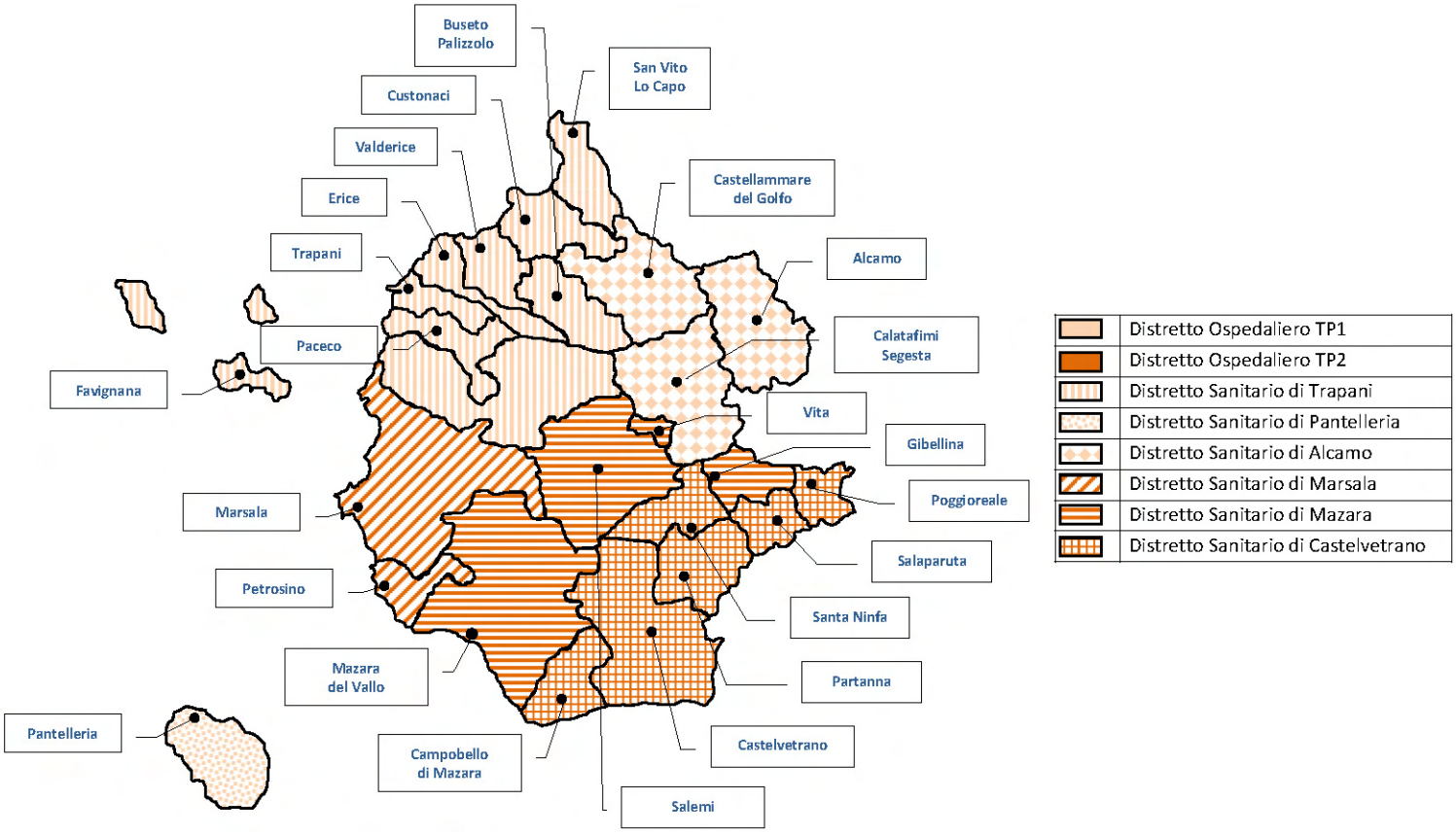
Servizio Sanitario Regionale

ASP TRAPANI
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani



L.R. 5/2009

Piano Attuativo Aziendale

2012 - 2014

INDICE

Premessa	*pag 3*
Capitolo I: Il contesto di riferimento organizzativo-strutturale ed il profilo epidemiologico provinciale	*pag 5*
Capitolo II: La risposta di salute in Sicilia	*pag 22*
II.1 L'organizzazione delle attività di prevenzione nella popolazione generale e in ambienti di vita e di lavoro	*pag 22*
II.1.1 I programmi di educazione alla salute	*pag 22*
II.1.2 La sicurezza alimentare	*pag 24*
II.1.3 La sanità veterinaria	*pag 25*
II.1.4 La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi e negli ambienti di vita e di lavoro	*pag 29*
II.2 L'organizzazione dell'assistenza territoriale e della continuità assistenziale	*pag 61*
II.3 L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera	*pag 107*
Capitolo III: La mission Aziendale e il coinvolgimento nelle aree prioritarie di intervento	*pag 121*
III.1 La partecipazione alle azioni rivolte all'integrazione socio-sanitaria	*pag 121*
III.2 La partecipazione alla rete materno-infantile, i collegamenti con il contesto regionale e l'implementazione dei percorsi per la salute della donna, del bambino e dell'età giovanile	*pag 134*
III.3 La partecipazione alla rete oncologica e radioterapica, i collegamenti con il contesto regionale e l'implementazione dei percorsi per la lotta ai tumori	*pag 160*
III.4 La partecipazione alla rete delle cure palliative e della terapia del dolore	*pag 171*
III.5 La partecipazione alla rete cardiologica, il collegamento con il contesto regionale e la rete regionale dell'emergenza-urgenza	*pag 183*
III.6 La partecipazione alla rete dell'emergenza neurologica e delle malattie neurologiche croniche	*pag 195*
III.7 La partecipazione alla rete per la gestione del politraumatizzato, il collegamento con il contesto regionale e la rete dell'emergenza-urgenza	*pag 199*
III.8 La partecipazione alla rete dei trapianti e l'implementazione dei percorsi clinici pre e post-trapianto di organi e tessuti e la partecipazione alla rete trasfusionale e delle emoglobinopatie e i collegamenti con il contesto regionale	*pag 205*
III.9 La partecipazione al piano regionale per la Salute Mentale e le Dipendenze e l'implementazione dei relativi percorsi	*pag 217*
Capitolo IV: Qualità, Ricerca e Innovazione	*pag 243*
IV.1 Il miglioramento della qualità per l'attuazione del governo clinico e per la sicurezza dei pazienti	*pag 243*
IV.2 La partecipazione alla rete formativa regionale, l'attuazione del piano aziendale di comunicazione, la partecipazione civica.	*pag 259*
IV.3 La ricerca, la cooperazione internazionale, l'innovazione e la gestione delle tecnologie sanitarie	*pag 266*
Capitolo V: Risorse e investimenti	*pag 275*
V.1 Le risorse e la programmazione degli investimenti dell'Azienda	*pag 275*

Premessa

Il Piano attuativo delle Aziende sanitarie del Servizio Sanitario regionale è, ai sensi dell'art.5 della legge regionale 14 aprile 2009, n.5, atto della programmazione sanitaria locale, insieme all'atto aziendale, ai programmi definiti a livello di bacino e alle intese e gli accordi previsti dall'art.4 della stessa legge.

Ai sensi del comma 2 dello stesso art.5 il Piano attuativo è " l'atto, di durata triennale, con il quale l'Azienda Sanitaria Provinciale programma, nei limiti delle risorse disponibili, dei vincoli e dei termini previsti dal Piano Sanitario Regionale, le attività da svolgere nel periodo di vigenza del Piano medesimo".

Il Piano "è adottato dal Direttore Generale, previo parere obbligatorio della Conferenza dei sindaci di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i. ed è trasmesso all'Assessorato Regionale della Salute ai fini della verifica di congruenza con gli indirizzi, gli obiettivi ed i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino nonché per la verifica di compatibilità con gli atti di programmazione".

La durata del Piano è triennale, a decorrere dal 2012 e si realizza attraverso la definizione di programmi annuali di attività da parte del Direttore Generale dell'Azienda che li trasmette all'Assessorato Regionale della Salute entro il 31 gennaio di ciascun anno per le verifiche di congruenza e compatibilità con la programmazione sanitaria regionale. Pertanto, tenuto conto delle "Linee Guida" per l'adozione dei Piani Attuativi Aziendali approvate con D.A. del 19/03/2012 e pubblicate nel supplemento ordinario n. 2 della GURS del 13/04/2012, dovranno essere messi in luce i risultati attesi ed il piano delle azioni per ciascun anno di validità del Piano, prevedendo lo sviluppo triennale e la relativa articolazione a partire dall'anno 2012.

In relazione agli obiettivi previsti nel programma annuale, il Direttore Generale espone nella relazione sanitaria aziendale, da trasmettere obbligatoriamente all'Assessorato della Salute entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, l'attività svolta e i risultati raggiunti valutati anche sulla base di specifici indicatori.

Il documento di programmazione regionale di riferimento è rappresentato dal vigente Piano sanitario regionale "Piano della Salute 2011-2013" (PSR) approvato con Decreto Presidenziale del 18 luglio 2011 e pubblicato nel S.O. n.2 della GURS n.32 del 29 luglio 2011.

I principi cardine del PSR cui devono attenersi i PAA, universalità, rispetto della libertà di scelta, pluralismo erogativo, equità di accesso alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sono connessi all'appropriatezza intesa sia in senso strettamente clinico che nella accezione di "erogazione della prestazione più efficace al minor consumo di risorse".

Sulla base di questi principi il PAA, così come indicato dal PSR, deve porre il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale e tenendo conto anche delle esigenze che attengono alla sfera della persona, avuto riguardo da un lato, alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

Questo processo deve estrinsecarsi in un cambiamento di orientamento ed investimento strategico aziendale a cura dei vertici aziendali, destinato allo sviluppo di appropriati strumenti gestionali finalizzati alla realizzazione e all'implementazione di opportune attività assistenziali.

Queste ultime vanno riorganizzate in una logica di rete per garantire omogenei livelli di assistenza e superare l'attuale frammentarietà delle risposte.

La programmazione locale deve tenere altresì conto:

- delle relazioni funzionali con le strutture pubbliche e private accreditate presenti nel contesto locale, provinciale, di bacino e all'interno del più ampio contesto regionale;
- dei rapporti con le Università e gli Istituti di ricerca;
- della sostenibilità economica e del raggiungimento degli obiettivi previsti anche dal Programma Operativo Regionale 2010-2012 approvato con D.A. del 30/12/2010 dalla GURS n.5 del 28/01/2011;
- degli atti specifici di programmazione sanitaria regionale per singoli ambiti assistenziali adottati in coerenza con gli obiettivi e gli interventi prioritari di PSR;
- dei progetti, assegnati in sede regionale, scaturenti dagli obiettivi annuali di Piano Sanitario Nazionale;
- degli obiettivi annualmente assegnati in sede contrattuale ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie per la valutazione della loro operatività.

Capitolo I : Contesto di riferimento organizzativo-strutturale ed il Profilo Epidemiologico provinciale

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani opera su tutto il territorio della Provincia di Trapani, comprendente 24 Comuni, una estensione territoriale di 2.460 kmq, isole comprese e una popolazione residente di 436.283 abitanti, oltre gli immigrati temporaneamente presenti.
L'ASP di Trapani è articolata, territorialmente, in Distretti Sanitari, ai sensi della L.R. n.30/93 e successive modifiche ed integrazioni e della Legge Regionale n. 5 /2009.
Il territorio provinciale è suddiviso nei seguenti sei Distretti Sanitari :

- **Distretto Sanitario di Trapani** che serve una popolazione di n. 139.512 abitanti distribuita su otto comuni (Trapani, Erice, Valderice, Paceco , S. Vito Lo Capo, Buseto, Custonaci, Favignana) .
- **Distretto Sanitario di Pantelleria** che serve una popolazione di n. 7.664 abitanti .
- **Distretto Sanitario di Alcamo** che serve una popolazione di n. 67.982 abitanti distribuiti su n. 3 comuni (Alcamo,Castellammare del Golfo, Calatafimi) .
- **Distretto di Marsala** che serve una popolazione di n. 90.133 abitanti distribuiti sui Comuni di Marsala e Petrosino .
- **Distretto Sanitario di Mazara del Vallo** che serve una popolazione di n. 69.351 abitanti distribuiti nei Comuni di Mazara del Vallo, Salemi, Vita e Gibellina .
- **Distretto Sanitario di Castelvetrano** che serve una popolazione di n. 61.323 abitanti distribuiti sui Comuni di :Castelvetrano, Partanna, Campobello di Mazara, Poggioreale, Salaparuta, Santa Ninfa .

Nell'ambito del medesimo territorio provinciale insistono i seguenti Distretti Ospedalieri , costituiti dall'aggregazione dei presidi ospedalieri come di seguito individuati :

Distretto Ospedaliero TP 1

- Presidio Ospedaliero di Trapani
- Presidio Ospedaliero di Alcamo
- Presidio Ospedaliero di Pantelleria

Distretto Ospedaliero TP 2

- Presidio Ospedaliero di Marsala
- Presidio Ospedaliero di Castelvetrano
- Presidio Ospedaliero di Mazara del Vallo
- Presidio Ospedaliero di Salemi

L'Assistenza Sanitaria di Base è offerta, sul territorio dell'ASP di Trapani da:
n. 362 MMG
n. 60 PLS

I **Medici di Medicina Generale** sono così distribuiti:

Distretto Sanitario di Trapani	N.116
Distretto Sanitario di Pantelleria	N. 6
Distretto Sanitario di Marsala	N.74
Distretto Sanitario di Mazara Del Vallo	N.59
Distretto Sanitario di Castelvetrano	N.52
Distretto Sanitario di Alcamo	N.55

I **Pediatri di Libera Scelta** sono così distribuiti:

Distretto Sanitario di Trapani	N. 17
Distretto Sanitario di Pantelleria	N.1
Distretto Sanitario di Marsala	N.12
Distretto Sanitario di Mazara Del Vallo	N.11
Distretto Sanitario di Castelvetrano	N.9
Distretto Sanitario di Alcamo	N.10

Le associazioni di Medici di Medicina Generale, distinte per tipologia sono le seguenti:

DISTRETTO	Medicina di Gruppo		Associazione Mista		Medicina in Rete		Associazione Semplice	
	Numero Associazioni	*Numero Medici*	*Numero Associazioni*	*Numero Medici*	*Numero Associazioni*	*Numero Medici*	*Numero Associazioni*	*Numero Medici*
D. 50 Trapani	1	6	3	14	6	25	0	0
D. 51 Pantelleria	0	0	0	0	0	0	0	0
D. 52 Marsala	11	38	1	5	4	14	1	3
D. 53* Mazara	2	7	0	0	4	19	1	6
D. 54 Castelvetrano	1	3	0	0	3	23	4	16
D. 55 Alcamo	2	11	0	0	5	32	0	0

*Nel Distretto Sanitario di Mazara del Vallo, inoltre, è presente un associazione di Gruppo Complesso composta da n.5 medici come previsto dall'AIR di Assistenza Primaria GURS 15.10.2010.

La percentuale dei **Medici in Associazione**, rispetto al totale dei **MMG** presenti sul territorio risulta dunque essere la seguente:

n. totale MMG	n. MMG in Associazione	% dei MMG in Associazione rispetto al totale MMG
362	**222**	**61,32%**

ASSOCIAZIONI PLS		
DISTRETTO	Numero associazioni	Numero Medici
D. 50 Trapani	2	14
D. 51 Pantelleria	0	0
D. 52 Marsala	2	9
D. 53* Mazara	1	10
D. 54 Castelvetrano	1	8
D. 55 Alcamo	1	7

La percentuale dei **Medici in Associazione**, rispetto al totale dei **PLS** presenti sul territorio risulta dunque essere la seguente:

n. totale PLS	n. PLS in Associazione	% dei PLS in Associazione rispetto al totale PLS
60	**48**	**80%**

Operano sul territorio n. 152 **Medici di Continuità assistenziale (a tempo indeterminato e determinato**) all'interno di n.32 Presidi di Continuità Assistenziale così dislocati:

Distretto Sanitario di Trapani	N. 13 PRESIDI DI C.A. di cui n.3 h.24
Distretto Sanitario di Pantelleria	N. 1 PRESIDI DI C.A.
Distretto Sanitario di Marsala	N. 4 PRESIDI DI C.A.
Distretto Sanitario di Mazara Del Vallo	N. 4 PRESIDI DI C.A.
Distretto Sanitario di Castelvetrano	N. 6 PRESIDI DI C.A.
Distretto Sanitario di Alcamo	N. 4 PRESIDI DI C.A.

Nel periodo estivo inoltre vengono attivate n. 9 **Guardie Mediche Turistiche** così dislocate:

Distretto Sanitario di Trapani	Marausa- San Vito Lo Capo (diurna) Marettimo (24 ore) Erice Vetta (lunedì/venerdì 8.00/20.00)
Distretto Sanitario di Mazara Del Vallo	Tonnarella (24 ore)
Distretto Sanitario di Castelvetrano	Tre Fontane (24 ore) Triscina (diurna)
Distretto Sanitario di Alcamo	Alcamo Marina- C/Mare del Golfo- Scopello (diurne)

A norma dell'art. 5 comma 3 dell'AIR 2010, i Medici a tempo indeterminato di CA prestano servizio nei PPI e nelle attività distrettuali secondo il **Piano Aziendale per l'utilizzo delle ore di plus orario** che l'Azienda ha provveduto ad elaborare a norma del comma 6 dello stesso articolo.

PROSPETTO DEL PIANO AZIENDALE CON ASSEGNAZIONE PLUS ORARIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE						
	a	b	c=(a+b)	d	e=(c+d)	
Distretto	Attività Distrettuali	PPI		Coordinamento C.A.		
	Ore Necessarie Settimanali	Ore Necessarie Settimanali		Ore Necessarie Settimanali	Totale Ore Piano Aziendale	Totale Ore Disponibili AIR
Trapani	124	62	186	20	206	396
Pantelleria		0	0	4	4	27
Marsala	72	62	134	16	150	108
Mazara	62	62	124	16		
Salemi	0	62	62	0	202	108
Castelvetrano	68	62	130		130	162
Alcamo	52	62	114	16	130	108
Totale	**378**	**372**	**750**	**72**	**822**	**909**
REFERENTE AZIENDALE					**6**	
				TOTALE ORE BUDGET	**828**	

L' Azienda si avvale, inoltre, di strutture convenzionate esterne ad integrazione del servizio reso al cittadino per le branche specialiste, assistenziali, riabilitative.
Nello specifico, l'assistenza sanitaria distrettuale è anche garantita da n. 113 **strutture convenzionate esterne** che erogano prestazioni in materia di:

Branche a visita	n. 27 di cui n. 7 Odontoiatria
Diagnostica di Laboratorio	n. 39
Diagnostica per immagini	n. 17 di cui n. 15 Radiologia e n. 2 Medicina Nucleare
Fisiokinesiterapia (FKT)	n. 21
Emodialisi	n. 10

Le strutture convenzionate esterne risultano così distribuite sul territorio provinciale :

	Branche a visita	Odontoiatria	Diagnostica per immagini		Fisiokinesiterapia (FKT)	Emodialisi
			Radiologia	Medicina Nucleare		
Trapani	4	3	3	1	5	2
Pantelleria	0	0	0	0	0	0
Alcamo	2	1	4	1	4	2
Castelvetrano	2	1	2	0	4	3
Marsala	6	0	3	0	3	1
Mazara del Vallo	6	2	3	0	3	2

L'offerta specialistica convenzionata esterna in materia di **laboratori di analisi** risulta essere la seguente:

DISTRETTO	LABORATORI ANALISI PRIVATI CONVENZIONATI. AGGREGAZIONI	LABORATORI ANALISI PRIVATI CONVENZIONATI INDIVIDUALI
Trapani	2	6
Pantelleria	0	1
Alcamo	3	4 *
Castelvetrano	1	6 **
Marsala	1	7
Mazara del Vallo	1	6

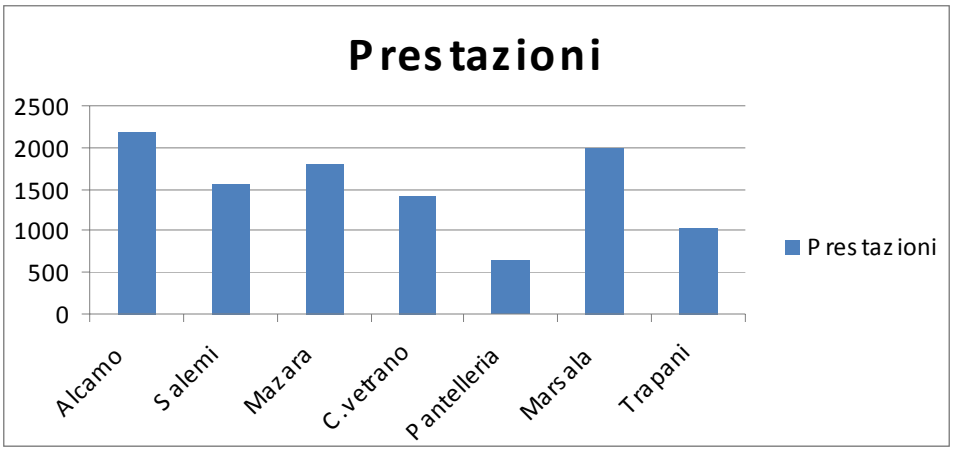
*Un Centro ha avanzato richiesta di aggregazione in atto in corso di verifica
**Due Laboratori hanno avanzato richiesta di aggregazione in atto in corso di verifica

L'offerta **laboratoristica pubblica**, in relazione alla rimodulazione della Rete delle UU.OO. di Patologia Clinica, nel rispetto della normativa vigente, consta di n. 2 Laboratori di Analisi C.A. (Centro Analisi, cioè laboratorio completo, con *panel* di esami coerente con i fabbisogni assistenziali del contesto di sua allocazione) all'interno dei PP. OO. di Trapani e Marsala, capofila rispettivamente dei distretti ospedalieri TP1 e TP2 dell'ASP Trapani.
Alla luce del Piano Aziendale di Riordino delle Strutture **Pubbliche di Diagnostica di Laboratorio**, la rete laboratoristica prevista per l'ASP di Trapani è la seguente:

Distretto Ospedaliero TP1	P.O. Trapani C.A. *capofila* Alcamo (p+a) Pantelleria (p+a) PTA Trapani, Favignana (pp) Paceco, Valderice e Buseto Palizzolo (pp)
Distretto Ospedaliero TP2	P.O. Marsala C.A. *capofila* Mazara (p+a) Castelvetrano (p+a) Salemi (p+a) Vita e Hospice Salemi (pp) Salaparuta/Poggioreale (pp)

Gli Ambulatori Infermieristici previsti e attivati (n. 7) nella nostra provincia dal 28/12/2010 in ottemperanza a quanto indicato nel D.A. 2654/09 "*linee guida sulla riorganizzazione del'attività territoriale"* hanno rappresentano un'innovazione nella realtà del nostro territorio, rispondendo all'esigenza di migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza infermieristica. I predetti ambulatori sono allocati presso: i PTA di Alcamo, Salemi, Pantelleria, Trapani e presso i distretti sanitari di

Marsala, Mazara del vallo, Castelvetrano. Dall'attivazione sono state erogate un numero significativo di prestazioni, come si evince dal grafico riportato.
Accessi ambulatori infermieristici anno 2011 (Totale prestazioni n. 10672).



Considerato che presso questa Azienda Sanitaria sono stati completamente realizzati e attivati tutti gli Ambulatori Infermieristici individuati nella fase di programmazione anno 2009/10, si ritiene utile **offrire** delle prestazioni infermieristiche che tengano conto di una maggiore personalizzazione delle cure. Verrà, pertanto, nel Piano Attuativo ampliata l'offerta assistenziale mediante accessi programmati per diversi livelli assistenziali organizzativi presenti nei PTA/Distretti e standardizzato un percorso finalizzato a **migliorare la raccolta, elaborazione e invio dei dati di attività** (per tipologia e accesso).
Quanto sopra dovrà avvenire necessariamente attraverso l'implementazione di **un nuovo modello organizzativo di gestione delle risorse** che permetta l'integrazione di tutte figure infermieristiche che confluiscono a ciascun PTA/Distretto, attraverso:
a) Identificazione all'interno dei livelli assistenziali la gamma delle attività/servizi che debbono essere erogati ai cittadini;
b) Il coordinamento del personale mediante i referenti preposti, i quali dovranno pianificare e organizzare le attività delle cure infermieristiche in rapporto ai bisogni assistenziali richiesti, predisponendo una apposita turistica escludendo la posizione stabile di lavoro acquisita precedentemente (modello organizzativo per "settori"), variandola in base ai processi organizzativi e gestionali implementati;
c) Individuare all'interno dell'equipe erogatrice delle cure un responsabile (Case Manager) che, in collaborazione con il MMG, PLS e con i diversi professionisti, orienta e coordina, nella rete dei servizi territoriali, gli interventi assistenziali prendendo in carico soprattutto i **pazienti cronici ad alta complessità,** (diabete mellito, post ictus, post infarto miocardico), evitando cosi, il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale. Il Case Manager segue il paziente durante tutto il percorso assistenziale e svolge una funzione di raccordo con gli altri operatori coinvolti nel percorso assistenziale garantendone l'integrazione.

Informazioni demografiche

	Provincia di Trapani			Sicilia		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione residente al 1 Gennaio 2010	211385	224898	436283	2436495	2606497	5042992
Popolazione residente per fasce di età:						
0-14	33282	31700	64982	396760	375433	772193
15-64	140410	143640	284050	1642585	1699855	3342440
65-74	20529	23468	43997	213691	250626	464317
75+	17164	26090	43254	183459	280583	464042
Popolazione straniera residente al 1 Gennaio 2010						
Numero	5555	5653	11208	60751	66559	127310
% popolazione residente	2,6	2,5	2,6	2,5	2,6	2,5

	Provincia di Trapani	Sicilia
Tasso di natalità	8,5	9,5
Tasso di mortalità	10,0	9,5
Speranza di vita maschi	78,8	78,3
Speranza di vita femmine	83,8	83,1
Indice di dipendenza	53,6	50,9
Indice di dipendenza anziani	30,7	27,8
Indice di invecchiamento	134,3	120,2

Territorio	
Montagna	0,0%
Collina	51,1%
Pianura	48,9%
Numero comuni	24
Superficie in Kmq	2459,8
Densità ab. per Kmq	177,4

Fonte dati:
http://demo.istat.it/
http://it.wikipedia.org
Regione Siciliana - Annuario Statistico regionale: Sicilia 2010
HFA (aggiornamento dicembre 2010)

Profilo demografico - La Provincia Regionale di Trapani comprende ventiquattro comuni per un totale di 436.282 abitanti. Occupa una superficie di 2459,8 km quadrati con una densità abitativa di 177,4 abitanti per km^2. È la più occidentale delle province siciliane e confina ad est con la provincia di Palermo, a sud-est con quella di Agrigento, mentre ad ovest e a sud è bagnata dal mar Mediterraneo, e infine a nord dal mar Tirreno.
Nel 2010 nella provincia di Trapani si registra una natalità più bassa rispetto alla regione (8,5), mentre l'indice di dipendenza degli anziani nello stesso periodo evidenzia un valore più alto (30,7) rispetto al valore siciliano. Il processo di invecchiamento risulta in aumento registrando un valore più basso nella popolazione trapanese nel periodo considerato (134,3) rispetto al dato regionale.

Il territorio - La provincia di Trapani possiede aree pianeggianti di estensione limitata situate nella zone meridionale ma la prevalenza è collinare con rilievi che non raggiungono quasi mai i mille metri. Il territorio provinciale comprende anche l'arcipelago delle Isole Egadi (comune di Favignana) e l'Isola di Pantelleria (comune di Pantelleria). La provincia di Trapani è povera di corsi d'acqua di rilievo se si eccettua il Belice che segna anche il confine provinciale. Non vi sono laghi naturali, ad esclusione del Lago di Venere a Pantelleria. Esiste invece una laguna costiera, nei pressi di Marsala, detta Stagnone. E' la più estesa di Sicilia e dal 1984 è una Riserva naturale orientata. La laguna comprende quattro isolette: l'isola Longa, Santa Maria, San Pantaleo (dove si trova Mozia, al tempo dei fenici importante base navale e commerciale) e Schola. Il clima è caratterizzato da temperature miti nei mesi invernali e da estati calde e prolungate. La nebbia è un fenomeno abbastanza frequente specie in estate e le precipitazioni scarse in quantità sono concentrate nei mesi invernali. La temperatura dei mesi di gennaio e febbraio difficilmente scende al di sotto dei 5 °C. mentre nei mesi estivi, a giugno, luglio e agosto raggiunge anche i 45 °C.

L'economia - La provincia di Trapani, con i circa 67.000 ettari di terreno coltivati a vigneto, ha la maggior superficie coltivata a vite per singola provincia d'Italia cui consegue una produzione di 4-5 milioni di ettolitri di vino annui. La pesca rappresenta una delle attività più importanti della provincia: il porto di Mazara del Vallo è uno dei più importanti d'Italia per quantità di pescato e per naviglio armato. La presenza di importanti attività portuali a carattere peschereccio ha prodotto lo sviluppo dell'industria legata al settore della conservazione e della refrigerazione del pescato. La produzione di sale marino, è andata diminuendo nel tempo a vantaggio del sale minerale più facile da produrre e commercializzare. La più grande industria provinciale è comunque l'industria enologica che risale ai tempi dei Fenici e dei Greci: nella provincia di Trapani, infatti, vengono prodotti molti vini D.O.C. e IGT. Altro settore importante è quello dell'estrazione del marmo, di elevata purezza e qualità, che ha il suo polo a Custonaci dove sono presenti diverse cave che esportano i prodotti in tutto il mondo.

