



**ASSn6**  
FRIULI  
OCCIDENTALE

C onoscenza  
R esponsabilità  
E quità  
A ppartenenza  
R elazione  
E ccellenza

S icurezza  
A mbiente  
L egalità  
U manità  
T rasparenza  
E fficienza

---

## PIANO ATTUATIVO LOCALE 2012

## INDICE

<b>PREMESSA</b>	<b>5</b>
<b>INDIRIZZI AZIENDALI</b>	<b>6</b>
<b>DISTRETTI</b>	<b>6</b>
RIORGANIZZAZIONE SERVIZI TERRITORIALI	6
Convenzioni con le Residenze protette per anziani non autosufficienti	6
Avvio della sperimentazione di una Piattaforma Ambulatoriale Aziendale	6
Ridefinizione delle attività ginecologiche e recupero di appropriatezza della funzione ostetrica	6
Distrettualizzazione della aree ad alta integrazione socio-sanitaria.	6
NUOVI SVILUPPI DI ATTIVITÀ E STRUTTURE	7
Assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa	7
Aumento convenzioni per specialistica ambulatoriale	7
Associazionismo dei MMG	7
Progetto Maniago	7
Prenotazione Cup alle farmacie	7
Privati accreditati	8
Riorganizzazione logistica e attivazione Pediatria di Gruppo presso il Presidio ospedaliero di Sacile	8
SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	8
<b>DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE</b>	<b>8</b>
Realizzazione della rete dei CSM 24 h	8
Centro Disturbi Alimentari	8
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>	<b>9</b>
Il nuovo modello organizzativo	9
<b>DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE</b>	<b>9</b>
Acquisizione della struttura e attivazione del centro diurno	9
Il nuovo modello organizzativo	9
<b>SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIE INFORMATICHE</b>	<b>10</b>
<b>RINNOVO TECNOLOGICO DELLA CENTRALE TERMICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SACILE</b>	<b>10</b>
<b>PERSONALE</b>	<b>10</b>
<b>LE CITTADELLE DELLA SALUTE</b>	<b>11</b>
Premessa	11
Obiettivi	12
Funzioni Sanitarie	13
Funzioni Sociali	14
Funzioni Commerciali	14
Funzioni Legate al Tempo Libero	14

Caratteristiche Ambientali	14
Le possibili Cittadelle della Salute in Provincia di Pordenone	15
<b><u>LINEE PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI</u></b>	<b>17</b>
<b>1.3.1 CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA</b>	<b>17</b>
Linea 1.3.1.1: Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa	17
Linea 1.3.1.2: Semplificazione delle prescrizioni specialistiche	18
Linea 1.3.1.3: Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale	18
Linea 1.3.1.4: Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo nell'erogazione delle prestazioni	19
Linea 1.3.1.5: Libera professione	20
Linea 1.3.1.6: Criteri di priorità	21
<b>1.3.2 PREVENZIONE</b>	<b>21</b>
Linea 1.3.2.1: Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali	21
Linea 1.3.2.2: Prevenzione infortuni e malattie professionali	23
Linea 1.3.2.3: Prevenzione obesità	25
Linea 1.3.2.4: Prevenzione incidenti stradali	25
Linea 1.3.2.5: Prevenzione incidenti domestici	26
Linea 1.3.2.6: Programma guadagnare salute	27
Linea 1.3.2.7: Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	28
Linea 1.3.2.8: Programmi di sorveglianza	29
Linea 1.3.2.9: Programmi di screening	30
Linea 1.3.2.10: Prevenzione cardiovascolare	30
Linea 1.3.2.11: Sinergie nell'attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria	31
Linea 1.3.2.12: Ambiente e salute: attivazione di coordinamento e sinergie con ARPA, province e comuni	31
<b>1.4.3 ASSISTENZA SANITARIA</b>	<b>31</b>
Linea 1.3.3.1: Accreditemento	31
Linea 1.3.3.3: Sicurezza e governo clinico	33
Linea 1.3.3.4: Assistenza protesica	35
Linea 1.3.3.5: Cure palliative	35
Linea 1.3.3.6: Trapianti e attività del CRT	36
Linea 1.3.3.7: Piano Sangue – AREA VASTA PORDENONESE	36
<b>1.3.4 INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA</b>	<b>37</b>
Linea 1.3.4.1: Paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	37
Linea 1.3.4.2: Riabilitazione	38
Linea 1.3.4.3: Dipendenze	39
Linea 1.3.4.4: Salute mentale	40
Linea 1.3.4.5: Materno infantile	42
Linea 1.3.4.6: Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	42
Linea 1.3.4.7: Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF"	46
Linea 1.3.4.8: Pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria e per la presa in carico integrata – partecipazione alla elaborazione del PDZ dei SSC	47
Linea 1.3.4.10: Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate	48

<b>1.3.6 SISTEMA INFORMATIVO</b>	<b>49</b>
Linea 1.3.6.1: Privacy	50
Linea 1.3.6.2: Prescrizione elettronica	50
Linea 1.3.6.3: Firma digitale	50
Linea 1.3.6.6: Nuovo sistema di governo	51
Linea 1.3.6.7: Qualità della cura	51
Linea 1.3.6.8: SISAVER	51
<b>RIORDINO DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE E DI SUPPORTO</b>	<b>52</b>
<b>RISORSE</b>	<b>54</b>
<hr/>	
<b>GESTIONE DELLE RISORSE UMANE</b>	<b>54</b>
STATO DELL'ARTE	54
MANOVRA DEL PERSONALE – PIANO ASSUNZIONI 2012	56
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	57
DISPOSIZIONI STATALI SULLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI E SUL LAVORO PUBBLICO	57
PIANO AZIENDALE DELLE ATTIVITA' FORMATIVE	58
PROGETTUALITA'	58
<b>PROGRAMMA DEGLI INVESTIMENTI</b>	<b>59</b>
PIANO INVESTIMENTI EDILI IMPIANTISTICI 2012	59
VARIAZIONI DI PIANO INVESTIMENTI EDILI-IMPIANTISTICI ANNO 2011	59
ACQUISTO BENI MOBILI E TECNOLOGIE	59
VARIAZIONE PIANO INVESTIMENTI 2011	60
<b>IL MECCANISMO DI FINANZIAMENTO</b>	<b>61</b>
<b>ALLEGATI</b>	<b>61</b>
<hr/>	
Allegato A.1) Piano di produzione dell'Area vasta Pordenonese per il contenimento dei tempi di attesa	61
Allegato A.2) Tabella per la programmazione volumi quali-quantitativi	61
Allegato A.3) Schede descrittive del piano investimenti	61
Allegato A.4) Bilancio preventivo annuale 2012	61
Allegato A.4.1) Tabelle previsione 2012	61
Allegato A.5) Meccanismo di finanziamento Accordo di Area Vasta	61

## PREMESSA

---

Le linee per la gestione 2012 del servizio sanitario regionale prefigurano uno stato di forte instabilità determinato dalla volontà, espressa dal Presidente della Giunta Regionale, di addivenire ad una riforma del sistema nel corso dell'anno; tale riforma prevederebbe l'accorpamento delle Aziende sanitarie territoriali in un'unica azienda coincidente con l'intero territorio regionale. Al momento della stesura del presente PAL non sono ancora stati emanati i provvedimenti legislativi in tal senso, pertanto, in tale contesto di indeterminazione, il PAL dell'ASS6 "Friuli occidentale" concentrerà le proprie azioni sui servizi, in modo da non entrare in contrasto con l'eventuale mutamento istituzionale tracciato. Tutti i progetti e le azioni successivamente descritte sono pensate in questa logica.

In tale contesto, rimangono comunque validi i contenuti del piano sanitario e sociosanitario regionale 2010-2012 che certificano una carenza di offerta di servizi sanitari territoriali nella provincia di Pordenone. Per problemi legati alla disponibilità di risorse, tali valori sono stati soltanto marginalmente corretti nel corso del 2011, anno in cui si è registrata un'inversione di tendenza rispetto al passato ed alcuni dati sono migliorati. A titolo di esempio si cita lo standard relativo al personale assegnato al dipartimento delle dipendenze passato da 0,7 a 0,9 (valore di riferimento regionale 1,4 ogni 10.000 abitanti). Oppure il personale dedicato all'assistenza infermieristica domiciliare che, limitatamente al distretto Nord, è passato da 3,5 a 4,7 operatori ogni 10.000 abitanti.

Per il 2012, pertanto, l'impegno dell'azienda sarà teso all'ulteriore potenziamento dei servizi domiciliari e per le dipendenze in modo da avvicinare la presenza del personale agli standard regionali previsti dal PSSR 2010-2012, mentre per le altre funzioni distrettuali e dipartimentali sono previste delle riorganizzazioni interne che possono trovare la loro validità, qualunque sarà l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale.

Contemporaneamente, intervenendo sui processi piuttosto che sulle strutture, si cercherà di sviluppare l'intera rete delle cure domiciliari (RSA, Centri diurni, sperimentazione su "l'abitare possibile", case albergo, ecc.), soprattutto nelle zone con maggior disagio e forte presenza di anziani, in modo da contrastare efficacemente il rischio di istituzionalizzazione degli stessi. Questo tipo d'intervento sarà particolarmente sviluppato nel Distretto Nord all'interno del progetto, L.R. 26/2005 art. 22, "Azioni di sistema per la promozione della domiciliarità e dell'accessibilità", dove si prevede di favorire lo sviluppo di una rete di residenze protette (azienda per i servizi alla persona, fondazione di partecipazione, altro) che diventi a sua volta fornitrice di servizi (ad esempio fornitura pasti caldi, lavanderia e stireria, ecc.) utile a favorire la domiciliarità degli anziani di quelle zone.

Inoltre, sempre all'interno della stessa progettualità, si intende sperimentare l'attivazione della figura dell'infermiera di comunità di vallata, facendola operare in stretta connessione con le associazioni dei medici di medicina generale del luogo.

Ovviamente queste sperimentazioni saranno, se possibile, estese ad altri territori distrettuali, infatti l'azienda, seguendo anche le indicazioni dell'approvando AIR per la medicina generale che dovrebbe spingere fortemente verso l'associazionismo dei medici di medicina generale, cercherà di coinvolgere i MMG in obiettivi, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit, etc. e in forme organizzative (medicina in rete, di gruppo ed in associazione) anche multi professionali, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale.

In questa ottica si cercherà di collegare in modo forte e concreto l'attività clinica della medicina generale con quella assistenziale degli infermieri domiciliari, creando un circolo virtuoso a tutto vantaggio dell'utenza.

Infine, in assenza di un Atto aziendale aggiornato alle necessità aziendali ed in previsione che l'anno 2012 difficilmente potrà essere un anno durante il quale verranno definite le organizzazioni delle aziende con l'assetto attuale, sarà necessario concordare con la Direzione centrale della salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali le modalità di attivazione di alcune strutture, quali ad esempio il Centro Disturbi Alimentari, l'organizzazione del settore veterinario per il quale l'assetto previsto dall'Atto aziendale vigente non è confacente ai dettami normativi di distinzione delle responsabilità nelle aree A, B e C ed, infine, la ridenominazione delle strutture del Dipartimento per le dipendenze in quanto non in linea con i problemi sanitari attuali che prevedono l'abuso di più sostanze contemporaneamente assunte dagli stessi soggetti.

## INDIRIZZI AZIENDALI

---

### DISTRETTI

#### Riorganizzazione Servizi Territoriali

##### **Convenzioni con le Residenze protette per anziani non autosufficienti**

Per superare le attuali differenze presenti nelle convenzioni con le Strutture Residenziali, l'Azienda opererà al fine di rendere omogenei gli accordi bilaterali operativi tra strutture e distretti mediante l'adozione di un unico modello di convenzione, orientato a criteri di equità e di riequilibrio degli standard di rimborso del personale infermieristico e dei fisioterapisti, in attesa dell'applicazione del percorso di riclassificazione e nuova autorizzazione ai sensi della DGR 0333/2009, mantenendo inalterato il totale dei finanziamenti.

Per aumentare la qualità della vita degli ospiti, sarà sviluppato un programma di promozione della salute orale e prevenzione delle patologie orali più diffuse, con l'introduzione della figura dell'igienista dentale, secondo un percorso periodico calendarizzato, nelle strutture residenziali per non autosufficienti convenzionate con l'ASS6.

##### **Avvio della sperimentazione di una Piattaforma Ambulatoriale Aziendale**

Nel corso del 2012 verrà avviata in via sperimentale la riorganizzazione di tutte le attività di specialistica ambulatoriale. L'obiettivo prioritario è il recupero di efficienza organizzativa, ottimizzazione delle risorse, anche al fine di sviluppare altre funzioni, omogeneità dei percorsi e delle procedure.

Per la realizzazione del progetto verrà individuato un Coordinatore unico a valenza interdistrettuale, mantenendo decentrate le attività nei Distretti.

##### **Ridefinizione delle attività ginecologiche e recupero di appropriatezza della funzione ostetrica**

Nell'ottica di ricondurre ad una maggior unitarietà le attività distrettuali e superare, ove possibile, il frazionamento dei processi di cura in differenti luoghi di trattamento si rende necessario rivalutare l'attuale offerta di prestazioni e servizi dei consultori familiari. Nel 2012 le attività ginecologiche, oggi svolte all'interno dei consultori saranno ricollocate nell'ambito delle funzioni polispecialistiche ambulatoriali di distretto. Parallelamente la figura dell'ostetrica verrà più propriamente utilizzata nell'ambito della prevenzione e accertamento dei tumori della cervice uterina (screening regionale) e per l'attività di counseling nella psicoprofilassi al parto e nei programmi di assistenza materna e neonatale.

##### **Distrettualizzazione delle aree ad alta integrazione socio-sanitaria.**

Nel corso del 2011 si è aperta all'interno dell'ASS6 una riflessione attorno alle funzioni integrate che possono essere sviluppate in ambito distrettuale partendo dall'individuazione di aree ad alta integrazione (abitare sociale, lavoro, minori con famiglie multiproblematiche) sulle quali far convergere gli sforzi di programmazione e di organizzazione funzionale di distretti e dipartimenti.

Rispetto alle tre aree individuate è stata avviata anche un'importante interlocuzione con gli ambiti nella prospettiva di un'integrazione istituzionale che a regime potrebbe estendersi anche ad altri soggetti.

Nel 2012 si prevede:

- l'assunzione di un ruolo centrale del distretto come luogo effettivo dell'integrazione sociosanitaria, con l'attribuzione di specifiche responsabilità in merito alle aree individuate
- lo sviluppo di modelli operativi denominati staff funzionali (chiaramente descritti e puntualmente verificati) che escano dalla logica esclusiva di appartenenza al servizio.

Nel corso del 2012 si prevede un'ulteriore sperimentazione relativa alla domiciliarità in particolare al Distretto Nord.

Infatti l'assistenza domiciliare realizzata dai servizi distrettuali, con varie forme di integrazione, è uno degli strumenti della 'domiciliarità', ma questo concetto è ben più ampio e articolato e diventerà sempre più centrale nelle politiche sociosanitarie future e nei nuovi sistemi di welfare comunitario che stanno progressivamente emergendo.

## Nuovi Sviluppi di Attività e Strutture

### **Assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa**

Si prevede il potenziamento dei servizi domiciliari in modo da proseguire l'avvicinamento della presenza del personale infermieristico e riabilitativo agli standard regionali tramite il recupero del personale infermieristico e dei fisioterapisti che deriverà dal completamento delle operazioni di riorganizzazione attualmente in corso con le Residenze protette per anziani non autosufficienti.

### **Aumento convenzioni per specialistica ambulatoriale**

Dall'analisi dei dati relativi al piano di produzione di Area vasta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il contenimento dei tempi, si sono evidenziate alcune aree rispetto alle quali orientare il potenziamento dell'offerta. Tale potenziamento verrà realizzato in maniera equilibrata fra le aree distrettuali della provincia, secondo le valutazioni che verranno effettuate in prossimità delle attivazioni o dei potenziamenti:

**Pneumologia:** l'incremento di disponibilità territoriale dello specialista è collegato all'ottimizzazione dell'ossigeno terapia domiciliare, nonché alla condivisione di protocolli con i MMG orientati alla riduzione dei tassi di ospedalizzazione per BPCO e polmoniti comunitarie in particolare nel distretto Nord dove si sono osservati incrementi dei tassi specifici di ospedalizzazione per patologia.

**Neurologia:** il potenziamento è orientato alla gestione delle patologie cronic-degenerative (demenze senili, Malattia di Alzheimer, ecc.) piuttosto che sulla patologia acuta per la quale è opportuno rivolgersi alle strutture specialistiche ospedaliere che sono attrezzate anche per l'esecuzione di esami strumentali avanzati.

**Riabilitazione:** potenziamento orientato alla riabilitazione specialistica con particolare riferimento alla prevenzione terziaria di cardiopatie ischemiche e BPCO, oltre ai più classici trattamenti riabilitativi ortopedici e conservativi.

**Oculistica:** data l'estrema disomogeneità organizzativa e gestionale dell'offerta territoriale che eroga più del 60% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nel 2012 si procederà alla revisione delle agende di prenotazione (con regolamentazione delle agende attualmente a gestione autonoma degli specialisti convenzionati) e dell'esame del fundus oculi che deve essere tendenzialmente orientato a percorsi diagnostico terapeutici dedicati (es. diabete).

**Odontostomatologia:** la distribuzione dell'offerta territoriale sarà delineata indicando in maniera esplicita i livelli di assistenza collegati e i criteri di accessibilità (ad esempio sessioni dedicate alla strutture residenziali per anziani e collegate ad una funzione filtro dell'igienista dentale delle residenze protette).

### **Associazionismo dei MMG**

Come evidenziato in premessa, l'azienda si orienterà verso l'associazionismo dei medici di medicina generale, verso forme organizzative (medicina in rete, di gruppo ed in associazione) anche multi professionali, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale.

Per favorire la partecipazione dei MMG ai progetti aziendali, si prevede la stipula di specifici accordi sulla base delle indicazioni dell'Accordo Integrativo Regionale.

### **Progetto Maniago**

Proseguirà l'attuazione di quanto previsto nel Progetto Maniago che verrà ulteriormente implementato anche attraverso l'attuazione della L.R. 26/2005 art. 22 "Azioni di sistema per la promozione della domiciliarità e dell'accessibilità", descritto in premessa. Inoltre, nell'ambito della gestione dello scompenso cardiaco, verrà aperto un ambulatorio cardiologico a Claut per 4 ore/mese. L'ampliamento dei posti di RSA ed Ospedale di comunità rimane condizionato dalla chiusura dei posti letto di Medicina interna da parte dell'AOSMA.

### **Prenotazione Cup alle farmacie**

L'avvio del sistema CUP-Web consente di gestire la prenotazione degli esami specialistici presenti a CUP e il pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa da parte del cittadino; l'attività verrà progressivamente implementata su tutto il territorio provinciale a partire dai distretti Nord e Sud, per essere successivamente estesa anche agli altri distretti. L'Azienda, inoltre, valuterà la possibilità di far eseguire presso le farmacie alcuni esami strumentali (es. spirometrie, INR, ecc.).

### **Privati accreditati**

A partire dalle valutazioni emerse dal piano di produzione di Area vasta per il contenimento dei tempi di Attesa, non vi sono evidenze di carenze dell'offerta in ambito radiologico. I tempi di attesa sono rispettati per tutte le prestazioni di branca: saranno eventualmente privilegiate le prestazioni di diagnostica ecografica ed ecodoppler TSA e periferici. Si valuterà l'estensione dell'offerta di visite ginecologiche a CUP per la Casa di Cura San Giorgio e l'estensione di offerta ortopedica in ordine alla fuga storica sulle strutture private extraregionali.

### **Riorganizzazione logistica e attivazione Pediatria di Gruppo presso il Presidio ospedaliero di Sacile**

Si procederà alla ristrutturazione del 2° piano del presidio ospedaliero di Sacile per ricollocare gli ambulatori di fisiatria rendendoli attigui al reparto di riabilitazione recentemente attivato dall'AOSMA. Questo spostamento permetterà di liberare i locali attualmente occupati da detti ambulatori per permettere l'attivazione e l'avvio della pediatria di gruppo.

### **Servizio di neuropsichiatria Infantile**

Il servizio momentaneamente, dopo la cessazione per pensionamento del Dirigente la struttura, è stato aggregato alla Direzione sanitaria e dipende direttamente da Direttore sanitario stesso. Tale scelta è stata operata in attesa di una riorganizzazione di tutta l'area materno infantile, dell'età evolutiva e della famiglia dei distretti.

Si prevede infatti di ridefinire tali attività in una logica trasversale ai servizi interessati soprattutto il Consultorio familiare, il Centro dei disturbi del comportamento alimentare e la Neuropsichiatria in stretta integrazione con l'area minori del Servizio Sociale dei Comuni.

Relativamente al Servizio è prevista una riorganizzazione della funzione di accoglimento e filtro della domanda a livello centrale. Attraverso una revisione qualitativa della dotazione organica si prevede l'incremento di 1 logopedista e 1 psicomotricista.

## **DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

### **Realizzazione della rete dei CSM 24 h**

È stata condivisa la necessità di adottare delle strategie organizzative e logistiche coerenti con il modello previsto dalla Pianificazione regionale (rete dei CSM 24 H) per realizzare la presa in carico e la continuità terapeutico-assistenziale sottesa al modello dei CSM sulle 24.

Nel 2012 per le aree Nord e Sud sarà consolidata la realizzazione dell'organizzazione dei CSM 24h, a seguito dell'avvio dell'integrazione tra le equipe assistenziali dei CSM e i servizi 24h avvenuta nel 2011; l'area Urbana dovrà realizzare l'integrazione tra le equipe assistenziali dei CSM e del servizio 24h e darà attuazione all'attivazione della sede unica.

Verrà avviata la struttura complessa di rilievo regionale Centro Disturbi Alimentari, attivata a San Vito al Tagliamento.

Nel 2012 si prevede di assumere il direttore della struttura complessa Centro Disturbi Alimentari.

### **Centro Disturbi Alimentari**

Si prevede l'attivazione della struttura complessa di rilievo regionale Centro Disturbi Alimentari ubicata a San Vito al Tagliamento, nonché la nomina del direttore della stessa. Per quanto riguarda la sede, l'Azienda ha in corso le procedure di gara per l'affitto, sempre nel comune di San Vito al Tagliamento. Per dar corso all'attività, che si ritiene di svolgere con personale proprio, ove le regole regionali non permettano di aumentare la dotazione organica aziendale di personale dipendente, l'Azienda procederà ad una convenzione con la Casa di Riposo di San Vito al Tagliamento per la gestione del modulo di RSA. In tal modo, il personale recuperato permetterà l'apertura del Centro sulle 24h, nonché l'implementazione di alcuni servizi nel territorio.

## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

### Il nuovo modello organizzativo

È obiettivo aziendale per il 2012 operare verso una maggiore diffusione nel territorio del servizio, cercando di integrare l'attività di sanità pubblica con quella distrettuale in particolare per la promozione della salute, le politiche ambientali e la prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro, orientando le funzioni e i processi rivolgendoli alle realtà locali, al rispetto delle buone norme di prevenzione e superando l'atteggiamento prevalentemente incentrato sulle pratiche autorizzative e sanzionatorie. Il modello organizzativo dovrà essere più funzionale ad un ruolo più efficace del dipartimento, che deve realmente collegare prevenzione e percorsi assistenziali e svolgere la funzione di gestore delle interdipendenze con i soggetti interni ed esterni al sistema sanità. L'interdipendenza e l'alleanza andrà ricercata, oltre che con i Distretti, con i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze, con i presidi ospedalieri di Area Vasta, l'ARPA, gli Enti Locali, le Istituzioni Scolastiche, il mondo del lavoro e tutti gli enti pubblici e privati portatori di interesse.

Dovrà essere rivista l'organizzazione del servizio amministrativo, orientandolo alla trasversalità delle competenze, rispetto alla specificità, fatte salve le peculiarità delle singole strutture.

La riorganizzazione dell'Area veterinaria, che si rende necessaria per assicurare la distinzione delle responsabilità per le aree A, B e C, si dovrà completare con la copertura dei posti di direttore di struttura complessa della *Sanità Animale* e dell'*Igiene degli alimenti di origine animale*, nonché della struttura semplice dipartimentale di *Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*.

Infine, al fine di individuare correttamente le responsabilità, si ritiene necessario attivare le strutture semplici dipartimentali di *Medicina legale* e di *Medicina dello sport*, sopprimendo la struttura semplice di *Medicina legale e dello sport* ed assegnare i relativi incarichi.

## DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

### Acquisizione della struttura e attivazione del centro diurno

Il progetto dell'attivazione 'Centro motivazionale con attività diurna' intende coinvolgere tutti quei soggetti che dalla strada cominciano ad avvicinarsi ad un servizio specialistico per le problematiche correlate all'uso di sostanze psicoattive, ma che ancora non sono motivate ad alcun vero cambiamento. Dopo l'acquisizione della struttura si intende affidare la gestione del centro all'Associazione di volontariato 'I Ragazzi della Panchina' già convenzionata con l'Azienda sanitaria, in quanto sta già operando in stretta collaborazione con il Dipartimento, ma per ora solo per alcune ore pomeridiane al giorno. Le attività verranno gestite con gli operatori dell'associazione assieme a quelli del Dipartimento per le dipendenze per l'intero orario diurno.

In questo modo verranno razionalizzati e mirati gli interventi con l'obiettivo di diminuire il numero di ingressi in strutture comunitarie

### Il nuovo modello organizzativo

Per quanto riguarda l'organizzazione, nell'Atto aziendale vigente, il dipartimento è costituito da due strutture complesse (la prima *Dipendenze e patologie correlate*, la seconda *Prevenzione, terapia e riabilitazione delle dipendenze e comportamenti d'abuso nei distretti nord, urbano, ovest, sud ed est*) e da tre strutture semplici della seconda struttura complessa (la prima *Alcolologia*, la seconda *Tossicologia* e la terza *Patologie miste*). Tale modello, impostato sulla tipologia di dipendenza, non è più attuale perché i cambiamenti nei comportamenti dei pazienti, sempre più multi dipendenti da diverse sostanze, nonché dal gioco d'azzardo e da altre dipendenze emergenti, impongono di affrontare il tema delle dipendenze con organizzazioni territoriali. L'unico abuso che, per tipologia di trattamento e frequenza, appare corretto proseguire ad affrontare con un'azione trasversale su tutto il territorio provinciale è l'alcolismo. Per tale motivo, pur in assenza di una revisione complessiva dell'Atto aziendale, si intende procedere ad una revisione organizzativa del dipartimento, mantenendo due strutture complesse che vengono denominate *Dipendenze area Urbana* e *Dipendenze area Sud*, creando due strutture semplici dipartimentali denominate *Dipendenze area Nord* ed *Alcolologia* e sopprimendo le tre strutture semplici di struttura complessa esistenti.

Relativamente al personale, in linea con gli indirizzi del PSSR 2010-2012, si procederà all'inserimento di educatori professionali e di infermieri nelle aree distrettuali più carenti, attraverso una revisione qualitativa dell'attuale dotazione organica.

Inoltre, ove venisse accolta la revisione organizzativa sopra indicata ed autorizzata la conseguente copertura dei posti, si procederà alle relative nomine.

## **SISTEMI INFORMATIVI E TECNOLOGIE INFORMATICHE**

Tutti gli operatori verranno dotati di mail aziendale, anche al fine di rendere totalmente operativo l'accesso al sistema 'Self service del dipendente'.

Verrà avviata la sperimentazione di un sistema informativo in utilizzo al servizio infermieristico e riabilitativo domiciliare per la registrazione delle informazioni cliniche derivate dal fascicolo sanitario domiciliare: allo scopo si prevede una collaborazione con il Polo tecnologico di Pordenone in quanto è già attiva una cooperazione con l'ambito sociale del distretto urbano; per favorire l'operatività si provvederà all'acquisizione di tablet per gli operatori del servizio di assistenza domiciliare.

Sarà implementata la registrazione delle informazioni cliniche attraverso l'utilizzo del G2 clinico presso le RSA e l'Hospice, in attesa dello sviluppo di un sistema informatico di degenza adeguato per dette strutture.

Si attiverà il nuovo sito aziendale con funzioni interattive e collegamento al portale regionale del cittadino.

SISAVER: nel corso del primo semestre 2012 tutte le funzionalità stabilite dal piano 2011 sono messe a disposizione da parte di INSIEL per le tre aree della veterinaria, pertanto il sistema permetterà la completa gestione dell'attività richieste dai servizi.

## **RINNOVO TECNOLOGICO DELLA CENTRALE TERMICA DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI SACILE**

L'affidamento del servizio mira a garantire efficacemente la gestione del calore nel Presidio Ospedaliero di Sacile, stante l'impossibilità di poter garantire la conduzione degli attuali impianti in un contesto di grave obsolescenza tecnologica degli stessi, sancita dai verbali di ispezione delle apparecchiature, e della mancanza di personale tecnico qualificato che deve presenziare tali impianti nelle ventiquattro ore. Nell'ambito di tale servizio, per assicurare una conduzione efficace ed in sicurezza della gestione del calore per l'intera durata dell'affidamento, è previsto un intervento di rinnovo tecnologico finalizzato al risparmio energetico, al contenimento dell'inquinamento ambientale, all'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili e ad una conduzione impiantistica che non richieda la presenza continua H24 di personale caldaista per la conduzione degli impianti della centrale termica. L'intervento non si configura come un intervento di investimento edile-impiantistico, in quanto l'adesione alla convenzione CONSIP per la gestione del calore, vede come voce di costo prevalente l'acquisto del combustibile e gli oneri relativi alle attività tecniche di conduzione impiantistica, comprensivi di tutti gli interventi manutentivi ordinari. L'attuazione dell'eventuale rinnovo tecnologico, consentirà inoltre il passaggio dall'utilizzo di combustibile BTZ (gasolio pesante) al gas metano, con evidenti risvolti positivi anche in termini ambientali, essendo il Presidio Ospedaliero inserito in un contesto urbano nelle immediate vicinanze del centro della Città di Sacile.

## **PERSONALE**

L'attuale situazione di bilancio è compatibile solo con una diminuzione di 10 unità rispetto alla dotazione presente al 31.12.2010.

Pertanto, compatibilmente con l'andamento economico dell'esercizio e delle sue ricadute a regime, l'ulteriore implementazioni di risorse potrà essere realizzata attraverso una revisione qualitativa della dotazione organica, comunque nel rispetto del vincolo del 31.12.2010.

L'Azienda ha un numero insufficiente di dirigenti amministrativi, rispetto alle funzioni da svolgere. In particolare è carente dei responsabili delle strutture Economico finanziaria e Gestione Risorse Umane, nonché del Controllo di gestione, figure per le quali si prevede la copertura.

L'Azienda, inoltre, presenta una scopertura di 29 unità relativamente agli obblighi previsti dalla L. 68/99. Per pianificare gli inserimenti obbligatori previsti, è stata stipulata con la Provincia l'apposita convenzione di programma che prevederà la copertura dei posti nell'arco dei prossimi 5 anni.

Per il 2012 sono previste almeno 5 assunzioni.

## LE CITTADELLE DELLA SALUTE

### Premessa

La sanità pordenonese appare ancora troppo incentrata sulla funzione ospedaliera, sia da un punto di vista strutturale, basti pensare al numero di ospedali presenti in provincia, che culturale, basti osservare con quale forza la popolazione e gli Enti Locali li difendono, pur nella consapevolezza che, in una situazione di risorse limitate, questo va a scapito dello sviluppo dei servizi territoriali e delle attività di promozione della salute.

Promuovere la salute dei cittadini è uno dei compiti fondamentali dell'Azienda. Porsi l'obiettivo di preservare la salute, piuttosto che di attendere, diagnosticare e curare le malattie, significa acculturare i cittadini su una diversa visione del proprio essere. Di fatto l'assenza di malattia è solo uno degli elementi dello star bene e, a volte, non è neppure determinante. Ciò vale ancor più se pensiamo che allo star bene concorrono altri fattori come l'attività fisica, la prevenzione, gli stili di vita, la socializzazione, il lavoro, ecc..

Per un'azienda sanitaria territoriale, avere come target del proprio agire la salute, piuttosto che la malattia, significa dover mettere mano all'offerta sanitaria rimodulandola in base ai rilievi epidemiologici. Questi ci dicono che il nostro Paese è cambiato ed insieme al contesto sociale, culturale, scientifico e tecnologico, sono mutate le necessità assistenziali della popolazione e sono emerse nuove esigenze di cura e di assistenza legate soprattutto alla cronicità. Con l'innalzamento dell'età media della popolazione, dovuto anche alla diminuzione della mortalità per patologie acute, si è determinato un aumento delle patologie cronico-degenerative legate all'età e spesso associate alla disabilità ed alla non autosufficienza.

Si stima che nel 2050 la spesa sanitaria per l'assistenza agli anziani rappresenterà più del doppio di quella destinata all'acuzie. L'Italia è tra i paesi con più forte invecchiamento della popolazione e il Friuli Venezia Giulia, è tra le regioni più vecchie d'Italia, assieme alla Liguria, all'Emilia Romagna e alla Toscana. In base alle previsioni dell'Istat, la quota di popolazione con età superiore ai 65 anni, passerà dall'attuale 18% al 28% nel 2030. In termini assoluti si passerà dai 10.4 milioni di individui ai 16 milioni nel 2030 ed il trend appare in costante ascesa, anche se bisogna rilevare che lo stato di salute del settantenne di oggi non è mediamente paragonabile a quello del settantenne di decenni fa. A crescere notevolmente sarà comunque anche la componente dei molto anziani nell'ambito della quale più elevato è il riscontro della disabilità (47,4%).

Nel corso degli ultimi decenni, inoltre, si è registrata una progressiva riduzione del numero medio dei membri dei nuclei familiari ed un aumento del lavoro femminile con la conseguente caduta dell'assistenza informale familiare. Ed ancora, è cambiato nella popolazione il concetto di salute ed è aumentata da parte dei cittadini la percezione del bene salute come bene primario da salvaguardare.

A questi fattori di ordine demografico e socio-culturale si sono poi sovrapposte le nuove strategie organizzative degli ospedali, sempre più orientate alla gestione delle fasi acute di malattia, di interventi diagnostico-terapeutici di alta complessità ed elevata tecnologia e che comunque prediligono la massima efficienza interna e la rapida dimissione dei pazienti. Strutture di questo tipo, come è facilmente intuibile, si prestano sempre meno alla gestione delle problematiche legate alla cronicità che, come si è detto, sono in forte crescita e non riguardano solo le patologie legate all'invecchiamento della popolazione, ma comprendono anche, per esempio, gli esiti di traumi, le patologie degenerative del sistema nervoso, ecc.

La risposta che il sistema fornisce a questi nuovi bisogni (disabilità e non autosufficienza), il più delle volte è una replica degli abituali modelli di cura e gestione delle malattie acute: istituzionalizzazione e terapie farmacologiche. L'evoluzione di questo approccio, non modificando sostanzialmente le logiche assistenziali, sta in realtà solo mutando i luoghi di ricovero e la natura dell'istituzionalizzazione. Di fatto la contrazione dell'offerta di posti letto ospedalieri è stata bilanciata dall'incremento di strutture residenziali (RSA) e lungo-assistenziali (Case di Riposo).

Tale approccio considera una parte consistente della popolazione come passivo ricevente di interventi e la sequestra in un circuito separato di assistenza, generando esclusione sociale con scadimento della qualità della vita e inducendo un consumo di risorse via via sempre meno sostenibile.

Il problema della cronicità deve oggi porsi come un problema di qualità e di appropriatezza delle cure, superando il persistente paradigma culturale che vede nella gestione del malato acuto l'espressione più qualificante e gratificante dell'intervento sanitario. L'efficacia degli interventi socio-sanitari nel governo della cronicità non deve essere misurata semplicemente in termini di servizi erogati, ma soprattutto sulla base della capacità di organizzare e gestire i percorsi di cura e di rispondere adeguatamente alla domanda di assistenza in un circuito di continuità assistenziale, che accompagni l'evolversi dei bisogni del cittadino e della sua famiglia.

Il sistema socio-sanitario si dovrà sempre più reggere su due pilastri fra loro fortemente integrati, quello ospedaliero, tecnologico e mirato alla soluzione dei problemi acuti, e quello territoriale riservato alle cure primarie e mirato al recupero o al mantenimento della funzionalità e alla gestione della cronicità, che si possa effettuare al domicilio (scelta sempre da privilegiare) o in strutture intermedie, come i centri diurni, le RSA, gli ospedali di comunità o in ultima istanza le Case di Riposo.

## Obiettivi

L'obiettivo principale è di natura culturale. Per ora prevenire è meglio di curare è solamente un detto; si spera che un domani potrà rappresentare la visione dei cittadini, da trasformarsi in missione per l'azienda territoriale. Negli ultimi anni è iniziato lo sviluppo del territorio, ma senza convinzione da parte di quasi tutti gli interlocutori, ancora attratti dal prestigio che deriva dall'essere sede ospedaliera. La vera sfida è di far cambiare il sentire dei cittadini nei confronti dei due pilastri che reggono il sistema socio-sanitario; quindi dare uguale importanza al mantenimento del proprio stato di salute ed alla cura delle malattie che lo possono interrompere.

La salute o il livello di salute possibile si mantengono grazie ad una serie di azioni che riguardano il quotidiano di ognuno di noi. Sviluppare ed avvicinare ai cittadini i servizi sanitari e sociali che si occupano della vita quotidiana produce risultati sul benessere di sicuro superiori rispetto alla disponibilità in loco delle funzioni ospedaliere che, per loro natura, devono avere le caratteristiche di eccezionalità ed accidentalità nel percorso di vita di ogni cittadino. Analoga importanza riveste il coinvolgimento sul tema della salute degli Enti Locali e dei comparti come l'ambiente, il lavoro o i trasporti.

La realizzazione di luoghi per la salute, con caratteristiche completamente diverse da quelli destinati alla cura delle malattie è un modo per dare concretezza e gambe ai progetti di prevenzione. Le sfide da affrontare e le azioni da promuovere per rispondere in termini di efficacia di intervento, di efficienza e di sostenibilità ai nuovi bisogni emergenti hanno bisogno di luoghi dedicati dove svolgere le attività. L'integrazione logistica delle diverse componenti territoriali in Case o Cittadelle della Salute può produrre sinergie e numerosi vantaggi rispetto alla disseminazione dei servizi nel territorio e l'insito rischio di isolamento degli stessi rispetto al contesto generale.

### Contenuti

Prima di procedere alla progettazione ed alla realizzazione delle Cittadelle della Salute è importante definire i contenuti delle strutture che si dovranno caratterizzare per la presenza di servizi sanitari, sociali e commerciali. La Cittadella della Salute, infatti, va intesa come un quartiere o un isolato della città dedicato, tramite accordi ed investimenti coordinati fra Comune ed Azienda Sanitaria, alla salute e al benessere. Deve quindi trattarsi di un luogo aperto e permeabile dove i cittadini si recano senza timori o paure, come invece può accadere per gli ospedali, con il fine di svolgere le più svariate funzioni connesse con il mantenimento del proprio benessere e quindi anche della propria salute. Il passaggio culturale è quello di superare lo spazio confinato di offerta socio-sanitaria per aprirlo ad un luogo integrato della comunità per il ben-essere dei cittadini.

Le Cittadelle della Salute nascono per:

garantire la centralità del cittadino e dei suoi bisogni nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari, orientando l'attenzione del sistema sulle cure primarie, oltre che sull'ospedale;

favorire e valorizzare la partecipazione attiva dei cittadini promovendo la cultura della solidarietà (il cittadino non è solo utente e la famiglia non è solo portatrice di bisogni) e l'etica della responsabilità (il cittadino non può pretendere tutto ciò che vuole, ma ha diritto di avere ciò di cui ha bisogno);

credere ed investire in programmi di promozione della salute coinvolgendo tutte le fasce della popolazione ed incoraggiando azioni di integrazione fra le politiche dell'ambiente, della scuola, della viabilità, dei trasporti, dell'ambiente, del lavoro, ecc.;

organizzare e gestire il processo di transizione verso un nuovo modello di gestione della cronicità ad alta integrazione socio-sanitaria ed a bassa-media medicalizzazione, in un circuito di continuità assistenziale (rete dei servizi);

promuovere la domiciliarità come diritto e prospettiva possibile e sostenibile, per tutta l'età anziana;

investire in programmi coordinati di formazione, informazione e sviluppo delle tecnologie informatiche.

Ne consegue che le funzioni che possono essere previste per la costituzione delle Cittadelle della Salute possono essere distinte in:

- sanitarie
- per le attività distrettuali (comprese RSA ed Hospice)
- afferenti al dipartimento di prevenzione
- afferenti ai dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze
- per le attività ospedaliere decentrate
- sociali
- connesse al sistema di interventi dell'ambito
- per l'associazionismo
- centro congressi e spazi per la formazione e l'informazione
- case di riposo
- abitare sociale
- commerciali
- bar e/o ristorante
- negozi dedicati al benessere
- farmacia
- del tempo libero
- palestre e piscina
- centro benessere
- percorsi per il trekking e/o passeggiate
- sviluppo e gestione degli spazi verdi

### **Funzioni Sanitarie**

L'insieme dei servizi distrettuali costituiscono il nucleo centrale della Cittadella della Salute nella quale non possono mancare le funzioni tipiche delle cure primarie come lo sportello (anagrafe sanitaria, assistenza protesica e AFIR, prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ecc.), l'assistenza infermieristica domiciliare, la riabilitazione ambulatoriale e domiciliare, la specialistica ambulatoriale, le forme associate di medicina generale e pediatria di libera scelta, il servizio di continuità assistenziale e, ove possibile, la residenza sanitaria assistenziale (RSA). Tutto ciò per rendere efficace l'approccio multidisciplinare, sia a domicilio che in ambulatorio, tra i medici di medicina generale, i servizi di guardia medica notturna e festiva ed i presidi specialistici ambulatoriali, gli ospedali e il servizio sociale dei comuni, al fine di assicurare all'utenza una reale copertura assistenziale e presa in carico.

Inoltre, va assicurata la presenza dei servizi dedicati al materno infantile ed all'età evolutiva, finalizzati a garantire la tutela della salute dell'infanzia, dell'adolescenza, della donna e della famiglia, ponendo in stretta continuità e contiguità le attività nel campo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione svolte dai pediatri di libera scelta, dalla neuropsichiatria infantile, dai consultori familiari e dall'equipe multidisciplinare per l'handicap (EMDH).

Anche le attività tipiche del dipartimento di prevenzione devono trovare spazio nella Cittadella della Salute al fine di integrarsi con quelle distrettuali (es. vaccinazioni, commissioni, ecc.), con i comuni e con le varie associazioni per poter attuare concretamente i programmi di prevenzione e promozione della salute.

Inoltre, è importante dare un segnale forte di superamento dell'emarginazione con l'obiettivo di perseguire per quanto possibile il reintegro nella società delle persone che hanno avuto problemi comportamentali di diversa natura e, quindi, assicurare all'interno delle Cittadelle della Salute anche i servizi dedicati alla salute mentale (es. ambulatori, centri sulle 24h, ecc.) e quelli per le dipendenze. Tali settori potrebbero addirittura fungere da fornitori di servizi per le Cittadelle della Salute e, per quanto possibile, concorrere al proprio auto sostentamento;

a titolo di esempio si possono citare la tenuta del verde, la raccolta dei rifiuti, l'attività informativa, la disponibilità a collaborare all'apertura e concorrere alla tenuta delle aule di formazione/informazione.

Infine, anche alcune attività ospedaliere possono trovare spazio nelle Cittadelle della Salute. Trattasi di funzioni per lo più programmate effettuabili in regime ambulatoriale o diurno che sono considerate ospedaliere, ma che in realtà dovrebbero essere assicurate a livello distrettuale. Ci si riferisce ai centri prelievi, alla dialisi, alla diagnostica per immagini non complessa, ai servizi di diabetologia, ai centri cardiologici, ai centri di raccolta sangue, ai punti di primo intervento, alla riabilitazione ambulatoriale, ecc. Accanto a queste funzioni possono essere mantenute attività di degenza a media o bassa intensità di cura e/o dedicate alla post-acuzie e/o alla riabilitazione.

### **Funzioni Sociali**

Le attività tipiche dell'ambito e connesse al funzionamento dell'ambito stesso devono essere collocate accanto a quelle sanitarie; ciò al fine di perseguire la massima integrazione e riuscire a presentarsi agli occhi del cittadino come un unico interlocutore. In tal senso, ove possibile, è utile inserire nella Cittadella della salute anche la Casa di riposo ed i Centri residenziali per gravi e gravissimo, sia diurni che sulle 24 ore.

La vicinanza del mondo associativo, invece, può risultare preziosa per facilitare il rapporto fra servizi sanitari territoriali, comunali per l'assistenza sociale e volontariato, con il fine di concentrare le energie di tutti su progetti condivisi dove ognuno possa contribuire per la parte di competenza. A titolo di esempio si possono citare i progetti di recupero dell'autonomia e che poi sfociano nell'abitare sociale.

Per ottenere la massima partecipazione ai progetti di prevenzione e di tutela della salute, è di sicura utilità sviluppare nelle Cittadelle della Salute la formazione e l'informazione degli operatori e dei cittadini. In tal senso va vista la realizzazione di spazi per attività congressuali ed aule dove svolgere le diverse attività secondo le varie modalità capaci di facilitare l'apprendimento e favorire l'adesione della cittadinanza.

