Office e Customer Service</p>
<p>5 Gestione SDO</p>	<p>Monitoraggio mensile sui dati di chiusura delle SDO e trimestrale sugli errori indicati nei decreti LEA</p>	<p>Rispetto indicatori regionali sulla compilazione dei nuovi campi (D.M. 135 dell'8.07.2010) relativi a: Classe di priorità Data di prenotazione Codice Causa esterna Livello istruzione</p> <p>Rispetto indicatore regionale Media pesata errori riscontrati residenza, date, diagnosi, procedure</p>	<p>Triennio 2016-2018 Rispetto delle tempistiche previste dalla normativa regionale e nazionale in materia</p>	<p>L'azione non implica alcun impatto economico</p>	<p>UO Servizio Flussi Informativi Direzioni Mediche dei PP.OO. Direzioni dei Dipartimenti Aziendali interessati</p>

SERVIZIO DPF 017
Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT

Emergenza Urgenza

Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le Centrali operative 118, la rete territoriale di Soccorso e la Rete Ospedaliera.

La Regione Abruzzo, con Decreto Commissariale 11/2013, ha definito il sistema dell'emergenza-urgenza regionale al fine di giungere all'integrazione di tutti i nodi della sua rete costituiti dalle Centrali operative 118, dai mezzi dell'emergenza territoriale e dalla rete di strutture dell'emergenza funzionalmente differenziate in punti di primo intervento (PPI), Pronto Soccorso Ospedalieri e Dipartimenti di Emergenza Accettazione (DEA).

Nella ASL di Avezzano, Sulmona, L'Aquila è presente un DEA di primo livello con funzioni di Hub nel Presidio Ospedaliero "San Salvatore" dell'Aquila.

Risultano attivi i Pronto Soccorso presso gli ospedali di Avezzano, Sulmona e Castel di Sangro.

A Pescara il Presidio Ospedaliero è stato riconvertito in PTA e in PPI, mentre a Tagliacozzo tale riconversione è stata effettuata solo come PTA e, per la nota Sentenza del TAR non è stata effettuata la riconversione come PPI.

In particolare, per il triennio 2016-2018, relativamente al capitolo Emergenza Urgenza, l'Azienda intende procedere secondo quanto riportato nella Tabella 14 A

Sanità Digitale

Sono riportate nella tabella 14 B le azioni che la Azienda intende intraprendere per raggiungere gli obiettivi prefissati dagli Strumenti di Programmazione 2016-2018, adottati dalla regione con DCA 104/2015.

*Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico*

TABELLA 14 A: SERVIZIO DPF 017 – Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT – Emergenza Urgenza