Mortalità

Mortalità per grandi gruppi di cause

Uomini **Donne**

Rango	Grandi Categorie ICD IX - Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni	Grandi Categorie ICD IX - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Tasso grezzo x100.000	Tasso standardizzato per 100.000	Anni di vita persi a 75 anni
1	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	860	40,	408,8	251,9	16459,5	MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	1052	49,	470,1	181,7	7412,5
2	TUMORI MALIGNI	599	28,	284,9	192,3	22882	TUMORI MALIGNI	426	20,	190,4	109,8	18010
3	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	140	6,6	66,6	40,	1917,5	MALATTIE ENDOCRINE, METOBOLICHE, IMMUNITARIE	148	6,	66,1	2	2332
4	MALATTIE ENDOCRINE, METOBOLICHE, IMMUNITARIE	111	5,3	52,9	33,	2969	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	85	4,	37,8	1	1039,5
5	CAUSE ACCIDENTALI	102	4,8	48,4	38,	13204	DISTURBI PSICHICI	83	3,	37,3	1	33
6	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	69	3,3	33,0	22,	2672	CAUSE ACCIDENTALI	74	3,	33,2	1	2316,5
7	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	54	2,6	25,5	16,	2176,5	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	71	3,	31,7	1	1177,5
8	DISTURBI PSICHICI	52	2,5	24,7	14,	642,5	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	64	3,	28,5	1	1722
9	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	47	2,2	22,3	13,	63	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	47	2,	21,2	8	50
10	STATI MORBOSI MALDEFINITI	24	1,1	11,3	8,2	1722	STATI MORBOSI MALDEFINITI	28	1,	12,4	5	457,5
11	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	19	0,9	9,1	5,6	58	TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI	17	0,	7,5	3	38
12	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	13	0,6	6,2	9,0	5564,5	MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	12	0,	5,2	2	23
13	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	9	0,4	4,3	2,9	362,5	MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI	11	0,	5,0	7	4863
14	MALATTIE INFETTIVE	6	0,3	2,7	2,0	34	MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	11	0,	5,0	2	20
15	MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO	4	0,2	1,8	1,1	40	MALATTIE INFETTIVE	4	0,	1,9	1	537,5
16	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	0	0	0,1	0	0	MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO	2	0,	0,7	0	20
17	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL	0	0	0	0	0	COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL	0	0	0	0	0
	TUTTE LE CAUSE	2109	10	1002,5	652,6	72174	TUTTE LE CAUSE	2135	10	953,9	423,5	41543

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

L'analisi del periodo 2004-2010 della distribuzione per numero assoluto e della mortalità proporzionale per grandi categorie diagnostiche (ICD IX) conferma, analogamente all'intera Sicilia, come la prima causa di morte nella provincia di Trapani sia costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che sostengono da sole quasi la metà dei decessi nelle donne e insieme alla seconda, i tumori, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nel periodo in esame negli uomini. La terza causa negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie e nelle donne dal raggruppamento delle malattie metaboliche ed endocrine (per la quasi totalità sostenuta dal diabete).

Mortalità per sottocategorie diagnostiche

Rango	Sottocategorie ICD IX - Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Sottocategorie ICD IX - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %
1	**Malattie cerebrovascolari**	294	13,9	**Malattie cerebrovascolari**	434	20,3
2	**Malattie ischemiche del cuore**	282	13,4	**Malattie ischemiche del cuore**	230	10,8
3	**T.M. Trachea, bronchi, polmoni**	166	7,9	**Ipertensione arteriosa**	143	6,7
4	**Diabete mellito**	101	4,8	**Diabete mellito**	135	6,3
5	**Malattie polmonari croniche ostruttive**	97	4,6	**T.M. Mammella**	82	3,8
6	**Ipertensione arteriosa**	81	3,8	**T.M. Colon Retto**	58	2,7
7	**T.M. Prostata**	62	2,9	**Malattie polmonari croniche ostruttive**	42	2,0
8	**T.M. Colon Retto**	59	2,8	**Insufficienza renale cronica**	41	1,9
9	**T.M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici**	44	2,1	**T.M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici**	38	1,8
10	**T.M. Vescica**	40	1,9	**T.M. Trachea, bronchi, polmoni**	32	1,5
	Tutte le cause	2109	100	**Tutte le cause**	2135	100

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

Le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi, si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del uore. Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono l'ipertensione arteriosa e il diabete, mentre negli omini si aggiungono i tumori dell'apparato respiratorio, il diabete e le broncopatie.

Mortalità infantile

Mortalità infantile		1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Riduzione % (1995-2010)
Tasso mortalità infantile (/1000 nati vivi)	ASP 9 Trapani	7,6	5,6	5,6	5,3	5,2	5,5	4,7	3,5	4,6	4,9	5,5	3,4	55%
	Sicilia	8,3	6,0	6,3	6,6	5,1	5,2	5,6	4,5	4,9	5,1	5,0	4,8	43%
	Italia	6,1	4,3	4,4	4,1	3,7	3,7	3,8	3,7	3,5	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.

Fonte: Base dati HFA (anni 1995-2003) ed elaborazione DASOE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

Negli anni 2000-2010 non si osservano sostanziali differenze nell'andamento della mortalità infantile nella provincia di Trapani, tuttavia un certo decremento si osserva specialmente nell'ultimo anno considerato. Tale andamento, tuttavia, si mantiene tendenzialmente più basso (3,4% nel 2010) rispetto al tasso di mortalità infantile della regione.

Mortalità prematura

Rango	Sottocategorie ICD IX - Uomini	Anni di vita persi a 75 anni	Sottocategorie ICD IX - Donne	Anni di vita persi a 75 anni
1	**T.M. Trachea, bronchi, polmoni**	6840	**T.M. Mammella**	4682,5
2	**Malattie ischemiche del cuore**	6537,5	**Malattie cerebrovascolari**	2672,5
3	**Infarto Miocardico Acuto**	4455	**T.M. Colon Retto**	1905
4	**Aritmie Cardiache**	3589,5	**Malattie ischemiche del cuore**	1855
5	**Malattie cerebrovascolari**	3345	**Diabete mellito**	1467,5
6	**T.M. Colon Retto**	2065	**T.M. Trachea, bronchi, polmoni**	1457,5
7	**Diabete mellito**	1840	**T.M. Ovaio**	1350
8	**Cirrosi epatica**	1680	**Malformazioni congenite cardiovascolari**	1296,5
9	**T.M. Sistema Nervoso Centrale**	1652,5	**Emorragia cerebrale**	1265
10	**T.M. del Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici**	1600	**Infarto Miocardico Acuto**	1197,5
	Tutte le cause	72174	**Tutte le cause**	41543

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

L'analisi per gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata (75 anni) costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico per la comunità delle varie cause di morte. Negli uomini tra le prime cause, si evidenziano i tumori della trachea, dei bronchi, e dei polmoni (prima causa), le malattie circolatorie, e il tumore del colon retto (sesta causa). Nel sesso femminile, si conferma l'alto impatto in termini di mortalità prematura del tumore della mammella, che sotto tale profilo anche a Trapani costituisce la prima causa per anni di vita perduti, come nel resto della Sicilia. L'analisi per sottocategorie evidenzia inoltre tra le prime cause, oltre alle malattie circolatorie, il tumore del colon-retto e il diabete (rispettivamente terza e quinta causa).

Mortalità generale per Azienda e per Distretti

Indicatori carico di malattia	Sicilia		ASP 9 Trapani		Distretto di Alcamo		Distretto di Castelvetrano		Distretto di Marsala		Distretto di Mazara del Vallo		Distretto di Pantelleria		Distretto di Trapani	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Mortalità per Grandi Cause																
Numero medio annuale di decessi	23220	23250	2109	2135	326	336	329	324	440	434	301	316	47	44	666	681
Tasso Standardizzato x 100.000	680,1	442,6	652,6	423,5	601,7	397,4	653,7	411,0	659,8	455,0	632,3	413,5	777,7	503,4	677,1	424,1
Mortalità per Malattie del sistema circolatorio																
Numero medio annuale di decessi	8987	10930	860	1052	131	158	135	163	190	233	114	150	20	21	269	328
Tasso Standardizzato x 100.000	252,6	183,8	251,9	181,7	225,9	158,3	251,5	175,9	269,3	216,9	230,6	174,2	298,5	207,2	262,4	177,4
Mortalità per Diabete																
Numero medio annuale di decessi	1027	1407	101	135	14	22	15	19	21	30	17	24	2	2	32	37
Tasso Standardizzato x 100.000	28,6	25,3	30,0	25,7	23,5	25,7	27,7	22,3	30,7	30,6	34,6	29,3	32,5	25,6	31,4	22,6
Mortalità per BPCO																
Numero medio annuale di decessi	1011	466	97	42	17	6	16	9	19	9	15	6	2	1	29	11
Tasso Standardizzato x 100.000	26,9	8,0	27,2	7,3	27,2	5,9	27,6	10,8	25,5	7,9	28,7	6,9	26,8	10,6	27,3	5,8

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

La mortalità generale e per malattie circolatorie mostra tassi inferiori alla media regionale, mentre dal confronto con la Regione per principali sottocategorie diagnostiche, nella provincia di Trapani si rilevano tassi di mortalità per diabete superiori in entrambi i sessi, mentre per quanto riguarda la mortalità per BPCO, i tassi sono più elevati rispetto al valore regionale limitatamente al solo genere maschile. Nei sei distretti della provincia di Trapani, nel periodo 2004-2010, emergono alcuni eccessi di mortalità statisticamente significativi per alcune patologie croniche, alcuni dei quali rilevabili anche a carico dell'intera provincia. In particolare:

nel distretto di Alcamo rispetto al dato regionale, emergono eccessi negli uomini per le broncopatie, mentre nelle donne questi si limitano al diabete.

nel distretto di Castelvetrano in entrambi i generi si rilevano alti tassi per BPCO rispetto al valore regionale.

nel distretto di Marsala rispetto al dato regionale, si registrano tassi di mortalità più elevati per malattie circolatorie e per diabete in entrambi i generi, mentre tra le donne si rileva un tasso di mortalità per tutte le cause superiore alla media regionale.

nel distretto di Mazara del Vallo emergono eccessi significativi per diabete rispetto al valore regionale in entrambi i sessi, mentre tra gli uomini si rileva un tasso di mortalità per BPCO superiore alla media regionale.

nel distretto di Pantelleria rispetto al dato regionale, si registrano tassi di mortalità più elevati per tutte le cause, per malattie circolatorie e per diabete in entrambi i generi, mentre tra le donne si rileva un tasso di mortalità per BPCO superiore alla media regionale.

nel distretto di Trapani non emergono eccessi significativi nelle donne, mentre tra gli uomini si registrano tassi di mortalità più elevati rispetto al riferimento regionale per tutte le cause considerate.

Oncologia

Indicatori Mortalità oncologica	Sicilia		ASP 9 Trapani		Distretto di Alcamo		Distretto di Castelvetrano		Distretto di Marsala		Distretto di Mazara del Vallo		Distretto di Pantelleria		Distretto di Trapani	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Mortalità per Tumori																
Numero medio annuale di decessi	6785	4918	599	426	90	74	91	57	130	88	89	61	14	8	185	139
Tasso Standardizzato x 100.000	203,6	116,1	192,3	109,8	179,9	118,8	193,6	96,2	199,5	115,5	191,6	103,0	235,8	108,2	191,6	111,3

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM (anni 2004-2010)

Il confronto dell'andamento dei tassi standardizzati della provincia di Trapani in entrambi i generi mostra livelli di mortalità più bassi (uomini 192,3; donne 109,8) rispetto al valore regionale nel complesso delle cause tumorali. Riguardo alla distribuzione della mortalità nella provincia si segnalano lievi incrementi di mortalità in entrambi i generi nel distretto di Marsala (uomini 199,5; donne 115,5); nei distretti di Castelvetrano (193,6) e Pantelleria (235,8) tra gli uomini, e nei distretti di Alcamo (118,8) e Trapani (111,3) tra le donne.

Incidenza e prevalenza

Stima dei nuovi casi incidenti e dei casi prevalenti Età 0-84 (anno 2008)	Sicilia		ASP 9 Trapani	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Casi Incidenti	**8987**	**7004**	**779**	**607**
Casi Prevalenti	**41141**	**49564**	**3566**	**4296**

Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD 2008

Indicatori Offerta Assistenziale

Informazioni socio-sanitarie ASP 9 Trapani

Informazioni socio-sanitarie ASP 9 Trapani			
Distretti sanitari	6	Rete Regionale RSA	
		Posti programmati	231
Medici di Medicina Generale	362	*Posti attivati*	129
N° MMG/Popolazione residente(>=15 anni) (per 10.000 ab.)	9,8	*Posti da attivare*	102
Pediatri di libera scelta	60	ADI	
N° PLS/Popolazione residente(0-14 anni) (per 10.000 ab.)	9,2		
		Casi trattati	371
Punti Guardia medica	16	*Casi trattati anziani (>65)*	307
Guardie Mediche/Popolazione residente (per 10.000 ab.)	0,4	*in % anziani residenti*	0,35
Medici titolari Guardia Medica	478		
N° Medici titolari/Popolazione residente (per 10.000 ab.)	11		
		Ospedali	7
Medici ospedalieri	500		
N° Medici ospedalieri/Popolazione residente (per 10.000 ab.)	11,5		
		Case di cura accreditate	3
Medici Specialisti ambulatoriali	78		
N° Medici specialisti/Popolazione residente (per 10.000 ab.)	1,8		
		Pronto Soccorso	7
Consultori	15		
N° consultori/Popolazione residente (per 10.000 ab.)	0,3	*Numero di accessi*	684096
		Tasso di accessi (per 1.000 ab.)	1568,0
SerT	5		
Centri di salute mentale	3		
		Posti letto per acuti	890
Farmacie			
Numero di farmacie	132		
N° farmacie/Popolazione residente/ (per 10.000 ab.)	3	Posti letto per non acuti	37

Fonte dati:
NAR
Anagrafica SOGEI
Modelli di rilevazione ministeriale HSP12/HSP13
Anno 2009

Elaborazione dati:
Dipartimento Pianificazione Strategica - Servizio tutela delle fragilità
Dipartimento Pianificazione Strategica - Area Interdipartimentale 4 - Sistemi Informativi, Statistiche e Monitoraggi

Indicatori di assistenza ospedaliera

Indicatori Assistenza Ospedaliera	Sicilia		ASP 9 Trapani		Distretto di Alcamo		Distretto di Castelvetrano		Distretto di Marsala		Distretto di Mazara del Vallo		Distretto di Pantelleria		Distretto di Trapani	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Governo della domanda																
Tasso ospedalizzazione R.O. per acuti (per 1.000 residenti)	125,1	126,6	120,1	117,6	119,0	115,5	120,2	114,1	113,5	111,5	115,8	115,4	127,5	128,1	127,1	124,6
% di Ricoveri Ordinari fuori ASP (mobilità extra provinciale)	13,2	12,0	19,8	17,2	33,0	29,0	26,6	21,6	16,0	17,0	22,2	17,9	13,8	13,4	12,3	10,3
% di Ricoveri Ordinari fuori regione (mobilità fuori regione)	6,7	5,4	11,1	8,3	7,7	6,0	9,3	8,4	12,9	9,7	11,9	8,4	19,8	12,2	11,4	8,2
Efficienza																
Degenza media di Ricoveri Ordinari	6,2	6,0	5,9	5,8	5,7	5,6	5,9	6,1	5,9	5,9	6,3	6,0	10,1	5,4	5,6	5,7
Appropriatezza																
Numero medio annuale ricoveri LEA	35475	32468	3142	2756	591	450	373	334	616	514	394	363	82	104	1086	991
Degenza media di Ricoveri Ordinari LEA	4,2	4,6	3,8	4,3	3,5	4,3	3,9	4,8	3,9	4,2	4,7	4,9	3,8	4,0	3,6	3,9
Tasso standardizzato R.O. LEA (per 1.000 residenti)	14,0	11,6	13,7	11,0	18,0	12,7	11,4	8,9	12,7	10,1	10,7	9,7	17,2	19,0	14,8	11,8

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati SDO 2009

Ricoveri Ospedalieri - Il confronto dell'andamento dei tassi standardizzati per tutte le categorie diagnostiche nell'ASP di Trapani mostra livelli di ospedalizzazione inferiori in entrambi i generi (uomini 120,1; donne 117,6) rispetto al valore regionale. Riguardo alla distribuzione nella provincia, il profilo dell'ospedalizzazione per tutte le categorie diagnostiche evidenzia tassi standardizzati inferiori rispetto al riferimento regionale in entrambi i generi in tutti i distretti considerati ad eccezione di quello di Pantelleria, dove si osservano tassi più elevati rispetto al dato regionale sia per gli uomini (127,5) che per le donne (128,1) e nel distretto di Trapani limitatamente al solo genere maschile (127,1).

Mobilità - La percentuale di Ricoveri Ordinari fuori ASP (mobilità extra provinciale) a livello provinciale e distrettuale risulta superiore rispetto al dato regionale per entrambi i generi ad eccezione del distretto di Trapani dove invece si registrano valori inferiori sia per gli uomini (12,3%), che per le donne (10,3%). La percentuale di Ricoveri Ordinari fuori regione (mobilità fuori regione) risulta superiore rispetto al dato regionale sia a livello provinciale che di distretto. I valori più elevati in assoluto si sono registrati nel distretto di Pantelleria con una percentuale pari al 19,8% per quanto riguarda il genere maschile, e con una percentuale pari al 12,2% per quanto riguarda il genere femminile.

Degenza media - Il confronto tra il numero delle giornate medie di degenza per tutte le categorie diagnostiche sia a livello provinciale che di distretto mostra valori complessivamente inferiori rispetto al dato regionale (6,2 gli uomini; 6,0 le donne) per entrambi i generi. Fanno eccezione il distretto di Mazara del Vallo e quello Pantelleria per quanto riguarda gli uomini (rispettivamente 6,3 e 10,1) e quello di Castelvetrano per quanto riguarda le donne (6,1).

Ricoveri LEA - Il confronto tra il numero delle giornate medie di degenza per livelli di appropriatezza mostra a livello provinciale valori inferiori al dato regionale. L'analisi condotta a livello distrettuale segnala valori complessivamente inferiori in entrambi i generi rispetto al dato regionale in quasi tutti i distretti della provincia di Trapani. Valori superiori al riferimento regionale sono stati invece osservati nel distretto di Mazara del Vallo per entrambi i generi (4,7 gli uomini; 4,9 le donne) e nel distretto di Castelvetrano per i solo genere femminile (4,8). I tassi standardizzati a livello provinciale sono complessivamente inferiori rispetto al dato regionale (13,7 per gli uomini; 11,0 per le donne); mentre a livello di distretto sono stati osservati valori superiori rispetto al riferimento regionale in entrambi i generi nei distretti di Alcamo (18,0 per gli uomini; 12,7 per le donne), Pantelleria (17,2 per gli uomini; 19,0 per le donne) e di Trapani (14,8 per gli uomini; 11,8 per le donne).

Mobilità

Mobilità per Reparto di dimissione

Codice Dimissione	Descrizione	% Ricoveri fuori ASP	% Ricoveri fuori Regione
34	**Oculistica**	50%	8%
64	**Oncologia**	43%	8%
9	**Chirurgia generale**	21%	7%
8	**Cardiologia**	18%	4%
43	**Urologia**	13%	14%
36	**Ortopedia e traumatologia**	13%	14%
39	**Pediatria**	11%	5%
37	**Ostetricia e ginecologia**	11%	4%
26	**Medicina generale**	8%	5%
31	**Nido**	7%	1%

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati SDO e mobilità 2009

Mobilità per DRG

Codice DRG	Descrizione	% Ricoveri fuori ASP	% Ricoveri fuori Regione
39	**Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia**	53%	2%
10	**Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia**	41%	10%
381	**Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia**	10%	4%
266	**Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc**	10%	3%
371	**Parto cesareo senza cc**	10%	1%
183	**Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta' > 17 senza cc**	9%	4%
127	**Insufficienza cardiaca e shock**	8%	3%
391	**Neonato normale**	8%	1%
430	**Psicosi**	8%	5%
373	**Parto vaginale senza diagnosi complicanti**	6%	2%

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati SDO e mobilità 2009

Mobilità per Reparto di dimissione – Nel 2009 la percentuale più elevata dei ricoveri di residenti nella provincia di Trapani avvenuti fuori dal territorio provinciale risulta quella relativa ai ricoveri avvenuti nei reparti di oculistica (50%),di oncologia (43%) e di chirurgia generale (21%); mentre tra quelli avvenuti fuori dal territorio regionale si segnalano i ricoveri nei reparti di urologia, di ortopedia e traumatologia (entrambi con percentuali pari al 14%), seguiti da quelli avvenuti nei reparti di oculistica e di oncologia (entrambi con percentuali pari al 8%).

Mobilità per DRG – Per quanto riguarda i ricoveri per DRG, la percentuale più elevata dei ricoveri di residenti nella provincia di Trapani che si sono ricoverati fuori dal territorio provinciale risulta quella per interventi sul cristallino cono senza vitrectomia (53%), seguita dai ricoveri per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia(41%). Per quanto riguarda la percentuale dei ricoveri dei cittadini della provincia in questione avvenuti fuori regione,la percentuale più elevata è stata osservata per i ricoveri per chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia (10%), seguita da quelli per psicosi (5%) da quelli per aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia e da quelli per esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 senza cc. (entrambi con percentuali pari al 4%).

Indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera

Indicatori Qualità	Sicilia		ASP 9 Trapani	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Qualità				
% di parti cesarei	0	52,8	0	48,2
% mortalità da IMA a 30 giorni	7,3	11,7	8,2	13,1
% di PTCA entro 48h	33,9	18,9	27,2	13,7
% di fratture femore operate in 2 giorni	5,5	5,9	3,7	2,5

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati SDO 2007-2008

Anche in Sicilia è possibile sperimentare un programma sistematico di valutazione comparativa dell'efficacia delle prestazioni ospedaliere, sulla base anche dell'esperienza già maturata nell'ambito del gruppo di coordinamento nazionale del Progetto "Mattoni SSN – Misura dell'outcome" che ha prodotto stime sperimentali per 43 indicatori di esito, e del Progetto "Progressi", tuttora in corso, ne costituisce l'evoluzione naturale. Il progetto ha tra i suoi obiettivi quello di promuovere la costruzione di un quadro di riferimento per la valutazione comparativa della performance (decisioni e attività) dei sistemi sanitari attraverso una ampia analisi comparativa degli interventi tra strutture ed aree territoriali di residenza ai fini del conseguimento del miglioramento dell'efficacia nell'erogazione delle prestazioni e della maggiore equità nella tutela della salute. I primi indicatori selezionati appartengono alla sfera dell'appropriatezza dell'assistenza perinatale (parti cesarei), cardiologica (Mortalità da IMA e tempestività PTCA), ortopedia. I valori per la provincia di Trapani mostrano basse percentuali rispetto al dato regionale per quanto riguarda i parti cesarei, la tempestività PTCA e l'ortopedia, mentre si registrano valori più elevati in entrambi i sessi rispetto al dato della Sicilia per quanto riguarda la mortalità da IMA.

Indicatori di efficacia assistenziale distrettuale (Ricoveri evitabili)

Indicatori Assistenza distrettuale	Sicilia		ASP 9 Trapani	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Efficacia assistenziale delle patologie croniche				
Tasso ospedalizzazione scompenso *per 1.000 residenti*	**3,1**	**2,0**	**2,4**	**1,4**
Tasso ospedalizzazione diabete *per 1.000 residenti*	**0,7**	**0,6**	**1,1**	**0,8**
Tasso ospedalizzazione BPCO *per 1.000 residenti*	**2,2**	**1,0**	**1,7**	**0,7**

Fonte: Elaborazione DASOE su base dati SDO 2009

L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile si riferisce ai ricoveri per condizioni suscettibili di appropriatezza e tempestiva assistenza primaria che potrebbero essere evitati attraverso la preventiva e appropriata presa in carico del paziente in sede ambulatoriale. In particolare la letteratura identifica le condizioni suscettibili di un ricovero potenzialmente evitabile come Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), ossia condizioni per le quali una appropriata e tempestiva assistenza primaria può ridurre il rischio di ospedalizzazione mediante la prevenzione della condizione morbosa, controllo degli episodi acuti e la gestione della malattia cronica (Prevention Quality Indicators). Sono stati selezionati empiricamente un set minimo di indicatori tra quelli disponibili a livello internazionale afferenti all'area oggetto di valutazione sulla base di criteri legati al livello di bassa complessità di elaborazione e derivazione da dati correnti su base dati SDO. La frequenza di ricoveri per ACSC è quindi proposta come indicatore di accesso e qualità dell'assistenza primaria. E' stato evidenziato come fattori socioeconomici di area siano associati all'ospedalizzazione per ACSC (Papini, 2006).

Scompenso - Il confronto dell'andamento dei tassi standardizzati mostra livelli di ospedalizzazione prevenibile inferiori al valore regionale in entrambi i generi (2,4 per gli uomini; 1,4 per le donne).

Diabete - Il profilo provinciale dell'ospedalizzazione prevenibile per diabete mostra livelli superiori al valore regionale in entrambi i generi (1,1 per gli uomini; 0,8 per le donne).

BPCO - Il confronto dell'andamento dei tassi standardizzati provinciali per broncopolmonite cronico ostruttiva mostra livelli di ospedalizzazione potenzialmente evitabile inferiori rispetto al valore regionale in entrambi i generi, (1,7 per gli uomini; 0,7 per le donne).

Indicatori di prevenzione

Indicatori di Prevenzione	ASP 9 Trapani	Sicilia
Grado di copertura per vaccino antinfluenzale *per 100 abitanti (> = 65 anni)*	N.D.	61%
Grado di copertura per vaccino MRP (morbillo, rosolia, parotite) *per 100 abitanti (< = 2 anni)*	N.D.	85%
Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella *(50-69 anni)*	48%	48%
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni)	65%	56%
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto *(50-69 anni)*		
screening ricerca di sangue occulto nelle feci	0%	2,8%
screening colonscopia	3%	5,8%
% eccesso ponderale	45%	47%
% sedentari	63%	42%
% percezione stato di salute	67%	64%

Fonte Dati: PASSI 2009; Piano Sanitario Regionale 2011-2013

Vaccinazione antinfluenzale ed MRP - In Sicilia circa il 61% delle persone con età uguale o maggiore di 65 anni ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale nel 2008, mentre l'85,3% dei bambini con età inferiore ai due anni ha effettuato la vaccinazione MRP (morbillo, rosolia, parotite).

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella - In Sicilia circa il 48% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. La copertura stimata è inferiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) sia al livello "desiderabile" (75%). Nell'ASP di Trapani la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva è pari al 48%.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero - Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. In Sicilia la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (56%) non raggiunge i valori consigliati e nell'ASP di Trapani la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni è in linea con il livello di copertura ritenuto "accettabile" dalle indicazioni nazionali (65%).

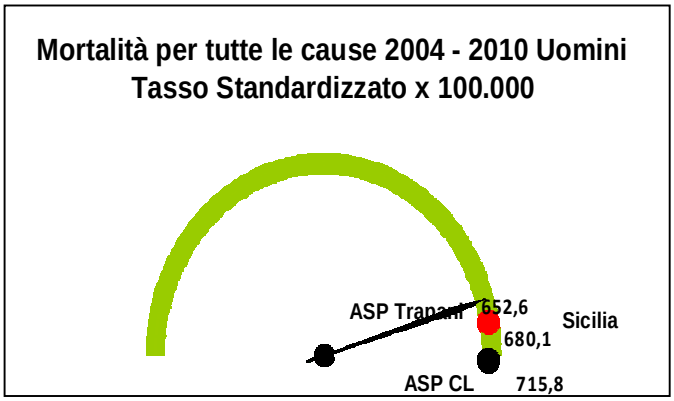
Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto - In Sicilia circa il 9% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colonrettali ogni cinque anni, in accordo con le linee guida (circa il 3% ricerca del sangue occulto nelle feci, circa il 6% sigmoido-colonscopia). La copertura stimata è significativamente inferiore al livello di copertura "accettabile" (45%) e vicina a quello "desiderabile" (65%). Nell'ASP di Trapani la copertura stimata è solamente del 3%: nel dettaglio le percentuali sono rispettivamente dello 0% per quanto riguarda la ricerca del sangue occulto nelle feci, e del 3% per la sigmoido-colonscopia.

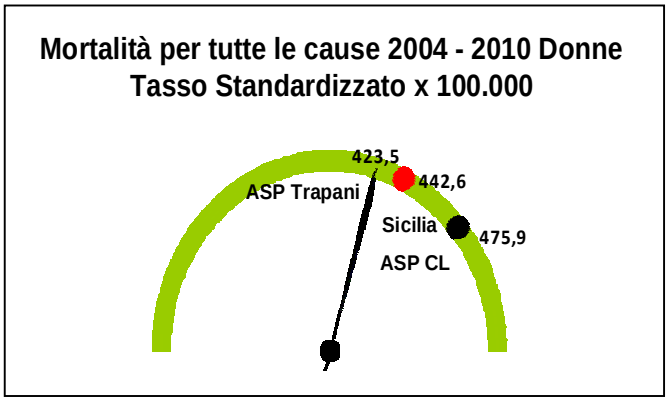
Eccesso ponderale - In Sicilia complessivamente si stima che il 47% della popolazione presenti un eccesso ponderale. Nell'ASP di Trapani si evidenzia una percentuale inferiore (45%) rispetto al dato regionale.

Attività fisica - In Sicilia il 30% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 28% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 42% è completamente sedentario. Nell'ASP di Trapani si evidenzia una maggiore percentuale di sedentari (63%) rispetto al dato regionale.

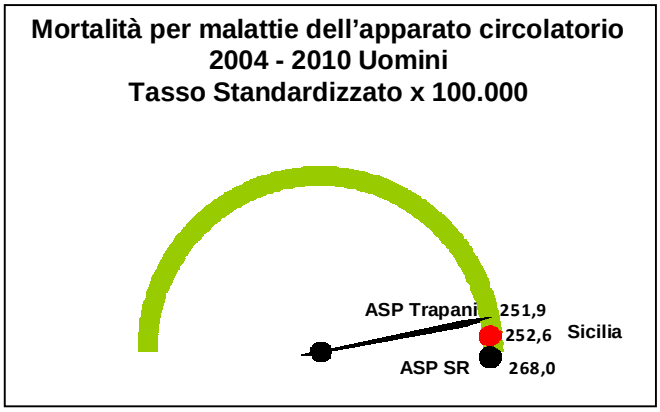
Percezione dello stato di salute - In Sicilia il 64% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 31% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 5% ha risposto in modo negativo (male/molto male). Nell'ASP di Trapani la percentuale di intervistati che ha riferito una percezione positiva del proprio stato di salute è superiore al dato regionale (67%).