### **Funzioni Commerciali**

Se noi cerchiamo di dare un senso di luogo aperto alla popolazione, dobbiamo pensare alle Cittadelle della Salute come a dei quartieri dedicati alla tutela della salute ed al benessere. È quindi importante abbattere le recinzioni e creare un ambiente favorevole alla permanenza dei cittadini. In tal senso non possono mancare spazi dedicati alla ristorazione. Questi dovranno operare in linea con i principi della promozione della salute e quindi avere un occhio particolare nella scelta dei prodotti da proporre alla propria clientela.

Le farmacie comunali possono trovare adeguata collocazione nelle Cittadelle della Salute e concorrere assieme all'azienda sanitaria ed ai comuni all'erogazione dei servizi per i cittadini, mentre altre attività commerciali, quali ad esempio le librerie o i negozi di biciclette o agenzie di viaggi, possono trovare spazio in quanto importanti veicoli di messaggi per una cittadinanza impegnata nella ricerca di migliorare il proprio benessere.

### **Funzioni Legate al Tempo Libero**

La gestione del tempo libero da parte dei cittadini fa la differenza sul loro stato di salute. Fare sport combatte la noia e l'ozio, padre di tutti i vizi, ed aiuta a star bene. È per questo motivo che un connubio fra Cittadelle della Salute e Sport non può mancare. Lasciare spazi per palestre e, ove ritenuto possibile, per piscine è importante perché dà alla popolazione un segnale forte: fare sport aiuta a star bene.

Tutto l'ambiente, però, deve concorrere a trasmettere messaggi positivi. Per questo motivo riveste particolare importanza il porre la massima attenzione allo sviluppo ed alla gestione degli spazi verdi e degli ambienti esterni, realizzando, per quanto possibile, percorsi per il trekking e/o passeggiate in modo da invogliare la popolazione a muoversi in base alle proprie capacità e possibilità. Anche la presenza di un centro benessere può aiutare a far sentire la Cittadella della Salute come un pezzo della città aperto a tutti.

### **Caratteristiche Ambientali**

Nella realizzazione delle Cittadelle della Salute è molto importante fare grande attenzione agli aspetti ambientali, sia perché costituiscono essi stessi dei determinanti di salute, sia perché è importante trasmettere con l'esempio messaggi di attenzione nei confronti dell'ambiente che possono essere fatti propri dai cittadini.

Alcune caratteristiche ambientali appaiono irrinunciabili se si vuole attuare un progetto di qualità. In particolare esse riguardano l'efficienza energetica con l'utilizzo di fonti rinnovabili, l'uso di materiali naturali ed a basso impatto, la cura nella gestione degli spazi verdi, la scelta di arredi fissi e mobili che assicurino il decoro e la facilità di pulizia e manutenzione, la progettazione di parcheggi sufficienti e collocati in modo da integrarsi con la viabilità cittadina e non interferire con l'ambiente della stessa Cittadella della Salute, la corretta raccolta dei rifiuti con spinta totale verso la differenziazione, il controllo del rumore tramite la messa in opera di infissi moderni e la progettazione adeguata dei percorsi veicolati, ecc.

Non va infine dimenticato che l'ambiente si preserva anche riducendo al massimo i percorsi delle persone e delle cose, quindi è necessario fare un'attenta valutazione dei servizi ambulatoriali da attivare, soprattutto per le Cittadelle della Salute periferiche, e utilizzare materiali e prodotti locali, sia nella fase di realizzazione che in quella di esercizio.

### **Le possibili Cittadelle della Salute in Provincia di Pordenone**

In Provincia di Pordenone esistono tre realtà nelle quali, sfruttando la disponibilità di immobili esistenti, è possibile investire per la creazione di una Cittadella della Salute. Queste sono Maniago, Pordenone e Sacile, caratterizzate da proprie specificità, ma connotate da una filosofia di pensiero comune.

Per Maniago e Sacile appare lungimirante e coerente con i mutati scenari demografici e sociali puntare su un modello innovativo di offerta socio-sanitaria articolata ed integrata con spiccata penetrazione territoriale, abbandonando anacronistiche velleità ospedaliere, per imboccare con decisione lo sviluppo di servizi in grado di intercettare i reali bisogni provenienti dalle comunità locali. L'obiettivo è dunque quello di progettare per ogni sede una Cittadella della Salute intesa come un modello strutturato di interventi sanitari e servizi assistenziali, fortemente integrati, in grado di fornire una risposta articolata e differenziata alle diverse necessità della popolazione.

Diverso, ma per certi versi simile, è il discorso che riguarda Pordenone dove si è scelto di delocalizzare l'ospedale in periferia, lasciando parte degli attuali spazi alla Cittadella della Salute.

#### **MANIAGO**

A Maniago l'intervento riguarda la riqualificazione dell'ex-ospedale utilizzando i fabbricati esistenti, rimodulando le attività che in essi si svolgono. Assieme al Comune sarà importante trovare le giuste connessioni con il centro cittadino per riuscire a far sentire la Cittadella della Salute come parte integrante della città, superando la caratteristica di spazio confinato tipico dell'ospedale.

#### **PORDENONE**

La Cittadella della Salute di Pordenone può sorgere parte negli spazi attualmente occupati dall'ospedale Santa Maria degli Angeli e parte nell'area dell'ex caserma Martelli. L'implementazione delle funzioni potrà avvenire progressivamente utilizzando nella prima fase i finanziamenti regionali allo scopo già concessi, investendo nelle aree già disponibili, e fra diversi anni (una volta trasferito l'ospedale in Comina) utilizzando parte dei padiglioni ospedalieri che verranno liberati, in base a quelli che saranno gli accordi fra Azienda Ospedaliera, Provincia, Comune ed Azienda Sanitaria.

#### **SACILE**

La Cittadella della Salute di Sacile si inserisce in un contesto ambientale di grande pregio, per essere tangente al fiume Livenza, e di particolare pregio urbanistico, in pieno centro città alle porte del centro storico, che ben si adatta a diffondere e ad implementare stili di vita sani secondo una logica di promozione della salute. L'ipotesi progettuale si basa sulla massima integrazione e sul completamento dei servizi presenti nell'area, secondo i contenuti da tempo espressi nel progetto noto come Modello Sacile. I servizi ospedalieri residui, consolidati nella medicina riabilitativa, sono legati alle attività distrettuali, all'associazionismo dei medici di medicina generale, alla casa di riposo, al centro diurno, alla casa del volontariato, alla farmacia e alla sede dell'ambito distrettuale. Il naturale completamento per questa cittadella, già intimamente integrata alla città, è nell'implementazione dell'esistente e nello sviluppo dell'abitare sociale, nel contesto relazionale di verde pubblico del parco fluviale della Livenza.

Per le tre Cittadelle della Salute sopra descritte dovranno essere presentati specifici studi di fattibilità che forniranno le indicazioni strutturali di massima, alle quali far seguire le progettazioni preliminari di ognuna. Poi,

in base alle opportunità ed ai fondi disponibili, nel corso degli anni potranno essere ristrutturate o realizzate le varie parti che comporranno ogni singola Cittadella della Salute.

#### Possibile Percorso Realizzativo

La realizzazione di una Cittadella della Salute richiede investimenti strutturali significativi che dovranno essere dilazionati negli anni. Ciò che serve per partire è la condivisione del progetto complessivo da parte degli Enti Locali coinvolti e la formulazione di uno studio di fattibilità specifico per ogni Cittadella. Solo in seguito, in base alla disponibilità dei fondi necessari, potranno essere progettati e realizzati gli interventi.

Il percorso realizzativo, pertanto, dovrebbe seguire le seguenti fasi:

condivisione da parte degli Enti Locali dei contenuti che possono e/o devono caratterizzare le Cittadelle della Salute, presentati nel presente documento;

stesura di uno studio di fattibilità specifico per ogni Cittadella della Salute da approvare congiuntamente, con atti formali, da parte dell'Azienda Sanitaria e degli Enti Locali interessati;

utilizzo dei fondi disponibili, o che si renderanno disponibili, per la progettazione e la realizzazione degli interventi che sono in linea con quanto stabilito nello studio di fattibilità approvato per ogni Cittadella della Salute.

È indubbio che il percorso di realizzazione di ogni Cittadella della Salute richiederà diversi anni e che supererà i mandati degli Amministratori dell'Azienda Sanitaria e degli Enti Locali. Per tale motivo è importante porre delle basi solide e condivise prima di partire con i singoli interventi che, in caso contrario, potrebbero essere messi in discussione dagli interlocutori che si succederanno agli attuali.

## LINEE PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

### 1.3.1 CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA

<b>Linea 1.3.1.1: Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa</b>	
<u>Raccordo con la programmazione precedente:</u>	
<p>Nel 2011 l'Azienda ASS n.6 è stata individuata, in quanto azienda territoriale committente, come riferimento centralizzato per la definire dell'offerta sanitaria complessiva e il governo mediante il monitoraggio del Piano di produzione annual. Avviata l'attività di coordinamento in data 11 gennaio 2011 con lettera del DG alle aziende di area vasta, prot. 1714/DG per l'avvio dei lavori del gruppo tecnico.</p> <p>Convocato il 26 gennaio 2011 il gruppo tecnico formalmente individuato dalle Aziende per la costruzione e la valutazione dei contenuti del Piano di produzione di area Vasta con particolare riferimento al fabbisogno stimato, all'allineamento delle linee di produzione, ai processi riorganizzativi ospedalieri in essere, alla distribuzione territoriale degli erogatori e all'analisi dell'appropriatezza prescrittiva e dei tempi di refertazione, anche coinvolgendo i professionisti di branca.</p> <p>Sviluppato il piano di produzione comprensivo degli obiettivi e degli strumenti di governo di competenza aziendale e sovraziendale in risposta a situazioni critiche di forza maggiore.</p> <p>Adottato formalmente il piano (invio alla DCS in data 31.03.2011, prot. n. 20004/DG e avvio del monitoraggio mensile dei tempi di attesa e attivazione delle azioni previste dal piano di produzione di area vasta (riformulazione delle agende e passaggio all'AOSMA della funzione gestionale delle stesse a seguito dello scorporo degli Ospedali Di San Vito e Spilimbergo).</p> <p>Definito nel piano di produzione anche il piano per l'informazione ai cittadini che prevede le sedi e le modalità con cui devono essere prodotte le informazioni relative ai tempi massimi previsti e sulle procedure di cui agli articoli 7 e 12 della L.R.7/2009.</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Definizione del "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa" quale parte integrante del PAL/PAO 2012	Il "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa" è parte integrante del PAL/PAO 2012
Centralizzazione della definizione e gestione degli accordi con i soggetti privati accreditati	I flussi informativi di carico e di certificazione dei dati, vengono centralizzati all'Azienda capofila di Area Vasta.
Azioni ed interventi:	
<p>Il Piano di produzione 2012 viene elaborato sulla base delle stime di produzione attese per l'anno 2011 derivate dall'ultimo monitoraggio disponibile (ottobre 2011). Nel 2012 il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa e l'orientamento dell'offerta di prestazioni sanitarie avviene modulando trimestralmente il Piano di produzione annuale iniziale. Un regolamento formale sulle modalità e la tempistica delle variazioni trimestrali dei livelli attesi di attività e dei parametri quali/quantitativi verrà elaborato e proposto dal tavolo tecnico di Area Vasta entro il 31.03.2012.</p> <p>L'A.S.S. n.6, in qualità di Azienda capofila, strutturerà una linea di responsabilità formale al fine di garantire i flussi informativi di carico e di certificazione dei dati, del saldo dei corrispettivi, rendicontazione e controllo entro il 31 gennaio 2012</p>	

### Linea 1.3.1.2: Semplificazione delle prescrizioni specialistiche

#### Raccordo con la programmazione precedente:

Definito il regolamento di Area Vasta Pordenonese per le prescrizioni per indagini specialistiche comprensivo dei seguenti punti:

- 1) definite e attuate le misure organizzative per la prescrizione diretta da parte degli specialisti, al momento del primo accesso e delle visite successive, degli approfondimenti diagnostici e delle ulteriori visite specialistiche.
- 2) definito e adottato un regolamento di Area Vasta per l'omogeneità di classificazione tra prime visite, follow up e controlli.

Il regolamento non è stato ancora condiviso con i MMG e PLS in assenza del tavolo ex art. 49, mentre si è partecipato al tavolo tecnico regionale per le priorità cliniche in gastroenterologia esprimendo la necessità di operare con regole condivise regionali.

Dal dicembre 2011 le ricette informatizzate sono utilizzate anche dagli specialisti distrettuali.

#### Obiettivo aziendale:

Estensione progressiva dell'uso della ricetta informatizzata a tutto l'ambito di Area Vasta

Attivazione dei processi automatizzati di ritorno dell'erogato a seguito di refertazione delle prestazioni prenotate

Sviluppo di accordi con i MMG secondo quanto definito dall'Accordo integrativo regionale 15-12-2005 (DGR 269 dd.20-2-2006) in merito all'adozione di criteri di priorità, interventi sull'appropriatezza e semplificazione delle procedure prescrittive

#### Risultato atteso:

Le ricette informatizzate sono utilizzate per la prenotazione in tutte le Aziende dell'Area Vasta e tra Aziende della stessa Area Vasta

Le prestazioni erogate e refertate cambiano automaticamente stato da prenotato a erogato

Le Aziende territoriali includono nell'accordo con i MMG obiettivi mirati all'utilizzo sistematico dei criteri di priorità

#### Azioni ed interventi:

- Estensione progressiva dell'uso della ricetta informatizzata utilizzando anche gli eventuali accordi con i MMG.
- I processi automatizzati di variazione dello stato di prenotato ed erogato verranno implementati sul sistema G2 dal Sistema Informativo Aziendale entro il 2012.
- Comunicazione formale ai MMG dei criteri di priorità accessibili presso tutti gli erogatori di area vasta. Inclusioni nell'accordo con i MMG e PLS di un obiettivo specifico per l'applicazione dei criteri di priorità clinica e applicazione, se disponibile su G2 clinico, di un sistema di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva.

Criticità. L'obiettivo è vincolato dalla possibilità di utilizzare la ricetta informatizzata anche su sistemi terzi non appartenenti al CUP-WEB.

### Linea 1.3.1.3: Allineamento della gestione delle procedure di identificazione/prenotazione/gestione amministrativa nell'ottica di realizzazione di un'unica rete CUP regionale

#### Raccordo con la programmazione precedente:

Sono state condotte numerose revisioni con l'inserimento a CUP della maggior parte delle agende degli erogatori privati di area vasta con cui sono stati condivisi i regolamenti per la prenotabilità al CUP/Call-Center in coordinamento con la altre Aziende dell'Area Vasta; In particolare completata l'offerta a CUP/ Call center delle prestazioni di area radiologica e delle prestazioni traccianti di cui alla nota della DCS prot. 22965/SPS/APA del 29 dicembre 2010.

La modalità di prenotazione di prime visite e controlli, le modalità con cui garantire un tasso di occupazione

tendenziale del 90% di prestazioni traccianti e l'applicazione omogenea delle regole gestionali delle agende elettroniche coerentemente agli indirizzi della L.R. 7/2009 sono oggetto di accordo di area vasta in fase di redazione.

Sono stati avviati i processi di ampliamento dell'offerta a prenotazione centralizzata e dal 18 aprile 2011 è concluso il processo di passaggio delle agende e delle modalità di prenotazione delle agende dell'attività istituzionale e ALP alla nuova entità AOSMA.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione delle agende di prenotazione condivise tra le Aziende appartenenti alla stessa Area Vasta stratificate per criterio di priorità (almeno per i criteri "B", "D" e "P")	Sono attive agende di prenotazione condivise tra le Aziende appartenenti alla stessa Area Vasta stratificate per criterio di priorità (almeno per i criteri "B", "D" e "P") per le prestazioni con protocollo condiviso con MMG e PLS.
Gestione separata dei percorsi di primo accesso dai controlli. Per l'anno 2012 è prevista l'estensione di tale processo a tutte le prestazioni traccianti	Le prestazioni di primo accesso sono gestite in agende separate dai controlli per tutte le prestazioni traccianti
Tassi di occupazione delle agende di prestazioni traccianti superiori al 90%	Le agende di prenotazione per le prestazioni traccianti presentano un tasso di occupazione $\geq$ al 90% (ad esclusione dei medici SUMAI)
Unificazione dell'offerta di prenotazione delle prestazioni prioritarizzate: è esclusa la segmentazione (indirizzamento) delle agende di primo accesso (nella misura in cui il criterio di priorità esprime un indirizzo clinico/professionale univoco, condiviso tra tutti i soggetti, tale percorso deve trovare corrispondenza in un'unica agenda di prenotazione, stratificata esclusivamente per criterio di priorità)	Le agende di prima accesso non permettono l'indirizzamento (sono escluse le prestazioni per le quali è necessario riferirsi a strutture particolari e che verranno formalizzate dall'Azienda entro il primo semestre 2012)
Assenza di agende nominative	Non sono presenti agende nominative ( sono esclusi i medici SUMAI )

**Azioni ed interventi:**

- Le agende di prenotazione condivise nel CUP di area vasta e interessata dal processo regionale di organizzazione per criteri clinici saranno implementate entro 4 mesi dall'emanazione dei criteri regionali. Le agende già condivise verranno strutturate per almeno le tre fasce di priorità indicate.
- Tutte le agende delle prestazioni traccianti del 2012 saranno rivalutate e certificate dall'azienda per la separazione tra prima visita e controllo entro il 30 giugno 2012.
- Entro il primo trimestre sarà formalizzata la metodologia di monitoraggio del tasso di occupazione delle agende e conseguentemente gestito il livello dell'offerta per tassi di occupazione inferiori al 90%; saranno escluse da possibili ridimensionamenti dell'offerta le agende relative alle branche specialistiche individuate come critiche in ordine alla fuga extraregionale ed extra area vasta. In prima analisi tali specialistiche sono individuate nelle branche di urologia, ortopedia, riabilitazione e oculistica.
- Tutte le offerte di prima visita saranno caratterizzate dalla branca specialistica e non dal quesito diagnostico per il quale invece viene identificata la priorità, se prevista, entro il 30 giugno 2012
- Tutte le agende nominative saranno riclassificate entro il 30/03/2012.

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

Raccordo con la programmazione precedente:

Definito l'accordo di area vasta per recepimento delle prestazioni e del livello di priorità in cui è previsto il

<p>diritto del cittadino a ricorrere ad altra struttura, le modalità di informazione al cittadino dei TA e la procedura riconoscimento e rilascio attestazione di “Mancato rispetto dei TA”; Il documento è stato inviato formalmente alla DCS dalla Direzione Generale in data 15.04.2011 con prot. n. 23684/DG.</p> <p>In particolare è stato previsto il riconoscimento del manacto rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni di seguito elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- visita generale cardiologica (cod. 89.7);</li> <li>- ecografia addome superiore (cod. 88.74.1 e cod. 88.7411);</li> <li>- ecografia addome inferiore (cod. 88.75.1 e cod. 88.7511);</li> <li>- ecografia addome completo(cod. 88.76.1), con e senza contrasto;</li> </ul> <p>Non è stata prevista l'applicazione nel caso in cui i tempi massimi di attesa previsti siano rispettati ma l'utente non accetti di recarsi presso le sedi previste dal “Piano di produzione dell'Area vasta per il contenimento dei tempi di attesa”.</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>Diffusione e applicazione dei percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7, secondo le modalità definite dal DGR 1439 dd. 28-7-2011</p>	<p>Evidenza della diffusione delle informazioni e garanzia dei diritti ai cittadini, secondo le modalità definite dal DGR 1439 dd. 28-7-2011</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta secondo le indicazioni esplicitate e previste dalla DGR 1439 entro il primo semestre 2012.</li> <li>- Inserimento delle prestazioni della branca di gastroenterologia in tutta l'area vasta tra le prestazioni per le quali è prevista l'applicazione del comma 1 della DGR 1439 2011 entro 4 mesi dalla emanazione dei criteri regionali di priorità.</li> <li>- Revisione trimestrale del Piano annuale di produzione allegato al PAL 2012 e indicazione formale delle azioni di governo individuate coerentemente ai volumi quali quantitativi previsti, alle risultanze del monitoraggio dei tempi di attesa ed agli accordi specifici integrativi con MMG e strutture private.</li> </ul>	

<p><b>Linea 1.3.1.5: Libera professione</b></p>	
<p><u>Raccordo con la programmazione precedente:</u></p> <p>Nel 2011 l'area vasta ha regolamentato le modalità di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e confermato i rapporti storici tra volumi complessivi di attività e ALP e AIST. Sono stati condotti incontri per la definizione omogenea dei rapporti di attività e delle modalità di intervento e delle misure da intraprendere qualora siano rilevate situazioni di criticità.</p>	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>I piani aziendali dovranno contenere anche i seguenti obiettivi e risultati attesi: Indicazione del rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria, in particolare per le prestazioni critiche, siano esse ambulatoriali che di ricovero</p>	<p>Esplicitazione del rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli nell'attività di libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2011 (2011±5%).</p>
<p>I piani aziendali dovranno contenere anche i seguenti obiettivi e risultati attesi: Le azioni che orienteranno la retribuzione di risultato alla riduzione dei tempi di attesa</p>	<p>Introduzione di obiettivi vincolati al raggiungimento degli obiettivi di governo dei tempi d'attesa come da DGR 1439 dd.28-7-2011 alle strutture erogatrici ambulatoriali e di ricovero</p>
<p>Azioni ed interventi:</p>	

- Definizione di un Regolamento di area vasta per il monitoraggio e controllo trimestrale del rapporto definito attività istituzionale / attività libero-professionale storico coerentemente al rapporto individuato e ai volumi storicamente rilevati entro il primo semestre 2012;
- Formale adozione di misure correttive qualora i tempi di attesa permangano oltre i valori stabiliti per oltre 3 mesi e qualora non siano rispettati i volumi prestazionali concordati.

### Linea 1.3.1.6: Criteri di priorità

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel 2011 sono state condotte le seguenti azioni:

- Individuato il referente aziendale per la parte organizzativa e gestionale e comunicato con atto formale alla DSC dalla Direzione Sanitaria con nota prot 34339/DS del 3.6.2011.
- Avviato il processo di omogeneizzazione delle regole gestionali delle agende mediante l'individuazione di un gruppo di lavoro dei responsabili distrettuali dell'offerta di specialistica ambulatoriale attivo dal 21.06.2011.