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
Integrazione Pronto Soccorso-118	<p>Il sistema informatico in uso presso la centrale operativa 118 è già predisposto per interagire con quello dei PP.SS. dell'Azienda.</p> <p>Per realizzare l'integrazione tra i due gestionali è necessario che i software in uso nelle UU.OO. di pronto Soccorso vengano testati al fine di raggiungere l'integrazione con la piattaforma in uso al 118.</p> <p>Per la realizzazione dell'obiettivo si dovrà all'uopo incaricare la società Beta 80 che cura il sistema informatico in uso presso tutte le Centrali Operative 118 della Regione Abruzzo.</p>	<p>ANNO 2016 Incaricare la Società che cura il sistema informativo in uso presso tutte le Centrali Operative 118 della Regione Abruzzo di testare i software in uso nelle UU.OO. di Pronto Soccorso e integrazione con la piattaforma in uso presso le CC.OO. di 118. Formazione del personale all'utilizzo della nuova procedura.</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Monitoraggio processo di integrazione e perfezionamento dei protocolli operativi</p>	<p>ANNO 2016 Conclusione del processo di integrazione dei sistemi e formazione del personale.</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Revisitazione dei protocolli operativi rivisitati e perfezionati</p>	<p>L'impatto economico potrà essere valutato solamente dopo che la Regione avrà provveduto a suddividere per le quattro AASSLL abruzzesi il preventivo elaborato a livello regionale dalla Società Beta 80.</p>	<p>Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza</p>
Esposizione dei Posti letto su gestionali Centrali Operative 118	<p>La società Beta 80 che cura il sistema informatico in uso presso tutte le Centrali Operative 118 della Regione Abruzzo ha già predisposto il gestionale dei posti letto che in questa prima fase riguarda solo alcuni reparti dell'Ospedale HUB di L'Aquila così come meglio specificato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparto di Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.) • Rianimazione • Ginecologia ed Ostetricia <p>All'uopo sono state abilitate le utenze del personale che lavora in detti reparti per la segnalazione dei posti letto disponibili al terminale collocato presso la C.O. 118.</p> <p>A partire dal 1° dicembre potranno cominciare ad essere inviate le informazioni in tempo reale, per ora limitatamente dei reparti sopramenzionati, che verranno automaticamente rese visibili all'operatore 118 in turno.</p> <p>Da un punto di vista della tecnologia il programma è già predisposto per ricevere tali informazioni da tutti i reparti dei PP.OO. della ASL.</p>	<p>ANNO 2016 Inizio della prima fase di utilizzo del gestionale del PP.LL. Individuazione, da parte dell'Azienda, dei responsabili del corretto, continuo e costante caricamento su apposita soluzione WEB ed in tempo reale delle disponibilità dei PP.LL. Estensione dell'utilizzo del gestionale anche alle UU.OO. non afferenti alle reti tempo dipendenti attraverso la attuazione delle seguenti fasi operative: 1. dotazione di un PC con collegamento ad internet in tutti i reparti e/o integrazione dove non fossero presenti 2. Incaricare la società titolare del software ad effettuare la formazione del personale come già avvenuto per il personale dei reparti precedentemente citati (Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.), Rianimazione e Ginecologia ed Ostetricia). Tale azione potrà essere progressiva nel triennio, privilegiando i reparti coinvolti nella gestione delle patologie tempo dipendenti (tutte le Rianimazioni le UTIC, le Neurologie sede di Stroke Unit e le Neurochirurgie), per poi procedere in una fase successiva su tutti gli altri reparti. Con la realizzazione delle azioni di cui al precedente punto, tali dati saranno fruibili anche dai PP.SS.</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Consolidamento e messa a regime della procedura (anche per le UUOO aziendali di Pronto Soccorso).</p>	<p>ANNO 2016 Utilizzo del gestionale del PP.LL. e redazione dell'atto formale di individuazione dei responsabili del corretto, continuo e costante caricamento su apposita soluzione WEB ed in tempo reale delle disponibilità dei PP.LL.</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Regolare utilizzo del gestionale da tutte le UU.OO. aziendali</p>	<p>L'impatto economico potrà essere valutato solamente dopo che la Regione avrà provveduto a suddividere per le quattro AASSLL abruzzesi il preventivo elaborato a livello regionale dalla Società Beta 80.</p>	<p>Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza</p> <p>Responsabile UO Servizio Emergenza Territoriale e 118</p> <p>Responsabile UO Servizio Sistemi Informativi Aziendale</p>