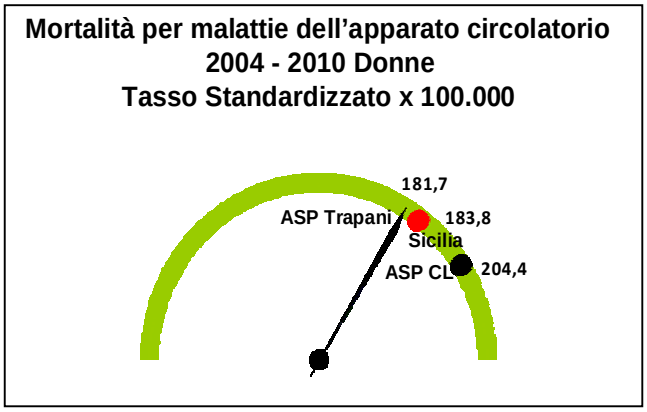
Mortalità per Grandi Cause



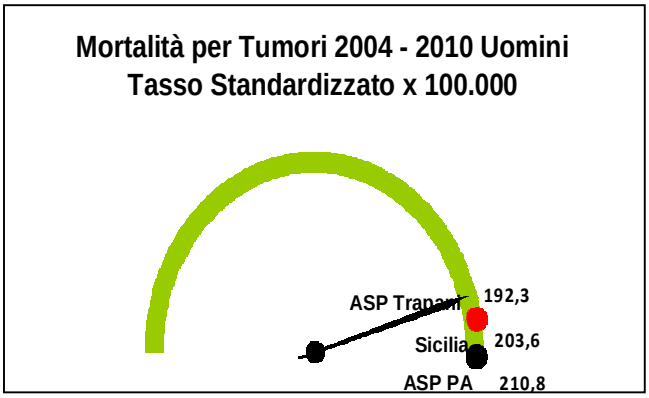


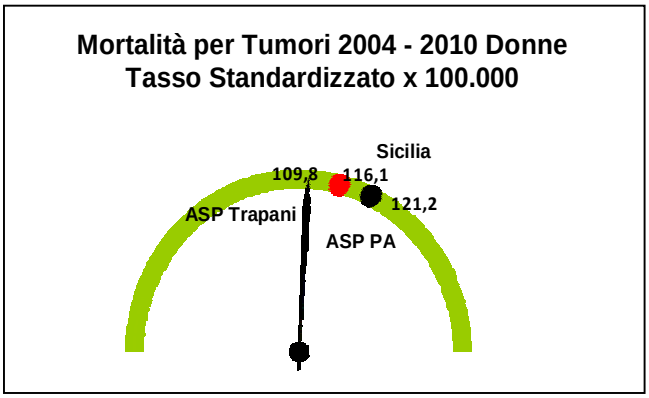
Mortalità per Malattie del sistema circolatorio

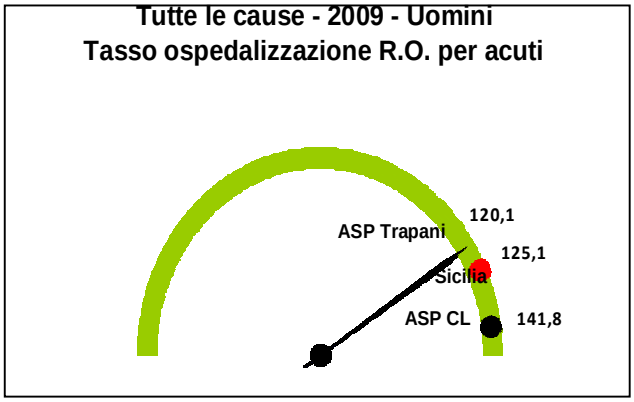


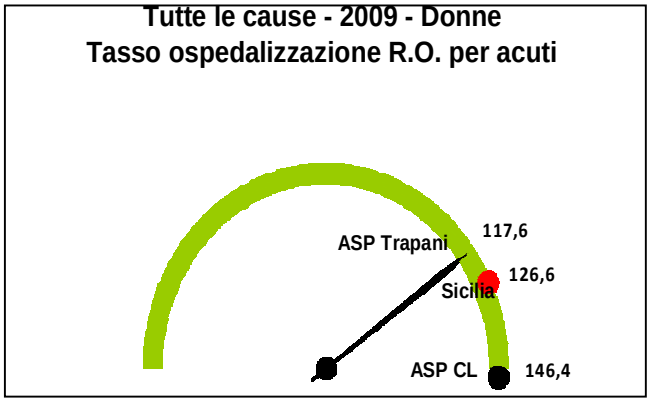


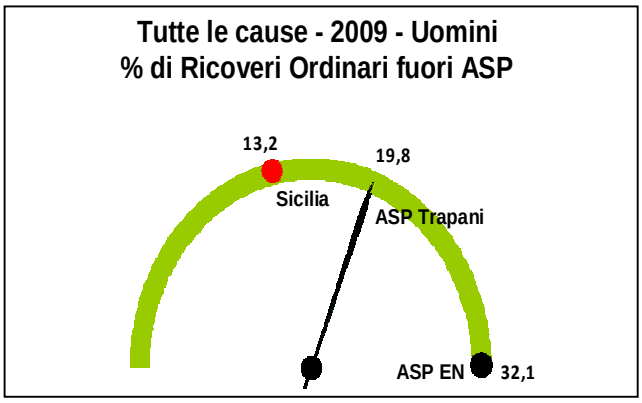
Mortalità per Tumori

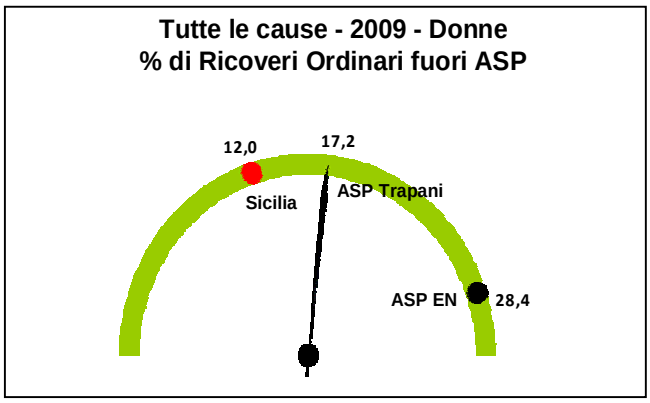


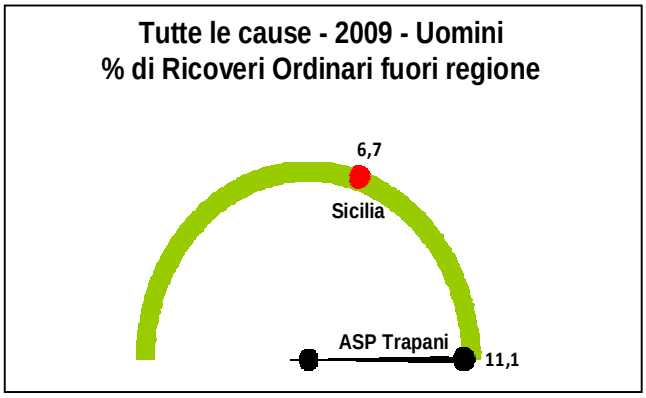


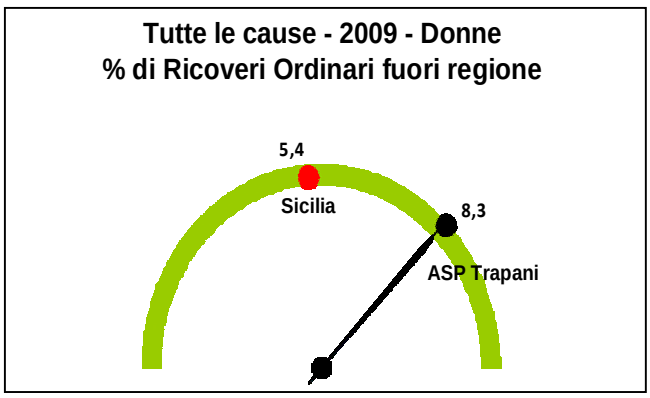

Tutte le cause - 2009 - Uomini
Tasso ospedalizzazione R.O. per acuti
ASP Trapani
120,1
Sicilia
125,1
ASP CL
141,8


Tutte le cause - 2009 - Donne
Tasso ospedalizzazione R.O. per acuti
ASP Trapani
117,6
Sicilia
126,6
ASP CL
146,4

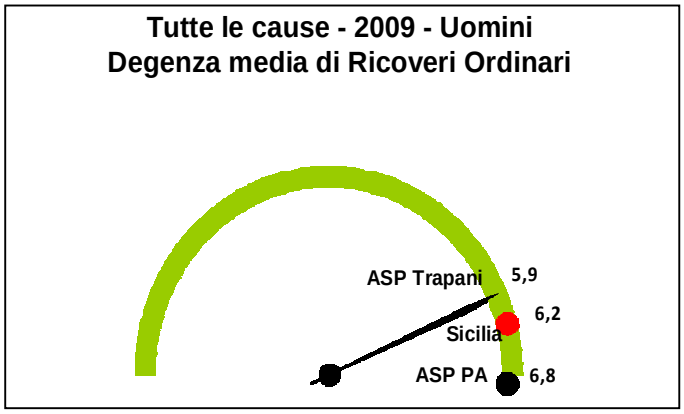

Tutte le cause - 2009 - Uomini
% di Ricoveri Ordinari fuori ASP
13,2
Sicilia
19,8
ASP Trapani
ASP EN
32,1

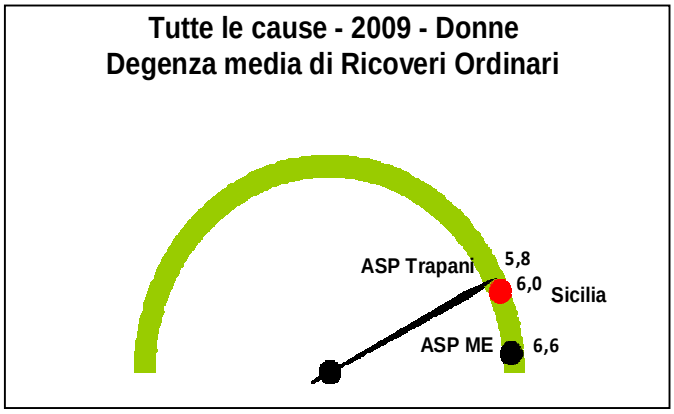

Tutte le cause - 2009 - Donne
% di Ricoveri Ordinari fuori ASP
12,0
Sicilia
17,2
ASP Trapani
ASP EN
28,4


Tutte le cause - 2009 - Uomini
% di Ricoveri Ordinari fuori regione
6,7
Sicilia
ASP Trapani
11,1

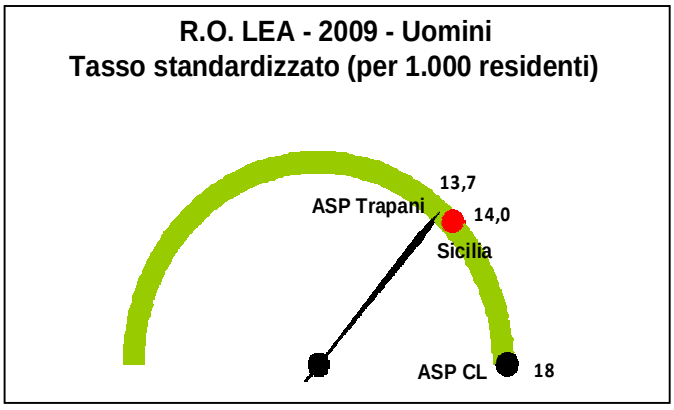

Tutte le cause - 2009 - Donne
% di Ricoveri Ordinari fuori regione
5,4
Sicilia
8,3
ASP Trapani

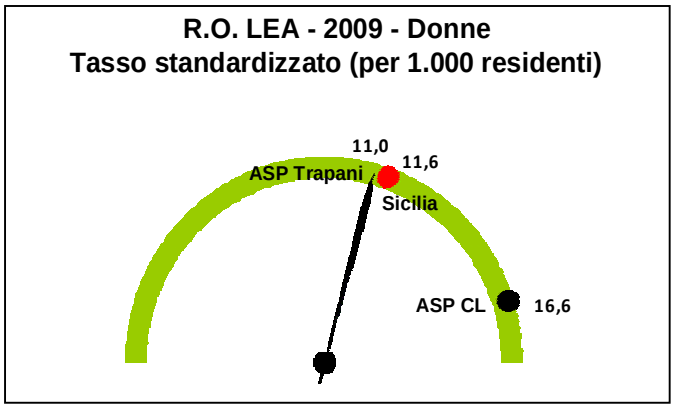
Efficienza





Appropriatezza





Capitolo II : La Risposta di Salute in Sicilia

II.1 L'organizzazione delle attività di prevenzione nella popolazione generale e in ambienti di vita e di lavoro

L'ASP è impegnata a promuovere efficaci strategie di prevenzione sulla popolazione provinciale per la diffusione delle conoscenze sui comportamenti a rischio per la salute e sui comportamenti finalizzati alla riduzione dei fattori di rischio modificabili.

-Prevenzione attiva del rischio cardiovascolare

L'ASP vuole coinvolgere i Medici di Medicina Generale per un'azione sinergica e concordata di valutazione del rischio cardiovascolare assoluto dei propri cittadini di età dai 35 ai 69 anni, con interventi adeguati di correzione del rischio, prevalentemente attraverso la terapia educazionale degli stili di vita attraverso il counseling motivazionale breve. Per la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare sono rilevanti le attività del Comitato di Coordinamento Integrato Regionale nel quale opera un referente aziendale.

-Prevenzione attiva delle recidive di eventi cardio e cerebrovascolari

Nel contesto Provinciale la cardiopatia ischemica e l'ictus sono le principali cause di morte. Inoltre le recidive sono eventi frequenti che contribuiscono notevolmente alla mortalità. Nella fase cronica la qualità delle cure e la prevenzione delle recidive si basano sulla stratificazione del rischio e su chiare raccomandazioni alla dimissione, sulla compliance dell'assistito e del contesto familiare, sulla presa in carico da parte del Medico di Medicina Generale o di una struttura dedicata e sulla qualità della consulenza specialistica. L'ASP si uniformerà alle direttive del Piano Regionale di prevenzione attiva delle recidive di eventi cardio e cerebrovascolari.

-Prevenzione del sovrappeso e dell'obesità

Nella strategia complessiva per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, un ruolo fondamentale è svolto dai Pediatri di Libera Scelta poiché sono in grado di stratificare lo stato nutrizionale dei loro assistiti. La collaborazione tra l'azienda ed i PLS ha prodotto una valutazione dello stato nutrizionale della popolazione in età pediatrica ed implementerà specifici interventi per la correzione degli apporti nutrizionali. Il Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, in collaborazione con l'U.O. Educazione alla Salute, è impegnato nel diffondere i principi per una corretta prevenzione del sovrappeso e dell'obesità e quanto questi fattori aumentino il rischio per l'organismo di incorrere in gravi patologie.

-Il Disease Management del Diabete Mellito di tipo 2

Il Disease Management è una modalità organizzativa attraverso la quale vengono gestite le risorse del sistema sanitario utilizzando team clinici interdisciplinari, analisi continua di dati rilevanti e tecnologie con rapporto ottimale costo/efficacia per migliorare l'outcome nel paziente affetto da diabete mellito di tipo 2. I Medici di Medicina Generale prendono in carico i propri pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2, applicando nella pratica clinica i percorsi di assistenza condivisi con l'Azienda e garantendo la continuità assistenziale; controllano periodicamente la compliance al trattamento ed attivano controlli mirati ad evitare l'insorgenza di complicanze; forniscono inoltre i dati relativi agli assistiti. Tutte la attività si svolgono anche presso gli Ambulatori a Gestione Integrata.

-Prevenzione degli Incidenti Domestici

Dai dati disponibili da fonte ISTAT è verosimile che l'incidenza degli incidenti domestici sia un problema sottostimato. Appare opportuno pertanto rafforzare gli attuali sistemi di rilevazione ed utilizzare al meglio i flussi informativi al fine di monitorare l'efficacia degli interventi per il contenimento del fenomeno. L'Azienda ritiene opportuno il potenziamento del flusso dati SINIACA per migliorare il livello di conoscenza degli eventi

legati agli incidenti domestici. L'Attuazione del Piano Operativo Aziendale sugli incidenti domestici è il punto focale per la gestione del fenomeno e prevede, in particolare i seguenti interventi:

- Realizzazione di attività di rilevazione, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni riguardanti la sicurezza, associati ad interventi informativo/educativi;
- Realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per i gruppi a rischio, come i bambini 0-4 anni, gli anziani e le casalinghe;
- Realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana.

-Prevenzione degli Incidenti Stradali

Gli incidenti stradali costituiscono una importante fonte di disabilità e la sorveglianza della loro distribuzione sul territorio è fondamentale per intraprendere adeguati provvedimenti di contrasto. E' necessario pertanto verificare la validità dei flussi informativi disponibili per una più puntuale conoscenza del fenomeno ed attivare opportune sinergie tra mondi diversi: sanità trasporti, scuola, scuole guida, forze dell'ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada ed organizzazioni del volontariato. Sono previsti interventi di sensibilizzazione per:

- Soggetti in età prescolare;
- Soggetti in età scolare;
- Patentandi;
- Patentati.

-Gli screening oncologici

Gli screening oncologici permettono, sempre più precocemente, di intervenire sul tumore fin dai primi stadi, aumentando quindi le possibilità di guarigione dei pazienti. Sono vigenti specifiche linee guida per la prevenzione del cancro al seno, al collo dell'utero ed al colon-retto. L'ASP ha identificato un Coordinatore Aziendale per gli Screening Oncologici oltre ad un Responsabile specifico per ciascuno degli screening che hanno il compito di pianificare:

- Le modalità di reclutamento della popolazione bersaglio;
- Il percorso per la gestione dei soggetti positivi;
- Le modalità di comunicazione e di coinvolgimento della popolazione per favorirne la partecipazione agli screening.

Trapani è stato individuato come centro di lettura qualificato dei Pap-Test.

-Le Strategie Vaccinali

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati. Con il Decreto Assessoriale n.1819 del 13/07/2010, la Regione Siciliana si è dotata di un nuovo calendario vaccinale che prevede l'inserimento di nuovi vaccini raccomandati, attualmente disponibili ed ulteriori richiami per alcune vaccinazioni già previste nel precedente calendario. L'ASP di Trapani, come da mandato della Regione Siciliana, è sempre stata precisa nel garantire l'offerta attiva e gratuita di tutti i vaccini "obbligatori" e "raccomandati" è favorevole ad un continuo miglioramento dell'offerta vaccinale.

-I Programmi di Educazione alla Salute

La sorveglianza dello stato di salute della popolazione provinciale e dei principali determinanti e fattori di rischio attraverso strumenti e metodi epidemiologici, permette di orientare le strategie di intervento e valutarne e monitorarne la relativa efficacia. Le evidenze ad oggi prodotte hanno costituito il riferimento per l'avvio di programmi di

prevenzione e di educazione alla salute. Tra i determinanti della prevenzione vi è la promozione della salute, intesa come l'insieme delle campagne informative atte a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative. In particolare si prevedono quattro programmi di educazione alla salute:

- Promozione di comportamenti alimentari salutari;
- Lotta al tabagismo;
- Lotta all'abuso di alcol;
- Promozione dell'attività fisica.

Quindi l'ASP, nell'ambito dei programmi di educazione alla salute Regionali e/o Nazionali, partecipa con riferimento in particolare alla promozione di comportamenti e stili di vita salutari ed alle campagne d'informazione sul corretto utilizzo dei servizi sanitari. L'Azienda riconosce l'importanza strategica dei programmi di educazione alla salute rivolti principalmente alle scuole al fine di raggiungere le fasce più giovani della popolazione e di ogni ceto sociale. L'U.O. di Educazione alla Salute assicura il raccordo tecnico operativo per tutte le attività menzionate ed inoltre garantisce:

- La formulazione di indicazioni metodologiche finalizzate a garantire unitarietà e trasversalità negli interventi in materia di Prevenzione, di Educazione e Promozione della Salute;
- La promozione di interventi informativi e la produzione di materiali divulgativi nell'ambito della programmazione aziendale annuale;
- La consulenza agli operatori ed ai soggetti esterni, anche al fine di garantire unitarietà e globalità di intervento soprattutto nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria;
- La predisposizione di specifici piani ed il coordinamento degli interventi sui diversi determinanti della salute, prioritariamente, come già menzionato, nelle aree identificate come obiettivi del Piano Sanitario Regionale e dal Piano della Prevenzione;
- Il supporto alla programmazione aziendale attraverso l'elaborazione del Piano Aziendale per l'Educazione alla Salute e la Promozione della Salute, in accordo con l'art.9, comma 8, L.R. 14 aprile 2009 n.5;
- Il supporto per le attività di informazione sul corretto utilizzo dei servizi sanitari.

-La sicurezza alimentare

La Normativa Europea del "Pacchetto Igiene" ha sostanzialmente modificato l'approccio nei confronti degli Operatori del Settore Alimentare e il Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione, responsabile per l'Area della Sicurezza Alimentare, intende proporsi quale attore del progetto di rinnovamento qualitativo dell'Azienda, già avviato in funzione di quanto stabilito dal Reg.CE 882/04.

Tale approccio metodologico è stato validato dal recente Audit Regionale che, in sede di relazione conclusiva, ha di fatto condiviso una metodologia operativa risultata consona rispetto i vigenti orientamenti giuridici e giurisprudenziali.

E' presente, in sintesi, un buon allineamento del SIAN con gli intendimenti strutturali ed il modello organizzativo del Piano Attuativo Poliennale relativo alla "Sicurezza Alimentare" che, per gli obiettivi di competenza, si intende analizzare nei punti che seguono e rappresentare sinteticamente nelle tabelle riepilogative, che si riporteranno nella parete finale della presente relazione:

1. **Controlli Ufficiali, campionamenti ed analisi secondo programmazione DASOE;**
2. **Miglioramento dell'efficienza del Sistema RASFF**
3. **Rispetto dei flussi informativi;**

1. Controlli Ufficiali

Il “Controllo Ufficiale" è qualsiasi forma di controllo eseguita dall'autorità competente o dalla Comunità per la verifica della conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;
I Controlli Ufficiali vengono effettuati da questo S.I.A.N. in attuazione dei DD.AA., emanati dalla Regione Sicilia, specifici per singola materia, (la programmazione comprende i contaminanti microbiologici, i contaminanti chimici, le micotossine, i MOCA, i residui fitosanitari negli alimenti il controllo degli esercizi di vendita e l’utilizzo degli stessi, la radioattività gli O.G.M. ecc.ecc) spalmati nel corso dell’anno, in sintonia con le esigenze organizzative dei laboratori di riferimento, individuati dalla Regione.
In particolare per la gestione di tali adempimenti questo Servizio ha predisposto un programma in excel, che sintetizza l’attività programmata ed attuata con cadenza mensile secondo le caratteristiche proprie del diagramma di Gantt..

2. Miglioramento Dell’efficienza Del Sistema Rasff

Il SIAN ha elaborato una specifica Procedura Operativa Standardizzata, che è stata oggetto di analisi da parte del gruppo di AUDIT, nel Novembre u.s., durante l’Audit di Sistema subito da questo SIAN, la stessa è disponibile in modalità cartacea ed in “word”.
Si fa presente altresì che, l’ASP ha istituito con regolare atto deliberativo “l’Unità di Crisi”; come richiesto dal DASAOE, con nota prot 34200 del 30/09/2012, in attuazione del D.A. n.02283710 del 21/09/2010.
Sono stati regolarmente comunicati al “*nodo regionale del sistema di allerta*” i nominativi dei referenti, i numeri di telefono, di fax e l’indirizzo dedicato di posta elettronica.
La tempistica di intervento e risposta è compatibile con gli indicatori assessoriali

3. Rispetto Dei Flussi Informativi Verso La Regione.

Si tratta di un adempimento già a regime, di cui sono disponibili i riscontri relativi alla trasmissione dei dati relativi all’ultimo semestre del 2011 ed in relazione al quale verrà mantenuta la tempistica prevista, nel triennio oggetto di programmazione

-La sanità veterinaria

Il patrimonio zootecnico della Provincia di Trapani è costituito da :

- n .626 aziende ovi-caprine con 94678 capi;
- n. 341 aziende bovine con 5725 capi;
- n. 24 aziende suine con 650 capi;
- n. 5 allevamenti industriali di galline ovaiole con 32.000 capi e circa n. 6164 allevamenti avicoli rurali con 84.000 capi.

Tale patrimonio è distribuito su un territorio abbastanza vasto e con una prevalenza di allevamenti di ridotta consistenza numerica (la media capi per gli allevamenti ovini è di circa 150 animali, per quelli bovini di 16 capi).
Il raggiungimento delle aziende è molto disagevole in quanto la viabilità è costituita da strade provinciali, comunali ed interpoderali con scarsa o nulla manutenzione.

Piani di eradicazione della TBC, BRC e LEB :Situazione sanitaria al 31.12.2011

La situazione sanitaria delle aziende zootecniche è evidenziabile dall’analisi della tabella 1 allegata i cui valori sono ricavati dall’applicativo SANAN del Sistema Informativo Veterinario.

Attività connesse agli obiettivi:

L’attività da effettuare nel corso del 2012 preventivata sulla base dei dati del 2011 viene descritta nella tabella 2 allegata.
Gli ingressi in azienda sono destinati alle seguenti attività:

- Prelievo emosieri

- Inoculazione tubercolina
- Lettura prova tubercolinica
- Notifica infezione e identificazione capi infetti
- Avvio alla macellazione dei capi infetti.

L'attività viene effettuata sia dai Veterinari dipendenti che dagli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati.

a) Eradicazione della Brucellosi bovina ed ovi-caprina

a1)rispetto dei tempi di reingresso nei focolai (21-30 gg.)
a2)controllo del 100% del patrimonio soggetto ai controlli
a3)controllo del 5% delle aziende bovine a rischio elevato per la verifica del rispetto della normativa in tema di identificazione e registrazione
a4)aumento del 2% delle aziende U.I.

Il rispetto dei tempi di reingresso nei focolai ed il controllo annuale del 100% del patrimonio controllabile sono subordinati al personale in servizio, infatti nel corso dell'anno 2011 è stato raggiunto l'obiettivo di controllare tutto il patrimonio ma non quello del rispetto dei tempi di reingresso nei focolai.
Utilizzo dello stamping out nelle aziende in cui i controlli ordinari non sortiscono alcun effetto, con l'individuazione di un iter procedurale snello, da parte del superiore Servizio Veterinario Regionale in considerazione del fatto che deve essere previsto in almeno il 30% delle aziende problema.
Il controllo del 5% delle aziende bovine a rischio elevato sarà effettuato dopo l'individuazione di tali aziende da parte dell'Assessorato Regionale e successiva ripartizione numerica e temporale agli Uffici Veterinari distrettuali.

b) Eradicazione della Tubercolosi bovina

b1) rispetto dei tempi di reingresso nei focolai (42-65 gg.)
b2)controllo annuale del 100% del patrimonio soggetto ai controlli
b3)rispetto dei tempi di ricontrollo (entro 15 gg. dalla ricezione del Mod. 10/33) nelle aziende U.I. per le quali vengono segnalate positività al macello
b4)aumento del 2% delle aziende U.I.

Il rispetto dei tempi di reingresso nei focolai ed il controllo annuale del 100% del patrimonio controllabile sono subordinati al personale in servizio, infatti nel corso dell'anno 2011 è stato raggiunto l'obiettivo di controllare tutto il patrimonio ma non quello del rispetto dei tempi di reingresso nei focolai.
Per quanto riguardo il controllo degli allevamenti U.I. con riscontro di positività al macello, dato l'esiguo numero previsto si prevede il controllo entro 15 gg. dalla ricezione del mod. 10/33.
L' aumento delle aziende U.I. dipenderà soprattutto dalla qualificazione delle aziende con ultimo controllo negativo in quanto la qualificazione di un'azienda positiva richiede nella migliore delle ipotesi un tempo di circa 16 mesi.

c) Eradicazione della Leucosi enzootica bovina

c1) rispetto dei tempi di reingresso in eventuali focolai (120-140 gg.)
c2)controllo annuale del 100% del patrimonio soggetto ai controlli
c3)mantenimento dell'attuale status di Provincia U.I.

La Provincia di Trapani è attualmente U.I., pertanto ci si propone di mantenere tale status per cui è indispensabile il controllo di tutto il patrimonio controllabile e la negatività di tutte le aziende. Gli interventi per la LEB vengono svolti contemporaneamente a quelli per la TBC/BRC. Nel caso in cui dovesse verificarsi l'insorgenza di focolai, gli stessi saranno prontamente trattati con la tempistica prevista dal D.M. n. 358/96. La programmazione degli interventi negli allevamenti sarà predisposta attraverso l'utilizzo dell'applicativo SANAN del sistema informativo veterinario, con l'assegnazione, per ciascun Veterinario operatore, delle aziende soggette al programma. Tuttavia per poter avere uno scadenziario sempre aggiornato è necessario che tutta l'attività svolta venga caricata sul sistema SANAN, il cui continuo aggiornamento costituisce un elemento indispensabile per il controllo dell'attività svolta e per la produzione della reportistica. Allo stato attuale il caricamento dei dati viene effettuato solo in parte da personale all'uopo designato, per il

resto viene effettuato da personale veterinario con sottrazione di tempo ai compiti d'istituto e con tempi di caricamento in ritardo rispetto a quelli previsti. L'inserimento individuale in Banca dati nazionale degli ovini caprini è in forte ritardo rispetto ai tempi previsti (devono essere ancora inseriti circa 45.000 capi). Il programma redatto per i piani di risanamento della TBC, BRC e LEB, è riproposto per ciascuno dei tre anni di attuazione del piano, apportando le modifiche che dovessero rendersi necessarie a seguito di eventuali cambiamenti delle normative o delle linee guida Assessoriali e verrà annualmente rimodulato sulla base dei dati dell'anno precedente (come da tabella 2).

d) Potenziamento della sorveglianza epidemiologica nei confronti dell'influenza aviaria;

d1) Esecuzione pianificata del piano regionale di sorveglianza. Il piano di sorveglianza regionale sarà attuato dando seguito alla seguente cronologia delle attività:

- Emanazione del piano annuale da parte della Regione;
- Ripartizione dei campionamenti agli Uffici Veterinari Distrettuali;
- Distribuzione temporale dei campionamenti;
- Report trimestrali sull'attività .

d2) Elaborazione, adozione e aggiornamento semestrale del manuale operativo per la gestione dei focolai.