Obiettivo aziendale:

Implementano le agende stratificate per classe di priorità

Obiettivo aziendale:

Implementano le agende stratificate per classe di priorità

Azioni ed interventi:

- Tutte le agende interessate dai criteri di priorità regionali saranno riverificate in area vasta entro il primo semestre 2012;
- Tutti i criteri di priorità individuati dalla regione saranno resi applicativi in area vasta entro 4 mesi dalla loro emanazione e formalmente comunicato alla DCSISSPS

## 1.3.2 PREVENZIONE

### Linea 1.3.2.1: Prevenzione malattie infettive e politiche vaccinali

Raccordo con la programmazione precedente

Le coperture vaccinali sono state:

	Risultato Atteso	Risultato raggiunto al 31.10.2011
3°ESA	>95%	93.7%
1°dose MMR	>90%	92.8%
2° dose MMR	>85%	90.2%
4° DTPaP	>93%	91.5%
5° DTPaP	>80%	85.3%
HPV 2000: 1 dose	75.6	Almeno 60% alla 3° dose
HPV 2000: 2 dose	67.7	
HPV 2000: 3 dose	42.9	
HPV 1996: 1 dose	80.5	Almeno 60% alla 3°

HPV 1996: 3 dose	55.6	
HPV 1993: 3 dose	78.3	Almeno 60% alla 3 <sup>o</sup> dose
HPV 1994: 3 dose	80.7	
HPV 1997: 3 dose	77.5	
HPV 1998: 3 dose	76	

E' proseguita la realizzazione del progetto di 'miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale': in tutte le sedi vaccinali viene utilizzata la check list anamnestica informatizzata; sono state compilate le schede di rilevazione delle reazioni avverse e state inserite nel sistema informativo le schede con reazioni pervenute.

Tutte le sedi vaccinali seguono la stessa procedura e la modulistica appositamente redatta; il 100% delle sedi vaccinali utilizza l'agenda informatizzata generata; in ogni sede vaccinale è presente copia del regolamento della seduta vaccinale strumento quotidiano consultato dall'operatore per qualsiasi problematica legata alla vaccinazione.

<p>Obiettivi aziendali</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proseguire nell'attuazione dei programmi di vaccinazioni infantili previsti dal PRP</li> <li>2. Migliorare l'attività vaccinale rivolta ai pazienti cronici ad alto rischio con il coinvolgimento della medicina generale e delle componenti specialistiche</li> <li>3. Prevenire le malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili</li> <li>4. Migliorare il sistema di segnalazione per le patologie infettive di nuova insorgenza a rilevante impatto sanitario con ricadute di allarme sociale, partecipando alla predisposizione del piano di sorveglianza delle arbovirus</li> </ol>	<p>Risultati attesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantire coperture vaccinali per MPR 90% 1<sup>a</sup> dose e 85% 2<sup>a</sup> dose; copertura vaccinale per esavalente 95% 3 dosi; copertura vaccinale per HPV assicurata a tutte le coorti dei 2011 (valore atteso accettabile 60% con 3 dosi) ed offerta avviata (almeno 1 dose) per la coorte di nascita 2001</li> <li>2. Predisporre anagrafe dei soggetti a rischio aggiornata secondo criteri definiti dal gruppo di lavoro e messa a disposizione dei MMG e dei PLS iniziative di sensibilizzazione realizzate anche in collaborazione con le categorie dei malati cronici. Tale iniziativa presuppone la stipula dell'AIR con i MMG (con i PLS è già stato stipulato) e di conseguenza l'AIA</li> <li>3. Garantire programmi di formazione per migliorare, negli educatori, l'informazione sulla prevenzione delle malattie infettive in collettività; diffusione linee guida ed altro materiale informativo, realizzazione di iniziative di comunicazione con il coinvolgimento della Medicina Generale delle componenti specialistiche e con attività di comunicazione e sensibilizzazione degli utenti</li> <li>4. Revisione dei flussi informativi</li> </ol>
--	---

<p>Azioni ed interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Offrire attivamente le vaccinazioni oggetto dei programmi regionali utilizzando nella programmazione anche il richiamo di soggetti che non si sono presentati agli inviti precedenti</li> <li>2. Implementare le strategie indicate nel PRP per migliorare la copertura vaccinale nei soggetti ad alto rischio: ridefinizione dei criteri per l'anagrafe, invio elenchi ai medici di famiglia, realizzazione di</li> </ol>
---

- iniziative di sensibilizzazione (MMG, PLS specialisti, associazioni di malati)
3. predisposizione e diffusione di linee guida ed altro materiale informativo, realizzazione di iniziative di comunicazione con il coinvolgimento della Medicina Generale delle componenti specialistiche e con attività di comunicazione e sensibilizzazione degli utenti
  4. Partecipazione attiva alla predisposizione di un piano di sorveglianza delle arbovirosi.

### Linea 1.3.2.2: Prevenzione infortuni e malattie professionali

#### Raccordo con la programmazione precedente

Lo sviluppo dell'attività nel 2012 dovrà partire da un'analisi approfondita, anche eventualmente critica laddove necessario, delle nuove attività sviluppatesi con il piano regionale della prevenzione al fine di proporre possibili miglioramenti. In particolare una riflessione dovrà essere sviluppata sulla efficacia delle azioni previste dal Piano Edilizia e ulteriore impulso dovrà invece essere dato al Piano di prevenzione in Agricoltura attraverso forme di raccordo regionali con le rappresentanze dei datori di lavoro e dei lavoratori. Il permanere di alcune criticità nelle funzioni svolte per la Magistratura determina invece la necessità di rivedere alcune procedure interne anche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane presenti. In tal senso si pensa di potenziare per quanto possibile la formazione sul campo degli operatori.

#### Obiettivi aziendali

a) Mantenere l'azione di monitoraggio e vigilanza nei cantieri edili e di monitoraggio nel comparto agricoltura compiuto in modo condiviso con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro e con periodica analisi del lavoro svolto

b) malattie professionali e infortuni gravi e mortali: Mantenere l'attività dei progetti nazionali svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL)

#### Risultati attesi

##### Comparto edile

- a1) monitoraggio del 20% dei cantieri edili notificati nel primo semestre
- a.2) Trasmissione alla Regione dei risultati dell'attività di monitoraggio svolta nel comparto edile al fine di redigere un documento unico regionale che analizzi criticità e proponga per gli anni successivi possibili interventi di promozione della sicurezza nel comparto edile
- a3) Mantenere il numero di cantieri visitati come da Piano Nazionale Edilizia

##### Comparto agricolo

- a.4) Sottoporre a monitoraggio lo stesso numero di aziende agricole e di allevamento del 2011 secondo i criteri e le procedure definite a livello regionale
- a.5) Trasmissione alla Regione dei risultati dell'attività di monitoraggio svolta nel comparto agricolo al fine della redazione di un documento unico regionale da presentare alle associazioni datoriali ed organizzazione dei lavoratori più rappresentative nel territorio regionale

b1) Inserire sul Programma MALPROF il 50% delle malattie professionali segnalate con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2012 e o per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta

b2) redazione di un report di monitoraggio dei casi pervenuti e di quelli inseriti da parte del gruppo MALPROF

b3) Inserire sul programma di infortuni gravi e mortali gli eventi trattati (indagati) nel 2012 aventi esito mortale, gravi nel comparto dell'agricoltura con dinamica inerente l'uso / manutenzione macchine agricole e per gli altri comparti



<p>c) Sviluppare azioni integrate tra aziende e altri enti deputati a svolgere <u>azioni di vigilanza nel campo della tutela della salute e sicurezza</u> negli ambienti di lavoro</p> <p>d) implementare il REACH</p> <p>e) formazione RSPP</p> <p>f) Semplificazione delle Procedure</p>	<p>accaduti nella manutenzione macchine / impianti / attrezzature</p> <p>c.1) predisporre documentate proposte da sottoporre agli altri enti coinvolti negli interventi a tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro (vigilanza) di azioni congiunte anche, ove possibile, di natura informativa / formativa da realizzarsi in ciascun territorio</p> <p>c.2) Stesura di un'analisi riportante criticità e positività per interventi interaziendali in tema di promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro</p> <p>c.3) Azioni di promozione della salute e sicurezza sulla base degli interventi realizzati secondo le indicazioni del PRP</p> <p>d) Addestrare due ulteriori operatori della struttura sugli elementi basilari del REACH</p> <p>e) Partecipare alla realizzazione di corso di Formazione RSPP (Corso di Aggiornamento) in accordo con le altre UOPSAL regionali</p> <p>f) Semplificare le procedure relative alle attività di Polizia giudiziaria svolte per conto della Magistratura</p>
<p>Azioni ed interventi</p> <p><u>Comparto edile</u></p> <p>a.1) Monitorare almeno il 20% dei cantieri edili notificati nel primo semestre 2012</p> <p>a.2) Trasmissione alla Regione dei risultati dell'attività di monitoraggio svolta nel comparto edile</p> <p>a.3) Mantenere il numero di cantieri edili sottoposti a Vigilanza nel corso del 2011 (circa 300 cantieri).</p> <p><u>Comparto agricolo</u></p> <p>a.3) Monitorare un numero di aziende agricole pari al numero assegnato a questa azienda nel 2011</p> <p>a.4) Trasmissione alla Regione dei risultati del monitoraggio delle criticità emerse nel comparto agricolo</p> <p><u>malattie professionali e infortuni gravi e mortali</u></p> <p>b1) sono inserite il 50% delle malattie professionali segnalate con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2012</p> <p>b2) Partecipare alle riunioni almeno trimestrali del gruppo MAL PROF per la redazione del report</p> <p>b3) Inserire nel programma di infortuni gravi e mortali degli eventi trattati (indagati) nel 2012</p> <p><u>azioni di vigilanza nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro</u></p> <p>c1) Mantenere le attività di sopralluogo congiunto con Direzione Provinciale del Lavoro nel comparto edile (almeno 20 cantieri)</p> <p>c1) Sviluppare l'attività di vigilanza congiunta con Direzione Provinciale del Lavoro nei siti confinati secondo quanto previsto dalla specifica normativa (almeno 10 aziende)</p> <p>c2) Partecipare allo studio di fattibilità per interventi interaziendali in tema di promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro</p> <p>c3) Prosecuzione del monitoraggio sulla applicazione della Norma inerente al divieto di fumare negli ambienti di lavoro in almeno trenta aziende.</p> <p>d) Favorire nell'ambito degli interventi REACH la formazione e l'addestramento di due ulteriori operatori della Struttura.</p> <p>e) Partecipare sia in fase di programmazione che di realizzazione al corso regionale mirato all'aggiornamento RSPP dei comparti a maggior rischio secondo quanto verrà concordato a livello regionale.</p>	

f) Realizzare in accordo con la locale Magistratura forme di raccordo ed integrazione che permettano la semplificazione delle procedure relative alle indagini per Infortunio sul Lavoro e per Malattia Professionale

### Linea 1.3.2.3: Prevenzione obesità

#### Raccordo con la programmazione precedente

Nel 2011 il SIAN ha collaborato attivamente alla revisione delle Linee Guida sulla ristorazione scolastica. Inoltre, è proseguita l'attività di implementazione dell'applicazione delle linee di indirizzo regionali, per l'alimentazione nei nidi d'infanzia 3 mesi - 3 anni presso le singole strutture mantenendo il progetto del 2010; nel mese di giugno è stato effettuato incontro con tutti i rappresentanti delle scuole materne provinciali nel corso del quale sono state presentate le Linee Guida

#### Obiettivo aziendale

Mantenere la % di bambini obesi al disotto del 4% e ridurre il sovrappeso in età infantile 0-5 anni attraverso la promozione dell'allattamento al seno e la promozione di corretta alimentazione.

#### Risultati attesi:

1. La ASS 6 assicura azioni finalizzate alla diffusione ed applicazione delle Linee Guida per :
  1. Alimentazione nei nidi d'infanzia
  2. Ristorazione scolastica (aggiornate nel 2011)
  3. Distribuzione automatica
2. Nell'ASS 6, in collaborazione con l'AORP e i distretti, viene realizzata la promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno

#### Azioni ed interventi:

- 1) Per la diffusione ed applicazione delle Linee di indirizzo: organizzazione di interventi informativi e formativi anche in collaborazione con Federsanità e con l'Ufficio Scolastico Regionale
- 2) Promuovere e sostenere presso le donne in età fertile l'allattamento esclusivo al seno fino al sesto mese di vita del neonato attraverso azioni individuate sulla base delle Linee Guida regionali per l'allattamento, compresa la rilevazione e l'inserimento dati nel sistema applicativo regionale dell'allattamento al seno esclusivo alla seconda vaccinazione.
- 2) Attivare forme di collaborazione con Ostetricia e Ginecologia e Pediatria dell'AORP, nonché con i Consultori Familiari dei Distretti Aziendali, con applicazione congiunta delle Linee Guida, legandola ad obiettivi di risultato.

### Linea 1.3.2.4: Prevenzione incidenti stradali

#### Raccordo con la programmazione precedente

Nell'ASS 6 sono stati effettuati i 2 interventi nelle due scuole della provincia di PN per l'anno scolastico 2010/2011 (Leopardi/Majorana di Pordenone e il Pujatti di Sacile); il Leopardi/Majorana ha predisposto i materiali elaborati dagli studenti; il materiale è stato raccolto dai docenti e consegnato in Regione, per la partecipazione al concorso di idee. Le due scuole hanno predisposto i materiali elaborati dagli studenti e consegnato in Regione, per la partecipazione al concorso di idee (il liceo Pujatti ha vinto il primo premio).

Per la prosecuzione del progetto sui "Determinanti di salute in ambito urbano" sono stati realizzati gli incontri tecnici con gli operatori degli uffici nel Distretto Urbano (Pordenone) e Sud (Azzano X).

E' stata effettuata la rilevazione delle schede di decesso per causa violenta, con il luogo del sinistro dell'anno

2009 con elaborazione di un report di epidemiologia descrittiva sulla mortalità dovuta agli incidenti stradali .	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosecuzione del progetto SicuraMENTE in tutte le Aziende della regione.</li> <li>2. Promuovere iniziative di prevenzione degli incidenti stradali in alleanza con il territorio, rivolte ai giovani (target 14-24 anni d'età)</li> <li>3. Esercitare ruolo di advocacy verso i Comuni del territorio per favorire una mobilità sostenibile</li> </ol>	<p>Risultati attesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza dell'avvenuta prosecuzione del progetto SicuraMENTE</li> <li>2. Evidenza di azioni ed interventi rivolti alle Istituzioni interessate</li> <li>3. Evidenza di collaborazioni con le Amministrazioni Comunali su pianificazione urbanistica e salute.</li> </ol>
<p>1. Prosecuzione del progetto SicuraMENTE in alleanza con le scuole individuate dall'USR, in tutte le fasce d'età, previste dal programma di attività.</p> <p>2. e 3. Prosecuzione delle azioni di sensibilizzazione delle Amministrazioni comunali su pianificazione urbanistica e salute, anche in collaborazione con FedersanitàAnci, e partecipazione attiva alla stesura di una check-list applicativa dei criteri previsti dalle Linee di indirizzo regionali per la mobilità sostenibile.</p>	

<b>Linea 1.3.2.5: Prevenzione incidenti domestici</b>	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p>Con il Distretto Ovest (Sacile) sono stati effettuati gli incontri pre e post parto in collaborazione con il Consultorio, al distretto Nord è stato effettuato l'incontro pre parto e programmato quello post-partum. Sempre al distretto Nord è stato effettuato il primo incontro di programmazione partecipata tra sanitario, sociale e terzo settore territoriali per avviare un processo di promozione di sani stili di vita e di prevenzione degli incidenti stradali che prevede anche la formazione di operatori, volontari e caregivers che si occupano di anziani.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tendenziale riduzione della mortalità e dei ricoveri da eventi traumatici nella popolazione anziana ospite di strutture o assistita a domicilio</li> <li>2. Ridurre i ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini 0-4</li> <li>3. Attivare il sistema di monitoraggio del fenomeno articolato nelle sue componenti legate al registro di mortalità, all'attività ospedaliera di ricovero e di pronto soccorso</li> </ol>	<p>Risultati attesi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementazione delle attività formative realizzate nel corso del 2011 e realizzazione di azioni informative/formative inserite nei percorsi assistenziali (assistenza a domicilio o case di riposo, polifunzionali, protette)</li> <li>2. Implementazione delle attività formative realizzate nel corso del 2011 e realizzazione del materiale formativo nei corsi pre-post parto in maniera sistematica e organizzata, integrata alle altre attività di promozione e prevenzione 0-4</li> <li>3. Collaborazione alla implementazione del sistema di monitoraggio a cura della Direzione Centrale Salute (area epidemiologia)</li> </ol>
<p>Azioni ed interventi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costituzione e consolidamento della rete degli interlocutori per la formazione a cascata</li> <li>- Costituzione e consolidamento della rete degli interlocutori quali Consultori familiari, Dipartimento</li> </ul>	



Materno Infantile, PLS, Centri vaccinali con condivisione delle raccomandazioni sulla sicurezza domestica 0-4 anni

- Applicazione linee guida nelle attività dei servizi con la realizzazione di brochure informative
- Realizzazione pacchetto formativo da parte degli operatori sanitari esperti sul tema per la diffusione in base alle peculiarità dei territori in: case di riposo, centri diurni, comuni, ambiti, centri di aggregazione popolazione anziana, centri commerciali con particolare attenzione all'arredamento, eventi pubblici (fiere festival e momenti di incontro con la popolazione)
- Realizzazione pacchetto formativo da parte degli operatori sanitari esperti sul tema e stakeholders per diffusione in: asili nido, comuni, ludoteche, e spazi gioco, ambienti commerciali di arredamento rivolti alla prima infanzia

### **Linea 1.3.2.6: Programma guadagnare salute**

#### Raccordo con la programmazione precedente

Nell'anno scolastico 2010/11 nella provincia di Pordenone hanno partecipato alle attività di prevenzione del tabagismo 8 scuole e 28 classi per un totale di 604 studenti.

Sono state effettuate le iniziative di adesione per il progetto ministeriale CCM 3 Veneto per la prevenzione del tabagismo negli ambienti pubblici, privati e sanitari.

Dopo avere concordato il piano di formazione con il Dipartimento delle Dipendenze, è stato realizzato un primo corso di formazione che ha interessato 11 aziende del comparto Autotrasporti e 18 del comparto Edile Trasporto-Movimento Terra. Deve essere ultimato un secondo corso che viste le adesioni del precedente dovrebbe garantire il raggiungimento dell'obiettivo (40 Aziende)

Il sito aziendale viene periodicamente aggiornata rispetto alle iniziative del progetto "Merenda sana uguale per tutti e movimento: un'associazione vincente"

Progetto "Merenda sana uguale per tutti e movimento: un'associazione vincente": in Provincia di Pordenone oltre la metà dei Comuni con almeno una scuola elementare sul proprio territorio propone il progetto "Una merenda sana a scuola" e il 12% della popolazione scolastica tra i 6 e gli 11 anni partecipa al progetto "Pedibus". È stato presentato un abstract sul progetto al Convegno della S.I.T.I. a Castelbrando (TV), che ha vinto il I° premio.

Per implementare il progetto "Merenda sana e zaino in spalla" è stato somministrato un questionario agli studenti delle scuole secondarie di primo grado (Azzano Decimo, Chions e Pravisdomini);

Il 12% della popolazione scolastica delle scuole elementari della Provincia di Pordenone partecipa al progetto "Pedibus"; per la realizzazione di questo progetto è stato presentato un abstract al Convegno della S.I.T.I. a Castelbrando (TV), che ha vinto il I° premio.

Il report relativo ai progetti di prevenzione dell'obesità avviati nelle scuole sarà realizzata entro il 31 dicembre 2011.

Obiettivo aziendale	Risultati attesi
<p>Proseguire nelle attività centrate su lotta al tabagismo e all'abuso di alcol sulla promozione dell'attività motoria:</p> <p><u>1. contrasto al tabagismo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promuovere iniziative finalizzate alla riduzione del numero di persone che fumano e che sono esposte a fumo passivo</li> <li>- Riattivazione del tavolo regionale tabagismo (Dipendenze e Prevenzione)</li> </ul> <p><u>2. Contrasto all'abuso di alcol:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione di un programma di sorveglianza sui giovani (14-29 anni) con problemi di alcol e patente, in raccordo con la Commissione Patenti</li> </ul> <p><u>3. Promozione dell'attività motoria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- collaborazione con i comuni e Federsanità per la realizzazione di piedibus con la messa in sicurezza dei percorsi casa scuola</li> </ul>	<p>1. Proseguire le iniziative in ambito scolastico per ritardare l'iniziazione al fumo nei giovani</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Azione di coinvolgimento della rete dei MMG (accordi locali) finalizzato a diminuire il numero dei fumatori attuali nella Provincia di Pordenone;</li> <li>- individuazione di strategie per diminuire il numero delle persone esposte al fumo passivo nell'ambito delle strutture dell'ASS 6 e dell'AORP, proseguendo la partecipazione al progetto CCM3 ("...monitoraggio del rispetto della normativa antifumo...")</li> <li>- sono individuati i referenti aziendali per i dipartimenti ((Dipendenze e Prevenzione) che garantiscono la partecipazione alle riunioni del tavolo regionale</li> </ul> <p>- Evidenza di una scheda di rilevazione condivisa ed evidenza di un report finale</p> <p>- Proseguire ed implementare le iniziative in collaborazione con i comuni</p>
<p><b>Azioni ed interventi</b></p> <p>Per le diverse linee di lavoro saranno attuati programmi/progetti anche in continuità con attività già avviate e previste dal PRP, in collaborazione tra il Dipartimenti di Prevenzione e il Dipartimenti delle Dipendenze, Federsanità ANCI, scuole, MMG, eventuali altri professionisti o istituzioni. La partecipazione dei MMG è vincolata alla firma dell'AIR e successivo AIA.</p>	

<p><b>Linea 1.3.2.7: Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</b></p>
<p><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></p> <p>Il programma aziendale di controlli e di campionamenti ufficiali è stato elaborato in modo distinto per le tre aree di attività del Servizio veterinario (Sanità animale, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale) e le rendicontazioni sono in linea con quanto richiesto.</p> <p>Per quanto riguarda i bisogni formativi, è già stato realizzato il corso residenziale Approccio all'autocontrollo e alla valutazione del Rischio nella Produzione Primaria; è stato realizzato un altro corso di FSC rivolto ai veterinari e ai tecnici della prevenzione del Servizio Veterinario su Controlli ufficiali mediante audit.</p> <p>Il Servizio veterinario si è proposto attivamente con INSIEL per il collaudo degli applicativi già sviluppati e per lo sviluppo di quelli ancora mancanti; entro il primo trimestre del 2012 tutte le funzionalità stabilite dal piano 2011 saranno messe a disposizione da parte di INSIEL permettendo la gestione delle attività richieste dai servizi.</p>

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Realizzazione degli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale in materia di sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</p>	<p>Risultati attesi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare, razionalizzare ed uniformare le procedure operative del controllo ufficiale ed attivare progetti di miglioramento dell'efficacia ed efficienza dell'attività di controllo ufficiale per il raggiungimento degli obiettivi del Reg. 882/04 CE</li> <li>2. Applicare il nuovo piano di monitoraggio, elaborato dalla Direzione Regionale, della malattia degli equidi stanziali al fine di monitorare una precoce circolazione del virus della WND sul territorio Regionale</li> <li>3. Attuare il piano di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini</li> <li>4. Attuare i controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.</li> </ol>
<p>Azioni ed interventi</p> <p>Evidenza dell'avvenuta realizzazione delle azioni ed interventi previsti dai risultati attesi</p>	

**Linea 1.3.2.8: Programmi di sorveglianza**

Raccordo con la programmazione precedente

Sono proseguite le interviste, la raccolta dei dati e la loro elaborazione; è stato elaborato l'articolo e pubblicato nel giornalino aziendale che raggiunge tutti i dipendenti aziendali, i MMG e i PLS; è stato inoltre pubblicato sulla stampa locale l'articolo sul tabagismo e abitudini al fumo, che riportava i dati del progetto PASSI; nel numero di settembre del giornalino aziendale è riportato l'articolo sul progetto "OKKIO alla salute".