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

(segue) **TABELLA 14 A: SERVIZIO DPF 017 – Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT – Emergenza Urgenza**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
3 Potenziamento della Sala Operativa di Continuità Assistenziale	<p>Il sistema è già pronto ed operativo sin dal mese di aprile 2015. Presso i locali della C.O. 118 è presente la postazione della Centrale Unica di Continuità assistenziale (unico caso in Abruzzo) che è raggiungibile direttamente attraverso un numero telefonico dedicato, ovvero attraverso gli operatori della centrale operativa stessa, qualora la telefonata pervenga da quest'ultima.</p> <p>Nella prima fase di rodaggio è stato deciso di mantenere attive anche le utenze delle sedi di Continuità Assistenziale, limitando così il flusso di chiamate alla Postazione Unica Centralizzata. I Distretti Sanitari si occuperanno della cessazione delle utenze telefoniche ancora in uso presso le sedi di Continuità Assistenziale della ASL.</p> <p>Tuttavia, in coincidenza con tale azione si renderà necessario potenziare l'unica postazione telefonica tuttora esistente con almeno un'altra unità. Per la realizzazione di tale azione sarà necessario dare incarico alla Società che ha realizzato la postazione unica di prevedere la formazione del personale e la fornitura delle dotazioni tecnologiche necessarie.</p>	<p>ANNO 2016 Totale dismissione dei numeri ad accesso diretto. L'azione, che prevede la cessazione delle utenze telefoniche ancora in uso presso le sedi di Continuità Assistenziale della ASL, è competenza dei Responsabili dei Distretti.</p> <p>Potenziare l'unica postazione telefonica tuttora esistente con almeno un'altra unità di personale;</p> <p>Incaricare la società che ha realizzato la postazione unica di redigere un preventivo per la formazione del personale e la fornitura delle dotazioni tecnologiche necessarie.</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Implementazione del sistema ed integrazione in modo funzionale del servizio di Emergenza 118 e del servizio della Sala Operativa di Continuità Assistenziale.</p>	<p>ANNO 2016 Cessazione delle utenze telefoniche ancora in uso presso le sedi di Continuità Assistenziale della ASL (azione di competenza dei Distretti Sanitari)</p> <p>Riorganizzazione sul territorio delle sedi di Continuità Assistenziale ;</p> <p>Piano di formazione del personale</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Messa a regime del sistema</p>	<p>L'impatto economico potrà essere valutato solamente dopo che la Regione avrà provveduto a suddividere per le quattro AASSLL abruzzesi il preventivo elaborato a livello regionale dalla Società Beta 80.</p>	<p>Direttore del Dipartimento di Emergenza Urgenza Direttori dei Distretti Sanitari</p>

*Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico*

TABELLA 14 B: SERVIZIO DPF 017 – Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT – Sanità Digitale ICT