- Il Dipartimento Veterinario provvederà ad effettuare semestralmente tale attività, secondo le linee guida del Centro Nazionale di referenza per l' I.A. ed inviando gli aggiornamenti agli Uffici Veterinari periferici. L'attività sarà ripetuta per tutti e tre gli anni di vigenza del PAA e potrà subire modifiche a seguito di variazioni normative in materia.

e) Potenziamento della sorveglianza epidemiologica nei confronti delle malattie vescicolari;

e1) Esecuzione del piano di sorveglianza nazionale nei confronti della malattia vescicolare da enterovirus dei suini.

Il piano sarà effettuato con le seguenti modalità:

- effettuazione dei prelievi secondo le scadenze temporali rilevabili dal sistema informativo veterinario;
- inserimento dei risultati dei controlli sul Sistema informativo veterinario;
- Report trimestrale sull'attività.

e2) elaborazione , adozione e aggiornamento semestrale del manuale operativo per la gestione dei focolai di malattie vescicolari.

- Il Dipartimento Veterinario provvederà ad effettuare semestralmente tale attività, secondo le linee guida del Centro nazionale di referenza ed inviando gli aggiornamenti agli Uffici Veterinari periferici.

L'attività sarà ripetuta per tutti e tre gli anni di vigenza del PAA e potrà subire modifiche a seguito di variazioni normative in materia.

Controllo del randagismo

Il fenomeno del randagismo rappresenta un'emergenza sanitaria per le aree urbane della Provincia di Trapani, dovuta soprattutto all'abbandono dei cani ed alla loro riproduzione incontrollata. L'attuale normativa di riferimento è costituita dalla L.R. n. 15/2000 e successive circolari e linee guida, tale normativa ha ricondotto le competenze del Servizio Veterinario pubblico agli aspetti strettamente sanitari, il resto delle competenze vengono poste in capo alle Amministrazioni Comunali, alle quali in particolare sono stati assegnati i compiti di controllo del territorio con la gestione della cattura e custodia dei cani randagi con appositi servizi e strutture (servizio cattura cani, canili), inoltre la normativa ha reso obbligatoria per i proprietari dei cani l'identificazione e la registrazione dei propri animali presso le AA.SS.PP. cui spetta la tenuta dell'anagrafe canina.

Da questi brevi cenni si può ben evincere che gli attori che intervengono in tema di randagismo e di animali d'affezione oltre l'ASP, sono le Amministrazioni Comunali ed i proprietari degli animali.

Competenze ASP

- Interventi di controllo delle nascite (sterilizzazione dei randagi);
- Controllo dei cani morsicatori;
- Vigilanza sulla corretta gestione delle strutture di ricovero per cani e gatti.
- Gestione e alimentazione dell'anagrafe canina

Questa azienda dispone di una capillare rete a servizio dei proprietari e dei Comuni, costituita dai 6 Uffici Veterinari distrettuali, da circa 20 Veterinari LL.PP. autorizzati ai sensi della L.R. n. 15/2000 e dalle strutture Comunali presso cui viene garantita l'assistenza Veterinaria. Appare evidente che il numero delle sterilizzazioni dei cani dipende dagli animali che le amministrazioni comunali catturano e conducono presso le strutture appositamente attrezzate, allo stesso modo il numero degli animali anagrafati dipende dalle richieste dei proprietari. Tutte le competenze che fanno capo all'ASP sono pienamente soddisfatte in quanto tutte le richieste di anagrafatura e di sterilizzazione vengono prontamente soddisfatte. Gli interventi di sterilizzazione vengono effettuati solo sui randagi, mentre non vengono effettuati interventi sui cani padronali in quanto non rientra nei compiti d'istituto. I cani randagi vengono consegnati alla ns. struttura ubicata all'interno della Cittadella della Salute, dai Comuni sprovvisti di strutture che hanno sottoscritto apposita convenzione con l'ASP e che vengono di seguito elencati: Trapani, Erice, Valderice, Paceco, Buseto P., San Vito lo Capo, Custonaci, C/mare del golfo,Calatafimi, Salemi,Santa Ninfa, Poggioreale, Salaparuta, Mazara del Vallo, Partanna, Campobello di Mazara. Gli animali consegnati vengono identificati ed iscritti in anagrafe, sterilizzati e trattenuti presso la ns. struttura per la degenza post-operatoria e poi riconsegnati ai Comuni. Nei Comuni provvisti di idonee ed attrezzate strutture (Canile Comunale di Castelvetrano, Marsala e Pantelleria), i Servizi Veterinari dell'ASP assicurano la medesima attività.

Dati sulle strutture della Provincia di Trapani

Ente	struttura	n. posti	Ambulatori per sterilizzazioni	anagrafe
Comune di Trapani	Canile rifugio	70	No	Si
Comune di Marsala	Canile sanitario	100	Si	Si
Comune di C/vetrano	Canile sanitario	40	Si	Si
Comune di Pantelleria	Canile sanitario	40	Si	Si
ASP di Trapani	Ambulatorio veterinario	26	Si	Si

Dati sull'attività dell' ultimo triennio

	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Cani anagrafati	5330	4738	7025
Animali Sterilizzati	904	848	883
Controlli morsicature	61	36	56
Strutture controllate	5	5	5

Proiezione dell'attività da effettuare nel triennio 2012/2014

	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
Identificazione animali e registrazione in anagrafe	5697	5697	5697
Interventi di sterilizzazione	878	878	878
Controllo morsicature	51	51	51
Controllo strutture ricovero	5	5	5

Poiché come già espresso nella prima parte la quantità di attività non dipende dai Servizi Veterinari ma dalle richieste pervenute da parte dei Comuni e dei proprietari degli animali, come indice di attività probabile viene indicata la media dell'ultimo triennio, tuttavia si ribadisce che i nostri servizi sono attualmente in grado di soddisfare tutte le richieste e pertanto l'indicatore utilizzato sarà dato dal rapporto tra le richieste pervenute e quelle soddisfatte che, tranne motivi di forza maggiore, sarà del 100%.

Il report dell'attività sarà effettuato su base semestrale.

Il Dipartimento Veterinario darà corso a tutte le attività di propria competenza per la prevenzione ed il controllo del randagismo tuttavia sarebbero auspicabili le seguenti azioni :

- Potenziamento dell'attività di controllo del territorio da parte dei Comuni con intensificazione del servizio di cattura, allo scopo di pervenire alla completa sterilizzazione di tutti i randagi;
- Completa anagrafatura di tutti i cani dei privati cittadini, con efficienti controlli da parte della Polizia Municipale, al fine di eliminare il fenomeno dell'abbandono che alimenta per circa l'80% il fenomeno del randagismo;

Incentivazione, anche con bonus economici, della sterilizzazione dei cani dei privati al fine di eliminare l'abbandono delle cucciolate, altra pratica che alimenta abbondantemente il randagismo.

-La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi e negli ambienti di vita e di lavoro

Il Piano Regionale della Salute si pone anche l'obiettivo primario di promuovere e tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori, potenziando il sistema della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e favorendo l'attività delle strutture sanitarie regionali, volta alla riduzione ed al controllo dei fattori di rischio lavorativi ed allo sviluppo di una cultura della prevenzione.

-Potenziamento dei Servizi dell'Area "Tutela della salute e sicurezza sul lavoro" dell'ASP

E' previsto il potenziamento operativo e strutturale, sia dal punto di vista numerico che professionale del Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro e del Servizio di Impiantistica ed Antinfortunistica, al fine di raggiungere una copertura del 5% delle unità produttive locali oggetto di interventi ispettivi e preventivi in un anno mediante l'attuazione delle circolari assessoriali n.1269/2010 e n.1274/2010. Saranno inoltre poste in essere iniziative per la realizzazione di un sistema informativo aziendale della prevenzione per una efficiente ed efficace attività di gestione, programmazione e valutazione delle attività. L'Azienda intende anche promuovere, con adeguati e mirati interventi formativi, il miglioramento della formazione degli operatori sui principali temi della sicurezza e dell'igiene del lavoro.

-Attuazione dei Piani regionali di prevenzione per la salute e sicurezza sul lavoro e relative attività d'informazione, formazione e comunicazione

Le attività previste sono volte al raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi previsti dai Piani regionali straordinari di prevenzione: Edilizia; Agricoltura e Selvicoltura; Malattie Professionali.

Edilizia: Si prevedono interventi di controllo e vigilanza sui cantieri edili del territorio, interventi di formazione, informazione ed assistenza mirati alle situazioni lavorative maggiormente fonte di infortuni e malattie professionali, interventi mirati ad ottimizzare il coordinamento dei vari enti preposti al controllo nelle attività edili.

Gli obiettivi previsti sono:

- Raggiungimento delle quote d'ispezione stabilite per la nostra Provincia;
- Interventi prioritari nei cantieri a rischio grave, finalizzati ad un aumento di efficacia rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute;
- Realizzazione di una campagna di informazione, formazione e diffusione della cultura della sicurezza nei cantieri;
- Realizzazione di specifiche iniziative di formazione nei confronti dei lavoratori, datori di lavoro, coordinatori per la sicurezza, responsabili dei servizi di prevenzione e protezione e di tutte le altre figure professionali coinvolte nella prevenzione;
- Aumentare le conoscenze tecniche e procedurali degli operatori dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Agricoltura e Selvicoltura: Si prevedono azioni coordinate di vigilanza, informazione, formazione ed assistenza. Per l'attività di vigilanza, alla nostra Azienda, è stata assegnata una quota di aziende agricole da ispezionare ogni anno. Gli obiettivi previsti sono:

- Costituzione di una banca dati del settore come strumento da cui partire per indirizzare gli interventi;
- Anagrafe delle aziende e mappatura dei rischi del settore relativamente al proprio territorio;
- Formazione del personale coinvolto;
- Avvio di un programma di controlli con specifici sopralluoghi nelle aziende agricole, prioritariamente a partire da quelle che utilizzano prevalentemente manodopera extrafamiliare;
- Campagne informative rivolte agli operatori sui principali rischi del settore;
- Sorveglianza sanitaria dei casi di intossicazione acuta da fitosanitari.

Malattie Professionali: E' importante far emergere il dato reale delle malattie professionali attraverso interventi di controllo e di assistenza mirati al rispetto e alla divulgazione delle norme che disciplinano l'obbligo delle denunce delle malattie professionali. Gli obiettivi previsti sono:

- Migliorare la raccolta e la registrazione delle segnalazioni di patologie correlate al lavoro;
- Implementare ed aggiornare gli strumenti standardizzati per la registrazione delle patologie correlate al lavoro da inserire nel database nazionale dell'ISPESL/INAIL ed attivare modelli efficaci di comunicazione;
- Programmare iniziative di aggiornamento professionale degli operatori, per migliorare le capacità di registrazione ed analisi delle patologie correlate al lavoro ed il livello di omogeneità nell'attribuzione dei nessi causali tra l'attività e la malattia stessa.

Inoltre saranno promossi i seguenti ulteriori progetti:

1. Campagna straordinaria di comunicazione, informazione e formazione per la diffusione della cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro da realizzarsi con la collaborazione delle parti sociali, degli istituti scolastici, degli ordini professionali e di altri Enti pubblici operanti nel settore della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
2. Ricognizione e controllo delle sorgenti radioattive, delle apparecchiature radiogene e di risonanza magnetica installate nel territorio Provinciale;
3. Implementazione del sistema REACH-CLP che regola l'immissione sul mercato delle sostanze chimiche subordinandolo alla raccolta di dati sulle stesse;
4. Analisi e classificazione dei casi di infortuni gravi e mortali secondo il modello denominato "sbagliando si impara";
5. Azioni di controllo e informazione/formazione per la prevenzione degli infortuni negli ambienti di lavoro "confinati"(depuratori, cisterne, autocisterne, silos, vasche, serbatoi, tubazioni, etc.).

-Attuazione dei Piani di prevenzione per la salute e sicurezza nelle strutture sanitarie

Occorre promuovere la realizzazione e l'attuazione del D.lgs. 81/08 e s.m.i., prevedendo una verifica, nelle strutture sanitarie, della presenza di idonei sistemi di organizzazione aziendale della salute e sicurezza sul lavoro nel rispetto della circolare assessoriale n.1273 del 26/7/10, nonché della presenza di standard di igiene e sicurezza adeguati ad impedire eventi infortunistici e malattie professionali.

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II. 1.1	Sorveglianza Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Controllo diffusione comportamenti a rischio e Stili di Vita Riduzione dei fattori di rischio per le patologie ad elevato impatto e degli eventi che costituiscono le principali cause di mortalità e morbilità contemplato nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012	Indice di operatività annuale 100% Adozione ed attuazione di tutte le linee del Piano Regionale di Prevenzione Alcamo: Obiettivi di arruolati al 31/12/2012 n. 9.500 pari al 50%; al 31/12/2013 n. 10.450 pari al 55%; al 31/12/2014 n. 11.400 pari al 60%. Mazara: Obiettivi di arruolati al 31/12/2012 n. 2.000 pari al 6,6%; al 31/12/2013 n. 3.500 pari a 11,6%; al 31/12/2014 n. 5.000 pari a 16,6%.	**PROGRAMMA DI MONITORAGGIO PASSI** a) Estrazione mensile soggetti delle categorie target; b) assegnazione mensile interviste previste agli intervistatori (10 per 11 mesi); c) effettuazione e verifica interviste previste; d) caricamento interviste nel database ISS (dopo 30 gg effettuazione intervista); e) eventuale report aziendale con soglia soggetti intervistati; f) formazione operatori modifiche procedurali/operative **PIANO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE (Progetto cuore)** Obiettivo è quello di promuovere la salute cardiovascolare nella popolazione generale, attivando programmi di comunità orientati agli stili di vita "salvacuore: un'ottima terapia attraverso l'educazione. Il Piano si basa su una strategia individuale, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per la rilevazione del rischio cardiovascolare assoluto, con il programma "cuore.exe" che prevede un sistema a punteggio, prendendo in considerazione anche il colesterolo HDL e la terapia anti-ipertensiva. Alla valutazione fa seguito la terapia educazionale tramite Counseling motivazionale breve, effettuata in sede di Assistenza Primaria e volto a modificare gli stili di vita. In caso di necessità di ulteriori accertamenti il paziente sarà indirizzato ai Servizi Cardiologici Territoriali. Per quanto riguarda la nostra ASP i Distretti attivati sono quelli di Alcamo e Mazara. Presso i Distretti di Alcamo e Mazara sono già stati arruolati pazienti	U.O.S. Centro gestionale screening Responsabile Dipartimento della Prevenzione e Referente Progetto Cuore	Cronoprogramma allegato; inizio attività 20 febbraio 2012 per nuovo questionario in sostituzione quest. 2011 Per la realizzazione del progetto è strettamente collegato alle risorse regionali previste, in proporzione allo stato di avanzamento. Cronoprogramma: 1)anno 2012: conseguire le percentuali indicate negli obiettivi specifici per la rilevazione del rischio cardiovascolare assoluto, nei cittadini dei due distretti attivati. 2)anno 2014: attivare un terzo distretto.

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II. 1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Riduzione dei fattori di rischio per le patologie ad elevato impatto e degli eventi che costituiscono le principali cause di mortalità e morbilità contemplato nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012	Adozione ed attuazione di tutte le linee del Piano Regionale di Prevenzione	**PIANO DI PREVENZIONE DEL SOVRAPPESO E DELL'OBESITÀ** La Regione Siciliana, seguendo le indicazioni dettate dal Piano Nazionale della Prevenzione, ha avviato il Piano Regionale di Prevenzione del sovrappeso e dell'obesità sviluppandolo su due strategie (strategia di popolazione e strategia individuale) Nella strategia di popolazione l'A.S.P. di Trapani, al fine di promuovere scelte alimentari nutrizionalmente corrette, ha portato avanti il Progetto nazionale "… E vai con la frutta", che ha previsto interventi educativi (con utilizzo di strumenti didattici specifici) e somministrazione di questionari prima e dopo gli interventi didattici. Gli interventi sono stati realizzati nella scuola primaria (una classe v), nella scuola secondaria di primo grado (una classe II) e nella scuola secondaria di II grado (una classe III) dove è stato anche installato un distributore di frutta e verdura. Tale specifica attività ha permesso di attivare percorsi formativi differenziati ed eventi di informazione e facilitazione dell'accesso a frutta e verdura. Nell'anno 2012 si ritorna nelle tre scuole già campionate per la comunicazione dei risultati ottenuti e si selezionano altre scuole, per l'utilizzo degli strumenti didattici sperimentati. Tali strumenti verranno utilizzati nel 2013 in 8 scuole e in altre 8 scuole nel 2014. In questo modo vengono attivati nuovi percorsi informativi/formativi nell'ambito del consumo di frutta e verdura. All'azione di prevenzione è legata la relativa sorveglianza sullo stato nutrizionale, le abitudini alimentari e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria, che l'A.S.P. di Trapani ha effettuato partecipando al Progetto nazionale "OKkio alla Salute" . In particolare nel 2012 d'intesa con l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute si avvia una nuova fase della sorveglianza nutrizionale (Okkio alla Salute 3). L'indagine nell'A.S.P. di Trapani viene effettuata in 33 scuole (classe III) con le seguenti modalità: registrazione delle misure antropometriche, compilazione di un questionario da parte dei Dirigenti scolastici, degli alunni e dei genitori, consegna di strumenti di comunicazione. Nel	SIAN e U.O.S. Igiene delle Nutrizione	Cronoprogramma vedi allegati

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
II. 1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Riduzione dei fattori di rischio per le patologie ad elevato impatto e degli eventi che costituiscono le principali cause di mortalità e morbilità contemplato nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012	Adozione ed attuazione di tutte le linee del Piano Regionale di Prevenzione	2013 si ritornerà nelle scuole campionate per la comunicazione dei nuovi risultati dell'indagine e la conseguente promozione di corretti stili di vita nutrizionali. Tale attività continuerà nel 2014 con la selezione di almeno altre 5 scuole. Nello stesso anno, se riconfermata la programmazione dell'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute (cadenza biennale), verrà avviata, anche nella nostra A.S.P., la nuova fase di sorveglianza nutrizionale. Nell'ambito della strategia individuale l'A.S.P. di Trapani ha coinvolto i 18 Pediatri di libera scelta del Distretto Sanitario di Trapani che hanno verificato lo stato nutrizionale dei loro assistiti ed effettuato, laddove necessari, adeguati interventi di correzione degli apporti nutrizionali. In particolare sono stati raccolti i dati antropometrici e calcolato il relativo BMI di 8415 bambini su una popolazione target (età compresa tra 3 e 14 anni) di 10491 bambini e somministrati 1634 questionari sulle abitudini alimentari. Nell'anno 2012 tali attività verranno estese al Distretto di Alcamo, dove i Pediatri di libera scelta verificheranno lo stato nutrizionale dei loro assistiti dai 3 ai 14 anni (peso, altezza e calcolo del BMI) e individueranno un percorso assistenziale e di presa in carico diretta dei bambini in sovrappeso e/o obesi con appropriati interventi di correzione degli apporti nutrizionali o invio presso una struttura di riferimento per la cura del sovrappeso e dell'obesità. Tale attività continuerà nel 2013 dove verranno effettuati continui monitoraggi dell'andamento del progetto e acquisiti i dati. Nel 2014 i dati verranno raccolti ed elaborati, i risultati ottenuti verranno comunicati e diventeranno un ulteriore strumento per favorire corretti stili alimentari e di attività fisica e prevenire le patologie correlate all'alimentazione nei soggetti a rischio. Tali strategie hanno la finalità di sviluppare le azioni prioritarie previste dal Piano Sanitario Regionale nell'ambito del problema di salute "Obesità e sedentarietà" (Prevenzione primaria fondata sull'adozione di corretti stili	SIAN e U.O.S. Igiene delle Nutrizione	Cronoprogramma vedi allegati

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II. 1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Riduzione dei fattori di rischio per le patologie ad elevato impatto e degli eventi che costituiscono le principali cause di mortalità e morbilità contemplato nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012	Adozione ed attuazione di tutte le linee del Piano Regionale di Prevenzione	di vita: abitudini alimentari equilibrate e attività motoria costante specie nella fascia di età evolutiva) secondo quanto indicato nel Programma Ministeriale "Guadagnare Salute" (promozione di comportamenti alimentari salutari e promozione dell'attività fisica). **RIDUZIONE DEL DIABETE MELLITO TIPO 2** La prevalenza del D. M. tipo 2 nella popolazione italiana adulta è stimata intorno al 6-7%. A tale percentuale contribuiscono 1,5 milioni di individui affetti da D.M. noto e oltre 2 milioni di individui con malattia non diagnosticata. Il D.M. di tipo 2 è considerato una malattia nei confronti della quale è possibile una efficace opera di prevenzione. Di conseguenza diventa essenziale che tutti gli individui ad alto rischio possano essere identificati precocemente per poter istituire tempestivamente adeguate misure di prevenzione. L'ASP di Trapani opera su tutto il territorio della Provincia di Trapani, comprendente 24 Comuni, isole comprese, con una popolazione residente di 435.957 abitanti, oltre gli immigrati temporaneamente presenti (dato ufficiale al 01.10.2009). L'ASP è articolata, dal punto di vista organizzativo, in sei Distretti Sanitari. In ottemperanza a precise disposizioni assessoriali, sono stati istituiti il Registro Aziendale e Distrettuale dei pazienti affetti da D.M. che oggi conta n. 17.197 pazienti iscritti (schede di start up pervenute nel 2011da n. 364 MMG). Sono inoltre operativi n° 4 ambulatori di AGI (Trapani, Salemi, Castelvetrano,Pantelleria). Per quanto attiene alle attività di tipo preventivo è ormai riconosciuta l'efficacia di una incisiva azione di prevenzione sulla popolazione con la messa in atto di strategie di intervento di largo respiro , focalizzate in particolar modo sulla modifica degli stili di vita, sulla riduzione del peso corporeo e sull' aumento dell'attività fisica moderata nei soggetti a rischio, con un conseguente risparmio dei costi per l'assistenza. Alla luce di quanto sopra, si ritiene opportuno avviare, nell'ASP di Trapani, una Campagna di prevenzione e di riduzione del Diabete Mellito di tipo 2, articolata su più livelli:	Direttori di Distretto; Ambulatori di Diabetologia Distrettuali; Responsabili PTA/Poliambulatori; Operatori Sportello Cronico	Attivazione ambulatorio dedicato nel Distretto di Trapani entro il 31/12/2012 Cronoprogramma vedi allegati

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II. 1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Riduzione dei fattori di rischio per le patologie ad elevato impatto e degli eventi che costituiscono le principali cause di mortalità e morbilità contemplato nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012	Adozione ed attuazione di tutte le linee del Piano Regionale di Prevenzione Screening sui familiari di I° grado dei pazienti iscritti nel registro aziendale: >= 90% Presa in carico dei pazienti con diagnosi di diabete mellito a seguito di screening: 100%	1. **Strategia di popolazione:** basata sulla promozione della salute dell'intera popolazione attraverso processi di educazione alla modifica dello stile di vita in relazione agli aspetti della nutrizione e della attività fisica con l'obiettivo sia di migliorare la percezione del problema che le conoscenze sulle opportunità per la sua soluzione. Tale azione si concretizza nella predisposizione di una idonea campagna informativa e di comunicazione comprendente incontri aperti alla popolazione. 2. **Strategia per la popolazione ad alto rischio:** basata su procedure standard di identificazione dei soggetti a rischio elevato di sviluppare diabete e quindi dei soggetti che possono trarre il maggior beneficio da un'azione di intervento diretto. Gli standard di cura per il Diabete Mellito 2009-2010 individuano tra i soggetti a rischio i familiari di 1° grado dei pazienti diabetici. Per quanto sopra l'ASP di Trapani intende avviare una campagna di screening con target individuato nei familiari di 1° grado dei pazienti già inseriti nel registro Aziendale del D.M. Lo Screening consisterà nella determinazione della glicemia a digiuno, nel calcolo dell'Indice di Massa Corporeo(BMI), nella misurazione della Pressione Arteriosa (PAO) e della Circonferenza Addominale. 3. **Strategia di diagnosi precoce e trattamento:** L'attività di screening consente l' identificazione di soggetti con diabete non noto e la possibilità di offrire loro il più precocemente possibile un programma sistematico di trattamento finalizzato alla prevenzione delle complicanze croniche. E' obiettivo dell'ASP di Trapani la presa in carico, negli ambulatori dedicati e con il coinvolgimento dei MMG, di tutti i pazienti risultati positivi al test di screening	Direttori di Distretto; Ambulatori di Diabetologia Distrettuali; Responsabili PTA/Poliambulatori; Operatori Sportello Cronico	Cronoprogramma vedi allegati

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II. 1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Riduzione dei fattori di rischio per le patologie ad elevato impatto e degli eventi che costituiscono le principali cause di mortalità e morbilità contemplato nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012	Adozione ed attuazione di tutte le linee del Piano Regionale di Prevenzione	**PIANO DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI** Il progetto sarà rivolto agli insegnanti ed i genitori degli alunni di scuola materna e delle classi I^ e II^ elementari. Saranno coinvolte 11 classi con n. 4 incontri per classe. Nel corso degli incontri saranno date informazioni sulle principali cause di incidenti domestici con l'ausilio di proiezione di Power Point e la distribuzione di depliant appositamente creati da questa U.O.E.S.A. Nelle scuole gli argomenti vengono trattati con la lettura di storie, i cui personaggi fantastici (baffetto, la fata Prudenza) entrano in contatto con il mondo del bambino, evitando atteggiamenti eccessivamente ansiosi. Il disegno, cosi come il gioco sono utili metodi per visualizzare e riconoscere le situazioni pericolose da quelle sicure. La comunicazione per immagini contribuirà alla memorizzazione e all'interiorizzazione dei comportamenti corretti. Il coinvolgimento dei genitori avverrà con la mostra dei lavori svolti dai bambini e con una lezione sugli elementi di primo soccorso nei casi in cui il bambino si dovesse scottare, cadere, ingerire farmaci, ecc. Presso il Consultorio Familiare di Trapani alle gestanti verranno fornite informazioni per la prevenzione degli incidenti domestici dei nuovi nati Verrà realizzata la ricognizione degli incidenti domestici nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Castelvetrano.	Responsabile U.O.S. Educazione e Promozione della Salute Aziendale	Cronoprogramma vedi allegati

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II. 1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Riduzione dei fattori di rischio per le patologie ad elevato impatto e degli eventi che costituiscono le principali cause di mortalità e morbilità contemplato nel Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012	Adozione ed attuazione di tutte le linee del Piano Regionale di Prevenzione	**PIANO DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI** Il progetto realizzato in collaborazione con il SERT ha come finalità: - Far comprendere come le sostanze psicoattive alterano le connessioni neurali e le funzioni della memoria, emotività e della personalità. - Far conoscere i rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcol e droghe. - Potenziare quelle abilità cognitive,sociali e comunicative necessarie ad aiutare gli adolescenti a compiere le loro scelte di vita , in modo consapevole e salutare. - Informare che l'uso delle sostanze è illegale e dunque reato e che l'uso di alcol alla guida, superiore ai limiti stabiliti dalla legge, è soggetto a sanzioni. - Coinvolgere e sensibilizzare i genitori a non abbassare la guardia su un problema, la cui ampia dimensione, sembra rendere la famiglia e la scuola impotenti a contrastarlo. Il progetto prevede una metodologia di tipo attivo che favorisca la partecipazione diretta e il coinvolgimento degli insegnanti. Sono previsti incontri con il gruppo classe di 2 ore ciascuno in cui alla lezione frontale dell'insegnante si alterneranno letture di brani, video, discussioni guidate, proiezioni di filmati e brain storming Saranno interessati: - Istituto Magistrale di Trapani; - Istituto tecnico commerciale Sciascia di erice; - Istituto Tecnico Turistico Sciascia di erice; - Scuola Media Nunzio Nasi di Trapani; - Scuola Media De Stefano di Erice; - Istituto Comprensivo "Borsellino" di Mazara - Istituto Comprensivo "Pirandello" di Mazara Complessivamente si prevede il coinvolgimento di n. 30 classi	Responsabile U.O.S. Educazione e Promozione della Salute Aziendale	Cronoprogramma vedi allegati

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Controllo delle malattie prevenibili con strategie vaccinali	Copertura vaccinale come da calendario vaccinale regionale vigente Rispetto delle date per l'invio della relativa reportistica	**STRATEGIE VACCINALI** La vaccinazione attiva e gratuita del vaccino Prevenar 13 per i nati nel 2007 fino al compimento del 6° anno di vita. I centri vaccinali attivano tutte le strategie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, e quindi approfittare dell'occasione opportuna che si presenta entro il 6° anno di vita per fare la IV dose di quadrivalente (DTPaIPV/dtpaIPV), la II^ dose di quadrivalente MMRV nonché il recupero siero tipico dei soggetti già vaccinati con Prevenar 7 offrendo loro il Prevenar 13. La 1^ dose di MMR+Var la vaccinazione suia attiva e gratuita per tutti gli adulti non immuni anche per una sola delle tre malattie oggetto della vaccinazione. I soggetti adulti non immuni devono essere vaccinati in tutte le occasioni opportune. La vaccinazione consta di due dosi La prima dose si può effettuare dal 13° al 15° mese, in unica somministrazione con il vaccino contro la varicella (MPRV), o in co-somministrazione con il vaccino della varicella (MPR+Varicella). La seconda dose nel 6° anno in unica somministrazione utilizzando il vaccino quadrivalente (MPRV) Vaccino MPRV (vaccino tetravalente Morbillo-Parotite-Rosolia- Varicella) viene utilizzato in sostituzione delle due formulazioni singole MPR e Var con offerta attiva in base al programma regionale con l'obiettivo di garantire coperture superiori al 90% anche per la varicella. Vaccinazione contro papilloma virus (HPV) continua l'offerta attiva del vaccino HPV a tutte le coorti a partire dalle nate del 1996 in poi. Secondo le indicazioni ministeriali la vaccinazione HPV va eseguita alle ragazze durantye il 12° anno di vita (periodo compreso fra il compimento degli 11 anni e il compimento dei 12 anni) quest'anno la coorte di riferimento è il 2000 senza dimenticare le coorti precedenti quali 98 e 99. Vaccino meningococco C coniugato ACW135Y coniugato Nel calendario, dopo la dose unica al 13° - 15° mese, è stata prevista una dose per gli adolescenti nel 14° - 15° anno di vita.	U.O.C. Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva	Come da calendario vaccinale

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II. 1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Controllo delle malattie prevenibili con strategie vaccinali	Implementazione del sistema di anagrafe vaccinale	Le azioni per l'implementazione del sistema di anagrafe vaccinale sono correlate al collegamento alla rete intranet aziendale di tutti gli ambulatori vaccinali aziendali. Programma: 1. Completamento, ad opera dell'ICT, di un collegamento intranet nei seguenti ambulatori vaccinali: Buseto Palizzolo, Custonaci, San Vito Lo Capo, Mazara del Vallo, Gibellina, Salemi, Vita, C/Bello di Mazara, Partanna, Calatafimi. A. Formazione del personale al nuovo software "anagrafe vaccinale informatizzata". B. Avvio in produzione del suddetto software.	U.O.C. Sanità Pubblica Epidemiologia e Medicina Preventiva	Entro il 31/12/2012
		Promozione e diffusione di programmi di educazione alla salute e di corretti stili di vita	Adozione ed attuazione del Piano Aziendale di Educazione alla Salute secondo linee guida regionali	Così come linee guida riportate nella Circolare Assessoriale n.1280 del 16/03/2011 e riportate nel Decreto Assessoriale" detto "del 20/02/2012 , pubblicato il 16/03/2012 . La presentazione del Piano Aziendale di Educazione alla Salute sarà fatta entro il 30/04/2012.	Responsabile U.O.S. Educazione e Promozione della Salute Aziendale e i referenti Distrettuali	Formalizzazione del Piano Aziendale di Educazione alla Salute entro il 30/04/2012. Delibera di formalizzazione delle UU.OO. Educazione alla Salute Aziendale e Distrettuali entro il 31/12/2012. "
			Attuazione dei modelli organizzativi funzionali delle U.O. di Educazione alla Salute secondo linee guida regionali	Così come linee guida riportate nella Circolare Assessoriale n.1280 del 16/03/2011 e riportate nel Decreto Assessoriale" detto "del 20/02/2012 , pubblicato il 16/03/2012 . Attualmente la nostra ASP è dotata di una U.O.S. Educazione alla Salute Aziendale, in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale e di uffici presenti nei Distretti sanitari territoriali.		