Nel corso del 2011 inoltre sono stati distribuiti alle scuole aderenti ai progetti di prevenzione dell'obesità i depliant sui risultati della rilevazione 2010 di OKKio alla Salute e nell'ultimo trimestre è iniziata la diffusione dei dati nazionali e regionali di HBSC – CDC.

Dal 2011 anche la Regione Friuli-Venezia-Giulia ha aderito al progetto HBSC – CDC: è stata effettuata la rilevazione in 51 classi della provincia di Pordenone delle scuole medie superiori; in attesa della restituzione dei dati (consegnati al Burlo Garofano di Trieste, capofila del progetto)

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Mantenere attivi i programmi di sorveglianza nazionali Okkio alla salute , Obesità in Gravidanza e PASSI utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione .</p>	<p>Risultati attesi</p> <p>Evidenza dell'avvenuta realizzazione delle azioni ed interventi previsti</p>
--	---

Azioni ed interventi

Prosecuzione attività già avviate, in collaborazione con i Distretti per il programma di sorveglianza per l'Obesità in gravidanza

### Linea 1.3.2.9: Programmi di screening

#### Raccordo con la programmazione precedente

Nel 2011 sono proseguite le attività dei programmi organizzati di screening, che nell'area vasta pordenonese sono garantite dall'ASS6, dall'Azienda Ospedaliera SMA e dal CRO. I programmi di screening hanno mantenuto i livelli di performance già raggiunti negli anni precedenti. Tutta la popolazione bersaglio è stata regolarmente invitata entro gli intervalli di tempo stabiliti dai protocolli regionali.

Per promuovere la partecipazione allo screening dei tumori del colon retto, oltre all'invio del sollecito scritto ai non rispondenti predisposto dalla regione, l'ASS6 ha svolto nel 2011 una serie di iniziative rivolte alla popolazione, ai MMG e ai farmacisti. L'adesione allo screening dei tumori del colon retto nel primo trimestre 2011 è stata pari al 46%, in aumento rispetto all'anno precedente.

#### Obiettivo aziendale

- a. Garantire, per la parte di competenza, l'invito della popolazione bersaglio annuale per lo screening della cervice uterina
- b. Garantire tempestivamente la comunicazione all'interessata in caso di pap test positivo e la prenotazione dell'appuntamento per la colposcopia
- c. Mantenere o migliorare le performance degli screening attraverso la promozione dell'adesione consapevole

#### Risultato atteso

- a. popolazione bersaglio annuale invitata per lo screening della cervice uterina:  $\geq 95\%$
- b. tempo trascorso tra la data di refertazione del pap test di screening positivo e la data della prima colposcopia:  $\leq 8$  settimane in almeno il 90% dei casi inviati al 2° livello
- c. almeno una iniziativa per distretto effettuata

#### Azioni ed interventi:

- Garantire l'apertura degli ambulatori per il pap test necessaria per l'invito della popolazione bersaglio annuale per lo screening dei tumori della cervice uterina
- Assicurare l'invio tempestivo al secondo livello in caso di test di screening positivo
- Attuare iniziative rivolte alla popolazione e ai Medici di Medicina Generale per aumentare l'adesione consapevole agli screening, in particolare del colon-retto

### Linea 1.3.2.10: Prevenzione cardiovascolare

#### Obiettivo aziendale:

- a. Aumento della popolazione eligibile con valutazione del rischio cardiovascolare globale da perseguire inserendo nella contrattazione integrativa per i MMG e negli accordi locali la valutazione e correzione del cardiovascolare globale, del rischio da stili di vita e del rischio psicosociale e degli interventi per ridurli se elevati
- b. Presenza, in tutte le strutture cardiologiche aziendali, di materiali di educazione sanitaria per i soggetti ad alto rischio o in prevenzione secondaria e formazione degli operatori sanitari al corretto uso degli stessi

#### Risultato atteso:

- Subordinatamente al livello di adesione dei MMG nei futuri Accordi Integrativi Aziendali sarà possibile:
- il coinvolgimento dei MMG alla valutazione e correzione del cardiovascolare globale, del rischio da stili di vita e del rischio psicosociale.
  - b1. gli utenti ambulatoriali, che afferiscono alle strutture cardiologiche aziendali ricevono materiali appropriati per la riduzione del rischio cardiovascolare
  - b2. consentire la formazione, di alcuni operatori

	<p>sanitari delle strutture cardiologiche aziendali ai corsi organizzati dalla regione per il corretto uso dei materiali educazionali</p> <p>b3. garantire la partecipazione alle iniziative della DC rivolte alla conclusione del programma regionale "Gente di cuore"</p>
--	---

Azioni ed interventi:

azioni e interventi coerenti con i risultati attesi

#### **Linea 1.3.2.11: Sinergie nell'attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria**

Obiettivo aziendale:

Coinvolgimento con opportune iniziative di livello regionale e locale della rete degli MMG su alcuni principali capitoli di attività: fumo, obesità, patologie cardiovascolari, prevenzione secondaria di patologie oncologiche..

Risultati attesi:

Subordinatamente al livello di adesione dei MMG nei futuri Accordi Integrativi Aziendali sarà possibile:  
- il coinvolgimento dei MMG nelle linee progettuali già definite fumo, obesità, patologie cardiovascolari.

Azioni ed interventi:

azioni e interventi coerenti con i risultati attesi

#### **Linea 1.3.2.12: Ambiente e salute: attivazione di coordinamento e sinergie con ARPA, province e comuni**

Obiettivo aziendale:

Attivazione di sinergie con l'ARPA, al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali, in particolare per formulare pareri condivisi su insediamenti, progetti e piani impattanti sul territorio

Risultati attesi:

collaborazione alla stesura di una bozza di Protocollo per la formulazione della Valutazione di Impatto sulla Salute da redigersi in comune fra Dipartimenti di Prevenzione e ARPA da diffondersi in collaborazione con Federsanità ANCI

Azioni ed interventi:

azioni e interventi coerenti con il risultato atteso

### **1.4.3 ASSISTENZA SANITARIA**

#### **Linea 1.3.3.1: Accreditamento**

Raccordo con la programmazione precedente:

Nel 2011 è stata approvata la DGR 1436/2011 che individua requisiti e procedura del programma di accreditamento istituzionale per le strutture di degenza e ambulatoriali e l'Azienda ha effettuato l'autovalutazione sulla proposta dei requisiti per strutture di residenzialità extraospedaliera (RSA, Hospice).  
Aggiornato il piano di adeguamento di una struttura aziendale già accreditata per spostamento locali (Medicina dello sport di Maniago); confermato dalla DCS lo stato di accreditamento.

<p>Obiettivo aziendale:</p> <p>Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale</p>	<p>Risultato atteso:</p> <p>Accreditamento definitivo delle strutture sanitarie private di degenza e ambulatoriali</p> <p>Prosecuzione del programma di autovalutazione delle strutture sanitarie pubbliche (percorso paziente con grave cerebrolesione acquisita e percorso nascita )</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>L'Azienda mette a disposizione i professionisti valutatori ed esperti nelle diverse branche specialistiche per le attività di verifica sul campo delle strutture sanitarie pubbliche e private, con un impegno stimato di 5 giornate/anno</p> <p>L'azienda conduce il processo di autovalutazione della conformità ai requisiti di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche in relazione al processo di accreditamento del percorso nascita e del paziente con grave cerebrolesione acquisita.</p> <p>L'azienda aggiorna i piani di adeguamento delle strutture accreditate.</p>	

### Linea n. 1.3.3.2 Farmaceutica

#### Raccordo con la programmazione precedente:

I dati di monitoraggio hanno compreso i farmaci a brevetto scaduto, in particolare quelli interessati dal DL 78/2010 e sono stati inoltrati ai responsabili di distretto. Sono state concordate ed effettuate con 2 distretti le date per la discussione in UDMG e per la definizione di idonee procedure di comunicazione ai prescrittori.

Dal 1 gennaio 2011 l'ASS n.6 non comprende più strutture ospedaliere e servizi di oncologia, pertanto le registrazioni sulla cartella oncologica (almeno per il 95% dei pazienti il 100% delle informazioni essenziali) non sono più di competenza di questa Azienda.

L'attività di Distribuzione per Conto è stata iniziata il 1 marzo 2011 ed è stata correttamente effettuata la trasmissione dei flussi informativi.

L'Azienda ha mantenuto la Distribuzione Diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale come negli anni precedenti; ha mantenuto la fornitura dei prodotti per l'assistenza integrativa ricompresi nell'aggiudicazione delle gare del DSC; ha iniziato dal 1 marzo 2011 il rimborso a prezzo ridotto di tutti gli ausili per diabetici tramite le farmacie convenzionate ed è stata correttamente effettuata la trasmissione dei flussi informativi.

<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promozione dell'appropriatezza prescrittiva</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conferma della DPC e implementazione della lista dei farmaci PHT distribuiti.</li> <li>2. Mantenimento della distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare (ADI, ADP, ospedalizzazione domiciliare), residenziale e semiresidenziale</li> <li>3. Partecipazione alle Commissioni del Prontuario di Area Vasta e alla definizione di capitolati di gara che favoriscano l'utilizzo di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari.</li> </ol> <p>Compatibilmente con l'adesione delle altre Aziende di AV:</p>
--	---



<p>Contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- promozione dell'appropriatezza prescrittiva</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>4. definizione di un protocollo comune per aumentare il primo ciclo di terapia e favorire l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto e di biosimilari in particolare alla dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica.</li><li>5. Mantenimento della distribuzione diretta di prodotti previsti in AFIR</li><li>6. Monitoraggio delle prescrizioni territoriali (AFIR e farmaceutica) e 2 incontri di audit feedback in ambito distrettuale per promuovere prescrizioni con il miglior profilo costo-efficacia.</li></ol> <ol style="list-style-type: none"><li>1. e 2. Dal 1 gennaio 2011 l'ASS n.6 non comprende più strutture ospedaliere e servizi di oncologia</li><li>3. Partecipazione alla Commissione per il prontuario farmaceutico di Area Vasta</li><li>4. Monitoraggio e controllo, entro i termini prefissati, dei flussi ministeriali su spesa e consumi farmaceutici ospedalieri e distribuzione diretta</li></ol>
--	---

**Azioni e interventi**

Contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale:

1. Ampliamento della lista di farmaci PHT distribuiti e rivalutazione degli onorari professionali;
2. Come da risultato atteso;
3. Come da risultato atteso;
4. Collaborare per la definizione del protocollo; verifica delle prescrizioni effettuate dagli specialisti come primo ciclo di terapia in occasione del rimborso
5. Come da risultato atteso, contenimento delle autorizzazioni di prodotti non previsti in AFIR; raccordo con i distretti
6. Come da risultato atteso; raccordo con i distretti

Contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo:

3. Come da risultato atteso e ridefinizione della Commissione con l'inserimento di figure che rappresentino le esigenze dei prescrittori territoriali;
4. Come da risultato atteso, previo accordo con AOSMA per la fornitura dei farmaci ai centri di costo territoriali per i quali sia necessario la distribuzione personalizzata.

**Linea 1.3.3.3: Sicurezza e governo clinico**

Raccordo con la programmazione precedente:

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

In particolare sono stati condotti ed implementati i seguenti programmi:

Predisposto e trasmesso formalmente da DG con prot. 22953 del 13/4/2011 il documento consuntivo sui risultati raggiunti nel corso del 2010 in tema di sicurezza del paziente; la scadenza temporale è stata rispettata in ordine alla nota della DCS 6527/SPS/ASAN del 25 marzo 2011 che posticipava la scadenza al 15 aprile 2011.

Mantenuti i sistemi di sorveglianza con particolare riferimento ad eventi sentinella ed eventi avversi e registrazione al sistema di registrazione SIMES degli eventi avversi.

Adottato lo strumento di gestione della documentazione clinica territoriale (fascicolo sanitario) e prima valutazione sulla qualità della documentazione tramite checklist. (rilevazione in fase di completamento). In tale strumento sono ricompresi anche il sistema di sorveglianza sull'applicazione di sistemi di rilevazione

del dolore.

Attivato un gruppo aziendale per la riformulazione di una procedura per il consenso informato orientata alle attività territoriali.

Sviluppato e adottato formalmente un regolamento aziendale per la gestione dei rifiuti speciali. Progettata la formazione e avviata la formazione specifica sulla procedura SISTRI. Attiva la formazione sull'utilizzo dei DPI.

Elaborato la procedura di implementazione del sistema di Incident Reporting con particolare attenzione agli strumenti, alla formazione e alla reportistica per il territorio e la continuità delle cure mentre è da definire un piano di implementazione dei sistemi correlati alla sicurezza del farmaco con particolare riferimento alle strutture territoriali.

Ridefinire formalmente un gruppo multidisciplinare aziendale per la sicurezza dei pazienti.

Avviato un programma di controllo infezioni correlate all'assistenza sanitaria ( clostridium difficile) e avvio di un sistema di sorveglianza su procedure di interesse territoriali (cadute e incident reporting).

Obiettivo aziendale:

Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale

Nelle more del completamento dei lavori propedeutici all'approvazione del nuovo Piano oncologico regionale, avviati nel 2011, nell'Area Vasta Pordenonese, entro il 31.12.2012, dovrà essere analizzato e riprogettato un percorso diagnostico terapeutico e assistenziale integrato (PDTA) oncologico per le Neoplasie mammarie

Risultato atteso:

Trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico

Partecipazione, attraverso la messa a disposizione di esperti, ai tavoli di lavoro e di consensus per l'individuazione dei percorsi diagnostici terapeutici, delle procedure e dei criteri di sicurezza

Utilizzo di strumenti metodologici omogenei individuati a livello regionale che consentano la contestualizzazione nelle specifiche realtà organizzative dei percorsi e delle procedure individuati, finalizzati al miglioramento dell'efficacia degli interventi sanitari con le risorse disponibili

L'Ass6 condivide con il CRO di Aviano la costruzione del PDTA delle neoplasie mammarie:

Entro giugno la produzione di un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti

Entro agosto la definizione di un set di almeno 5-10 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e della percepita dall'utente)

Entro ottobre la produzione del documento del nuovo PDTA

Entro dicembre l'organizzazione di un incontro di consenso tra i professionisti coinvolti per la condivisione degli esiti del lavoro svolto.

Azioni ed interventi:

L'azienda monitora e trasmette gli indicatori del programma regionale del rischio clinico.

L'azienda partecipa al programma regionale del governo clinico e di sicurezza con la messa a disposizione dei professionisti richiesti.

L'azienda condivide strumenti metodologici frutto dei tavoli tecnici regionali.

L'azienda condivide con il CRO di Aviano, Ente coordinatore, e le altre Aziende di Area Vasta la costruzione del PDTA delle neoplasie mammarie.



#### **Linea 1.3.3.4: Assistenza protesica**

##### Raccordo con la programmazione precedente

L'ASS6 partecipa, fin dal suo costituirsi, al gruppo di lavoro ristretto che, in sede regionale, ha predisposto il nuovo Regolamento Regionale per l'aggiornamento dell'albo dei fornitori e della prescrizione informatizzata. Nel 2012 sarà costituito un nuovo gruppo di lavoro aziendale che provvederà all'aggiornamento del Regolamento Aziendale per l'assistenza protesica e integrativa, adeguandolo a quello regionale per la realtà dell'Area Vasta Pordenonese.

Relativamente all'attività prescrittiva nel corso del 2011 si è provveduto, d'intesa con la DCSePS, ad una ricognizione dei prescrittori attribuiti all'ASS6 a seguito dello scorporo delle strutture e funzioni ospedaliere al fine di consentire l'utilizzo della procedura informatica messa a disposizione all'interno del sistema G2 Clinico da parte di tutti gli specialisti identificati.

Tutti i prescrittori censiti e formati in collaborazione con la DCSePS hanno a disposizione lo strumento per la prescrizione informatizzata.

##### Obiettivo aziendale:

1. Applicazione delle procedure di gestione approvate nel 2011 da parte della Regione
2. Aggiornamento del sistema informatico alle nuove procedure

##### Risultato atteso:

- L'ASS6 adotterà il nuovo regolamento per le prestazioni protesiche e integrative quando approvato dalla DC
- Aggiornamento degli elenchi dei fornitori e degli elenchi dei prescrittori abilitati alla prescrizione informatizzata in collaborazione con il servizio tecnologie informatiche aziendale (linea 1.3.6.7)

##### Azioni ed interventi

- Partecipazione dei Referenti aziendali alle riunioni per il miglioramento di accesso ed efficacia alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa e per la revisione del Regolamento aziendale di assistenza protesica e integrativa.
- Formazione del personale distrettuale finalizzata all'applicazione omogenea del nuovo Regolamento.
- Collaborazione alla formazione regionale degli specialisti all'utilizzo della procedura informatizzata, all'aggiornamento dell'elenco dei prescrittori e all'integrazione con l'attività distrettuale per gli aspetti amministrativo/autorizzativi e le fasi di collaudo dei dispositivi personalizzati, nonché supporto alle azioni regionali previste per l'aggiornamento dell'albo dei fornitori.

#### **Linea 1.3.3.5: Cure palliative**

##### Raccordo con la programmazione precedente

##### Presenza in cartella della valutazione del dolore e prescrizione e somministrazione della terapia antalgica:

Per Hospice e RSA nel primo semestre si è predisposta ed introdotta una griglia di valutazione che ha rilevato tutte le informazioni previste dall'obiettivo; dal 1° luglio è stata introdotta la rilevazione sistematica su tutti gli utenti ricoverati sul supporto informatico predisposto.

##### Presenza in cartella della valutazione del dolore:

per l'assistenza domiciliare è stata predisposta la rilevazione dell'indicatore a luglio 2011 e gennaio 2012 sul 100% dei fascicoli chiusi nel semestre precedente.

La scelta di utilizzare solo i fascicoli chiusi è legata al fatto che sono gli unici disponibili in distretto, poiché quelli aperti rimangono al domicilio dell'utente in carico.

E' stato effettuato un progetto di aggiornamento sulla terapia antalgica e cure palliative con il coinvolgimento di professionisti sia di Area Vasta che regionali.

E' stata garantita la partecipazione alle fasi di monitoraggio predisposte sia dal Ministero che dalla Regione (inviati i dati richiesti secondo le indicazioni regionali e ministeriali)

Livello di realizzazione della rete delle cure palliative

La rete di cure palliative con accordi di Area Vasta, al momento attuale, copre l'intero territorio provinciale con un'assistenza infermieristica sulle 12 ore. Vi sono accordi con il CRO e con la Casa di Cura San Giorgio per implementare le ore/medico. La formazione degli infermieri distrettuali è in fase di avanzamento.

Sono in atto accordi con il CRO per consentire l'accesso a domicilio di un anestesista per i casi complessi di terapia del dolore e per il posizionamento di accessi venosi periferici/centrali (PICC)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Strutturazione delle reti per le cure palliative e terapia del dolore, per l'adulto e per il bambino dal Ministero che dalla Regione.	1. Viene garantita la partecipazione ai tavoli tecnici regionali, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore, distinti per età adulta e pediatrica
2. Analisi delle informazioni previste dal Flusso ministeriale e predisposizione degli strumenti di raccolta dei dati integrati ospedale territorio	2. Sono soddisfatti i debiti informativi nei confronti del Ministero

Azioni ed interventi

- compatibilmente con la disponibilità dei professionisti (anestesisti) ospedalieri, ricerca di accordi per la realizzazione della rete di terapia del dolore e per l'integrazione con percorsi preferenziali agli ambulatori di terapia del dolore ospedalieri
- riproporre il corso base e formulare il corso avanzato nel 2012

**Linea 1.3.3.6: Trapianti e attività del CRT**

Raccordo con la programmazione precedente

In relazione alla progettazione di un sistema di sorveglianza territoriale per la valutazione del potenziale di donazione, è in via di definizione il percorso tra la SOC di rianimazione dell'P.H. di S. Vito al T. e l'Hospice per l'avvio del progetto

E' stato realizzato il programma di formazione specifica del personale interessato.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Razionalizzazione delle attività di e- procurement nell'Hospice di San Vito.	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte nell'Hospice di San Vito, di idoneità alla donazione di cornea

Azioni e interventi

- valutazione dell'idoneità della donazione nei pazienti ricoverati in Hospice
- per i soggetti ritenuti idonei monitorare la validità del percorso ed evidenziare le eventuali criticità

**Linea 1.3.3.7: Piano Sangue – AREA VASTA PORDENONESE**

**ASS 6 “Friuli Occidentale” , I.R.C.C.S.CRO di Aviano**

Raccordo con la programmazione precedente:

L'azienda ha contribuito correttamente all'alimentazione dei flussi informativi di sua pertinenza ed è

correttamente integrata nella funzione trasfusionale dipartimentale di cui è titolare AO PN. Ha inoltre partecipato al processo di accreditamento per la parte impiantistico strutturale di cui ha la proprietà presso la sede di Maniago.	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Contributo al mantenimento della conformità agli standard di accreditamento regionale della funzione trasfusionale (per la parte di propria competenza), secondo le previsioni della DGR 2031 del 27.10.2011	Accreditamento della struttura trasfusionale
Contributo ai programmi regionali di appropriatezza e sorveglianza degli eventi avversi alla trasfusione	Contributo all'alimentazione del flusso informativo
Azioni ed interventi:	
L'azienda supporta l' AOSMA di Pordenone per il mantenimento dei requisiti strutturali della funzione trasfusionale presso la sede di Maniago. L'azienda garantisce i flussi informativi di sua pertinenza per la funzione trasfusionale.	