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
1 Tessera Sanitaria - Ricetta dematerializzata	<p>La ASL con Delibera del D.G. n.1129 dell'1/07/2011 ha ritenuto di costituire un Gruppo Aziendale Responsabile dell'intera gestione del Progetto Tessera Sanitaria (ex art. 50 L.326/03). In seguito alla predisposizione del Decreto commissariale n. 21/2012 per l'applicazione dell'art.32 dell'ACN ha avviato un'opera di sensibilizzazione dei medici ad adempiere alle pratiche di trasmissione contestuale delle ricette informatizzate sul sistema TS.</p> <p>E' stata avviata secondo il crono programma regionale la procedura di dematerializzazione della ricetta cartacea di cui al DM 2 novembre 2011. L'utilizzo della ricetta dematerializzata è in via di completa estensione all'interno delle strutture ospedaliere e dei poliambulatori per il personale sanitario dipendente, per le prescrizioni sia farmaceutiche che per prestazioni ambulatoriali. Occorre predisporre sessioni formative per l'addestramento all'uso del modulo di richiesta della ricetta dematerializzata</p>	<p>ANNO 2016 Integrazioni e modifiche del Gruppo per la Gestione Art.50 Tessera Sanitaria (Delibera D.G. n.1129/11);</p> <p>Estensione dell'utilizzo della ricetta dematerializzata all'interno delle strutture ospedaliere e dei poliambulatori per il personale sanitario dipendente</p> <p>Redazione di un programma di formazione per l'utilizzo del modulo di richiesta della ricetta dematerializzata</p> <p>Inizio attività formativa</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Monitoraggio dell'utilizzo della ricetta dematerializzata nelle signole UU.OO. delle strutture aziendali</p> <p>Svolgimento attività formativa</p>	<p>ANNO 2016 Redazione dell'atto di modifica e integrazione del Gruppo per la Gestione Art.50 Tessera Sanitaria;</p> <p>Incremento del n. di ricette dematerializzate: n. ricette demat.2016>N ricette demat. 2015</p> <p>Programma di formazione per l'utilizzo del modulo di richiesta della ricetta dematerializzata</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Incremento del n. di ricette dematerializzate: n. ricette demat.2017>N ricette demat. 2016 n. ricette demat.2018>N ricette demat. 2017</p> <p>Attuazione del programma di formazione</p>	<p>L'impatto economico è limitato ai costi di manutenzione e formazione per circa 5.000 € annui.</p>	<p>Responsabile della UO Servizio Sistemi Informativi Aziendale e , per la parte di propria competenza, Responsabile del Sistema di Accesso e Customer Service (Front office), Direttori di Dipartimento e dei Distretti Sanitari</p>
2 Tessera Sanitaria - 730 precompilato	<p>È stato completata la procedura per l'invio dei dati relativi alle prestazioni sanitarie al MEF per la formulazione del modello 730 precompilato per quanto riguarda l'attività delle strutture pubbliche. Il monitoraggio dell'invio per le strutture pubbliche verrà svolto con l'U.O. Gestione Risorse Finanziarie e con l'U.O. Sistema Accesso Customer Service. Relativamente alle strutture Private è necessario sottolineare che al momento l'Azienda ha la disponibilità di un numero di agende e, nell'ambito delle singole agende, di un numero limitato di posti prenotabili. Non dispone quindi del numero e della valorizzazione delle prestazioni erogate per singolo utente.</p> <p>Si evidenzia tuttavia che la U.O. Controllo Strutture Accreditate ha provveduto a trasmettere alle Strutture Private di competenza della ASL provinciale la normativa e quanto necessario affinché provvedessero autonomamente alla trasmissione dei dati al MEF.</p>	<p>ANNO 2016 Trasmettere i dati nei termini fissati dalla normativa vigente.</p> <p>Programmare degli incontri con le Strutture Private al fine di monitorare l'invio dei dati richiesti e/o analizzare le eventuali criticità.</p> <p>Programmare, anche con il supporto degli Ordini di categoria, eventi divulgativi per coinvolgere all'iniziativa i privati autorizzati.</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Trasmettere i dati nei termini fissati dalla normativa vigente.</p> <p>Attuare eventi divulgativi</p>	<p>ANNO 2016 Trasmissione dei dati nei termini fissati dalla normativa vigente.</p> <p>Svolgimento incontri con le Strutture Private al fine di monitorare l'invio dei dati richiesti e/o analizzare le eventuali criticità.</p> <p>Redazione di un elenco dei provati autorizzati e redazione di un programma degli eventi divulgativi da svolgere.</p> <p>BIENNIO 2017-2018 Trasmissione dei dati nei termini fissati dalla normativa vigente.</p> <p>Svolgimento di almeno n. 1 evento per anno</p>	<p>Le azioni previste non prevedono al momento costi aggiuntivi.</p>	<p>Responsabile della UO Servizio Sistemi Informativi Aziendale per la parte relativa all'invio dei dati.</p> <p>I Direttori dei Distretti Sanitari e il Responsabile del Servizio Relazioni Esterne per quanto attiene l'organizzazione degli eventi divulgativi.</p> <p>Il Responsabile della U.O. Controllo Strutture Accreditate per la parte relativa per il monitoraggio della trasmissione dei dati da parte delle strutture private accreditate .</p>

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

(segue) TABELLA 14 B: SERVIZIO DPF 017 – Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT – Sanità Digitale ICT