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II. 1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Riduzione dell'uso improprio dei servizi sanitari	Campagne di informazione sul corretto utilizzo dei servizi sanitari	Implementazione dell'Area del Piano di Comunicazione Aziendale relativa ai programmi di prevenzione con correlato cronoprogramma ai singoli progetti	U.O. S. Comunicazione istituzionale, ufficio stampa, URP	Giugno 2012 Approvazione Piano di Comunicazione Aziendale
				Tutte le iniziative riguardanti il corretto utilizzo dei servizi sanitari verranno diffuse tramite sito Web	Responsabile sito web	Triennio 2012/2014
				Elaborazione e diffusione di materiale informativo (opuscoli, locandine…) coinvolgendo il Comitato Consultivo aziendale	U.O. Educazione alla Salute, U.O..Comunicazione istituzionale, ufficio stampa, URP CCA	Triennio 2012/2014

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II. 1.1	Programmi di prevenzione e di educazione alla salute	Estensione degli screening oncologici Aumento delle adesioni agli screening	Incremento del rapporto popolazione inviata/pop. Target **Anno 2012** -*Screening Cervico*-Carcinoma Estensione 80% -*Screening Colon retto* Estensione 60% -*Screening Mammella* Estensione 60% Incremento del rapporto pop. Sottoposta a screening/pop. Invitata **Anno 2012** -*Screening Cervico*-Carcinoma Adesione 35% -*Screening Colon retto* Adesione 20% -*Screening Mammella* Adesione 30%	**1 Completamento anagrafe assistiti** a) dovranno essere aggiornate le liste con le progressive ulteriori entrate della NAR (circa 5-10% della popolazione totale); b) saranno verificate, per quanto possibile, le posizioni anagrafiche degli oltre 10.000 soggetti riportanti errori. **2 Pulizia liste:** Utilizzo di tutte le fonti aziendali per selezionare ed escludere i soggetti che non sono, per patologia o per pregressa analisi sia temporaneamente sia definitivamente, da arruolare ai fini dello specifico screening. **3 Incremento numero inviti** **Screening cervice uterina: (attuale copertura territoriale 24/24 comuni):** L'operatività pluriennale e consolidata dei consultori ha già permesso di raggiungere da diversi anni obiettivi che adesso la Regione propone per il 2012 (90%); **Screening colon retto**: **(attuale copertura territoriale 5/24 comuni)** a) attivazione accettazione informatizzata dei campioni presso sedi periferiche per incrementare il numero di inviti per mese; b) accordo per distribuzione provette per FOBT con distributore provinciale farmaci; c) iniziative mirate con distribuzione diretta alla popolazione; d) aumento sedi di distribuzione provette; e) aumento comuni/Distretti coinvolti f) modulazione inviti in relazione alla possibilità di offrire le prestazioni a valle (endoscopia ed eventuali interventi) nei tempi consentiti dalle procedure. **Screening mammella**: **(attuale copertura territoriale 18/24 comuni)** a) modulazione del numero di inviti secondo le disponibilità orarie dei Tecnici di Radiologia e dei Radiologi accreditati; b) aumento sedi esecuzione mammografie. **4 Comunicazione** a) campagne informative generali su prevenzione e screening a) campagne informative specifiche interne ed esterne b) coinvolgimento associazioni società civile e scientifiche c) coinvolgimento associazioni scientifiche **5 Attivazione figure professionali** a) Intervento con MMG e specialisti	U.O.S. Centro gestionale screening Responsabile Aziendale Screening Oncologici U.O.S. Screening Cervico Carcinoma Responsabile Aziendale Screening Oncologici U.O.S. Centro gestionale screening Responsabile Aziendale Screening Oncologici U.O.S. Centro gestionale screening Responsabile Aziendale Screening Oncologici U.O.S. Centro gestionale screening Responsabile Aziendale Screening Oncologici	Cronoprogramma e note separati per i 3 screening Attività 1 e 2 comuni nei tre screening; Attività 3 diversificata. **Anno 2012** Incremento della copertura territoriale **Anni 2013-2014** -Si prevede la copertura territoriale per tutti gli screening al 100% -Aumento delle percentuali sia per l'estensione che per l'adesione

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.1.2	Sicurezza Alimentare	Garantire la sicurezza del consumatore dando piena attuazione ai piani regionali di Controllo Ufficiale sugli alimenti e rispettando i flussi informativi verso la Regione.	Rapporto tra il numero di ispezioni, campionamenti e analisi effettuate dalle ASP ed il numero di ispezioni , campionamenti e analisi programmate dal Dipartimento ASOE (100%). Rispetto dei flussi informativi (15 luglio, 15 gennaio, scadenze ministeriali)	I Controlli Ufficiali verranno effettuati nel 2012, 2013 e 2014 secondo le indicazioni dei DD.AA. emanati, per ciascun anno, dall'Ass. Regionale, per singola materia, (contaminanti microbiologici,micotosssine, MOCA, residui fitosanitari, radioattività gli O.G.M., etc) spalmati nel corso dell'anno, in sintonia con le esigenze organizzative dei laboratori di riferimento. Verranno garantiti il 100% dei C.U. previsti. I Flussi informativi saranno trasmessi secondo le scadenze.	Responsabile SIAN Resp.U.O. Nutrizione Dirigenti Medici T.D.P. Personale amm.vo di supporto	Per la gestione di tali adempimenti questo Servizio ha predisposto un programma in excel, che sintetizza l'attività programmata ed attuata con cadenza mensile e presenta le caratteristiche strutturali del diagramma di Gantt, relativamente all'attività programmata e svolta.
		Migliorare l'efficienza del sistema rapido di allerta (RASFF) regionale.	Dotazione minima di tutti i punti di contatto di ciascuna ASP del sistema di allerta rapido per glia alimenti ed i mangimi (collegamento ad internet, indirizzo di posta elettronica dedicato, fax) e riduzione dei tempi di accertamento conseguenti alla notifica di allerta (max 1 settimana dalla notifica)	Il SIAN è dotato delle attrezzature tecnologiche (fax, email, scanner, collegamento internet) e delle metodologie organizzative richieste, che sono state contestualizzate in una P.O.S., successivamente all'introduzione della RASFF. Vengono rispettati i tempi di accertamento e risposta conseguenti alla notifica di allerta	Responsabile SIAN Referenti allerta T.D.P.	Attivazione alla ricezione dell'allerta e tempistica di risposta, secondo le indicazioni assessoriali.

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.1.3	Sanità veterinaria	a)Eradicazione della Brucellosi ovi-caprina a1)rispetto dei tempi di reingresso nei focolai (21-30 gg.) a2)controllo del 100% del patrimonio soggetto ai controlli a3)aumento del 2% delle aziende U.I.	Riduzione dei tempi di reingresso rispetto al 2011 Controllo totale(100%) del patrimonio da controllare Aumento delle aziende U.I. del 2% con passaggio dall'attuale 82,71 all'84,71	Reingresso nei focolai nei tempi previsti Stamping out nelle aziende in cui, con i controlli ordinari, non si riesce ad eradicare la malattia Reingresso nelle altre aziende per il mantenimento della qualifica di U.I. Intervento regolare sulle aziende con ultimo controllo negativo	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse Responsabile U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	Interventi nelle aziende secondo lo scadenziario Vedi cronoprogramma Report trimestrali
		a bis)Eradicazione della Brucellosi bovina a1)rispetto dei tempi di reingresso nei focolai (21-30 gg.) a2)controllo del 100% del patrimonio soggetto ai controlli a3)controllo del 5% delle aziende bovine a rischio elevato per la verifica del rispetto della normativa in tema di identificazione e registrazione a4)aumento del 2% delle aziende U.I.	Riduzione dei tempi di reingresso rispetto al 2011 Controllo totale(100%) del patrimonio controllabile Controllo del 5% delle aziende a rischio elevato Aumento delle aziende U.I. del 2% con passaggio dall'attuale 94,82 al 96,82	Reingresso nei focolai nei tempi previsti Reingresso nelle altre aziende per il mantenimento della qualifica di U.I. Individuazione da parte della Regione delle aziende a rischio elevato, ripartizione dei controlli e distribuzione temporale degli stessi ai vari Uffici Vet. Intervento regolare sulle aziende con ultimo controllo negativo	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse Responsabile U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	Interventi nelle aziende secondo lo scadenziario Vedi cronoprogramma Report trimestrali

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.1.3	Sanità veterinaria	b)Eradicazione della Tubercolosi bovina b1) rispetto dei tempi di reingresso nei focolai (42-65 gg.) b2)controllo annuale del 100% del patrimonio soggetto ai controlli b3)rispetto dei tempi di ricontrollo (entro 15 gg.) nelle aziende U.I. per le quali vengono segnalate positività al macello b4)aumento del 2% delle aziende U.I.	Riduzione dei tempi medi di reingresso nei focolai rispetto al 2011 Controllo totale (100%) del patrimonio controllabile Tempo di ricontrollo non superiore a 15 gg. Aumento delle aziende U.I. con passaggio dall'attuale 89,23 % al 91,23%	Reingresso nei focolai nei tempi previsti Reingresso nelle altre aziende per il mantenimento della qualifica di U.I. Controllo entro 15 gg. dalla ricezione del mod. 10/33, nelle aziende U.I. in cui vengono segnalate positività al macello Intervento regolare sulle aziende con ultimo controllo negativo	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse Responsabile U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	Interventi nelle aziende secondo lo scadenziario Vedi cronoprogramma Report trimestrali
		c)Eradicazione della Leucosi enzootica bovina c1) rispetto dei tempi di reingresso in eventuali focolai (120-140 gg.) c2)controllo annuale del 100% del patrimonio controllabile c3)aumento del 2% delle aziende U.I.	Reingresso in eventuali focolai tra 120 e 140 gg. Controllo totale(100%) del patrimonio controllabile Mantenimento dello status di Provincia U.I.	Nel caso di insorgenza di eventuali focolai, trattamento degli stessi come previsto dal D.M. 358/96 Reingresso nelle aziende U.I. contestualmente agli interventi per TBC/BRC	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse Responsabile U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	Interventi nelle aziende secondo lo scadenziario Report trimestrali

II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

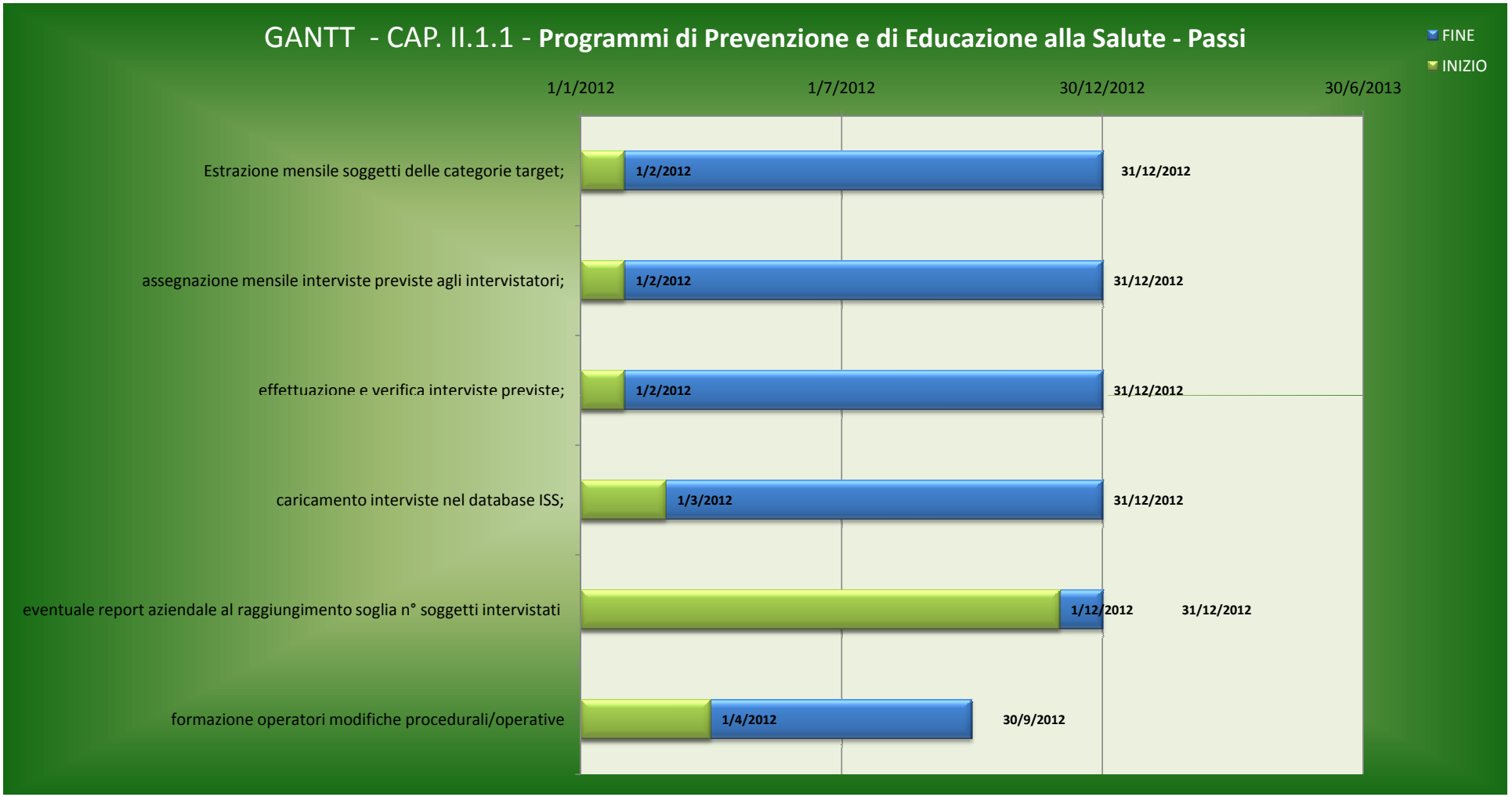
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.1.3	Sanità veterinaria	d) Potenziamento della sorveglianza epidemiologica nei confronti dell'influenza aviaria; d1) esecuzione pianificata del piano regionale di sorveglianza d2)elaborazione , adozione e aggiornamento semestrale del manuale operativo per la gestione dei focolai	esecuzione del piano 100% dei controlli Elaborare,adottare e aggiornare il manuale operativo Presenza del manuale	d1)-Emanazione del piano di sorveglianza da parte della Regione -Ripartizione dei campionamenti agli Uffici Veterinari Distrettuali -Distribuzione temporale dei campionamenti d2)-Il Dipartimento Veterinario provvederà ad effettuare semestralmente tale attività inviando gli aggiornamenti agli Uffici Veterinari periferici	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse Responsabile U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	25% dell'attività per ogni trimestre Report trimestrali sull'attività svolta Aggiornamento semestrale
		e) Potenziamento della sorveglianza epidemiologica nei confronti delle malattie vescicolari; e1) esecuzione del piano di sorveglianza nazionale nei confronti della malattia vescicolare da enterovirus dei suini e2) elaborazione,adozione, aggiornamento semestrale del manuale operativo per la gestione dei focolai di malattie vescicolari	Esecuzione del piano 100% dei controlli Elaborare adottare e aggiornare il manuale operativo Presenza del manuale	e1)- effettuazione dei prelievi secondo le scadenze temporali rilevabili dal sistema informativo veterinario - inserimento dei risultati dei controlli sul Sistema informativo veterinario e2)-Il Dipartimento Veterinario provvederà ad effettuare semestralmente tale attività inviando gli aggiornamenti agli Uffici Veterinari periferici	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse Responsabile U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	Rispetto delle scadenze dei controlli Report trimestrale sull'attività. Aggiornamento semestrale

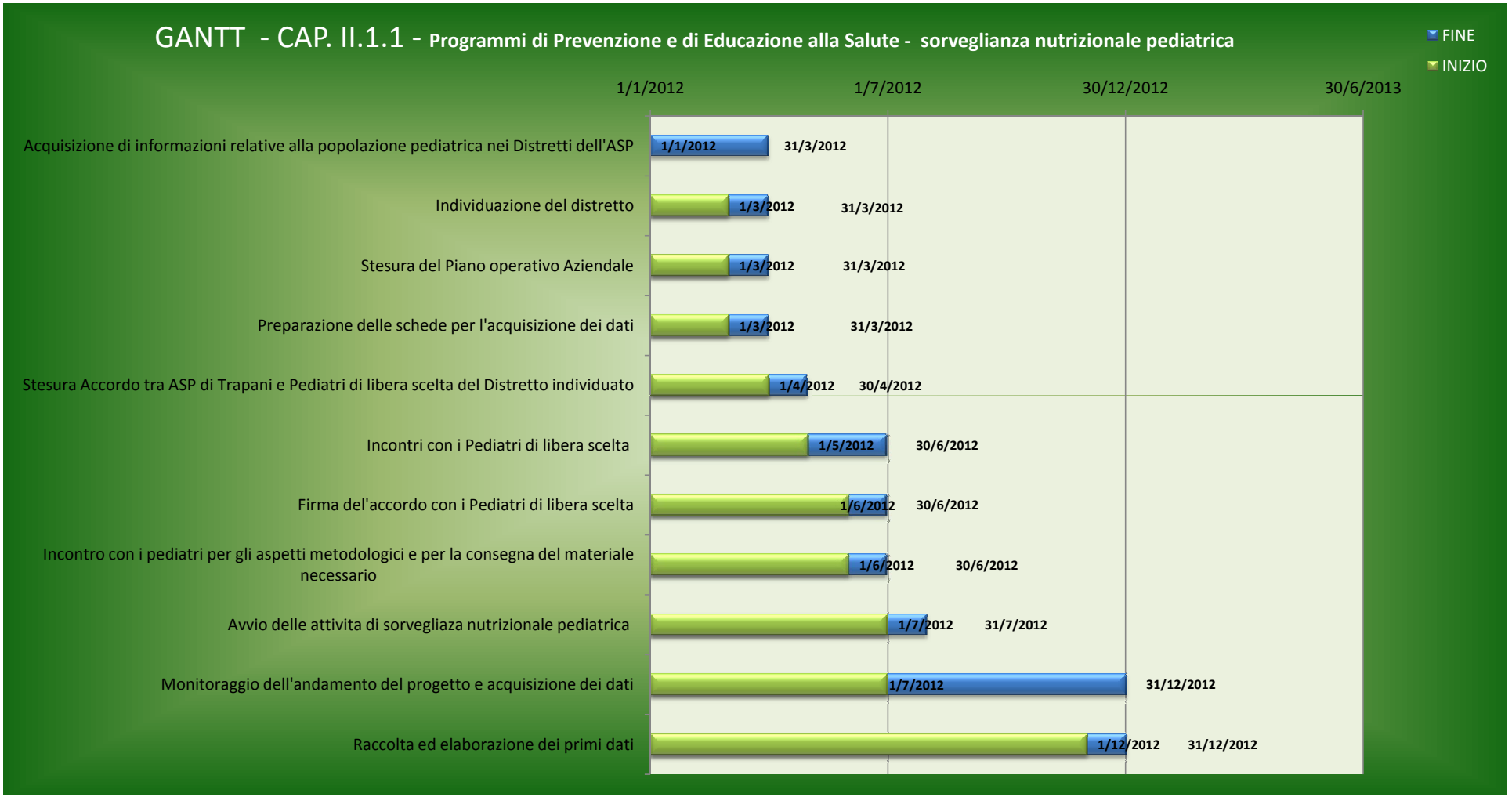
II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
II.1.3	Sanità veterinaria	f) Incentivare i piani di controllo delle nascite e adozioni consapevoli	- Soddisfacimento di tutte le richieste di sterilizzazione - Aumento della adozioni	Sterilizzazione di tutti gli animali consegnati alle ns. strutture Campagne di informazione e sensibilizzazione delle popolazioni locali	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse	Interventi sugli animali al momento della consegna Report semestrali
		g) Monitorare il fenomeno delle morsicature e istituzione del registro dei cani a rischio elevato	Controllo di tutti i cani morsicatori controllabili con regolare annotazione sul registro morsicature istituzione e regolare compilazione registro dei cani a rischio elevato	Controllo dei morsicatori secondo quanto previsto dal Reg. di Polizia Veter. Compilazione scheda individuale per i cani a rischio elevato	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse	Report semestrali
		h) Verifica corretta gestione strutture di ricovero cani e gatti	Controllo di tutte le strutture di ricovero autorizzate	Presenza regolare di un Veterinario dell'ASP nelle strutture pubbliche	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse	Presenza di routine nelle strutture pubbliche Controlli semestrali in eventuali strutture private Report semestrale
		i)Potenziare l'anagrafe canina	Alimentazione regolare del sistema informativo ACRES	identificazione animali e contestuale inserimento in banca dati	Direttore del Dipartimento e i Responsabili delle UU.OO. Complesse	Interventi immediati su richiesta dei proprietari Report semestrale

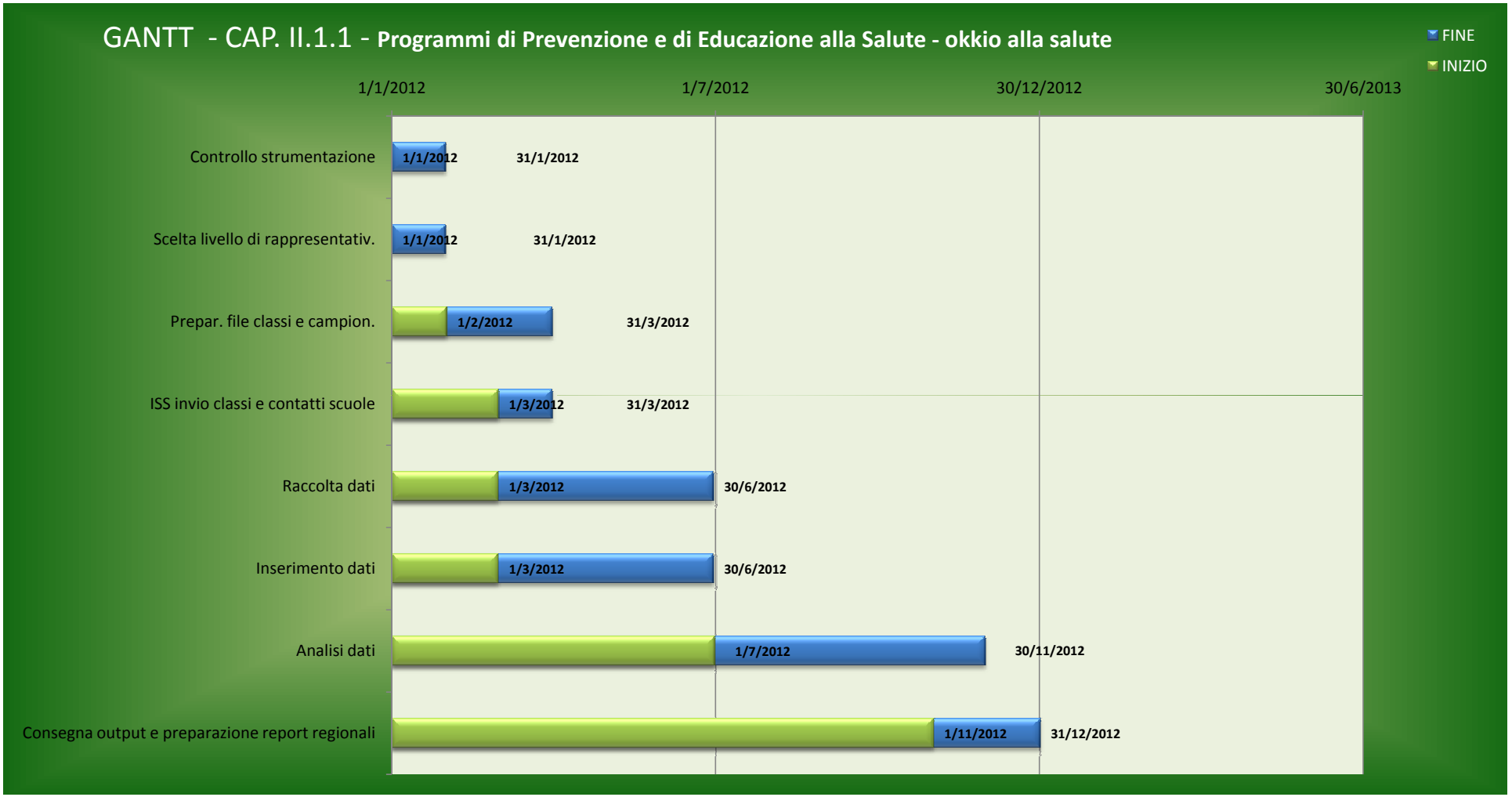
II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

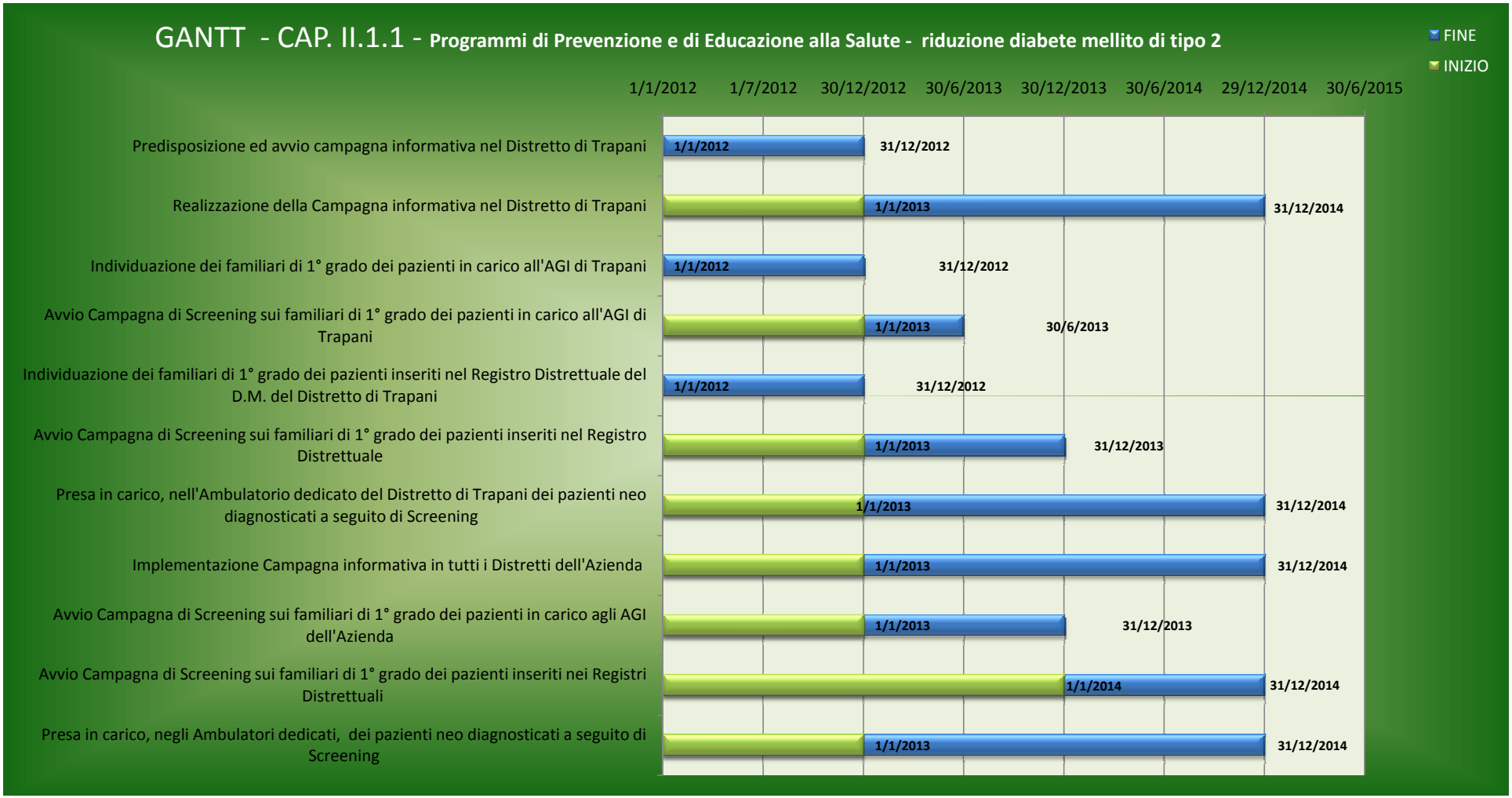
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.1.4	Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro	Potenziamento dei Servizi dell'Area "Tutela della salute e sicurezza sul lavoro" delle AASSPP	Attuazione delle circolari assessoriali n. 1269/2010 e n. 1274/2010	Individuazione del 50% del personale da assegnare S.Pre.S.A.L. e S.I.A. con le qualifiche richieste nella circolare assessoriale anno 2011 e 50% anno 2012	Settore Personale Dipartimento di Prevenzione	Da Aprile 2012 a Dicembre 2013
			Attuazione iniziative aziendali per la realizzazione di un sistema informativo regionale della prevenzione	In attesa di disposizioni assessoriali si è suggerito di informatizzare e mettere in linea i servizi spresal e sia	S.Pre.S.A.L	Da gennaio 2013 al 31.12.2013
			Adesione al progetto regionale di formazione continua degli operatori	Già programmata la partecipazione degli operatori dello S.Pre.S.A.L. al progetto regionale formazione continua, secondo i corsi comunicati dal CEFPAS per il 2012 con indicazione del personale individuato	CEFPAS	Da febbraio 2012 a Dicembre 2012
		Attuazione dei Piani regionali di Prevenzione per la salute e sicurezza sul lavoro e relative attività di informazione, formazione, comunicazione	Raggiungimento obiettivi qualitativi e quantitativi previsti dai Piani regionali straordinari edilizia, agricoltura e malprof	E' stata già attivata l'organizzazione per i controlli di n. 75 di aziende agricole e n. 212 di cantieri edili con n. 5 squadre settimanali. Per quanto concerne mal prof si tratteranno il 50% delle segnalazioni pervenute nel 2011	S.Pre.S.A.L.	Per il numero di controlli assegnati per l'anno 2012, si fa presente che con il personale in dotazione, in atto, si potrà raggiungere il 70% del totale previsto. Da gennaio 2012 a dicembre 2012.
			Attuazione piani regionali REACH-CLP e Infortuni gravi e mortali "Sbagliando s'impara"	Già programmato un corso per REACH-CLP per l'anno 2012 a cui verranno inviati almeno n. 3 operatori . In attesa di ulteriori corsi di formazione "Sbagliando si impara" verranno utilizzati i tre operatori già formati nell'anno 2011 che continueranno a compilare le schede degli infortuni mortali	CEFPAS Dipartimento di Prevenzione S.Pre.S.A.L.	Da Marzo a dicembre 2013