### 1.3.4 INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

<b>Linea 1.3.4.1: Paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</b>	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p>Con lo scorporo degli ospedali di rete, si è reso necessario sia un aggiornamento del protocollo per le dimissioni protette esistente, sia la revisione dell'offerta e degli assetti organizzativi finalizzata al miglioramento della presa in carico del paziente con patologie cronico degenerative e alla continuità ospedale-territorio, attraverso la formulazione di un protocollo quadro di riferimento per la continuità intraterritoriale.</p> <p>E' stato definito il gruppo di lavoro ASS6, composto da operatori provenienti da tutti i distretti (Coordinatori infermieristici, Dirigenti medici cure primarie, caposala ADI, rappresentante fisioterapisti, Caposala RSA, MMG rappresentanti UDMG più SIMG). Nel corso di una serie di incontri tecnici tra a coordinatori e referenti è stato predisposto un documento di proposte inviato entro il 30 giugno alla DR (prot. n. 40014/DG, del 30/06/2011)</p> <p>Nel corso del II° semestre, sulla base del documento inviato entro il 30 giugno 2011 alla Direzione centrale, i gruppi di lavoro, hanno proseguito il percorso di monitoraggio e revisione delle azioni previste nel documento stesso. Ne è seguita una ulteriore elaborazione/revisione (tuttora in corso). Il documento sarà quindi distribuito e discusso con le rappresentanze dei MMG.</p> <p>E' tuttavia già prevedibile che nel corso del 2012, vista la complessità dell'argomento ed il gran numero di attori coinvolti (CRO, AOSMA, CdC San Giorgio, ASS6), sarà necessario intraprendere un percorso di monitoraggio e formazione per tutti gli attori dell'area vasta.</p>	
Obiettivi aziendali <u>continuità assistenziale intraterritoriale</u>	Risultati attesi
Aggiornamento del protocollo per le dimissioni protette esistente, revisione dell'offerta e degli assetti organizzativi finalizzata al miglioramento della presa in carico del paziente con patologie cronico degenerative e alla continuità ospedale-territorio	Consolidare nel corso del 2012 l'utilizzo dei nuovi protocolli dimissioni protette e di continuità intraterritoriale da parte di tutte le strutture sanitarie di Area Vasta.

#### Azioni ed interventi

- Organizzare un percorso formativo volto a condividere i protocolli per dirigenti, MMG/PLS, referenti e coordinatori dell'area vasta.
- Organizzare un percorso formativo per omogeneizzare i comportamenti di tutti gli attori dei servizi territoriali della ASS6 (referenti, coordinatori, personale)
- Attivare/consolidare una rete di monitoraggio della corretta applicazione dei protocolli dimissioni protette e di continuità intraterritoriale (segnalazioni, audit, report, ecc.)
- Garantire almeno due sedute di revisione dei protocolli con la partecipazione di tutti gli attori dell'area vasta nel corso dell'anno

#### **Linea 1.3.4.2: Riabilitazione**

##### Raccordo con la programmazione precedente aziendale

##### Dipartimento di riabilitazione di area vasta

Dal combinato disposto degli obiettivi della programmazione annuale 2011 per le Aziende dell'AV Pordenonese (escluso il CRO) si evince che entro il 30 settembre dovevano essere predisposti gli atti propedeutici per l'attivazione dei Dipartimenti di riabilitazione in ogni Area vasta e trasmessa alla DCSPS la "documentazione riguardante la strutturazione dei Dipartimenti di Area Vasta", mentre è definita la scadenza del 31 Dicembre per la definizione dell'assetto strutturale dell'ASS6 e la predisposizione dell'ipotesi del dipartimento di Area Vasta.

Le Aziende di Area Vasta hanno svolto fino ad ora le seguenti attività ciascuna nel proprio ambito:

- 1 Ricognizione delle attività di riabilitazione svolte all'interno dell'Area Vasta
- 2 Produzione delle ipotesi di organizzazione interna e funzioni del Dipartimento di area vasta

Sono stati condivisi i principi generali su obiettivi, principi, priorità e ambiti di intervento del Dipartimento di seguito elencati.

##### Principi per la costituzione del Dipartimento

1. approccio secondo la metodologia ICF
2. inclusione nella progettazione degli interventi, le attività e i servizi concernenti tutte la patologie, i funzionamenti, le menomazioni
3. coinvolgimento di tutti gli erogatori di attività di riabilitazione pubblici, privati convenzionati e IRCCS La Nostra famiglia
4. progettazione basata su integrazione, multi professionalità e multi disciplinarietà
5. definizione degli strumenti di integrazione con la rete regionale ed extraregionale, in particolare con le alte specialità e IMFR "Gervasutta" di Udine
6. forte azione di governo per la fuga in particolare extraregionale
7. definizione prioritaria del ruolo nella rete del nodo di Sacile

##### Obiettivi del dipartimento

L'ipotesi definitiva di assetto del Dipartimento, da prodursi entro il 31 dicembre deve contenere i seguenti temi.

1. Definizione di obiettivi, ruoli, organizzazione e funzionamento dei processi di riabilitazione all'interno dell'area vasta.
2. Definizione dei soggetti facenti parte del Dipartimento, del ruolo svolto e delle relazioni nella rete
3. Definizione e progettazione degli strumenti organizzativi e operativi di coordinamento e di funzionamento in particolare nei seguenti ambiti:
  - programmazione
  - valutazione e verifica
  - tecnico/scientifico e di governo clinico
  - formativo

Per sua natura il dipartimento sarà di tipo funzionale / orizzontale.

Raccordo con la programmazione precedente regionale:

Nel corso del 2011 è stato completato il percorso del paziente con grave cerebrolesione acquisita e nel 2012 si procederà all'autovalutazione con le modalità individuate nella linea 3.4.3.1 accreditamento. L'implementazione del percorso richiederà inoltre nel 2012 lo sviluppo del sistema informativo a supporto della rete per le GCA e l'istituzione del registro regionale informatizzato per questi pazienti.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>Applicazioni delle indicazioni regionali in materia di rete regionale per le Gravi Cerebrolesioni, con particolare attenzione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rispetto requisiti per le strutture di rete</li> <li>- Rispetto delle funzioni per i nodi di rete</li> </ul>	<p>A seguito dall'emanazione delle indicazioni regionali verrà effettuata una valutazione delle strutture aziendali eventualmente interessate; a seguire si procederà</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'autovalutazione e al piano di miglioramento su aderenza ai requisiti delle strutture di rete entro 3 mesi dall'emanazione delle indicazioni regionali</li> <li>- garantita la partecipazione al piano di formazione dei referenti di rete definito dalla Regione</li> </ul>

Azioni ed interventi

Allineati ai risultati attesi 1 e2

**Linea 1.3.4.3: Dipendenze**

Raccordo con la programmazione precedente

Anche nel corso del 2011 sono state rafforzate ed ampliate le attività di coordinamento e d'integrazione del Dipartimento per le Dipendenze con gli altri Servizi territoriali ed ospedalieri dell'area vasta.

In particolare si è attuata una collaborazione con il dipartimento di Prevenzione per attività coordinate collegate al programma 'Guadagnare salute' in particolare per la lotta al tabagismo e all'abuso di alcolici.

In data 12.04.2011 durante un incontro dei Direttori del Dipartimento Dipendenze si è deciso di adottare come sistema informatizzato regionale, la piattaforma software MFP, già in uso in molte regioni in Italia e in particolare al Dipartimento Dipendenze di Verona.

In data 1 luglio 2011 il Dipartimento di Verona ha risposto positivamente alla richiesta della Direzione Centrale Funzione Pubblica al rilascio della licenza d'uso gratuita per l'utilizzo della piattaforma.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<p>a) Collaborazione <u>all'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze</u></p>	<p>a1) Garantire la partecipazione del direttore del Dipartimento delle Dipendenze, o loro delegati, ad almeno il 70% delle riunioni, del "Comitato di progetto", indette dall'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze</p> <p>a2) Individuare il referente aziendale che partecipa al "Gruppo tecnico operativo" e garantita la partecipazione ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze</p>
<p>b) Le Aziende sanitarie devono partecipare alle attività propedeutiche per la messa a regime del <u>sistema informativo regionale delle dipendenze.</u></p>	<p>b) Condizionatamente alla messa a disposizione del nuovo gestionale: l'attività dei servizi del dipartimento, per quanto attiene ai nuovi accessi nell'anno 2012, viene registrata sulla base dati corrispondente</p>

<p>c) Predisposizione e implementazione della <u>formazione</u> per gli operatori dei dipartimenti delle dipendenze della regione inerente i punti a) e b)</p> <p>Guadagnare Salute</p> <p>d) <u>Contrasto all'abuso di alcol:</u> Realizzazione di un programma di sorveglianza sui giovani (14-29 anni) con problemi di alcol e patente, in raccordo con la Commissione Patenti</p> <p>e) <u>Lotta al tabagismo:</u> e1. Riattivazione del tavolo regionale tabagismo (Dipendenze e Prevenzione)</p> <p>e2 Offerta di attività per la disassuefazione ad integrazione dei programmi di prevenzione</p>	<p>c) garantire la collaborazione e la partecipazione a due eventi formativi a carattere regionale</p> <p>d) Evidenza di una scheda di rilevazione condivisa ed evidenza di un report finale</p> <p>e1) sono individuati i referenti aziendali per i dipartimenti ((Dipendenze e Prevenzione) che garantiscono la partecipazione alle riunioni del tavolo regionale</p> <p>e2) Evidenza di offerta per la disassuefazione</p>
<p>Azioni ed interventi</p> <p>a1) garantire la collaborazione all'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze tramite la partecipazione alle riunioni del "Comitato di progetto"</p> <p>a2) individuare almeno un referente per il "Gruppo tecnico operativo al fine di coordinarsi con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze</p> <p>b1) garantire l'implementazione dei dati relativi alle attività dei servizi per le tossicodipendenze nel gestionale "MFP" allo scopo di raccogliere le informazioni richieste dal Progetto SIND</p> <p>c) partecipare con propri operatori alla programmazione ed allo svolgimento della formazione specifica prevista dai progetti NIOD e SIND</p> <p>d) è garantita la collaborazione con tutti i servizi dipendenze per la strutturazione della scheda di rilevazione concordando le modalità con la commissione patenti; è realizzato un report finale</p> <p>e1) Individuare un referente delle Dipendenze ed uno della Prevenzione ed assicurare la partecipazione alle riunioni;</p> <p>e2) garantire le attività per la disassuefazione (secondo l'organizzazione aziendale) ad integrazione dei programmi di prevenzione</p>	

<p><b>Linea 1.3.4.4: Salute mentale</b></p>
<p><u>Raccordo con la programmazione precedente</u></p> <p><u>Completamento della rete dei CSM 24 h.</u> Area sud, area nord e urbana: presso i CSM delle tre aree è iniziata la riorganizzazione dell'attività assistenziale con una équipe unica, tra i CSM e i servizi 24 h: il personale partecipa alla turnazione ma non è ancora stato identificato un unico coordinatore dell'intera équipe. Per l'area urbana deve essere individuata la sede unica dove collocare il CSM e i pl per l'ospitalità sulle 24 h.</p> <p>Presso i Distretti Urbano, Nord e Sud sono stati realizzati degli incontri con i MMG per il miglioramento della comunicazione con gli operatori dei CSM.</p>

Presso ciascun Distretto sono stati identificati gli psichiatri e psicologi partecipanti ai gruppi di lavoro interdisciplinari a livello distrettuale, per l'identificazione, la valutazione ed il trattamento dei fenomeni di esordio: attraverso la definizione di Progetti Personalizzati di intervento mediante l'utilizzo della "Scheda di valutazione biopsicosociale" sono stati identificati 3 casi in carico al DSM e 2 in carico alla NPI e, previa raccolta del consenso informato, è stata compilata la prima parte del protocollo regionale. Attraverso questi strumenti è stata sperimentata l'integrazione tra i due servizi per gli "esordi" psicotici e affettivi nell'adolescenza.

Presso i Distretti Sud e Nord è stato realizzato un incontro con i rappresentanti dei MMG e la partecipazione del Servizio Farmaceutico sul tema dei farmaci a brevetto scaduto per la depressione

E' stato condiviso a livello dei DSM regionali il documento redatto dalla ASS n.6, quale progetto per l'avvio di un Centro Regionale per la Riabilitazione dei DCA. È stato attribuito a un professionista esterno, responsabile del centro residenziale per disturbi alimentari dell'Asl n10 Veneto Orientale (dr. Salvo) l'incarico di consulenza nella realizzazione del progetto.

Obiettivi aziendali	Risultati attesi
<p>Miglioramento della capacità di presa in carico condivisa attraverso l'integrazione di responsabilità e di risorse</p>	<p>a) implementare il piano di completamento della rete dei CSM 24h nel territorio provinciale: a.1) per le aree Nord e Sud sarà consolidata la realizzazione dell'organizzazione dei CSM 24h. a.2) l'area Urbana dovrà realizzare l'integrazione tra le equipe assistenziali dei CSM e del servizio 24h e si darà attuazione all'attivazione della sede unica.</p> <p>b) Miglioramento dei percorsi di cura orientati alla ripresa/ recovery, in integrazione tra SSSMM, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholders</p> <p>c) Definire e attuare modalità di comunicazione, collaborazione e formazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale</p> <p>d) Realizzazione delle condizioni necessarie all'avvio del Centro Regionale per la Riabilitazione dei DCA a S. Vito al T.</p> <p>e) Continuare a strutturare programmi di reinserimento delle persone detenute in OPG e ridefinire gli obiettivi e le modalità operative del servizio di salute mentale in carcere</p>
<p>Azioni e interventi</p> <p>a.1) per le aree Nord e Sud consolidare la realizzazione dell'organizzazione dei CSM 24h, a seguito dell'avvio dell'integrazione tra le equipe assistenziali dei CSM e i servizi 24h avvenuta nel 2011 e nomina di un unico coordinatore</p> <p>a.2) l'area Urbana dovrà realizzare l'integrazione tra le equipe assistenziali dei CSM e del servizio 24h e darà attuazione all'attivazione della sede unica.</p> <p>b) Consolidare l'attività di gruppi di lavoro interdisciplinari a livello distrettuale: Evidenza dell'utilizzo della metodologia integrata di intervento: Stesura dei progetti personalizzati ed</p>	

elaborazione dei percorsi assistenziali integrati in raccordo con linea progettuale 1.3.4.7 (sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata).

c) predisposizione di almeno 1 incontro per distretto, in collaborazione con il servizio farmaceutico aziendale, con MMG/UDMG per la promozione di farmaci a brevetto scaduto nella terapia delle principali patologie croniche gestite sul territorio (raccordo linea 1.3.3.2 farmaceutica).

d) attivazione del Centro Regionale per la Riabilitazione dei DCA; avvio di un programma formativo specifico per il personale ivi operante.

e) evidenza della valutazione dei residenti detenuti in OPG e della strutturazione dei programmi di reinserimento

### **Linea 1.3.4.5: Materno infantile**

#### Raccordo con la programmazione precedente

Il servizio di neuropsichiatria infantile (NPI) ha stabilito una collaborazione stabile già dal 1997, attualmente bimensile, con la UOC di Pediatria – Neonatologia dell’A.O.SMA “Ambulatorio del neonato e del bambino” con obiettivo la valutazione e promozione delle competenze neuro-motorie, relazionali, del comportamento, della comunicazione ed del linguaggio, dei prerequisiti all’apprendimento scolastico dei bambini prematuri e/o a rischio, residenti nell’Area Vasta Pordenonese, extra provinciali, extra regionali.

Tutti i bambini prematuri, visti nell’Ambulatorio, sono stati sottoposti allo screening uditivo neonatale.

Sono state individuate le figure mediche (2 neuropsichiatre) che manterranno i contatti con UOC Pediatria e UOC – ORL dell’ A.O.SMA per l’elaborazione del programma regionale di screening uditivo neonatale

#### Obiettivi aziendali

1) Contribuire all’ottimizzazione del programma di screening regionale uditivo neonatale

2) partecipare alle attività del Comitato regionale per il percorso nascita

#### Risultati attesi

1) il servizio di NPI garantirà all’interno dell’ Ambulatorio del neonato e del bambino la collaborazione con la UOC di Pediatria – Neonatologia dell’A.O.SMA per l’esecuzione del test di screening in tutti i casi valutati nell’ambulatorio

2) Garantire la partecipazione del rappresentante aziendale ai lavori del Comitato regionale, collaborando alle attività del suddetto Comitato finalizzate al monitoraggio/implementazione della qualità degli interventi assistenziali nelle diverse fasi del percorso nascita

#### Azioni ed interventi

- 1) collaborare all’esecuzione del test di screening come previsto nel risultato atteso
- 2) garantire la partecipazione del rappresentante aziendale ai lavori del Comitato regionale

### **Linea 1.3.4.6: Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti**

#### Raccordo con la programmazione precedente:

Si è concluso il percorso formativo sulla metodologia di AUDIT c/o area Welfare di Palmanova e sono stati formati 2 operatori per distretto e 2 operatori della casa di riposo coinvolta nell’audit.

E’ stata effettuata la valutazione di audit e predisposto il percorso di miglioramento nella struttura identificata. (Casa Serena di Pordenone).

<p>Gli strumenti e le modalità di gestione della lista unica per l'accesso alle strutture residenziali per non autosufficienti sono consolidati a livello provinciale; i criteri, la modulistica ed il regolamento di gestione della lista unica adottati sono a regime in tutti i distretti.</p> <p>Il monitoraggio delle Val.Graf. scadute o in prossimità di scadenza sono effettuate secondo la seguente tempistica: entro il 31 gennaio 2011, entro il 31 marzo, entro il 30 giugno, entro il 30 settembre ed entro il 31 dicembre e sono trasmessi alle singole strutture i report con le valutazioni scadute.</p> <p>Sono stati convenzionati 6 servizi semiresidenziali che hanno presentato domanda ed in possesso dei requisiti ai sensi del DGR 2326/2010 ed agli ospiti accolti e valutati con lo strumento di VMD Val.Graf. è stata garantita l'erogazione dei contributi regionali per l'abbattimento retta previsti.</p>	
<p><b>Obiettivo aziendale</b></p> <p><u>Processo di riclassificazione:</u> L'Ass6 partecipa all'attuazione del processo di ri-autorizzazione secondo le modalità che verranno definite ed emanate con l'integrazione del DPRReg 0333/Pres. del 2008.</p> <p>In particolare, il referente aziendale per il processo di riclassificazione, nominato nell'ASS 6 (come previsto con DGR 25 novembre 2010, n. 2384), collabora con la DCSISPS alla formulazione di una ipotesi di classificazione.</p> <p>Tale ipotesi dovrà essere definita entro <b>120 giorni dalla disponibilità del dossier aziendale</b>, che sarà trasmesso alla ASS6, contenente le informazioni di sintesi sulle strutture residenziali afferenti al territorio di competenza</p>	<p><b>Risultato atteso:</b></p> <p>evidenza dell'attuazione del processo di riclassificazione e riautorizzazione secondo le modalità definite ai sensi del regolamento integrativo il DPRReg. 0333/2008</p>
<p><u>Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità:</u> Tutte le ASS proseguono nella realizzazione del percorso di monitoraggio e promozione della qualità avviato nel corso del 2011. Le stesse avviano analogo percorso coinvolgendo almeno un'ulteriore struttura residenziale per anziani per ciascuna ASS</p> <p>Omogenizzare nelle strutture residenziali i comportamenti assistenziali attraverso l'adozione di linee guida e protocolli.</p>	<p>Evidenza della prosecuzione del percorso di monitoraggio e promozione della qualità in almeno una struttura residenziale per anziani per distretto.</p> <p>Evidenza della diffusione nelle strutture residenziali per anziani delle linee guida e protocolli adottati dall'ASS6</p> <p>Sviluppo di un programma di promozione della salute orale e prevenzione delle patologie più diffuse della bocca degli ospiti accolti nelle strutture residenziali per non autosufficienti convenzionate con l'ASS6.</p>
<p><u>Sistemi informativi:</u> L' ASS 6 deve monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>Evidenza delle verifiche e delle eventuali sollecitazioni circa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>residenziali per anziani convenzionati;</li> <li>- la presenza per ciascun trimestre nel sistema informativo SIRA-FVG, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta prodotto trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati;</li> <li>- la presenza per ciascun trimestre nel sistema informativo SIRA-FVG, dei report relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate;</li> <li>- la trasmissione da parte delle strutture residenziali per anziani del report annuale relativo all'“Offerta residenziale” prodotto dal sistema informativo SIRA-FVG a cura delle strutture residenziali per anziani convenzionate</li> </ul>
<p><u>Convenzione</u></p> <p>A) L'ASS 6 prevede che, nelle convenzioni con i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza siano vincolati al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG).</p> <p>B) A partire dal secondo semestre 2012, l'ASS 6 provvede a creare le condizioni amministrative e organizzative per una adozione, a partire dal 1° gennaio 2013, dello schema tipo di convenzione per i rapporti tra le ASS 6 e le strutture residenziali per anziani, che sarà adottato dalla Regione</p>	<p>Evidenza entro il 31/12/2012 della convenzione tipo regionale tra ASS6 e strutture residenziali per anziani da adottare a partire dal 1° gennaio 2013</p>
<p><u>Sistema di VMD Val.Graf.-FVG</u></p> <p>Tutti i Distretti dell'ASS 6 provvedono a valutare, in sede di UVD e mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato</p>	<p>Evidenza delle VMD Val.Graf.-FVG imputate nel sistema informativo e-GENeSys per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali valutati dall'UVD.</p>
<p><u>Sistema di finanziamento</u></p> <p>A) Nell'ambito del governo della rete dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, l'ASS 6 prosegue, in continuità con quanto avviato nel corso del 2011 e previa autorizzazione da parte della DCSISPS, nella predisposizione di convenzioni con i servizi semiresidenziali ai fini dell'erogazione del contributo per l'abbattimento delle rette (art. 13, LR</p>	<p>Tutti i servizi semiresidenziali e sperimentali per anziani non autosufficienti in possesso dei requisiti minimi previsti sono convenzionati con l'Azienda sanitaria, previa autorizzazione della DCSISPS</p>

<p>10/97).</p> <p>B) Nell'ambito dell'estensione del contributo regionale per l'abbattimento delle rette (art. 13, LR 10/97) agli anziani non autosufficienti accolti in servizi residenziali alternativi alle strutture residenziali per anziani non autosufficienti (servizi sperimentali), autorizzate ai sensi del DPGR 14 febbraio 1990, n. 83 e della DGR 11 maggio 2001, n. 1612, l'ASS 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stipula convenzioni con gli enti gestori dei servizi sperimentali previa verifica della rispondenza dei servizi stessi ai requisiti di cui al Decreto del Presidente della Regione n. 337 dd. 12.12.2008;</li> <li>- valuta, in sede di UVD, il bisogno degli ospiti mediante l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale (VMD) Val.Graf.-FVG ai fini dell'accesso al servizio medesimo;</li> <li>- definisce, i programmi di assistenza individualizzati (PAI) in funzione del profilo di bisogno delineato con il sistema di VMD sulla base dei quali vengono attuati gli interventi terapeutici e assicurate le prestazioni assistenziali necessarie nell'arco della giornata.</li> </ul>	<p>Evidenza della convenzione con i servizi residenziali in regola ai sensi Decreto del Presidente della Regione n. 337 dd. 12.12.2008</p> <p>Evidenza delle valutazioni degli ospiti accolti mediante la (VMD) Val.Graf.-FVG imputate nel sistema informativo e-GENeSys</p> <p>Tutti gli ospiti accolti rientrano nel profilo di bisogno definito dalla D.G.R. n. 1505/2011.</p>
<p>Azioni e interventi</p> <p><u>Processo di riclassificazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi del documento contenente le informazioni di sintesi sulle strutture residenziali trasmesso dalla DCSISPS.</li> <li>- <b>Predisposizione entro 120 giorni dal recepimento del documento</b> di un dossier aziendale con l'ipotesi di classificazione delle strutture del territorio di competenza, in collaborazione con la DCSISPS</li> </ul> <p><u>Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coinvolgimento delle figure professionali formate nella prosecuzione del percorso di monitoraggio e promozione della qualità in almeno una struttura residenziale per anziani per distretto.</li> <li>- Identificazione delle strutture e svolgimento dell'attività di audit nelle strutture identificate.</li> <li>- Predisposizione del piano di miglioramento nelle 5 strutture aziendali identificate in almeno un'area critica identificata nell'audit.</li> <li>- Diffusione nelle residenze protette per non autosufficienti delle linee guida/protocolli in uso a livello aziendale (es. cadute, lesioni, gestione accessi vascolari ecc.)</li> <li>- Reperimento della figura professionale di igienista dentale da adibire alle attività nelle case di riposo</li> </ul> <p><u>Sistemi informativi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Azioni coerenti con i risultati attesi.</li> </ul> <p><u>Convenzioni:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisporre nelle convenzioni la clausola che subordina l'erogazione dei rimborsi degli oneri sanitari e di abbattimento delle rette al soddisfacimento del debito informativo minimo previsto dalla 0333/2008 ed alla valutazione multidimensionale Valgraf secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni.</li> </ul> <p><u>Sistema di VMD Val.Graf.-FVG:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutare ed imputare nel sistema e- GENeSys tutti gli utenti da accogliere nei servizi residenziali e semiresidenziali.</li> </ul> <p><u>Sistema di finanziamento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Azioni coerenti con i risultati attesi</li> </ul>	

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

Raccordo con la programmazione precedente

Nel rispetto delle indicazioni della linea progettuale relative al mix della casistica sono state reclutate nel progetto, previa raccolta del consenso informato, 35 persone, che comprendono anche i casi in età evolutiva previsti dalla linea 3.4.4.5 (materno infantile) e alcune valutazioni di pazienti in carico al DSM.