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO	RESPONSABILE PROCEDIMENTO ATTUATIVO
3 Tessera Sanitaria - CNS	<p>Le attività di configurazione delle C.N.S. incorporate nella nuova Tessera Sanitaria sono disponibili presso gli sportelli per la scelta e revoca dell'assistenza di base (MMG/PLS).</p> <p>Deve essere migliorata la comunicazione istituzionale per diffondere al meglio l'informazione relativa alla possibilità di attivazione della CNS e ai vantaggi derivanti dal suo uso.</p> <p>Per quanto riguarda la possibilità di consultazione di dati personali, esenzioni ed autocertificazioni, occorrerà predisporre postazioni di lavoro a disposizione del pubblico presso i Distretti Sanitari che, in collegamento con il sistema TS del MEF, diano accesso ai propri dati ivi gestiti, secondo le procedure definite dallo stesso MEF.</p> <p>Sulle stesse postazioni potranno essere attivate sessioni di lavoro sul portale pubblico del CUP in essere per lo svolgimento delle operazioni previste (consultazione/cancellazione appuntamenti, pagamento di prestazioni, prenotazione di attività in ALPI) e inoltre saranno gestibili sessioni di lavoro sul sistema FSE, per consultazione e gestione dei propri dati.</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Programmazione delle campagne di informazione, anche attraverso il coinvolgimento i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, affinché l'utenza possa conoscere i vantaggi derivanti dall'uso della CNS e della relativa modalità di configurazione.</p> <p>Istallare delle postazioni di lavoro a disposizione del pubblico presso i Distretti Sanitari</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Monitorare, da parte dei Distretti Sanitari, l'attività di configurazione delle CNS e svolgimento di eventuali ulteriori campagne di informazione e/o ulteriori incontri con i MMG e PLS</p>	<p>ANNO 2016</p> <p>Attuazione di almeno n. 1 campagna di informazione relativa all'uso del CNS e della relativa modalità di configurazione.</p> <p>Svolgere, con il coinvolgimento dei Distretti Sanitari (UUOO distrettuali <i>Cure Primarie</i>), almeno n. 1 incontri con i MMG e i PLS</p> <p>Istallazione delle postazioni di lavoro nelle principali sedi distrettuali dell'Azienda (L'Aquila, Avezzano, Sulmona, Castel di Sangro e Tagliacozzo)</p> <p>BIENNIO 2017-2018</p> <p>Produzione, da parte dei Distretti Sanitari, di una reportistica relativa al Monitoraggio dell'attività di configurazione delle CNS e svolgimento di eventuali ulteriori campagne di informazione e/o ulteriori incontri con i MMG e PLS.</p>	<p>Le azioni previste inducono al momento costi aggiuntivi per l'acquisto di n. 10 PC da installare nelle principali sedi distrettuali (per un totale di €5.000,00) e per la realizzazione delle campagne informative, la cui valorizzazione economica dipende sia dalla tipologia di pubblicità da realizzare (televisione, radio, giornali, ecc.), sia dal numero di campagne di informazione che si intendono effettuare.</p>	<p>Il supporto informatico è a cura del: Servizio Sistemi Informativi per la parte informatica (predisposizione postazioni e monitoraggio delle modalità di configurazione delle CNS);</p> <p>Servizio Relazioni Esterne per la parte relativa alle campagne di informazione</p>
4 Fascicolo Sanitario Elettronico	<p>L'obiettivo attiene la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e l'adeguamento informatico e telematico dei gestionali CUP Aziendali per la gestione delle prestazioni di Libera Professione e la completa esposizione delle agende di specialistica pubblica e privata, in aderenza con le iniziative connesse al tema del "Contenimento delle Liste di Attesa".</p> <p>Le procedure per le integrazioni tra applicativi aziendali, dossier sanitario e F.S.E. procedono con l'attivazione delle specifiche tecniche di connessione e acquisizione di interfacce applicative.</p> <p>Al momento la ASL acquisisce nel DSE aziendale le seguenti tipologie di documenti:</p> <p>1) referti ambulatoriali (radiologia) per i presidi di Avezzano, Sulmona, Tagliacozzo, Castel di S. e Pescara;</p> <p>2) lettere di dimissione per i presidi di Avezzano e Tagliacozzo;</p> <p>3) verbale di PS per le UU.OO. di Pronto Soccorso (anche il pediatrico) del PO di L'Aquila.</p> <p>Inoltre, per i presidi Avezzano, Sulmona, Tagliacozzo, Castel di S. e Pescara sarebbe possibile raccogliere anche i referti ambulatoriali di laboratorio analisi.</p> <p>Detti documenti potranno essere pubblicati una volta risolto il problema sulla privacy.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Implementare nel corso del triennio le specifiche tecniche di connessione e acquisizione di interfacce applicative al fine delle integrazioni tra applicativi aziendali, dossier sanitario e F.S.E..</p> <p>Collegamento di ulteriori UUOO (Servizio Cardiologico, Servizio di Anatomia Patologica, Servizio di Chirurgia Endoscopica, ecc.) al DSE.</p> <p>Raccogliere anche i referti ambulatoriali di laboratorio analisi per i presidi di Avezzano, Sulmona, Tagliacozzo, Castel di S. e Pescara.</p> <p>Prevedere, assieme alle UUOO distrettuali Cure Primarie, apposite riunioni con i MMG e i PLS per adeguare all'infrastruttura del FSE i propri programmi di gestione delle cartelle sanitarie di studio, attraverso l'attivazione di moduli di interfaccia dei rispettivi produttori del proprio software gestionale.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018</p> <p>Conclusione dell'attività di integrazione tra applicativi aziendali, dossier sanitario e F.S.E. .</p> <p>Si sottolinea l'esigenza di definire <i>a livello regionale</i> le procedure e le modalità di tutela dei dati sensibili e personali (si ricorda che, a livello aziendale, dette procedure sono attive già da tempo).</p> <p>Raccolta della refertazione ambulatoriale di laboratorio analisi per i presidi di Avezzano, Sulmona, Tagliacozzo, Castel di S. e Pescara.</p> <p>Incremento della documentazione acquisita nel DSE aziendale, soprattutto con riferimento al presidio di L'Aquila.</p> <p>Prevedere per il 2016 almeno N. 2 incontri con i MMG e i PLS per definire le procedure da seguire per il conseguimento dell'obiettivo proposto.</p> <p>Nel corso del biennio 2017-2018 procedere all'attivazione dei moduli</p>	<p>I costi sono compresi nel budget della formazione e della manutenzione previsti nel contratto con la Ditta lasi che si sta occupando dell'aspetto informatico del progetto.</p> <p>I costi per l'attivazione dei moduli di interfaccia erano stati originariamente previsti, nell'ambito del progetto definito dalla Regione Abruzzo</p>	<p>Il supporto informatico è a cura del: Servizio Sistemi Informativi per la parte informatica (predisposizione postazioni e monitoraggio delle modalità di configurazione delle CNS);</p> <p>Direttori di Dipartimento</p> <p>Direttori di Distretto</p>