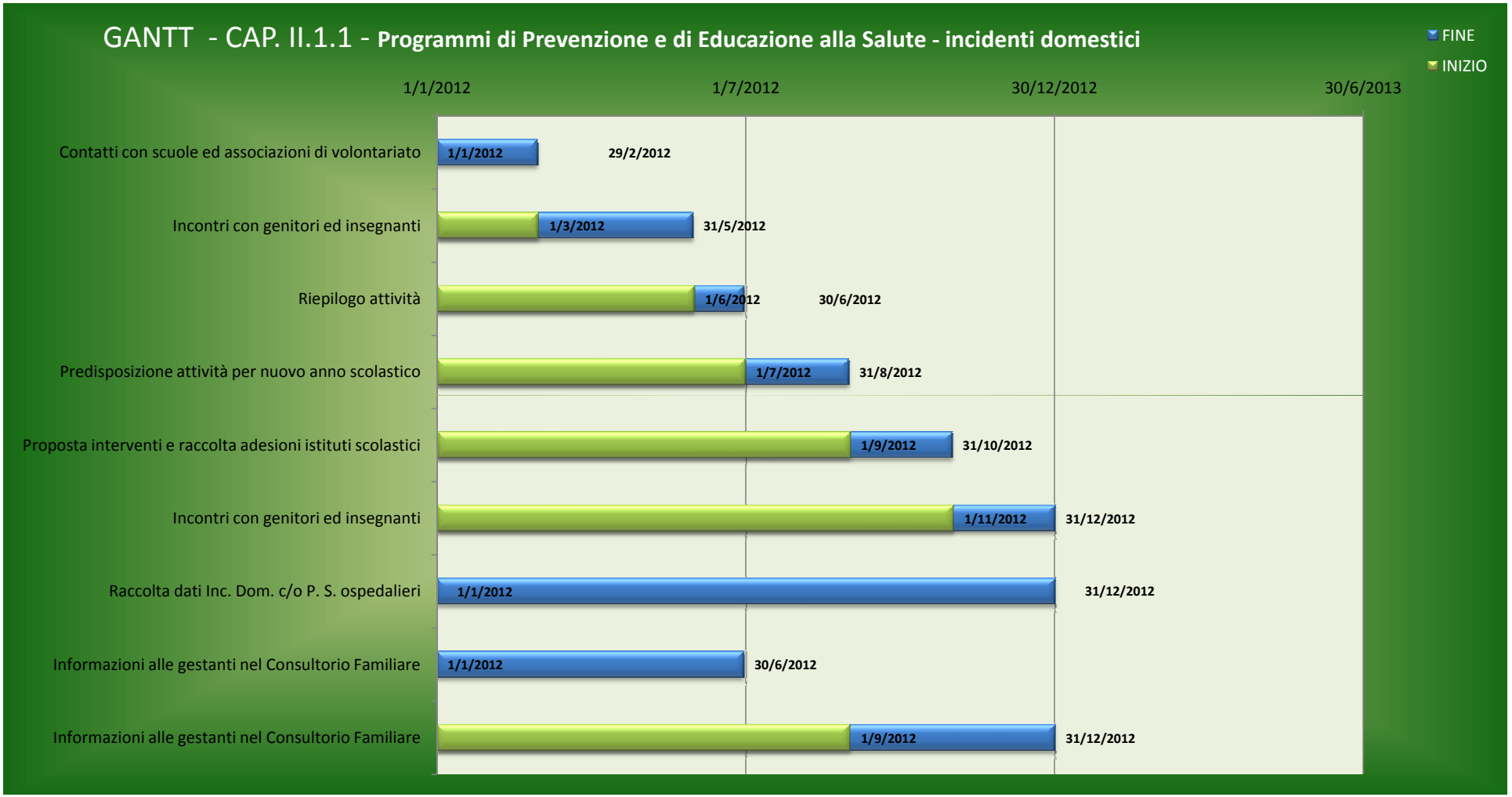
II.1 TABELLA RIEPILOGATIVA ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
II.1.4	Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro	Attuazione dei Piani regionali di Prevenzione per la salute e sicurezza sul lavoro e relative attività di informazione, formazione, comunicazione	Realizzazione di iniziative di informazione , formazione, assistenza, comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza (min. n. 5) e adesione alle campagne regionali di comunicazione	Si prevede di organizzare n. 5 incontri nei quattro settori "agricoltura, edilizia e malattie professionali, se vengono assegnati i fondi per l'anno 2012. Disponibili ad aderire alla campagna regionale di comunicazione. E' già attivo da tempo un'assistenza alle imprese, qualora richiesto	Assessorato Regionale alla Salute Servizio 3 DASOE Ufficio Formazione ASP Trapani S.Pre.S.A.L.	Da marzo 2012 a dicembre 2012
			Attuazione procedure previste dal D.M. 11/04/2011 (Verifiche periodiche attrezzature di cui all'art. 71 d.lgs 81/08). e relative circolari assessoriali	Assunzione tramite mobilità e concorso per il personale da afferire al S.I.A. così come previsto dalla circolare 1274/10 e le delibere del D.G. n. 4873 del 26.10.2011 e n. 6117 del 29.12.2011	Settore Personale S.I.A. (non appena istituito)	Entro il 2014
			Attuazione linee di indirizzo del Comitato regionale di coordinamento e dei relativi Comitati provinciali	Il comitato regionale sta emanando linee di indirizzo. Il comitato Provinciale di Coordinamento è in itinere, cioè gli enti individuati a partecipare hanno trasmesso i nominativi dei loro rappresentanti ed a breve verra deliberato dal D.G.	Servizio 3 DASOE S.Pre.S.A.L.	Da marzo a dicembre 2012 Da marzo a maggio 2012 per la delibera
		Attuazione piani di prevenzione per la salute e sicurezza nelle strutture sanitarie	Attuazione del D.lgs. 81/08 nelle strutture sanitarie, realizzazione regolamenti aziendali della sicurezza e attuazione circolare assessoriale. n° 1273 del 26/7/10	Con nota n. 230 del 02.01.2012 a firma del direttore generale è stato individuato il gruppo di lavoro che ha già iniziato l'attività.	Coordinatore Dip. tec. della Prev. Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale	Da Gennaio 2012 a Dicembre 2014

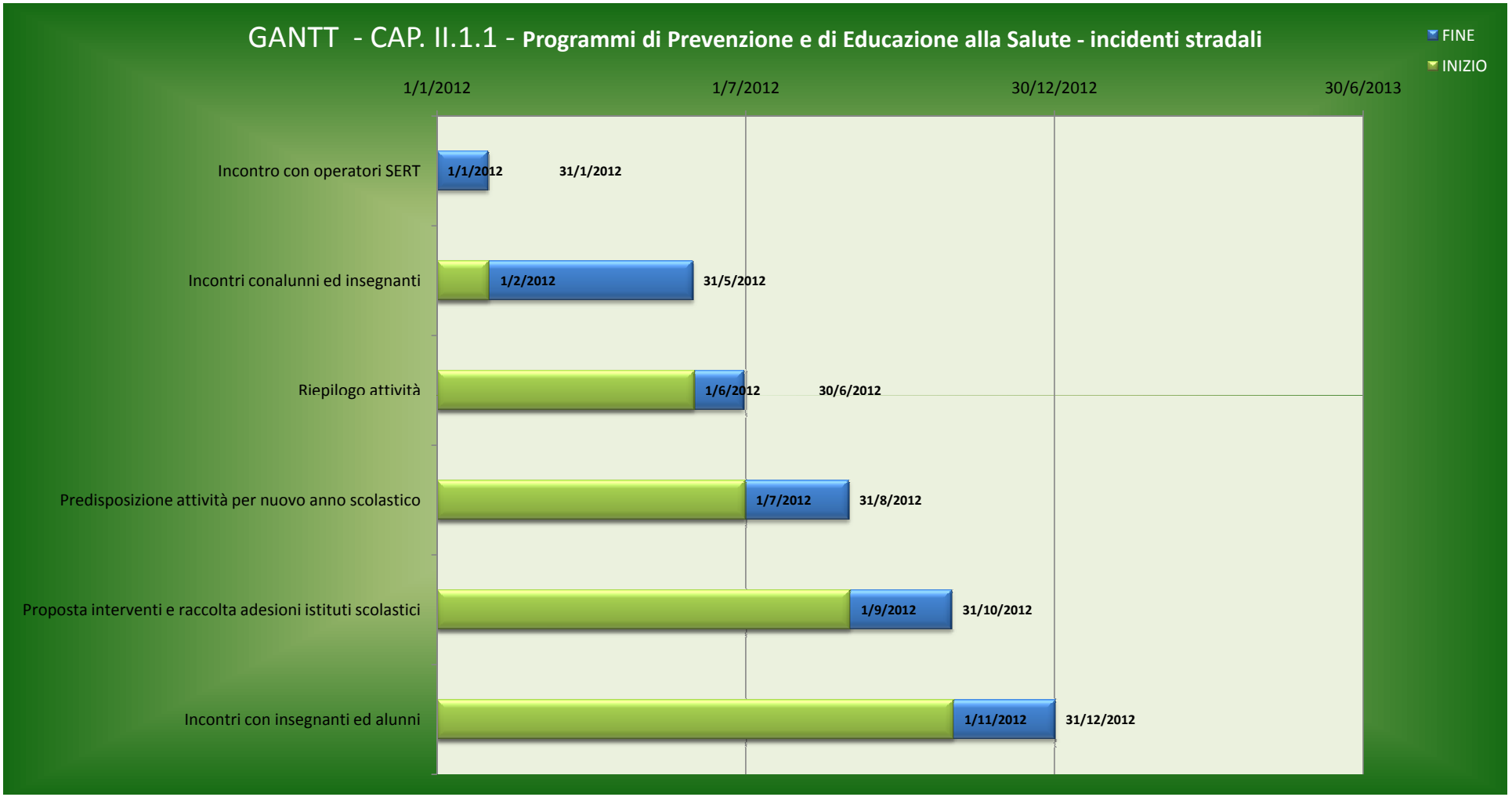

GANTT - CAP. II.1.1 - Programmi di Prevenzione e di Educazione alla Salute - Passi
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Estrazione mensile soggetti delle categorie target;
1/2/2012
31/12/2012
assegnazione mensile interviste previste agli intervistatori;
1/2/2012
31/12/2012
effettuazione e verifica interviste previste;
1/2/2012
31/12/2012
caricamento interviste nel database ISS;
1/3/2012
31/12/2012
eventuale report aziendale al raggiungimento soglia n° soggetti intervistati
1/12/2012
31/12/2012
formazione operatori modifiche procedurali/operative
1/4/2012
30/9/2012

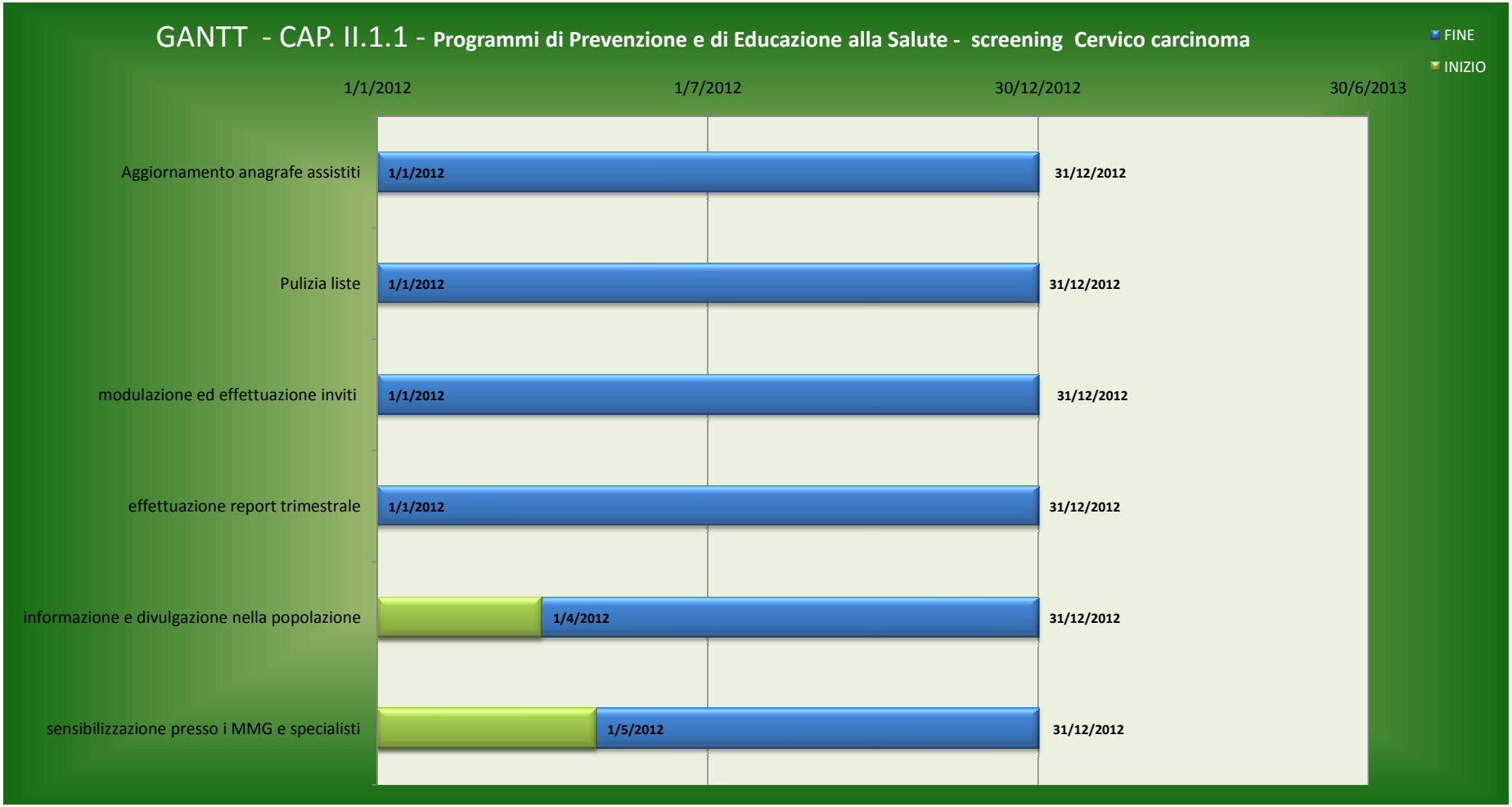

GANTT - CAP. II.1.1 - Programmi di Prevenzione e di Educazione alla Salute - sorveglianza nutrizionale pediatrica
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Acquisizione di informazioni relative alla popolazione pediatrica nei Distretti dell'ASP
1/1/2012
31/3/2012
Individuazione del distretto
1/3/2012
31/3/2012
Stesura del Piano operativo Aziendale
1/3/2012
31/3/2012
Preparazione delle schede per l'acquisizione dei dati
1/3/2012
31/3/2012
Stesura Accordo tra ASP di Trapani e Pediatri di libera scelta del Distretto individuato
1/4/2012
30/4/2012
Incontri con i Pediatri di libera scelta
1/5/2012
30/6/2012
Firma del'accordo con i Pediatri di libera scelta
1/6/2012
30/6/2012
Incontro con i pediatri per gli aspetti metodologici e per la consegna del materiale necessario
1/6/2012
30/6/2012
Avvio delle attivita di sorvegliaza nutrizionale pediatrica
1/7/2012
31/7/2012
Monitoraggio dell'andamento del progetto e acquisizione dei dati
1/7/2012
31/12/2012
Raccolta ed elaborazione dei primi dati
1/12/2012
31/12/2012

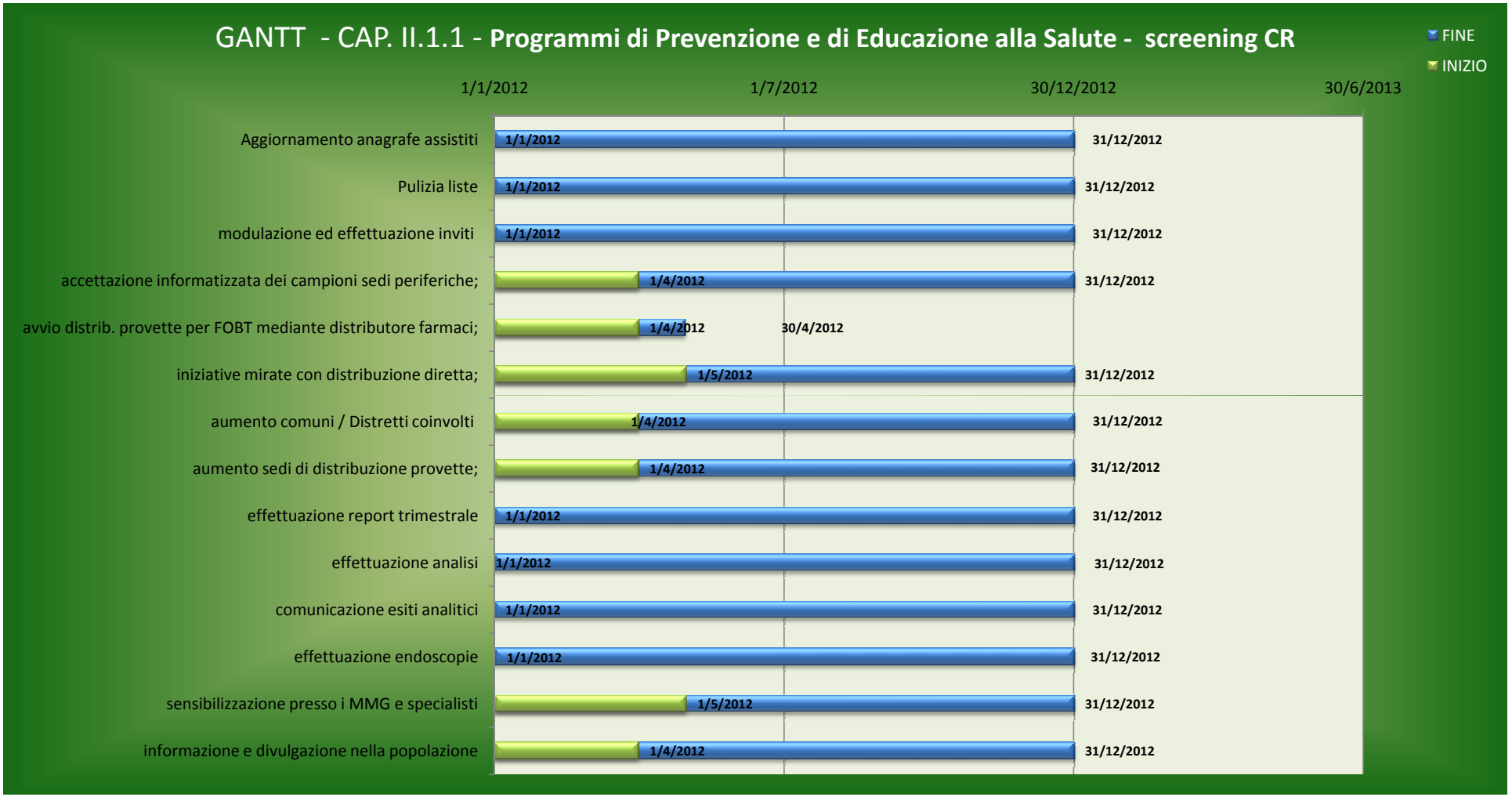

GANTT - CAP. II.1.1 - Programmi di Prevenzione e di Educazione alla Salute - okkio alla salute
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Controllo strumentazione
1/1/2012
31/1/2012
Scelta livello di rappresentativ.
1/1/2012
31/1/2012
Prepar. file classi e campion.
1/2/2012
31/3/2012
ISS invio classi e contatti scuole
1/3/2012
31/3/2012
Raccolta dati
1/3/2012
30/6/2012
Inserimento dati
1/3/2012
30/6/2012
Analisi dati
1/7/2012
30/11/2012
Consegna output e preparazione report regionali
1/11/2012
31/12/2012

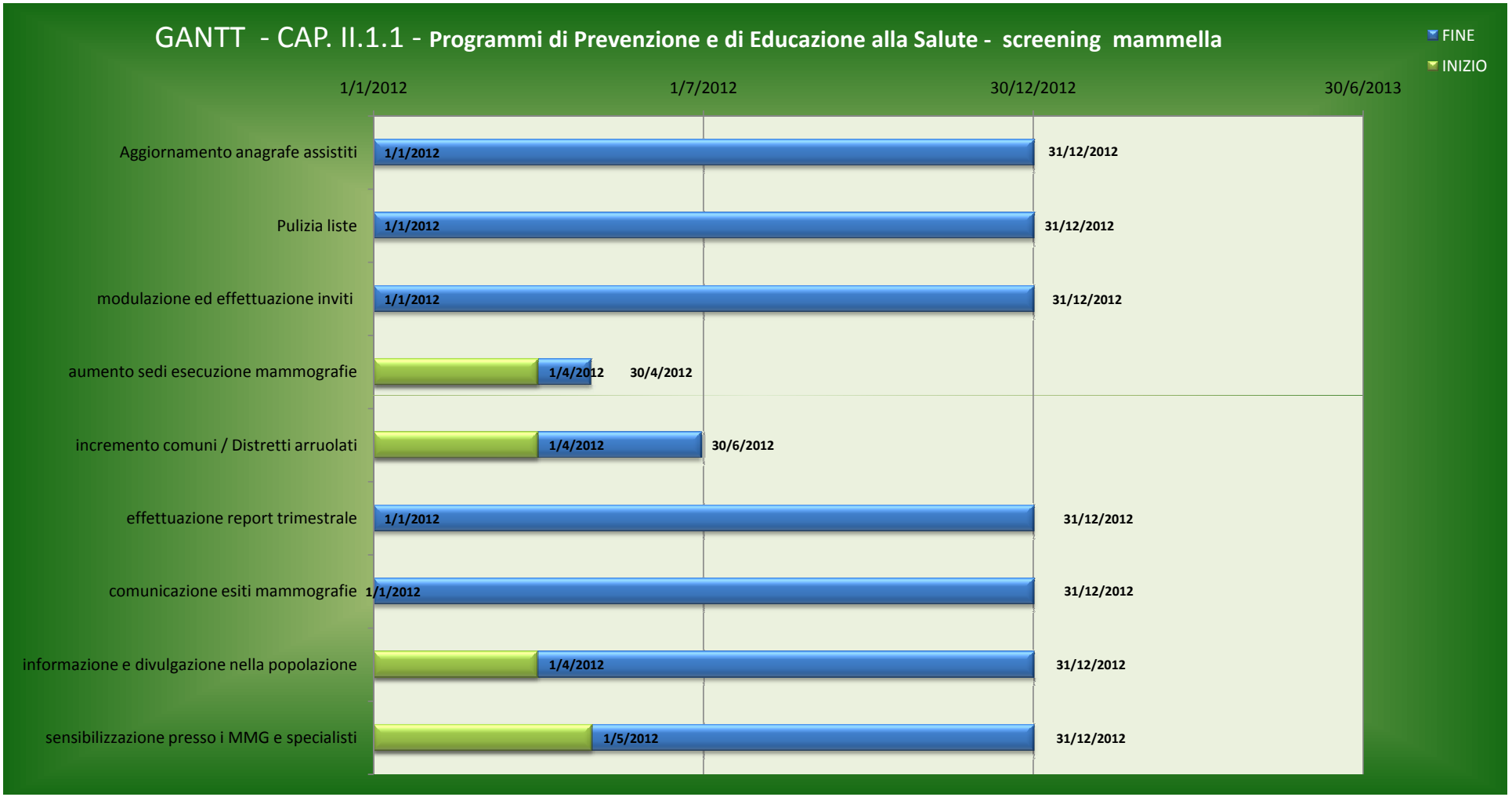

GANTT - CAP. II.1.1 - Programmi di Prevenzione e di Educazione alla Salute - riduzione diabete mellito di tipo 2
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Predisposizione ed avvio campagna informativa nel Distretto di Trapani
1/1/2012
31/12/2012
Realizzazione della Campagna informativa nel Distretto di Trapani
1/1/2013
31/12/2014
Individuazione dei familiari di 1° grado dei pazienti in carico all'AGI di Trapani
1/1/2012
31/12/2012
Avvio Campagna di Screening sui familiari di 1° grado dei pazienti in carico all'AGI di Trapani
1/1/2013
30/6/2013
Individuazione dei familiari di 1° grado dei pazienti inseriti nel Registro Distrettuale del D.M. del Distretto di Trapani
1/1/2012
31/12/2012
Avvio Campagna di Screening sui familiari di 1° grado dei pazienti inseriti nel Registro Distrettuale
1/1/2013
31/12/2013
Presa in carico, nell'Ambulatorio dedicato del Distretto di Trapani dei pazienti neo diagnosticati a seguito di Screening
1/1/2013
31/12/2014
Implementazione Campagna informativa in tutti i Distretti dell'Azienda
1/1/2013
31/12/2014
Avvio Campagna di Screening sui familiari di 1° grado dei pazienti in carico agli AGI dell'Azienda
1/1/2013
31/12/2013
Avvio Campagna di Screening sui familiari di 1° grado dei pazienti inseriti nei Registri Distrettuali
1/1/2014
31/12/2014
Presa in carico, negli Ambulatori dedicati, dei pazienti neo diagnosticati a seguito di Screening
1/1/2013
31/12/2014

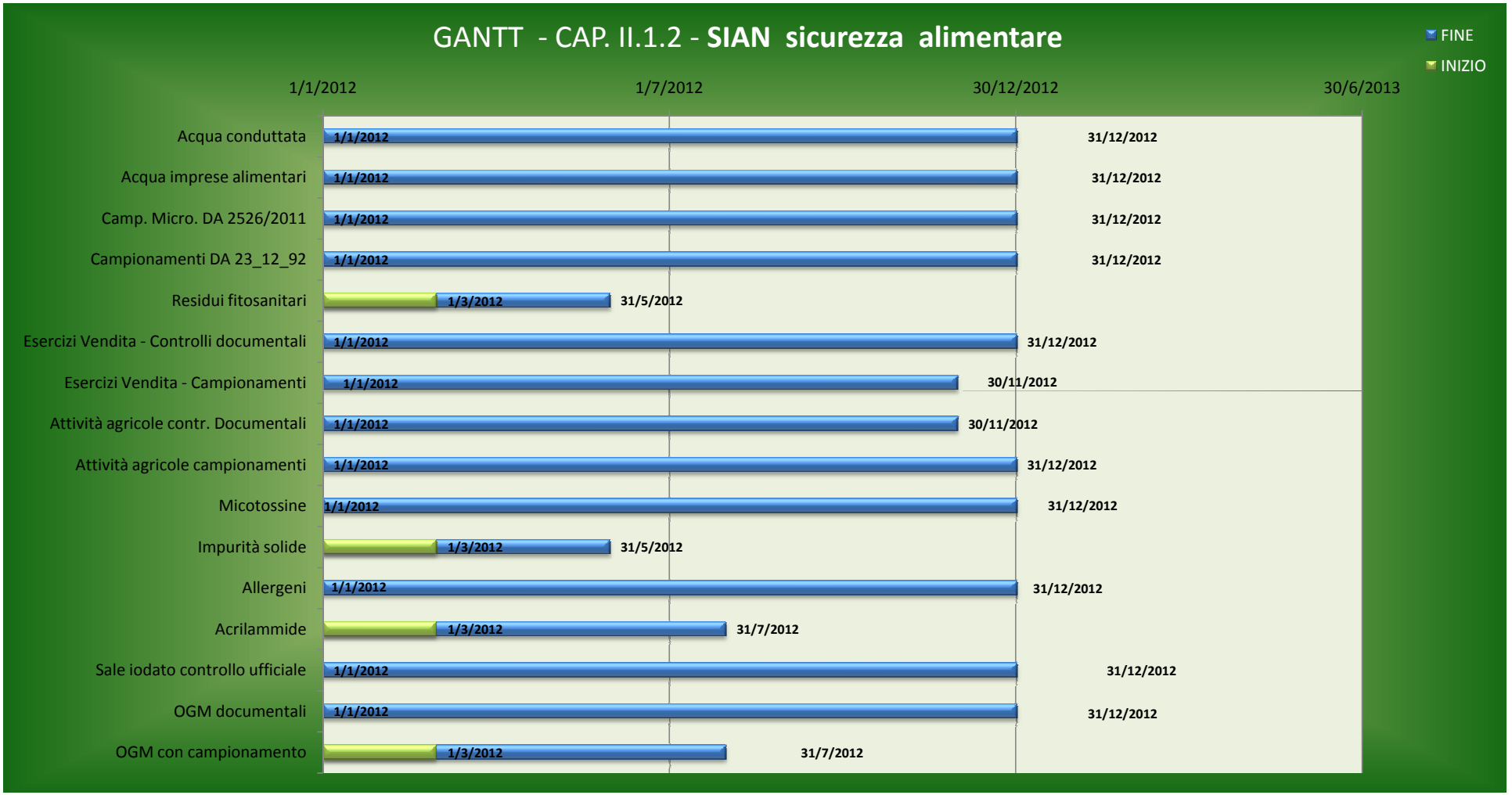

GANTT - CAP. II.1.1 - Programmi di Prevenzione e di Educazione alla Salute - incidenti domestici
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Contatti con scuole ed associazioni di volontariato
1/1/2012
29/2/2012
Incontri con genitori ed insegnanti
1/3/2012
31/5/2012
Riepilogo attività
1/6/2012
30/6/2012
Predisposizione attività per nuovo anno scolastico
1/7/2012
31/8/2012
Proposta interventi e raccolta adesioni istituti scolastici
1/9/2012
31/10/2012
Incontri con genitori ed insegnanti
1/11/2012
31/12/2012
Raccolta dati Inc. Dom. c/o P. S. ospedalieri
1/1/2012
31/12/2012
Informazioni alle gestanti nel Consultorio Familiare
1/1/2012
30/6/2012
Informazioni alle gestanti nel Consultorio Familiare
1/9/2012
31/12/2012