Al 31/12/2011 risulta completato l'inserimento nel Fascicolo Biopsicosociale Elettronico (FBE) di 34 casi (1 persona nel frattempo è deceduta); per tutti è stato redatto il Progetto personalizzato che si avvale sia delle matrici sintetiche delle interazioni persona/ambiente generate dal FBE che, come già avvenuto lo scorso anno, della modulistica cartacea in uso a livello aziendale (verbale UVD o EMDH).

**Obiettivo aziendale**

Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF

**Risultato atteso**

Rivalutazione di 15 casi già valutati nel 2011 (3 per ogni Distretto) al fine di monitorare il progetto personalizzato in atto e aggiornare il fascicolo biopsicosociale elettronico.

Valutazione e stesura dei progetti personalizzati di 15 casi non ancora valutati con gli strumenti basati su ICF (2 per ogni Distretto, 3 per il DSM e 2 per la NPI) privilegiando i minori, quelli che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi) e persone con gravi cerebro lesioni acquisite.

Per tutti i pazienti viene raccolto il consenso al trattamento dei dati sensibili in formato elettronico

I referenti aziendali, i tutor aziendali e gli operatori coinvolti nella sperimentazione sono opportunamente formati in programmi di rilevanza regionale

**Azioni ed interventi**

- Ricostituzione del Gruppo Tecnico di coordinamento tecnico di coordinamento del progetto, composto da Distretti, Coordinamento Sociosanitario, Servizi in delega, NPI, DSM e Ambiti in continuità con azioni svolte nel 2011.
- Verifica composizione dei sette nuclei di valutazione già operativi (1 per ogni Distretto, DSM e NPI) e conferma dei rispettivi tutor.
- Partecipazione di tutor aziendali e operatori (in particolare del DSM) a formazione regionale
- Valutazione di 15 nuovi casi e stesura dei rispettivi Progetti Personalizzati
- Rivalutazione di 15 casi valutati nel 2011 e monitoraggio dei Progetti in atto
- Inserimento protocolli di valutazione in applicativo regionale
- Partecipazione ad incontri regionali

**Obiettivo aziendale:**

utilizzare ICD9-CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai servizi di assistenza domiciliare

**Risultato atteso:**

subordinatamente al livello di adesione dei MMG nei futuri Accordi Integrativi Aziendali sarà possibile:

<p>Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati sul SISR</p>	<p>- codificare la diagnosi dei pazienti presi in carico in assistenza domiciliare con ICD-CM e inserirla nei relativi supporti informatizzati</p> <p>Introdurre la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2010, per ogni presa in carico di tutti gli utenti per i quali si prevede l'apertura del fascicolo sanitario domiciliare</p>
<p>Azioni ed interventi</p> <p>Azioni e interventi conseguenti ai risultati attesi indicati</p>	

<p><b>Linea 1.3.4.8: Pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria e per la presa in carico integrata – partecipazione alla elaborazione del PDZ dei SSC</b></p>	
<p><u>Raccordo con la programmazione precedente:</u></p> <p><u>Distrettualizzazione delle aree ad alta integrazione sociosanitaria</u></p> <p>Nel corso del 2011 si è aperta all'interno dell'ASS6 una riflessione attorno alle funzioni integrate che possono essere sviluppate in ambito distrettuale partendo dall'individuazione di aree ad alta integrazione (abitare sociale, lavoro, minori con famiglie multiproblematiche) sulle quali far convergere gli sforzi di programmazione e di organizzazione funzionale di distretti e dipartimenti.</p> <p>Rispetto alle tre aree individuate è stata avviata anche un'importante interlocuzione con gli ambiti nella prospettiva di un'integrazione istituzionale che ha portato alla sottoscrizione con l'ambito distrettuale Ovest di una convenzione che dettaglia forme di integrazione gestionali e professionali.</p> <p>Nel 2012 si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assunzione di un ruolo centrale del distretto come luogo effettivo dell'integrazione sociosanitaria, con l'attribuzione di specifiche responsabilità in merito alle aree individuate</li> <li>- lo sviluppo di modelli operativi denominati staff funzionali (chiaramente descritti e puntualmente verificati) che escano dalla logica esclusiva di appartenenza al servizio.</li> </ul> <p>Nel corso del 2012 si prevede un'ulteriore sperimentazione relativa alla domiciliarità in particolare al Distretto Nord. Infatti l'assistenza domiciliare realizzata dai servizi distrettuali, con varie forme di integrazione, è uno degli strumenti della 'domiciliarità', ma questo concetto è ben più ampio e articolato e diventerà sempre più centrale nelle politiche sociosanitarie future e nei nuovi sistemi di welfare comunitario che stanno progressivamente emergendo.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>L'ASS6 per il tramite dei Distretti e con la collaborazione dei Dipartimenti e i SSC garantirà la programmazione congiunta – nell'ambito del percorso di elaborazione del PDZ – dei servizi e interventi che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, entro un quadro unitario, percorsi integrati per il benessere della persona, della famiglia e della comunità nelle aree di integrazione sociosanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- materno infantile</li> <li>- disabilità</li> </ul>	<p>Risultato atteso</p> <p><u>Dopo l'emanazione delle indicazioni metodologiche fornite dalla DCSISSPS per la predisposizione del PdZ, l'ASS6 provvederà a realizzare quanto indicato di seguito.</u></p> <p><b>Entro settembre 2012:</b></p> <p>Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale</p> <p>La durata della programmazione locale integrata è di</p>

- malattie croniche
- terminalità
- anziani
- salute mentale
- dipendenze

Nella programmazione congiunta vengono coinvolte le strutture operative dell'ASS e del sistema sociale integrato impegnate ad assicurare prestazioni/interventi e servizi afferenti alle aree di integrazione sociosanitaria sopra elencate.

L'ASS affida ai direttori dei Distretti sanitari il ruolo di responsabilità e di coordinamento delle attività correlate al processo di elaborazione della programmazione congiunta e di predisposizione del documento di programmazione locale integrata.

Il processo di elaborazione della programmazione congiunta nelle aree di integrazione sociosanitaria tiene conto delle indicazioni operative che saranno fornite alle ASS dalla DCSISSPS in coerenza con quanto contenuto nelle Linee guida per la predisposizione del PDZ

tre anni. Per ciascun anno di attività viene data separata evidenza degli interventi da realizzare.

Il documento viene trasmesso, da parte del Direttore generale dell'ASS e del Presidente dell'Assemblea dei Sindaci, alla DCSISSPS per il parere di congruità da rilasciare ai soggetti interessati **entro ottobre 2012.**

**Entro dicembre 2012:**

ASS e SSC riallineano la propria programmazione, qualora necessario, sulla base delle indicazioni regionali e giungono alla sottoscrizione di atto di intesa tra il Direttore generale dell'ASS e il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dell'ambito territoriale interessato, che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione locale

Direttore generale dell'ASS e Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del SSC trasmettono alla DCSISSPS, il documento di programmazione integrata locale approvato in via definitiva unitamente all'atto di intesa

Azioni ed interventi

Azioni e interventi conseguenti ai risultati attesi indicati

I documenti di programmazione congiunta sono strutturati secondo le indicazioni metodologiche fornite dalla DCSISSPS

**Linea 1.3.4.10: Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate**

Raccordo con la programmazione precedente:

E' stato analizzato l'atto d'indirizzo regionale per gli affidamenti al terzo settore e si è costituito un gruppo di lavoro dedicato.

Il team ha censito e valutato le tipologie di beni e servizi che possono essere oggetto di coprogettazione con i sistemi della cooperazione sociale di tipo b presenti sul territorio provinciale.

È avvenuta la ricognizione di tutti gli affidamenti con caratteristiche di inserimento lavorativo facenti capo al Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento delle Dipendenze della ASS6.

Dal "documento di ricognizione dei servizi in appalto in scadenza nell'anno 2011", elaborato dalla SOC Provveditorato economato, è stato evidenziato che gli affidamenti a terzi delle forniture di beni e servizi o sono già stati attribuiti o non risultano aggiudicabili in base a quanto previsto dal DSC e dalle procedure che regolano i rapporti di affidamento.

Pertanto non è risultato oggettivamente raggiungibile l'obiettivo di incremento del 2% così come declinato nel risultato atteso della linea 3.4.8.8

Per ottemperare agli obblighi previsti dalla L. 68/99 e per pianificare gli inserimenti obbligatori previsti, è stata richiesta alla Provincia la realizzazione dell'apposita convenzione di programma, che presumibilmente si stipulerà per la fine del 2011, ipotizzando una copertura dei posti nell'arco dei prossimi 5 anni.

<p>Obiettivo aziendale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garanzia che venga valutata la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati per ogni affidamento programmato dalle Aziende e per ogni tipologia di procedure di gara (sotto o sopra soglia comunitaria, unificata per più Aziende o di interesse esclusivo).</li> <li>2. Garantire che per gli affidamenti dove si è valutato possibile, vengano utilizzati gli strumenti legislativi che favoriscono la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.</li> </ol>	<p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'evidenza della valutazione delle possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati</li> <li>– Per tutte le procedure di gara che non risultino unificabili vi è evidenza che è stato attuato, nei casi in cui sia possibile, quanto previsto dell'art. 5 della L 381/91 e dalla LR 20/2006, utilizzando lo schema di convenzione tipo previsto dall'art. 23 della LR 20/2006</li> </ul> <p>In tutti gli affidamenti “sopra soglia comunitaria” dove vi sia la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati, vengono utilizzate le “clausole sociali” prevedendo, in relazione al tipo di servizio, in alternativa le seguenti modalità:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la possibilità di accesso alla gara solo per le ditte che si impegnino a realizzare il 30% di inserimenti lavorativi sul totale della forza lavoro complessivamente impiegata nel servizio;</li> <li>2. un punteggio per la valutazione dei progetti di inserimento lavorativo non inferiore al 10% del punteggio complessivo di offerta previsto.</li> </ol>
<p>Azioni ed interventi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- costituzione di un gruppo tra Cordinamento Socio-Sanitario, DSM, Dipartimento Dipendenze che garantisca la valutazione delle possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati per ogni affidamento programmato</li> <li>- garantire un confronto sistematico con la SOC provveditorato per un corretto utilizzo degli strumenti legislativi</li> </ul>	

### 1.3.6 SISTEMA INFORMATIVO

Raccordo con la programmazione precedente:

Privacy Al momento la situazione aziendale prevede 9 punti di accesso territoriali per l'attivazione della CRS ed esprimere il consenso al trattamento dei dati (globali)

Farmacie in rete L'avvio del sistema CUP-Web consente di gestire la prenotazione degli esami specialistici presenti a CUP e il pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa da parte del cittadino: nel 2011 sono stati realizzati corsi di formazione per le farmacie della provincia di Pordenone nei distretti Nord e Sud e dal 1.12.2011 è attivo il sistema di prenotazione in tutte le farmacie dei due distretti. Nel 2012 il sistema sarà reso disponibile in tutte le farmacie dei distretti Urbano, Ovest e d Est.

Sistemi per la gestione ambulatoriale: Sono state acquisite e attrezzate le postazioni lavoro ambulatoriali distrettuali mancanti per consentire l'avvio del sistema G2Clinico nei distretti ancora sprovvisti, è stato effettuato il corso ECM rivolto ai medici specialistici, infermieri e amministrativi dei distretti per la formazione dell'utilizzo della Firma Digitale sul sistema G2Clinico (utilizzo, normativa, implicazioni, ecc...) E' stato completato da parte di INSIEL l'assetto del sistema di conservazione legale sostitutiva con lo scorporo degli ospedali e opportunamente configurato per ricevere i referti firmati digitalmente, prodotti dalle unità operative distrettuali dell'ASS6. E' stato avviato il sistema di refertazione G2 clinico per la produzione di referti ambulatoriali con firma digitale

Prescrizione elettronica Con l'avvio del sistema G2Clinico con Firma Digitale presso le strutture ambulatoriali è stato messo a disposizione il modulo per la prescrizione elettronica.

Medicina convenzionata Nell'ambito dell'invio telematico delle certificazioni di malattia l'ASS6 (Direzione sanitaria e sistema Informativo aziendale) ha effettuato interventi di informazione/formazione per i medici l'ASS 6, ai MMG, ai PLS e agli specialisti convenzionati e ai medici del Servizio di Continuità Assistenziale. Sul versante Aziendale, sono state fornite le istruzioni sia per quel che riguarda la modalità di ricezione dei certificati dei dipendenti ASS 6 assenti per malattia, sia rispetto alla eventuale ricezione di certificati di malattia in formato cartaceo, sia, per l'inoltro delle segnalazioni da parte dei datori di lavoro dell'inadempienza da parte dei medici afferenti all'ASS 6 nell'invio del certificato on line.

Sistema informativo del personale E' stato avviato il sistema Self Service del dipendente in fase sperimentale per due strutture (Ufficio del personale, ufficio del servizio tecnologie informatiche), dopo la messa a disposizione del SW da parte di INSIEL

Sistema di governo E' disponibile presso l'azienda la fruibilità del sistema di governo per tramite dell'applicazione SAS Enterprise Guide installato presso le strutture/uffici: Programmazione e Controllo di Gestione, Farmaceutico, Accreditemento Qualità e Tecnologie Informatiche. Eseguito cambio versione su tutte postazioni client come da specifiche fornite da INSIEL

<b>Linea 1.3.6.1: Privacy</b>	
Obiettivo aziendale:  Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	Risultato atteso:  verrà garantita la partecipazione all'avviamento del nuovo processo di raccolta del consenso a partire dal secondo semestre 2012, nel percorso di primo contatto con le strutture sanitarie
<b>Linea 1.3.6.2: Prescrizione elettronica</b>	
Obiettivo aziendale:  L'ASS6 avvierà la diffusione della prescrizione elettronica delle prestazioni in tutte le strutture distrettuali	Risultato atteso:  dopo la messa in disponibilità del sistema per la ricetta elettronica: - verrà avviato il sistema per consentire allo specialista distrettuale la produzione della prescrizione elettronica
<b>Linea 1.3.6.3: Firma digitale</b>	
Obiettivo aziendale:  L'ASS6 consolida l'utilizzo della firma digitale dei documenti sanitari	Risultato atteso:  Tutte le strutture ambulatoriali proseguono il processo di dematerializzazione dei referti mediante l'utilizzo della firma digitale



**Linea 1.3.6.6: Nuovo sistema di governo**

Obiettivo aziendale:

se individuata per la sperimentazione l'ASS6: parteciperà al progetto regionale di sviluppo di un sistema di governo regionale basato sulla valutazione multidimensionale della performance nel servizio sanitario

Risultato atteso:

se individuata per la sperimentazione l'ASS6: collaborerà alla realizzazione delle fasi della sperimentazione, secondo le indicazioni regionali, con il supporto del gruppo di lavoro istituito a livello regionale

**Linea 1.3.6.7: Qualità della cura**

Obiettivo aziendale:

Allineamento anagrafe prescrittori

Risultato atteso:

l'Azienda provvederà, entro giugno 2012, ad implementare il nuovo elenco unico dei prescrittori regionali, anche in raccordo con la linea 1.3.3.4

**Linea 1.3.6.8: SISAVER**

Obiettivo aziendale:

L'ASS6 ricorrerà ad un rinnovo contrattuale relativo alla manutenzione del software Sferacarta in attesa del completamento delle funzioni di SisaVer.

Risultato atteso:

Il software "sferacarta" sarà rinnovato con diritto di recesso a cadenza trimestrale 2012.

Azioni ed interventi per tutte le linee del sistema informativo

Allineate a quanto previsto dai risultati attesi

## RIORDINO DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE E DI SUPPORTO

### Riorganizzazione gestionale

Nel corso del 2011 le Aziende dell'Area vasta pordenonese hanno definito congiuntamente, nel rispetto delle indicazioni contenute nella D.G.R. n. 597/2011, il Piano attuativo di area vasta previsto alla Linea progettuale n. 3.1.3 "Miglioramento dell'efficienza del sistema" e hanno altresì realizzato quanto previsto alla Linea progettuale n. 3.4.6. "Programma delle attività centralizzate" come rappresentato alla Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e politiche Sociali con nota congiunta prot. n. 11143/DG del 29.04.2011.

*La valutazione da parte delle Aziende dell'area vasta pordenonese in merito alla prosecuzione nel 2012 delle attività avviate o progettate nel corso del 2011 dovrà essere resa coerente e compatibile con le determinazioni che verranno assunte dagli organi regionali competenti nell'ambito della prevista riforma del sistema sanitario regionale.*

Ciò premesso, con riferimento alla **Linea progettuale n. 3.1.3. "Miglioramento dell'efficienza del sistema"**, rispetto a quanto rappresentato nella nota prot. n. 11143/DG del 29.04.2011 si rappresenta quanto segue:

#### 1. Trattamento previdenziale.

Sulla base di quanto definito nel "Piano per la gestione unificata della funzione previdenziale" elaborato congiuntamente dalle Aziende di area vasta e nel rispetto di quanto definito nel cronoprogramma, con decorrenza 1° luglio 2011 è stato attivato, in via sperimentale, l'Ufficio Unico Previdenziale. E' intendimento delle Aziende dare prosecuzione al progetto nel 2012, implementando e cercando di risolvere alcune criticità tecniche emerse durante la fase sperimentale legate in particolare all'utilizzo del programma (S7) dell'INPDAP per la creazione della pratica pensionistica. Dovranno altresì essere individuate le azioni di tipo logistico necessarie per l'avvio definitivo del nuovo Ufficio unico.

#### 2. Acquisizione del personale.

Sulla base di quanto definito nel "Piano per la gestione unificata delle procedure di acquisizione del personale" nel corso del 2011 è stato realizzato, con piena soddisfazione da parte delle Aziende coinvolte, quanto previsto all'art. 5 del Piano. L'Azienda per i servizi sanitari ha infatti attivato sia la procedura di avviso pubblico per l'acquisizione a tempo determinato, da parte di AOSMA, di Collaboratori professionali sanitari – Infermieri cat. D (determinazione , sia la procedura concorsuale per il medesimo profilo professionale (determinazione ASS6 n. 1577 del 07.10.2010, modificata con decreto n. 99 del 25.03.2011). Ha quindi provveduto all'approvazione della graduatoria concorsuale (determinazione ASS6 n. 1345 del 15.11.2011, modificata con determinazione n. 1360 del 18.11.2011) e sono attualmente in corso le procedure di assunzione da parte di entrambe le Aziende.

E' intendimento delle Aziende dare prosecuzione al progetto anche nel 2012 come previsto all'art. 8. L'individuazione delle procedure unificate verrà effettuata, successivamente all'approvazione dei piani annuali aziendali con le modalità indicate all'art. 4.

#### 3. Magazzino unico per farmaci e presidi sanitari

Si conferma quanto contenuto nella nota prot. n. 11143/DG del 29.04.2011 e si rimanda a quanto esplicitato nella Linea progettuale n. 3.4.6. "Programma delle attività centralizzate" che costituisce il logico presupposto del presente obiettivo.

#### 4. Fiscalità

Il Servizio di consulenza fiscale in Area vasta è stato unificato per CRO e AOSMA nel 2011. L'ASS6, come inizialmente convenuto in Area Vasta, conferma l'adesione alla condivisione del servizio allo scadere del termine dell'affidamento dell'attuale incarico, con il prossimo 4 agosto 2012.

#### 5. Recupero crediti

E' intendimento delle Aziende attivare la procedura centralizzata nel corso del 2012. Al fine di meglio monitorare i mancati pagamenti di prestazioni sanitarie si auspica un intervento regionale per una modifica del sistema informativo INSIEL CUP WEB che dia immediata evidenza dei mancati pagamenti a carico dei pazienti evidenziati sul visore degli operatori di cassa.

#### 6. Controllo sulle esenzioni ticket

Si conferma l'intendimento da parte delle Aziende dell'area vasta pordenonese di adottare una procedura centralizzata per il controllo di veridicità delle dichiarazioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per età/reddito, nel rispetto delle indicazioni e delle conseguenti modalità operative che verranno individuate al riguardo dall'amministrazione regionale.