(segue)

Strumenti di Programmazione 2016-2018
Piano Strategico

(segue) **TABELLA 14 B: SERVIZIO DPF 017 – Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale ICT – Sanità Digitale ICT**

INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	INDICATORI DI RISULTATO	IMPATTO ECONOMICO
5 Anagrafe regionale	<p>Le dotazioni tecniche sono già state acquisite e sono pronte per essere installate per l'utilizzo della nuova modalità web dell'anagrafe regionale. Per quanto riguarda l'integrazione con i sistemi aziendali, sarà ricompresa nelle attività per l'interfaccia con il F.S.E. mentre per i servizi collegati con l'uso della C.N.S. si rimanda a quanto già esposto per le attività relative alla Tessera Sanitaria.</p> <p>L'Azienda ha altresì provveduto ad alimentare le procedure stipendiali dei medici convenzionati.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018 Installare le dotazioni tecniche volte all'utilizzo della nuova modalità web dell'anagrafe regionale.</p> <p>Implementare i collegamenti ed allineare le anagrafiche utilizzate nelle diverse procedure aziendali all'anagrafica regionale.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018 Installazione delle dotazioni tecniche e formazione del personale</p> <p>Implementazione dei collegamenti allineamento delle anagrafiche utilizzate nelle diverse procedure aziendali all'anagrafica regionale.</p> <p>Utilizzo della modalità web dell'anagrafe regionale</p>	
6 Dematerializzazione documentazione clinica	<p>Da anni è attivo in Azienda il RIS/PACS. Ne segue che la totalità della Diagnostica per Immagini e dei relativi referti è, ad oggi, digitale.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018 Estendere la digitalizzazione dei referti ad altre branche specialistiche.</p>	<p>TRIENNIO 2016-2018 Estensione della refertazione digitalizzata</p>	<p>L'impatto economico potrà essere valutato solo dopo aver stabilito le ulteriori specialità rispetto alle quali si intende avviare il processo di dematerializzazione della documentazione clinica.</p>

Il Direttore Generale
(Dott. Rinaldo TORDERA)