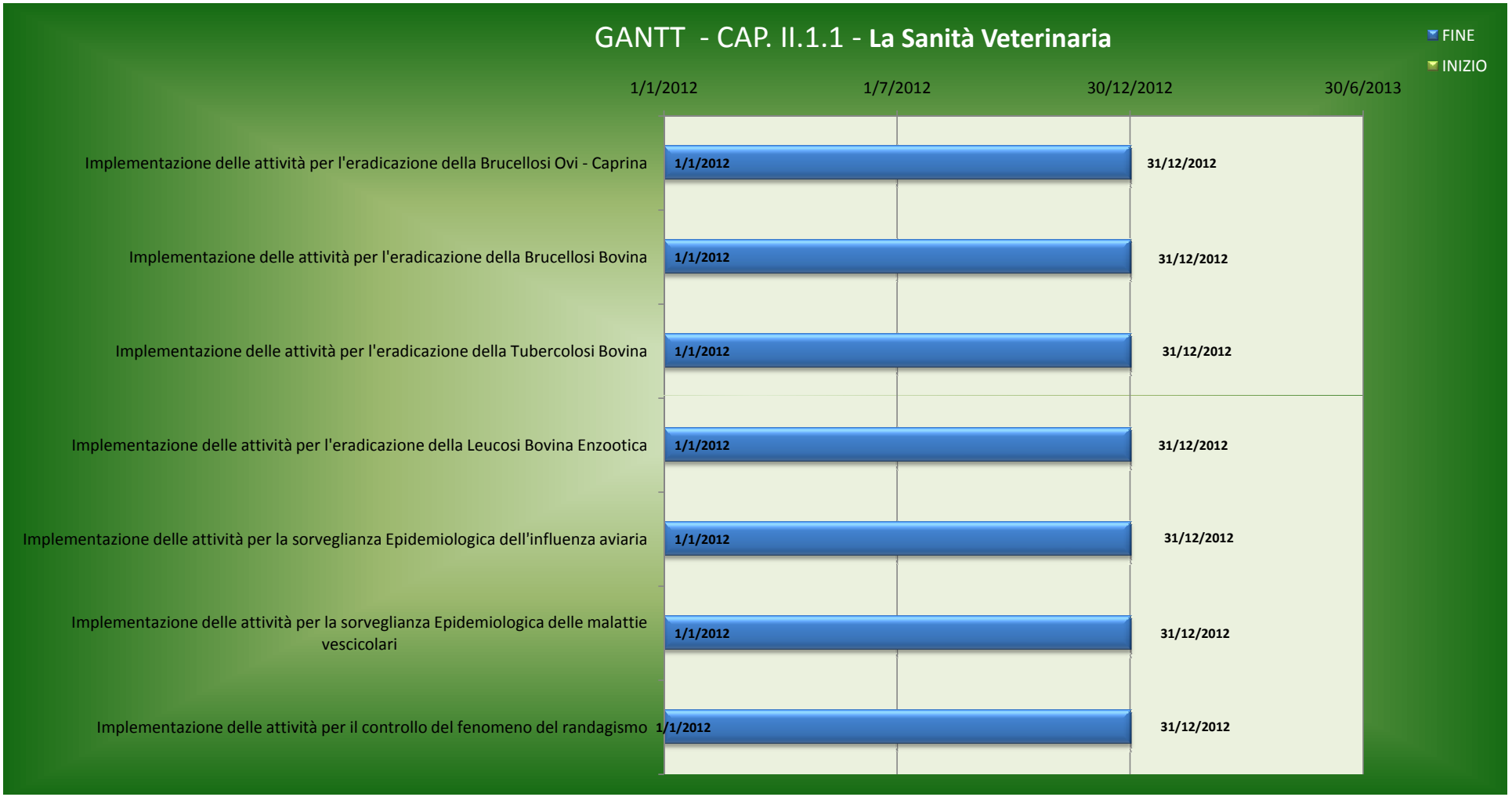

GANTT - CAP. II.1.1 - Programmi di Prevenzione e di Educazione alla Salute - incidenti stradali
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Incontro con operatori SERT
1/1/2012
31/1/2012
Incontri conalunni ed insegnanti
1/2/2012
31/5/2012
Riepilogo attività
1/6/2012
30/6/2012
Predisposizione attività per nuovo anno scolastico
1/7/2012
31/8/2012
Proposta interventi e raccolta adesioni istituti scolastici
1/9/2012
31/10/2012
Incontri con insegnanti ed alunni
1/11/2012
31/12/2012

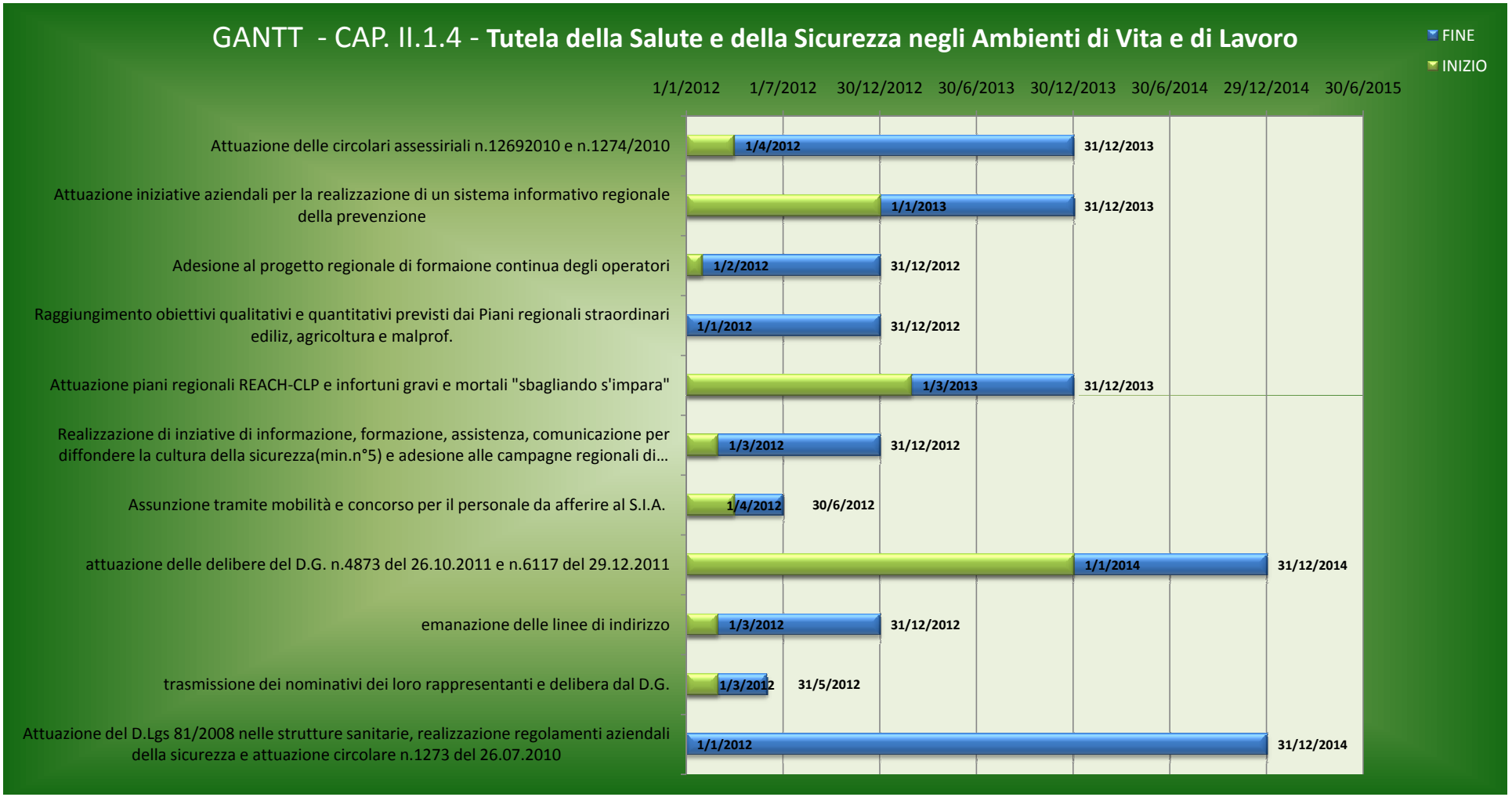

GANTT - CAP. II.1.1 - Programmi di Prevenzione e di Educazione alla Salute - screening Cervico carcinoma
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Aggiornamento anagrafe assistiti
1/1/2012
31/12/2012
Pulizia liste
1/1/2012
31/12/2012
modulazione ed effettuazione inviti
1/1/2012
31/12/2012
effettuazione report trimestrale
1/1/2012
31/12/2012
informazione e divulgazione nella popolazione
1/4/2012
31/12/2012
sensibilizzazione presso i MMG e specialisti
1/5/2012
31/12/2012


GANTT - CAP. II.1.1 - Programmi di Prevenzione e di Educazione alla Salute - screening CR
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Aggiornamento anagrafe assistiti
1/1/2012
31/12/2012
Pulizia liste
1/1/2012
31/12/2012
modulazione ed effettuazione inviti
1/1/2012
31/12/2012
accettazione informatizzata dei campioni sedi periferiche;
1/4/2012
31/12/2012
avvio distrib. provette per FOBT mediante distributore farmaci;
1/4/2012
30/4/2012
iniziative mirate con distribuzione diretta;
1/5/2012
31/12/2012
aumento comuni / Distretti coinvolti
1/4/2012
31/12/2012
aumento sedi di distribuzione provette;
1/4/2012
31/12/2012
effettuazione report trimestrale
1/1/2012
31/12/2012
effettuazione analisi
1/1/2012
31/12/2012
comunicazione esiti analitici
1/1/2012
31/12/2012
effettuazione endoscopie
1/1/2012
31/12/2012
sensibilizzazione presso i MMG e specialisti
1/5/2012
31/12/2012
informazione e divulgazione nella popolazione
1/4/2012
31/12/2012


GANTT - CAP. II.1.1 - Programmi di Prevenzione e di Educazione alla Salute - screening mammella
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Aggiornamento anagrafe assistiti
1/1/2012
31/12/2012
Pulizia liste
1/1/2012
31/12/2012
modulazione ed effettuazione inviti
1/1/2012
31/12/2012
aumento sedi esecuzione mammografie
1/4/2012
30/4/2012
incremento comuni / Distretti arruolati
1/4/2012
30/6/2012
effettuazione report trimestrale
1/1/2012
31/12/2012
comunicazione esiti mammografie
1/1/2012
31/12/2012
informazione e divulgazione nella popolazione
1/4/2012
31/12/2012
sensibilizzazione presso i MMG e specialisti
1/5/2012
31/12/2012


GANTT - CAP. II.1.2 - SIAN sicurezza alimentare
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Acqua conduttata
1/1/2012
31/12/2012
Acqua imprese alimentari
1/1/2012
31/12/2012
Camp. Micro. DA 2526/2011
1/1/2012
31/12/2012
Campionamenti DA 23_12_92
1/1/2012
31/12/2012
Residui fitosanitari
1/3/2012
31/5/2012
Esercizi Vendita - Controlli documentali
1/1/2012
31/12/2012
Esercizi Vendita - Campionamenti
1/1/2012
30/11/2012
Attività agricole contr. Documentali
1/1/2012
30/11/2012
Attività agricole campionamenti
1/1/2012
31/12/2012
Micotossine
1/1/2012
31/12/2012
Impurità solide
1/3/2012
31/5/2012
Allergeni
1/1/2012
31/12/2012
Acrilammide
1/3/2012
31/7/2012
Sale iodato controllo ufficiale
1/1/2012
31/12/2012
OGM documentali
1/1/2012
31/12/2012
OGM con campionamento
1/3/2012
31/7/2012


GANTT - CAP. II.1.1 - La Sanità Veterinaria
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Implementazione delle attività per l'eradicazione della Brucellosi Ovi - Caprina
1/1/2012
31/12/2012
Implementazione delle attività per l'eradicazione della Brucellosi Bovina
1/1/2012
31/12/2012
Implementazione delle attività per l'eradicazione della Tubercolosi Bovina
1/1/2012
31/12/2012
Implementazione delle attività per l'eradicazione della Leucosi Bovina Enzootica
1/1/2012
31/12/2012
Implementazione delle attività per la sorveglianza Epidemiologica dell'influenza aviaria
1/1/2012
31/12/2012
Implementazione delle attività per la sorveglianza Epidemiologica delle malattie vescicolari
1/1/2012
31/12/2012
Implementazione delle attività per il controllo del fenomeno del randagismo
1/1/2012
31/12/2012


GANTT - CAP. II.1.4 - Tutela della Salute e della Sicurezza negli Ambienti di Vita e di Lavoro
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Attuazione delle circolari assessiriali n.12692010 e n.1274/2010
1/4/2012
31/12/2013
Attuazione iniziative aziendali per la realizzazione di un sistema informativo regionale della prevenzione
1/1/2013
31/12/2013
Adesione al progetto regionale di formaione continua degli operatori
1/2/2012
31/12/2012
Raggiungimento obiettivi qualitativi e quantitativi previsti dai Piani regionali straordinari ediliz, agricoltura e malprof.
1/1/2012
31/12/2012
Attuazione piani regionali REACH-CLP e infortuni gravi e mortali "sbagliando s'impara"
1/3/2013
31/12/2013
Realizzazione di inziative di informazione, formazione, assistenza, comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza(min.n°5) e adesione alle campagne regionali di...
1/3/2012
31/12/2012
Assunzione tramite mobilità e concorso per il personale da afferire al S.I.A.
1/4/2012
30/6/2012
attuazione delle delibere del D.G. n.4873 del 26.10.2011 e n.6117 del 29.12.2011
1/1/2014
31/12/2014
emanazione delle linee di indirizzo
1/3/2012
31/12/2012
trasmissione dei nominativi dei loro rappresentanti e delibera dal D.G.
1/3/2012
31/5/2012
Attuazione del D.Lgs 81/2008 nelle strutture sanitarie, realizzazione regolamenti aziendali della sicurezza e attuazione circolare n.1273 del 26.07.2010
1/1/2012
31/12/2014

II.2 L'organizzazione dell'Assistenza Territoriale e della Continuità Assistenziale

Il processo di riqualificazione dei servizi sanitari passa inevitabilmente dalla valorizzazione dei servizi territoriali. La linea strategica principale prevede l'attuazione di azioni volte all'integrazione ospedale-territorio. Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) è una nuova formula di organizzazione dell'assistenza concepita per facilitare il percorso assistenziale ai cittadini, che pone al centro innanzitutto la persona nel suo accesso ai servizi e nel suo iter assistenziale complessivo sia verso le componenti assistenziali all'interno del sistema delle Cure Primarie (MMG e PLS), sia verso la collaborazione con le Amministrazioni locali per il soddisfacimento dei bisogni di natura socio-sanitaria.

-Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio e promuovere l'integrazione con i MMG e i PLS

Nel prossimo triennio si dovranno conseguire i seguenti risultati:

- Attivazione, standardizzazione e monitoraggio dei 4 PTA istituiti ed istituendi;
- Completamento della realizzazione e monitoraggio del funzionamento dei Punti di Primo Intervento (P.P.I.) e dei Punti di Primo Intervento Pediatrico (P.P.I.-P.) previsti dagli Accordi Integrativi Regionali;
- Completamento della realizzazione e monitoraggio del funzionamento degli Ambulatori di Gestione Integrata (A.G.I.) previsti dagli Accordi Integrativi Regionali;
- Completamento della realizzazione e monitoraggio del funzionamento e dei dati di produzione degli Ambulatori di Infermieristica;
- Gestione degli Accordi Integrativi Regionali (A.I.R.) (MMG, PLS, MCA, MET, Specialisti);
- Piena realizzazione del CUP Provinciale che deve mettere in rete tutte le strutture sanitarie della provincia, incluse, prospetticamente, le strutture convenzionate.

-Organizzazione dell'assistenza farmaceutica e strategie aziendali a garanzia dell'appropriato impiego dei farmaci e dei dispositivi medici

L'impiego razionale dei medicinali e dei dispositivi medici costituisce un obiettivo strategico dell'ottimizzazione del livello di salute e di equità nell'allocazione delle risorse. In tale ottica, per una più funzionale organizzazione dell'assistenza farmaceutica e per un appropriato impiego dei farmaci e dispositivi medici, gli interventi prioritari sono:

- Allineamento progressivo dei consumi per classi terapeutiche ai valori medi nazionali misurati in DDD/1000 ab;
- Diffusione ed implementazione delle linee guida nazionali e regionali per le patologie ad elevato impatto e monitoraggio periodico del livello di adesione da parte dei medici prescrittori;
- Verifica di coerenza tra le terapie intraospedaliere prescritte/dispensate all'atto della dimissione come primo ciclo terapeutico e quelle extraospedaliere prescritte in continuità terapeutica.
- Potenziamento del Sistema di Dispositivo-Vigilanza
- Adozione del Prontuario terapeutico Ospedaliero/Territoriale Provinciale

Per l'anno 2012 la Regione ha assegnato a questa ASP, per la farmaceutica convenzionata, un tetto massimo di spesa pari a € 78.323.502.

-Estensione/Incremento dell'assistenza domiciliare

Il Piano della Salute 2011-2013 ha tra gli obiettivi principali quello di assicurare un'assistenza continua, programmata e coordinata fornita nel luogo fisico più consono e vicino alle esigenze delle persone, ovvero il domicilio. Il fabbisogno di assistenza domiciliare, nel nostro territorio, non risulta pienamente soddisfatto, per questi motivi si

prevede:

- L'implementazione del modello organizzativo definito dalle linee guida regionali;
- L'allineamento al valore standard nazionale che è il 3,5% della popolazione target. Per il 2012 il target sono 2.990 soggetti assistiti in ADI.

L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari prevede:

- La segnalazione al P.U.A. da parte di uno dei seguenti soggetti: 1) Medico curante dell'assistito; 2) Medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione; 3) Medico responsabile di RSA; 4) Responsabile della struttura socio-assistenziale (Casa di riposo – Comunità protetta); 5) Farmacie aperte al pubblico; 6) Servizi Sociali dei Comuni; 7) Associazioni di volontariato, cooperative sociali; 8) Familiari dell'assistito.
- La richiesta di accesso al sistema delle Cure Domiciliari Integrate attraverso il P.U.A. che svolge la funzione di accoglienza delle richieste, riscontro dei requisiti essenziali, lettura e decodifica del bisogno, orientamento.

-Realizzazione della continuità assistenziale per la gestione dei soggetti a rischio e dei pazienti con patologie croniche prioritarie

La persona portatrice di patologia cronica destinata a persistere nel tempo ed a rischio di progressione e riacutizzazione, necessita una presa in carico "globale" da parte di un team medico-infermieristico, dal momento della diagnosi e per tutto il percorso diagnostico terapeutico. La continuità assistenziale si traduce nell'implementazione delle seguenti attività:

- Dare pieno sviluppo alla "dimissione facilitata" tramite lo sportello del paziente cronico per i target prioritari (Scompenso cardiaco e Diabete Mellito di tipo 2) con monitoraggio dei relativi dati;
- Consolidamento del Piano di "specialistica unica provinciale" secondo un modello a rete tra ambulatori specialistici territoriali ed ospedalieri almeno per i due target prioritari (Scompenso cardiaco e Diabete Mellito di tipo 2);
- Attivare e monitorare attraverso specifici "Percorsi Assistenziali", la gestione integrata tra MMG, Distretti e PP.OO. dei pazienti affetti dalle patologie croniche target (Scompenso cardiaco e Diabete Mellito di tipo 2);
- Attivare e monitorare la gestione integrata tra i PLS, Distretti e PP.OO. dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), Obesità, Diabete Mellito.

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A.**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**A)Attivazione e monitoraggio dei PTA previsti nel periodo di vigenza del Piano Attuativo Aziendale** **II.2.1.1.** N° PTA realizzati /N° PTA previsti Nell'ASP di Trapani il valore è il seguente N° 3 PTA realizzati /N° 4 previsti	**A)** Sono stati realizzati n. 3 PTA nei Distretti Sanitari di Trapani, Mazara del Vallo – Salemi , Pantelleria. Rispetto agli Standard organizzativi previsti nelle Linee Guida si rimanda all'allegata *tabella A* E' prevista l'**attivazione**, entro il Dicembre 2012 del **PTA di Alcamo** (sede prevista è il P.O. rifunzionalizzato di Alcamo). Sono dunque previste le seguenti azioni: **Individuazione spazi e adeguamento locali** **Integrazione delle attività dell'Ambulatorio Infermieristico con i servizi del PTA**	Coordinamento Sanitario Area Territoriale – Settore Tecnico – Coordinatore Sanitario TP1- Direttore Distretto Alcamo U.O.C. Facility Management Direttore Distretto Alcamo Resp. Servizio Infermieristico Aziendale Resp. U.O.S. Specialistica Conv. Interna	Entro 31.12.2012 Entro 30.06.2012 Entro 30.11.2012

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A.**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**A)Attivazione e monitoraggio dei PTA previsti nel periodo di vigenza del Piano Attuativo Aziendale** **II.2.1.1.** N° PTA realizzati /N° PTA previsti <u>Nell'ASP di Trapani il valore è il seguente</u> N° 3 PTA realizzati /N° 4 previsti	**Attivazione Ambulatori Gestione Integrata per i pazienti a target :** -AGI Scompenso Cardiaco (almeno n.4 ore /sett) garantito dai cardiologi del P.O.e/o Distretto con utilizzo delle apparecchiature in dotazione al P.O. -AGI Diabete n.6 ore/sett. espletate da specialista ambulatoriale dedicato. **Piena attuazione delle linee organizzative e dei percorsi** già stabiliti a livello regionale e aziendale . **Realizzazione front office** (PUA , Sportello Paziente Cronico) Rispetto a **tutti i PTA Aziendali** si intende procedere come segue: Entro il 2014 si attiveranno sportelli **URP** in tutti i PTA aziendali	Coordinamento Sanitario e Amministrativo Area Territoriale – Coordinatore Sanitario TP1- Direttore Distretto Alcamo -Resp. U.O.S. Specialistica Conv. Interna- Resp. U.O.S. Assistenza Primaria Direttore Distretto Alcamo Direttore Distretto Alcamo Coordinamento Sanitario Area Territoriale- U.O.S. Comunicazione istituzionale-ufficio stampa e URP- Direttori di Distretto	Entro 31.12.2012 Entro 31.12.2012 Entro 31.12.2012 Entro 31.12.2014

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**A)Attivazione e monitoraggio dei PTA previsti nel periodo di vigenza del Piano Attuativo Aziendale** **II.2.1.1.** N° PTA realizzati /N° PTA previsti <u>Nell'ASP di Trapani il valore è il seguente</u> N° 3 PTA realizzati /N° 4 previsti	Entro il 2012 si procederà a stilare appositi **Protocolli di Intesa con i Comuni implementando l'attività già esistente** Potenziamento, entro il 2012, dell' **azione di filtro del PPI** per le cronicità per cui è stato avviato un percorso assistenziale Potenziamento, entro il 2012, **dell'integrazione tra Ambulatori Infermieristici** e altri servizi del PTA **Utilizzo mensile di apposite schede di monitoraggio sulle attività del PTA** **Per PPI ed AGI sono già in uso le schede assessoriali** **Per gli Sportelli Paziente cronico si utilizzeranno, a decorrere dal mese di giugno 2012 le schede di cui agli allegati P e Q)**	Coordinamento Sanitario Area Territoriale- U.O.C Servizio Anziani ed ADI – UOS Collegamento Azienda EE.LL. Coordinamento Sanitario Area Territoriale- Direttori Distretti – Responsabili U.O.S. Specialistica Conv. Interna- Resp. U.O.S. Assistenza Primaria Coordinamento Sanitario Area Territoriale- Direttori Distretti – Responsabile Servizio Infermieristico Aziendale. Coordinamento Sanitario Area Territoriale e Direttori dei Distretti Direttori di Distretto – Operatori PUA – operatori Sportello Paziente Cronico	Entro 31.12.2012 Entro 31.12.2012 Entro 31.12.2012 2012/2013 Dal giugno 2012

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**B) Completamento della realizzazione e monitoraggio del funzionamento e dei dati di produzione dei PPI e dei PPI-P previsti dagli AIR** **II.2.1.2**. N° PPI realizzati /N° PPI previsti Nell'ASP di Trapani il valore è il seguente N° 6 PPI realizzati /N° 6 PPI previsti N° PPI-P realizzati /N° PPI-P previsti Nell'ASP di Trapani attualmente non sono attivi PPI-P. Nel corso del 2012 il valore dell'indicatore sarà il seguente: N° 6 PPI-P realizzati /N° 6 PPI-P previsti	**B)** Sono stati **realizzati tutti i PPI previsti dall'AIR** di Medicina Generale. Si provvederà, secondo allegato cronoprogramma e comunque entro il 2013), alla predisposizione di **piattaforma informatica** dedicata al collegamento tra PPI ed MCAU aziendali. Rispetto ai **PPI-P** si procederà alla loro graduale attivazione secondo crono programma e comunque entro il 31.12.2012 saranno tutti attivati Assistenza ai minori irregolari per 10 ore settimanali attraverso PLS convenzionati e non. Linea progettuale da PSN "Le Cure Primarie" linea 1.3 – Dichiarazioni finali AIR – PLS.	U.O.S. I.T.C. - Coordinamento Sanitario Area Territoriale- Coordinatori Sanitari TP1 e TP2 - Settore Provveditorato ed Economato Coordinamento Sanitario e Amministrativo Area Territoriale- Direttori di Distretto	Entro il 31.12.2013 Entro 31.12.2012

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**II.2.1.3** N° di accessi al PPI seguiti da invio in Ospedale / N° di accessi al PPI **II.2.1.4** N° di accessi al PPI seguiti da prestazioni diagnostiche e/o consulenze specialistiche/N° di accessi al PPI **II.2.1.5** N° di accessi al PPI seguiti da prestazioni infermieristiche / N° di accessi al PPI **C) Completamento della realizzazione e monitoraggio del funzionamento e dei dati di produzione degli AGI -Ambulatori di Gestione Integrata**	Per l'ASP di Trapani i valori sopra richiesti sono indicati nell'allegata *tabella C* per l'anno 2011 e *D* per l'anno 2012 **C)** Sono stati **realizzati N. 4 AGI** Si prevede l'attivazione dei restanti n. 2 AGI	Coordinamento Sanitario e Amministrativo Area Territoriale- Direttori di Distretto	Entro il 31.12.2012

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**II.2.1.6.** N° AGI realizzati /N° AGI previsti dagli AIR Nell'ASP di Trapani il valore è il seguente N° 4 AGI realizzati /N° 6 previsti **II.2.1.7.** N° paz. seguiti in AGI/ N° paz. inseriti nel Registro dei paz. cronici **II.2.1.8.** N° paz gestiti in AGI che rispettano i controlli previsti nel percorso assistenziale/N° paz. gestiti in AGI	**Arruolamento attivo** dei pazienti target che coinvolga direttamente anche i MMG non inseriti in AGI. Tale azione verrà completata entro il 31.12. 2013. Indicatori di risultato: Entro il 31.12.2012 arruolamento del 25% dei pazienti target affetti da diabete e scompenso inseriti nel registro distrettuale dei pazienti cronici dei Distretti in cui è attivo l'AGI. **N° Diabetici/Scompensati arruolati attivamente/ N° pazienti inseriti nel registro distrettuale paz. Cronico > = a 25%** Indicatori di risultato: Entro il 31.12.2014 arruolamento del restante 75% dei pazienti target affetti da diabete e scompenso inseriti nel registro distrettuale dei pazienti cronici dei Distretti in cui è attivo l'AGI. **N° Diabetici/Scompensati arruolati attivamente/ N° pazienti inseriti nel registro distrettuale paz. Cronico > = a 100%** Per l'ASP di Trapani i valori sopra richiesti sono indicati nell'allegata *tabella E* per l'anno 2011 e *F* per l'anno 2012	Coordinatore Sanitario Area Territoriale - Direttori di Distretto - Referenti Sportelli Paziente Cronico, Responsabili U.O.S. Specialistica Conv. Interna- Resp. U.O.S. Assistenza Primaria	2012/2013

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**D) Completamento della realizzazione e monitoraggio del funzionamento e dei dati di produzione degli Ambulatori di Infermieristica Ambulatoriale.** **II.2.1.9.** N° Ambulatori Infermieristici realizzati/N° Ambulatori Infermieristici previsti dal Piano Aziendale <u>Nell'ASP di Trapani il valore è il seguente</u> N° 6 Ambulatori Infermieristici realizzati/N°6 Ambulatori Infermieristici previsti dal Piano Aziendale	**D) Sono stati realizzati tutti gli Ambulatori Infermieristici previsti.** Si prospettano le ulteriori azioni di implementazione come da crono programma (tab. G) : - Adozione di un nuovo modello organizzativo di gestione unificata di tutte le risorse infermieristiche assegnate al PTA/Distretto; Avvio di ulteriori forme di integrazione con i diversi livelli assistenziali e organizzativi nei PTA/Distretti: PPI, AGI, PUA, UVM, Servizi Diagnostici, Uffici territoriali; - Monitoraggio di tutte le attività di raccolta, invio ed elaborazione dei dati per tipologia e accesso; - Mantenere un continum assistenziale tra l'Ospedale e l'assistenza territoriale mediante la collaborazione con i Referenti Territoriali; - Implementare il Follow up infermieristico, anche telefonico, con i pazienti cronici a maggior complessità per eventuali consulti, monitoraggio parametri e assistenza farmacologica; - Aggiornamento del Manuale sulla gestione e organizzazione dell'Ambulatorio Infermieristico; - Formazione /informazione degli operatori coinvolti; - Programmazione di almeno due incontri annuali al fine di aumentare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni	Direttori di Distretti - Dirigente Servizio Infermieristico Direttori di Distretti - Dirigente Servizio Infermieristico	Entro il 31.12.12 Entro il 31.12.12