Con riferimento alla **Linea progettuale n. 3.4.6. "Programma delle attività centralizzate"**, l'attività è stata realizzata nel 2011 come già rappresentato, in parte, nella nota prot. n. 11143/DG del 29.04.2011 che per quanto riguarda l'ASS6 presenta già i contenuti di un adesione generalizzata alle attività del Magazzino unico.

Da ultimo, con riferimento all'obiettivo n. 4 del "Patto annuale tra Regione e Servizio Sanitario regionale e modalità di valutazione dei risultati 2011" recante "**Miglioramento dei livelli di efficienza delle funzioni amministrative**", come modificato da ultimo con D.G.R. n. 1720 del 23.09.2011, si rappresenta che le Aziende dell'Area vasta pordenonese hanno condiviso la costituzione di un Ufficio unico di Area vasta denominato "Ufficio Centrale Gestione Risorse Umane".

Il documento elaborato, nel quale sono stati esplicitati nel dettaglio l'ambito di intervento, gli obiettivi, i punti di forza, le criticità, la riduzione dei costi nei termini previsti dalla D.G.R. n. 1720 del 23.09.2011 (non inferiore al 10%), il cronoprogramma e la collocazione logistica del nuovo ufficio, verrà inoltrato alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali entro la data del 31.12.2011 prevista dalla citata D.G.R. 1720/2011.

## RISORSE

---

### GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La manovra del personale relativa all'anno 2012 è proposta in coerenza con le indicazioni regionali contenute nelle "Linee per la gestione del SSR 2012" nonché con le indicazioni metodologiche ed operative per la redazione dei PAL/PAO 2012 trasmesse con nota prot. n. 21080 del 22.11.2011 della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali.

Sulla base delle indicazioni regionali si esamina:

- Stato dell'arte 2011
- Manovra 2012

#### Stato dell'arte

La rappresentazione dello stato dell'arte dell'ASS6, per l'anno 2011, risulta fortemente condizionata dal trasferimento degli ospedali di rete e di parte delle funzioni tecniche ed amministrative all'Azienda Ospedaliera di Pordenone. Infatti, le complesse operazioni relative al predetto scorporo di funzioni hanno comportato azioni e trasferimenti di personale anche nel corso dei primi otto mesi dell'anno, i cui contenuti sono esplicitati nel relativo Protocollo operativo, recentemente sottoscritto dai Direttori Generali dell'ASS6 e dell'Azienda Ospedaliera S.M. degli Angeli di Pordenone.

La situazione di partenza dell'analisi dei movimenti di personale, come indicato nel Piano attuativo Locale (PAL), del bilancio preventivo per l'anno 2011 e della variazione triennale di previsione 2010-2012, approvato con decreto n. 600 del 31.12.2010, risulta la seguente:

- al 31/12/2010 il dato di forza del personale dell'ASS6 era di n. **1.759** unità di cui n. **1751** unità a tempo indeterminato e n. **8** a tempo determinato. Erano presenti altresì anche n. **31** unità di personale somministrato, infermieri professionali appartenenti al ruolo sanitario, per un totale di forza lavoro pari a **1.790** unità.

Nell'ambito della prima fase del processo di scorporo degli ospedali di rete è stato disposto il trasferimento presso l'AOSMA del personale individuato nel relativo Piano, con la conseguenza che il personale in servizio al 31.12.2010 della sola ASS6, quindi senza il personale transitato, risultava pari a **996** unità di cui **994** a tempo indeterminato e **2** a tempo determinato. Risultavano inoltre presenti, sempre al 31.12.2010, n. **20** unità di personale di personale somministrato, infermieri professionali appartenenti al ruolo sanitario, per cui la forza lavoro alla medesima decorrenza è pari a **1016** unità.

Nelle successive azioni conseguenti all'applicazione del Piano di scorporo, è variata la situazione sopra descritta, che ha portato il dato di personale dell'ASS6 al 31.12.2010, a n. **994** unità di cui n. **992** a tempo indeterminato e n. **2** unità a tempo determinato. Risultano presenti inoltre n. **20** unità di personale interinale, pertanto il dato complessivo di forza lavoro al 31.12.2010, della sola ASS6 è di **1014** unità.

- al 31/12/2011 il presunto dato di unità di personale dell'ASS6 risulta pari a n. **989** unità di cui n. **982** a tempo indeterminato, n. **7** unità a tempo determinato. Tale valore comprende n. 1 unità di dirigente farmacista concessa in deroga al limite del mantenimento della forza lavoro in essere al 31.12.2010 dalla Direzione Centrale Salute, Integrazione socio-sanitaria e politiche sociali in data 16.09.2011 con decreto 786/DC. Non sono presenti in ASS6 al 31.12.2011 unità di personale somministrato, per cui il dato di cui sopra coincide con la forza di lavoro che sarà presente al 31.12.2011.

Rispetto al dato di forza, nel corso dell'anno 2011 risultano cessate per l'ASS n.6 n. 73 unità (53 dipendenti + 20 unità di personale interinale) + 2 unità, transitate nei primi mesi dell'anno 2011 all'AOSMA a completamento dello scorporo che prevedeva una fase di perfezionamento e conclusione nei primi otto mesi dell'anno 2011), di contro sono state assunte n. 50 unità. La differenza assunti/cessati 2011 risulta quindi negativa per n. 23 unità e 2 unità per il completamento scorporo.

Tale differenza va rettificata alla luce delle previsioni contenute nel Protocollo operativo, recentemente sottoscritto dai Direttori Generali dell'ASS6 e dell'Azienda Ospedaliera S.M. degli Angeli di Pordenone per il completamento del piano di scorporo che ha previsto:

- il trasferimento da ASS6 all'AOSMA di n. 13 posti di dotazione, e dei relativi costi, attualmente assegnati alla Medicina di Maniago e in prospettiva da utilizzarsi per l'attivazione dei posti letto semi-intensivi nell'area emergenza di Spilimbergo;
- il trasferimento di ulteriori 3 posti di dotazione per personale del ruolo amministrativo non transitato in mobilità volontaria da ASS6 ad AOSMA.

Pertanto, con la finalità di mantenere invariato (a saldo zero), il dato di forza fra ASS6 ed AOSMA quale conseguenza delle operazioni di scorporo degli Ospedali di San Vito al Tagliamento e di Spilimbergo e delle funzioni ospedaliere dell'Ospedale ex art. 21 L.R. 27.02.1995, n. 13 di Maniago, l'ASS6 prenderà quale riferimento al 31.12.2010, il numero di **996** unità, più l'unità di dirigente farmacista autorizzata in deroga al dato di forza al 31.12.2010, per un totale di **997** unità. Si riporta, di seguito, la tabella riepilogativa della situazione sopra indicata.

Situazione	Dipendenti	Interinali	Autorizzati oltre forza	Totali
Al 31/12/2010 prima dello scorporo	1759	31	0	1790
Scorporo personale effettivamente afferente ad AOSMA, transitato con decorrenza 31/12/2010	765	11	0	776
Scorporo personale effettivamente transitati ad AOSMA nel 2011	2	0	0	2
Posti di dotazione trasferiti da ASS6 ad AOSMA	16	0	0	16
Totale forza ASS6 al 31/12/2010	976	20	1	997

Personale effettivamente in servizio al 31/12/2010 per ASS6	994	20	0	1014
Assunzioni nel 2011	49	0	1	50
Cessazioni (escluse 2 unità cessate nel 2011 ma già conteggiate nello scorporo)	53	20	0	73
Differenza unità nel 2011	990	0	1	991

Differenziale unità assumibili nel 2012 per rispetto forza al 31/12/2010	-14	20	0	6
--	-----	----	---	---

Il numero di collaborazioni presente in ASS6 al 31.12.2011 è 9 di cui n.1 cococo (componente OIV) e n. 8 liberi professionisti (2 componenti OIV, 1 medico fiscale, 1 medico competente, 2 fisiatristi, 2 medici addetti all'attività di collaborazione alla responsabilità clinica presso l'Hospice)

Di seguito si indicano i servizi esternalizzati presenti in Azienda al 31.12.2011 e quelli presunti al 31.12.2012.

ANNO 2011	ANNO 2012
RSA Roveredo in Piano, Sacile e Pordenone	RSA Roveredo in Piano, Sacile e Pordenone
Servizi animazione e d assistenza Dipartimento Salute Mentale	Servizi animazione e d assistenza Dipartimento Salute Mentale
Servizi assistenza domiciliare a minori	Servizi assistenza domiciliare a minori
Trasporti secondari	Trasporti secondari

Attività di Formazione al Lavoro (DSM, Sert)	Attività di Formazione al Lavoro (DSM, Sert)
	Ricondizionamento ausili
	Gestione energetica finalizzata al riscaldamento dei padiglioni e servizi Sacile

Con riferimento alle attività esternalizzate incrementalmente previste per l'anno 2012, si precisa che quella di Ricondizionamento ausili non veniva precedentemente svolta da personale dipendente ed è finalizzata al miglioramento della qualità offerta, mentre quella relativa alla riconversione e gestione energetica del Polo assistenziale di Sacile, prevede l'assorbimento del personale dipendente attualmente adibito a tali attività.

### **Manovra del personale – Piano assunzioni 2012**

Corre l'obbligo premettere che l'analisi della contrazione di personale nel 2011 si somma alla corposa riduzione dello stesso già avvenuta nel corso del 2010. Si aggiunge inoltre che negli ultimi mesi del 2011 è stata rilevata una scopertura pregressa negli adempimenti previsti dalla L. 68/99 (norme per il diritto al lavoro dei disabili) pari a complessive 29 unità. L'azienda si è attivata con i competenti uffici provinciali per stipulare una "convenzione di programma", già recepita con decreto n. 361 in data 02.12.2011, le cui ricadute minime per l'anno 2012 sono l'attuazione concordata di una parte delle assunzioni obbligatorie di personale appartenente alle categorie protette, pari a n. 5 unità. Nessuna ulteriore manovra è compatibile con l'attuale situazione di bilancio, mentre sul versante del recupero del turn-over, a seguito delle future cessazioni, si prevede una sostituzione selettiva delle unità in cessazione, attraverso una revisione quali-quantitativa della dotazione di riferimento.

La manovra del personale per l'anno 2012 è quindi composta da due fasi distinte.

#### **Fase 1**

La prima fase, consisterà nell'assunzione di lavoratori disabili, secondo l'accordo di programma con la Provincia di Pordenone, in attuazione della L. 68/99, e si comporrà per l'anno 2012 come segue:

- n. 2 unità di categoria B, profilo Coadiutore amministrativo;
- n. 3 unità di categoria B, profilo Operatore Tecnico.

#### **Fase 2**

La seconda fase, che potrà trovare realizzazione solo laddove le condizioni economiche lo consentano (compatibilmente con il bilancio 2012, con le sue ricadute a regime, e tenendo conto dell'effetto trascinarsi 2011), con variazione di programmazione in sede di rendiconto trimestrale, postula ad una attenta e selettiva valutazione del turn over del personale.

Premesso che le cessazioni di personale attualmente note relative all'anno 2012, risultano le seguenti:

#### *dirigenti*

- n. 3 Dirigenti medici

#### *comparto*

- n. 1 Collaboratore amministrativo
- n. 3 Collaboratori Professionali Sanitari – tecnico della prevenzione
- n. 4 Assistenti amministrativi
- n. 2 Collaboratori professionali sanitari – assistente sanitario
- n. 2 Collaboratori professionali sanitari – infermieri
- n. 1 operatore tecnico
- n. 1 assistente sociale

Totale n. 3 unità di dirigenti medici e 14 unità di personale del comparto

Le priorità nelle assunzioni a seguito delle cessazioni note per l'anno 2012 è la seguente:

*dirigenti*

- n. 1 Dirigente medico Direttore di Struttura complessa, disciplina di psichiatria a tempo indeterminato per la direzione del CDA - **sviluppo**;
- n. 1 Dirigente medico di Igiene, Epidemiologia e sanità pubblica a tempo indeterminato – per l'attività del Dipartimento di Prevenzione;

*comparto*

- n. 3 Collaboratore professionale sanitario - Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro a tempo indeterminato per il dipartimento di prevenzione;
- n. 1 Collaboratore professionale sanitario – Assistente sanitario a tempo indeterminato per il dipartimento di prevenzione;
- n. 2 Assistente amministrativo a tempo indeterminato per le esigenze di supporto alle strutture dipartimentali e distrettuali;

Totale n. 2 unità di dirigenti medici e 8 unità di personale del comparto

Successivamente, compatibilmente con eventuali ulteriori cessazioni e con attente e circostanziate valutazioni, da attuarsi in sede di rendiconto trimestrale, solo laddove le condizioni economiche lo consentano, verranno attuate ulteriori assunzioni conseguenti ad una riprogrammazione del fabbisogno, nei limiti ed in coerenza con il Presente PAL e con le indicazioni regionali contenute nelle "Linee per la gestione del SSR 2012", attraverso una revisione quali quantitativa della dotazione.

Pertanto la dotazione stimata la 31.12.2012 è pari a 987, pari a 986 più 1 unità di Dirigente Farmacista concesso in deroga per le esigenze del DSC.

## **PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**

L'ass6 non intende acquisire per l'anno 2012 prestazioni aggiuntive ai sensi, rispettivamente, della legge n. 1/2002 e dell'art. 55 del CCNL 8.6.2000 e dell'art. 18 del CCNL 3.11.2005.

## **DISPOSIZIONI STATALI SULLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI E SUL LAVORO PUBBLICO**

Con riferimento all'applicazione delle disposizioni del DL 31.05.2010 n. 78, convertito nella Legge 30.07.2010 n. 122 in materia di contenimento delle spese di personale delle amministrazioni pubbliche e in particolare dell'art. 9, comma 2 bis., si fa presente che l'Azienda Ass6, con decorrenza 31.12.2010, ma con effetti applicativi anche nel corso 2011, in particolare nei primi otto mesi, ha realizzato le complesse operazioni relative allo scorporo degli ospedali di San Vito al Tagliamento e di Spilimbergo e delle funzioni ospedaliere dell'ospedale ex art. 21 L.R. 27.02.1995, n. 13 di Maniago. In tale contesto, si evidenzia come da un lato le riduzioni con il meccanismo del semplice valore medio di dotazione siano di difficile applicazione, dall'altro risulta invece che i contenuti sostanziali delle indicazioni previste dalla normativa avente riflesso sulla riduzione dei fondi si sia in gran parte già realizzata. Infatti, la riduzione operata sui fondi contrattuali ha comportato diminuzioni riferite sia ai posti concessi in dotazione, e quindi non solo con riferimento al personale effettivamente transitato, ma anche in relazione alle effettive attività transitate e quindi, oltre il valore medio procapite dei fondi; quanto prima, tenuto conto delle specifiche attività svolte e dei principi sanciti dalle Linee generali di indirizzo regionali sulle materie previste dall'art. 7 del CCNL 19.04.2004 del personale del comparto e dall' art. 9 dei CCCCNLL 03.11.2005 delle aree del personale dirigenziale del SSN, ha avuto forma e misura significativa per i fondi della retribuzione accessoria. Si evidenzia inoltre come si sia già realizzato fra le Aziende interessate anche il trasferimento delle

quote residue sui singoli fondi valorizzate a consuntivo dell'anno 2010. In buona sostanza, il Protocollo operativo di scorporo, redatto nell'ultimo scorcio dell'anno 2011, ha già sostanzialmente attuato i principi sostenuti dalle disposizioni normative in oggetto. Verrà quindi operato, un ulteriore successivo confronto fra i valori dei fondi come risultanti in seguito alle operazioni sopra indicate e il differenziale fra assunzioni e cessazioni intervenute nell'anno 2011, con eventuale ulteriore decremento degli stessi; tale differenziale sarà portato in diminuzione dei fondi per le voci fisse, nella misura corrispondente al reale decremento, mentre corrisponderà al valore medio per i fondi relativi alle voci accessorie ed incentivanti. Parimenti, un'analisi dettagliata sulle evidenze dei movimenti di personale, verrà realizzata con riferimento all'anno 2012.

## **PIANO AZIENDALE DELLE ATTIVITA' FORMATIVE**

L'ASS6 non è stata ricompresa (DGR n.2087 del 10.11.2011) tra le Aziende che nel corso del 2012 sperimenteranno la procedura di accreditamento dei provider.

Nel 2011 sono state assegnate alla Formazione, a seguito dello scorporo degli Ospedali di rete, 121.000,00 euro che si è ritenuto di ripartire nel seguente modo:

70.000,00 euro per la formazione esterna

51.000,00 euro per quella interna

Il piano formativo 2012 sarà sviluppato ponendo particolare attenzione alla congruenza delle azioni formative con gli obiettivi posti dalla programmazione regionale e declinati dalla direzione strategica aziendale per sostenere coerentemente il modello di sviluppo organizzativo gestionale dell'Azienda.

Come ormai consuetudine si provvederà a favorire le iniziative formative anche in un'ottica di integrazione e sinergia tra le Aziende dell'Area vasta Pordenonese, al fine evitare inutili duplicazioni soprattutto in relazione ai percorsi di riorganizzazione assistenziale-gestionale già condivisi in quella sede.

Si ritiene pertanto di articolare il piano con progetti formativi capaci di sostenere la programmazione strategica senza dimenticare quelli connessi allo sviluppo e aggiornamento tecnico professionale in un'ottica di miglioramento continuo della qualità.

## **PROGETTUALITA'**

L'Ass6 intende partecipare alle azioni propedeutiche che saranno intraprese dalla regione per acquisire nel tempo un sistema informativo che permetta di ricostruire la struttura e il decorso del fenomeno delle "limitazioni" e idoneità parziali del personale dipendente del servizio sanitario regionale nello svolgimento delle mansioni.

## PROGRAMMA DEGLI INVESTIMENTI

### Piano investimenti edili impiantistici 2012

#### Strutture Ospedaliere

Nell'ambito del piano investimenti edili-impiantistici 2012, in considerazione delle limitate risorse assegnate, si ritiene di dover intervenire principalmente nel Presidio Ospedaliero di Sacile, realizzando lavori che riguardano prioritariamente l'adeguamento tecnologico ed edile-impiantistico ed il ripristino funzionale di locali con riqualificazione logistica per migliorare alcuni servizi distrettuali, per un importo complessivo € 222.000,00.

Nello specifico i lavori riguarderanno:

- Padiglione Servizi Generali locale tecnico centrale frigorifera - Sostituzione di n° 1 gruppo frigo della centrale condizionamento complesso ospedaliero per climatizzazione presidio ospedaliero
- Intervento al depuratore rete fognaria rete presidio ospedaliero - Sostituzione trituratore-dissipatore liquami grezzi in quanto l'apparecchiatura presente, non funzionante, non può essere oggetto di ripristino funzionale e pertanto deve essere sostituita. La non piena efficienza del sistema comporta problemi e disfunzioni che richiedono continui interventi manutentivi
- Padiglione Meneghini - Adeguamento locali del 2° piano – ala di ponente- per nuova sede Servizio di fisioterapia. I lavori comprendono la ristrutturazione di servizi igienici di cui uno per persone disabili, adeguamento di alcuni locali per utilizzo diverso dall'attuale e altri interventi minori edili impiantistici

#### Strutture territoriali

E' previsto un intervento presso l'edificio sede di attività del Dipartimento di Salute Mentale a S. Vito al Tagliamento in Via Modotti, al fine di realizzare una pensilina di collegamento tra corpo principale e locali mensa.

Inoltre Presso la sede distrettuale Sud ad Azzano X si realizzeranno opere di manutenzione straordinaria edile ed impiantistica ritenute urgenti e non procrastinabili.

### Variazioni di piano investimenti edili-impiantistici anno 2011

In considerazione delle esigue risorse assegnate a questa Azienda, che complessivamente ammontano a soli 350.000,00 per investimenti edili impiantistici, il piano degli investimenti 2011 prevede un unico intervento individuato a Maniago per lavori di ristrutturazione ed adeguamento funzionale del piano seminterrato dell'ospedale.

Presso la struttura ospedaliera e distrettuale di Maniago, è stata fatta una valutazione degli interventi strettamente necessari per il rinnovo tecnologico e l'adeguamento alle norme di prevenzione ed incendi al fine di realizzare le opere di completamento con un unico intervento da finanziarsi con economie contributive su finanziamenti regionali dei Piani di investimento di esercizi precedenti.

### Acquisto beni mobili e tecnologie

Il piano investimenti 2012 per attrezzature e beni mobili prevede l'utilizzo di 830.000 Euro per acquisti così ripartiti:

Attrezzature Biomediche	<b>200,0</b>
Informatiche	-
Altri beni	<b>630,0</b>

Tra le attrezzature biomediche è inserita la previsione per l'acquisto di attrezzature utilizzate a domicilio dagli assistiti e per il rinnovo di attrezzature obsolete degli ambulatori distrettuali. Tra le principali si evidenziano auto

refrattometro per il distretto di San Vito, Ecocolordoppler per Maniago e due ecografi per i Consultori di Spilimbergo e Sacile.

Gli altri beni riguardano per 250.000 Euro l'acquisto di ausili e 180.000 Euro per il rinnovo delle autovetture aziendali. Sono previsti inoltre rinnovi degli arredi aziendali tra cui la messa a norma delle postazioni lavoro (sedie operatore e scrivanie ad altezza variabile) per un importo presunto di 200.000 Euro.

Non sono previste risorse per attrezzature informatiche in quanto i programmi che si prevede di realizzare nel 2012 saranno coperti con le disponibilità dei piani investimenti precedenti.

Nel corso del prossimo esercizio arriveranno a scadenza alcuni leasing e l'Azienda intende procedere al riscatto dei beni.

### **Variazione piano investimenti 2011**

Le variazioni del piano investimenti 2011 non modificano sostanzialmente l'utilizzo delle risorse per quanto riguarda la tipologia dei beni per la quota di rilievo aziendale.

Per l'importo di 200.000 Euro previsto tra i fondi di rilievo regionale per Arredo e attrezzaggio RSA di San Vito, si propone l'utilizzo di quota parte per il riscatto del Sistema di Videoendoscopia di Spilimbergo acquisito in leasing (113.000 Euro) e per la differenza per arredo ed attrezzaggio di sedi aziendali di nuova attivazione (ed sede distrettuale di Porcia, Sede veterinari di San Quirino).

## **IL MECCANISMO DI FINANZIAMENTO**

Vedi all. 5 Meccanismo di finanziamento Accordo di area vasta

---

## **ALLEGATI**

---

**Allegato A.1) Piano di produzione dell'Area vasta Pordenonese per il contenimento dei tempi di attesa**

**Allegato A.2) Tabella per la programmazione volumi quali- quantitativi**

**Allegato A.3) Schede descrittive del piano investimenti**

**Allegato A.4) Bilancio preventivo annuale 2012**

**Allegato A.4.1) Tabelle previsione 2012**

**Allegato A.5) Meccanismo di finanziamento Accordo di Area Vasta**