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**E) Gestione degli AIR (MMG, PLS, MCA, MET, Specialisti)** **II.2.1.10** Applicazione di tutti gli "istituti" previsti negli AIR nei tempi e nei modi previsti, nel rispetto dei budget assegnati	**E) AIR MMG :** Preaccordo di MMG : Attivato l'iter nel rispetto delle disposizioni assessoriali e corrisposte le somme per gli istituti relativi al Collaboratore Studio, Associazionismo (con gli emolumenti del mese di novembre 2011) ; a regime l'istituto " tutor e rete influnet " . Accordo MMG : Fermo restando quanto già previsto e attuato nel rispetto dei precedenti AIR (a titolo di esempio maggiorazione zone disagiate e disagiatissime) in relazione ai nuovi istituti dell'AIR 2010 e alla luce della preintesa siglata in data09/09/2010 con le OO.SS., si illustra : ART 5: ATTIVAZIONE AGI : a) pubblicazione bandi per singoli ambulatori b) formulazione delle graduatorie c) piano Aziendale d) individuazione del contributo orario settimanale e) predisposta specifica voce nel cedolino stipendi f) direttive interne per la liquidazione indennità e prestazioni aggiuntive Nel 2012 2013 **monitoraggio e confronto risorse-istituto e C.E.**	Coordinamento Amministrativo Area Territoriale, Responsabile U.O.S. Applicazione Contratti e Convenzioni - Referenti distrettuali Ufficio APMMG	2012/2013
			II.2.1.11. Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'applicazione degli AIR e delle connesse risorse economiche	Entro giugno 2012 **Pubblicazione bandi per restanti 2 AGI** -formulazione graduatoria e assegnazione ore .	Coordinamento Amministrativo Area Territoriale, Responsabile U.O.S. Applicazione Contratti e Convenzioni - Referenti distrettuali Ufficio APMMG	Entro giugno 2012

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**E) Gestione degli AIR (MMG, PLS, MCA, MET, Specialisti)** **II.2.1.10** Applicazione di tutti gli "istituti" contemplati negli AIR nei tempi e nei modi previsti, nel rispetto dei budget assegnati **II.2.1.11.** Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'applicazione degli AIR e delle connesse risorse economiche	ART 4 ATTIVITÀ INTEGRATIVE DI ASSISTENZA : a)Ricevimento istanze b) formulazione graduatorie c) istituto a regime da Luglio 2011 d) scorrimento graduatorie per utilizzo intera somma assegnata dall'AIR e) acquisizione istanze per l'integrazione delle graduatorie da valere anno 2012 Nel 2012 **formulazione graduatorie** anno 2012 Monitoraggio eventuali revoche partecipazione attività ex progetto qualità e scorrimento graduatoria Nel 2013 **a) acquisizione istanze integrazione graduatoria b)monitoraggio e scorrimento graduatoria c) implementazione campagna di informazione rivolta agli assistiti d) pubblicazione anche sul sito aziendale delle attività cui i singoli MMG hanno aderito** (*accessi domiciliari associazionismo con pubblicazione dello statuto; AGI ecc*) **e)controlli sugli ambulatori e sulle associazioni f)Predisposizione modulistica per verifiche**	Coordinamento Amministrativo Area Territoriale, Responsabile U.O.S. Applicazione Contratti e Convenzioni - Referenti distrettuali Ufficio APMMG Coordinamento Amministrativo e Sanitario Area Territoriale, Direttori Distretti, U.O.S. Comunicazione Istituzionale Ufficio Stampa e URP – Resp. U.O.C. Facility Management	Entro settembre 2012 Entro il 31.12.2013

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**E) Gestione degli AIR (MMG, PLS, MCA, MET, Specialisti)** **II.2.1.10** Applicazione di tutti gli "istituti" previsti negli AIR nei tempi e nei modi previsti, nel rispetto dei budget assegnati **II.2.1.11.** Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'applicazione degli AIR e delle connesse risorse economiche	GOVERNO CLINICO : Acquisite schede Start –Up liquidato nel mese di ottobre 2011 il compenso previsto dalle disposizioni regionali (nota 84807 del 27/7/2011) Approvato in sede di Comitato Aziendale il progetto aziendale per l'utilizzo delle quota derivante assegni ad personam 2010 (giusta nota assessoriale 2984 del 13/10/2011) Liquidate gennaio 2012 integrazione indennità spettanti per il governo clinico(€ 1,42) e messa a regime dell'indennità Predisposta scheda per inserimento dati progettuali **Verifica e liquidazione** entro mese di aprile 2012 Nel 2012 2013 **monitoraggio e confronto risorse-istituto e C.E.** ASSOCIAZIONISMO : a) Acquisite istanze b) formulate graduatorie c) attivate verifiche d) concordate con le OO.SS, in data12/1/2012, la individuazione della % degli assistiti utili per la determinazione delle associazioni beneficiarie	Coordinamento Amministrativo e Sanitario Area Territoriale- Responsabile U.O.S. Applicazione Contratti e Convenzioni Coordinamento Amministrativo Area Territoriale, Responsabile U.O.S. Applicazione Contratti e Convenzioni - Referenti distrettuali Ufficio APMMG	Entro aprile 2012 2012/2013

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**E) Gestione degli AIR (MMG, PLS, MCA, MET, Specialisti)** **II.2.1.10** Applicazione di tutti gli "istituti" previsti negli AIR nei tempi e nei modi previsti, nel rispetto dei budget assegnati **II.2.1.11.** Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'applicazione degli AIR e delle connesse risorse economiche	**AIR PLS** Preaccordo PLS a) febbraio 2012 liquidata l'indennità di collaboratore di studio;b) con il precedente AIR già a regime associazionismo Accordo PLS PROGETTO QUALITÀ: a) acquisizione istanze b) verifica rispetto requisiti indicati dall'Air c) liquidazione con il cedolino ottobre 2011 COLLABORATORE DI STUDIO E ASSOCIAZIONISMO: a)ricezione domande b) formulazione graduatorie c) liquidazione e messa a regime dell'indennità prevista dal mese di febbraio 2012 Nel 2012 2013 **monitoraggio e confronto risorse-istituto e C.E.** ART 4 PROGETTO SALUTE –BILANCI SALUTE Predisposto programma distribuito ai PLS e Direttori dei Distretti per calcolo coefficienti e monitoraggio budget regionali sulle prestazioni previste *Allegato H*	Coordinamento Amministrativo Area Territoriale, Responsabile U.O.S. Applicazione Contratti e Convenzioni - Referenti distrettuali Ufficio APMMG	2012/2013

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**E) Gestione degli AIR (MMG, PLS, MCA, MET, Specialisti)** **II.2.1.10** Applicazione di tutti gli "istituti" previsti negli AIR nei tempi e nei modi previsti, nel rispetto dei budget assegnati **II.2.1.11.** Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'applicazione degli AIR e delle connesse risorse economiche	Concordato in seno al Comitato di Pediatria attualizzazione libretto Pediatrico e richiesta stampa dello stesso Distribuzione del libretto pediatrico PPI-P Quantificate ore per PPI -P anno 2012 e individuazione in termini numerici risorse umane necessarie Attivata richiesta voce per liquidazione emolumenti PPI-P **Accordo Integrativo Aziendale per modalità organizzative e procedure** **Predisposizione apposite linee di indirizzo e modulistica per l'integrazione PPI-P – P.S. – PLS e servizi del PTA** **Conferenze di servizio Ospedale – Territorio**	Coordinamento Amministrativo e Sanitario Area Territoriale, Resp. Settore Provveditorato ed Economato Direttori di Distretto – Resp. UU.OO. Assistenza Primaria Coordinatori Sanitario ed Amministrativo Area Territoriale Coordinatore Sanitario Area Territoriale – Direttori di Distretto Coordinatore Sanitario Area Territoriale– Coordinatori Sanitari TP1 TP2 - Direttori di Distretto – Direttore Dipartimento Emergenza –	Entro 2012 Entro 2012 Entro maggio 2012 Entro giugno 2012 2012/2013

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**E) Gestione degli AIR (MMG, PLS, MCA, MET, Specialisti)** **II.2.1.10** Applicazione di tutti gli "istituti" previsti negli AIR nei tempi e nei modi previsti, nel rispetto dei budget assegnati **II.2.1.11.** Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'applicazione degli AIR e delle connesse risorse economiche	**AIR C.A.** Sono stati applicati i nuovi istituti contrattuali ; predisposto l'Accordo Integrativo Aziendale, il Piano Aziendale per l'utilizzo delle ore di plus orario, conferiti gli incarichi per attività distrettuali e PPI. E' stato attivato l'iter, per la verifica annuale sulle attività svolte dai Coordinatori di presidio di CA Predisposizione graduatoria per reperibilità e gestione della stessa Potenziare l'offerta formativa dedicata ai Medici di CA **Per ciò che concerne i M.E.T. e gli Specialisti Ambulatoriali, si darà applicazione agli AIR non appena gli stessi verranno notificati.** I precedenti AIR di categoria risultano già applicati.	Urgenza Direttori di Distretto Resp. U.O. Assistenza Primaria Coord. Amm.vo e Sanitario Area Territoriale – Direttori di Distretto – U.O. Gestione Contratti e Convenzionati Coordinatore Sanitario Area Territoriale-Direttori Distretto – Resp. U.O.S. Formazione – Resp. U.O.S. Assistenza Primaria	Entro Settembre 2012 per il periodo 01.03.2011/01.03.2012 Entro Settembre 2012 2012/2013

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**F) Piena realizzazione del CUP Provinciale**	Tra i progetti piu' innovativi, avviati dall'ASP di Trapani, senza dubbio la realizzazione del CUP Aziendale riveste una grande importanza per i vantaggi che ne deriveranno per l'utenza. Il Progetto riguarda la prenotazione, pagamento ticket e gestione delle prestazioni ambulatoriali (analisi cliniche, visite, radiografie , ecc.) presso tutti gli ospedali e poliambulatori della provincia. Ha avuto inizio nel mese di giugno del 2010, quando l'Assessorato della Salute ha individuato l'ASP di Trapani come azienda pilota per la sperimentazione del piu' ampio progetto denominato "CUP Unico Regionale" che a regime offrirà all'utenza la possibilità di prenotare le prestazioni ambulatoriali su tutto il territorio regionale. L' obiettivo del progetto è la realizzazione di uno strumento per: 1. garantire la trasparenza dell'offerta sanitaria del SSR al cittadino; 2. favorire la scelta dell'utente, consentendo la piu' conveniente combinazione tra luogo, data e orario di erogazione della prestazione; 3. ridurre i tempi d'attesa attraverso il monitoraggio della domanda e dell'offerta. 4. ottimizzare l'offerta sanitaria. Va considerato che prima era possibile prenotare le prestazioni solo presso l'ospedale o il poliambulatorio dove era ubicato lo sportello, con notevoli disagi per l'utenza che doveva spostarsi da un comune all'altro. Il primo step del progetto è stato relativo all'attivazione della nuova procedura su tutti gli sportelli già attivi presso i poliambulatori e gli ospedali di Trapani/Erice, Marsala, Mazara, Castelvetrano, Alcamo, Salemi e Pantelleria. In seguito si è proceduto all'attivazione presso i comuni di : Castellamare del Golfo, Calatafimi, Petrosino, Partanna, Paceco e Valderice. Al fine di ridurre il tempo di attesa dell'utenza in fila agli sportelli, è stato potenziato numero degli sportelli e	Responsabile U.O. CUP Coordinamenti Sanitari Area Territoriale e Distretti Ospedalieri Coordinamento Amministrativo area Territoriale	Per il prossimo futuro obiettivo dell'azienda è l'attivazione graduale del CUP su tutti i restanti comuni della provincia: Buseto, San Vito, Favignana, Campobello, Gibellina, Poggioreale e Vita. Ulteriore obiettivo è l'ampliamento dei canali di prenotazione attraverso il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Farmacie, con positive ricadute sull'appropriatezza, in quanto il medico curante avendo la possibilità di visionare l'agenda completa di tutti gli ambulatori potrà prenotare le prestazioni più idonee al bisogno dell'utenza

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Attivare e monitorare il funzionamento dei servizi sul territorio (PTA e servizi connessi) e promuovere l'integrazione con i MMG e PLS	**II.2.1.12** N° di strutture (pubbliche/private) collegate al CUP/N° di strutture (pubbliche/private) operanti sul territorio provinciale.	conseguentemente il personale di "Front-Office" con l'adozione di sportelli polifunzionali (Prenotazione+Ticket) per consentire una maggiore distribuzione del carico di lavoro tra gli sportelli ed evitare lunghe attese all'utenza. Nei punti di contatto più affollati, è prevista l'installazione di un sistema Eliminacode unico per Prenotazioni e Ticket, supportato da display di sportello e da un tabellone riepilogativo per l'indicazione del numero chiamato e della postazione chiamante in modo da agevolare sia l'utenza in attesa sia l'attività di sportello. I risultati ottenuti ad oggi sono positivi Tutti e 106 i laboratori analisi e convenzionati presenti sul territorio Gli obiettivi a breve termine per completare la rete dei CUP: •brevissimo termine la messa in rete dei comuni di Campobello e Vita, •breve termine la messa in rete del comune di San Vito, •quindi la messa in rete di Favignana e dunque delle isole minori, •medio-breve termine la messa in rete di tutti i comuni. Obiettivi di Implementazione del Processo: •Messa in rete di tutti i Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, limitatamente ai propri assistiti. Realizzare il risultato : effettuare la prenotazione direttamente dall' ambulatorio medico. •Messa in rete delle Parafarmacie e delle Farmacie Realizzare il risultato : effettuare la prenotazione direttamente dalle stesse Parafarmacie e Farmacie	Responsabile U.O. CUP	Realizzazione nel periodo 2012 - 2014

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Organizzazione dell'assistenza farmaceutica e strategie aziendali a garanzia dell'appropriato impiego dei farmaci e dei dispositivi medici.	Allineamento progressivo dei consumi per classi terapeutiche ai valori medi nazionali misurati in DDD/1000ab Diffusione e implementazione delle linee guida nazionali e regionali per le patologie ad elevato impatto e monitoraggio periodico del livello di adesione da parte dei medici prescrittori	**Azione: Monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche** Monitoraggio trimestrale per l'individuazione dei medici di medicina generale con scostamenti superiori al 20% rispetto ai parametri di consumo fissati per l'ASP, notifica reportistica ai mmg, richiesta e disamina controdeduzioni. Attività già svolta, da continuare nel triennio 2012-2014. **Azione: Controllo sull'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche** Selezione delle prescrizioni relative alle categorie terapeutiche interessate, verifica dell'appropriatezza prescrittiva rispetto alle linee guida nazionali e regionali, attivazione del procedimento innanzi alla Commissione aziendale per l'appropriatezza prescrittiva, esecuzione delle decisioni sanzionatorie della Commissione attraverso l'addebito dei farmaci e la trasmissione alla Commissione Regionale. Attività già svolta per la parte inerente selezione e verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni; dal 2012 viene implementato il procedimento innanzi alla Commissione con relativa attuazione delle decisioni. **Azione II: Corsi di formazione su linee guida nazionali e regionali**: Corsi sul corretto uso dei farmaci nell'ambito della programmazione aziendale della formazione del personale sanitario. L'attività sarà dedicata prioritariamente alle categorie terapeutiche degli antibiotici con riferimento alle linee guida nazionali ISS e degli antipertensivi, statine ed eparinici secondo le linee guida regionali.	Dipartimento del farmaco, Distretti sanitari Azione I: Dipartimento del farmaco, Distretti Sanitari, Commissione per l'appropriatezza prescrittiva Azione II: Dipartimento del farmaco, UO Formazione	2012/2014 2012/2014 2012/2014

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Organizzazione dell'assistenza farmaceutica e strategie aziendali a garanzia dell'appropriato impiego dei farmaci e dei dispositivi medici.	Verifica di coerenza tra le terapie intraospedaliere e prescritte/dispensate all'atto della dimissione come primo ciclo terapeutico e quelle extraospedaliere prescritte in continuità terapeutica	**Azione I:** **Efficientamento primo ciclo terapeutico alle dimissioni** Adozione di uno schema di foglio di dimissione ospedaliera integrato con la prescrizione del primo ciclo terapeutico da erogare a cura delle farmacie ospedaliere.	**Azione I:** 1)Dipartimento del farmaco 2)Dipartimento di medicina 3)Dipartimento di chirurgia 4)Dipartimento oncologico	Dal 2013
				Azione II: **Monitoraggio integrato assistenza farmaceutica convenzionata - primo ciclo terapeutico - distribuzione diretta PHT** Realizzazione di un monitoraggio trimestrale dei dati relativi all'assistenza farmaceutica convenzionata integrati con quelli del primo ciclo terapeutico alle dimissioni e della distribuzione diretta PHT ai cittadini, mediante l'adesione al sistema Cineca - Osservatorio Arno	**Azione II:** Dipartimento del farmaco U.O.C. Provveditorato ed Economato U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	2013-2014
			Potenziamento del sistema di dispositivo/vigilanza	**Azione: Sistema di dispositivo vigilanza aziendale** Organizzazione e gestione di un sistema costituito dal responsabile di dispositivo vigilanza nei rapporti con Ministero della Salute e Assessorato della Salute e da un referente per singolo presidio ospedaliero ai fini della informazione relativa agli avvisi di sicurezza, rilevazione e segnalazione di incidente o di mancato incidente, mediante l'apposita Scheda di rapporto, in collaborazione con il personale farmacista, medico ed infermieristico degli ospedali.	Dipartimento del farmaco, U.O.C. Rischio Clinico	Entro 2013

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.1	**La rete dei servizi territoriali ed il ruolo del MMG, del PLS e dei Medici di C.A**	Estensione/Incremento dell'Assistenza Domiciliare	Adozione del Prontuario terapeutico ospedaliero/territoriale provinciale Implementazione del modello organizzativo definito dalle Linee Guida Regionali Allineamento al valore standard nazionale: aumento del rapporto n° di assistiti in ass. domiciliare /popolazione target	**Azione : Adozione del Prontuario terapeutico ospedaliero-territoriale aziendale (PTA)** Selezione dei farmaci del PTORS da utilizzare nelle strutture della Asp e da prescrivere all'atto delle dimissioni o in occasione delle visite specialistiche ambulatoriali, in coerenza con le linee guida nazionali e regionali e con le direttive assessoriali in materia. L'attività sarà dedicata nel 2012 alla prioritaria revisione delle categorie terapeutiche degli antibiotici con riferimento alle linee guida nazionali ISS e degli antipertensivi, statine ed eparinici secondo le linee guida regionali. Entro il 2014 saranno revisionate tutte le categorie terapeutiche. Nel triennio, sarà al contempo espletata l'ordinaria attività relativa alla disamina delle richieste di inserimento di nuovi farmaci nel PTA e nel PTORS. Nel'ASP di Trapani l'ADI è attiva nei 3 livelli. L'operatività si svolge attraverso l'esternalizzazione del servizio mediante bando pubblico . Inoltre l'Azienda ha utilizzato, per l'ADI di I e II livello, l'istituto delle prestazioni aggiuntive e l'assunzione a tempo determinato di n. 7 infermieri professionali Sono operativi n. 7 PUA e n. 6 UVM distrettuali. Inoltre sono operativi n. 5 Uffici Territoriali presso i PP.OO. ,operanti anche nell'ambito delle dimissioni protette. Entro il 31.12.2012 si espleterà la nuova procedura di gara che prevederà l'acquisto di prestazioni infermieristiche e ausiliarie e una quota parte di riabilitazione in rapporto alla popolazione target di cui allo standard nazionale e l'utilizzo di risorse umane dipendenti nell'ambito della specialistica e dei servizi di riabilitazione aziendali .Si prevede pertanto l'allineamento al valore standard nazionale (raggiungimento del 3.5 della popolazione = 2990 anziani >65enni) entro il 31.12.2012	Dipartimento del farmaco, Commissione terapeutica aziendale Coordinamento Sanitario Area Territoriale, Settore Provveditorato , Direttori dei Distretti , Responsabile U.O.C. Servizio Anziani ed ADI, Responsabili U.O.S. Specialistica Conv. Interna., Operatori PUA. Uffici territoriali	2012/2014 Entro il 31.12.2012

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.2	La gestione delle cronicità e l'integrazione ospedale/Territorio per la presa in carico globale della persona	Realizzare la continuità assistenziale nella gestione dei soggetti a rischio e dei soggetti con patologie croniche	A) Dare pieno sviluppo alla "Dimissione Facilitata" per i target prioritari (Scompenso Cardiaco e Diabete Mellito tipo II) con monitoraggio dei relativi dati	**A)** Sono stati istituiti n. 5 Uffici Territoriali presso i Presidi Ospedalieri dell'Azienda (Trapani, Alcamo, Castelvetrano, Marsale e Mazara del Vallo) e n. 6 Sportelli per i pazienti cronici presso i PTA /Distretti Sanitari (PTA di Trapani e Salemi, Distretti Sanitari di Alcamo, Castelvetrano, Marsala e Mazara del Vallo). Sono state predisposte e notificate a tutti i servizi interessati apposite Linee Guida e modulistica per il collegamento Ospedale /Territorio nella gestione dei pazienti cronici (Diabete Mellito e Scompenso Cardiaco in primis). I Compiti e le funzioni, concordati con tutti gli attori coinvolti nei percorsi di cura, sono delineati nell'allegata Tabella I . Occorre indubbiamente creare, entro il 2013, un collegamento informatico tra reparti ospedalieri e P.S. , Uffici Territoriali c/o i P.O. e Sportelli pazienti cronici presso i PTA/Distretti Sanitari, MMG.	U.O.S. I.T.C.-Coordinamento Sanitario Area Territoriale-Coordinatori Sanitari TP1 e TP2 - Settore Provveditorato ed Economato	Entro il 31.12.2013
			II.2.2.1 N° di pazienti ricoverati per scompenso cardiaco dimessi con procedura di "dimissioni facilitate" / N° di paz. con scompenso ricoverati	La modulistica attuale per ciò che concerne le dimissioni facilitate, deve essere inserita su supporto informatico	U.O.S. I.T.C.-Coordinamento Sanitario Area Territoriale-Coordinatori Sanitari TP1 e TP2 - Settore Provveditorato ed Economato	Entro il 31.12.2013

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.2	La gestione delle cronicità e l'integrazione ospedale/Territorio per la presa in carico globale della persona	Realizzare la continuità assistenziale nella gestione dei soggetti a rischio e dei soggetti con patologie croniche	II.2.2.2 N° di pazienti ricoverati per diabete mellito dimessi con procedura di "dimissioni facilitate" / N° di paz. con diabete ricoverati	Deve essere predisposta la modulistica inerente l'accesso alla struttura ospedaliera a seguito di "dimissioni" dal circuito territoriale al verificarsi di acuzie.	Coordinamento Sanitario Area Territoriale- Coordinatori Sanitari TP1 e TP2 -U.O.S. Comunicazione istituzionale, Ufficio Stampa e URP	Entro il 31.12.2012
			II.2.2.3 N° di pazienti con diabete mellito o con scompenso cardiaco con accesso al P.S. senza ricovero "agganciati" attivamente alla rete ambulatoriale ed al MMG / N° di pazienti con diabete mellito o con scompenso cardiaco con accesso al P.S. senza ricovero	Si prevede il confronto tra i dati prodotti dalle UU.OO. ospedaliere e distretti al fine di verificare la diminuzione di ricoveri impropri per le patologie target in relazione alla presa in carico territoriale.	Coordinamento Sanitario Area territoriale, Coordinatori Sanitari TP1 e TP2 , Direttori Distretti	Entro il 31.12.2013
			B) Consolidamento del Piano di "Specialistica Unica Provinciale" secondo un modello a rete tra ambulatori specialistici territoriali ed ospedalieri almeno per i due target prioritari (scompenso cardiaco e diabete mellito tipo II)	B) Si è proceduto, come da Linee Guida assessoriali, a considerare l'attività specialistica ambulatoriale in un'ottica unitaria effettuando una ricognizione delle prestazioni rese dagli ambulatori specialistici territoriali, l'attività ambulatoriale erogata in setting ospedaliero, oltre che quella prestata dalle strutture convenzionate sul territorio E' stato già concordato e stilato un elenco di prestazioni che possono essere garantite, in via prioritaria, dagli ambulatori distrettuali e dai PTA (Tabella L) .		

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.2.2	La gestione delle cronicità e l'integrazione ospedale/Territorio per la presa in carico globale della persona	Realizzare la continuità assistenziale nella gestione dei soggetti a rischio e dei soggetti con patologie croniche	II.2.2.4 Consolidamento e realizzazione del "Piano Unico Provinciale di rete specialistica ambulatoriale" costruito nel 2011 che individui e differenzi funzioni e responsabilità sulla base del potenziale di offerta.	Le prestazioni di maggior impegno devono essere indirizzate all'ambito ospedaliero mentre le prestazioni a maggiore complessità tecnologica o a maggiore impatto sulle liste di attesa sono riservate alle strutture convenzionate. Si prevede che, entro il 31.12.2012, almeno il 50% delle prestazioni erogate dai centri convenzionati esterni dovranno essere gestite dal CUP Provinciale Aziendale.	Responsabile U.O.S. CUP, Coordinamento Sanitario e Amministrativo Area Territoriale e Distretto Ospedaliero	Entro il 31.12.2012
			C) Attivare e monitorare attraverso specifici "Percorsi Assistenziali" la gestione integrata tra MMG, Distretti (Sportello, Specialisti, Infermieri) e PP.OO. (P.S. e UU.OO. di degenza, Specialistica Ambulatoriale) dei pazienti affetti da patologie croniche target (Scompenso Cardiaco e Diabete Mellito tipo 2)	C) Sono state delineate le tappe dei percorsi assistenziali per le patologie target così come da allegata Tabella M		
			D) Attivare e monitorare la gestione integrata tra PLS, distretti e PP.OO. dei soggetti a rischio e dei pazienti affetti dalle condizioni target: (Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), obesità, Diabete Mellito).	D) Si rende necessario acquisire le schede di start up da parte dei PLS secondo indicazioni e modalità che si presume saranno fornite a livello assessoriale.	Coordinamento Sanitario e Amministrativo Area territoriale	Entro il 31.12.2013

II.2 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
			II.2.2.5 N° di soggetti a rischio o di paz. segnalati dai PLS (scheda di start up)/N° di PLS operanti nei distretti aziendali.	E' inoltre necessario il coinvolgimento del Servizio di NPI, degli Specialisti ambulatoriali (ospedalieri e territoriali) .	Coordinamento Sanitario Area Territoriale, Coordinatori Sanitari TP1 e TP2	Entro il 31.12.2013
II.2.2	La gestione delle cronicità e l'integrazione ospedale/Territorio per la presa in carico globale della persona	Realizzare la continuità assistenziale nella gestione dei soggetti a rischio e dei soggetti con patologie croniche	II.2.2.6 N° di PLS che hanno segnalato (scheda di start up) soggetti a rischio o paz. target /N° di PLS operanti nei distretti aziendali.	I PLS dovranno collaborare con i servizi del PTA/Distretto secondo modalità che verranno concordate in ambito di accordo decentrato aziendale da definire entro il 31.12.2012	Coordinamento Sanitario e Amministrativo Area territoriale	Entro il 31.12.2012
			II.2.2.7 N° di soggetti a rischio o paz.-target in gestione integrata (PLS/Specialista territoriale e/o ospedaliero/Infermiere)/N° di soggetti a rischio o paz. target segnalati dai PLS (Scheda di start up)			

TABELLA A

Standard organizzativi PTA: Livelli di attività

AREA DI INTERVENTO	ATTIVITA'	AMBITI OPERATIVI	PTA TRAPANI		PTA SALEMI		PTA PANTELLERIA	
			Attivo	Non attivo	Attivo	Non attivo	Attivo	Non attivo
Punto di accesso alle cure primarie	Prenotazione accessi	Visite semplice	X		X		X	
		Agenda percorsi assistenziali	x		x		x	
	URP			X		X		X
	PUA		X		X		X	
		Valutazione Multidimensionale per cure domiciliari	X		X		X	
		Collegamento P.O. per Dimissioni Protette	X		X		X	
		Collegamento con servizi di segretariato sociale dei Comuni (Accordi gestione socio-sanitaria)		X		X		X
	Sportello Paziente Cronico		X		X		X	
		Collegamento P.O. per Dimissioni Facilitate	X		X		X	
		Attività autorizzative prioritariamente rivolte a pazienti in gestione integrata (autorizzazione piani terapeutici, esenzioni ticket, ausili, presidi ect.) , erogazione diretta farmaci, scelta e revoca MMG, patenti speciali ect.	X		X		X	
PPI			X		X		X	
	Ambulatorio di C.A. h12 integrato con l'Amb. Infermieristico e gli Ambulatori Specialistici		X		X		X	
		Garantisce la gestione appropriata delle urgenze territoriali completando così l'ambito assistenziale delle cure primarie	X		X		X	
		Svolge azione di filtro per le cronicità per cui è stato avviato un percorso assistenziale	X		X		X	
Ambulatorio Infermieristico			X		X		X	

	Attività nei PPI		X		X		X	
	Attività negli Ambulatori Specialistici (routinaria e G.I.)		X		X		X	
	Attività nell'AGI		X		X		X	
	Attività nel Punto Unico di accesso alle cure primarie (PUA Sport. Paz. Cronico)		X		X		X	
	Attività peculiari dell'Ambulatorio		X		X		X	
		Vi fanno capo tutti gli infermieri del PTA	X		X		X	
		Interagisce con tutti i livelli organizzativi ed assistenziali del PTA	X		X		X	
		Interagisce in una logica non di assegnazione del personale ma di accessi programmati ai vari livelli organizzativi	X		X		X	
Ambulatori Specialistici			X		X		X	
	Attività specialistica routinaria		X		X		X	
	Attività specialistica in Gestione Integrata		X		X		X	
	Attività di consulenza ai PPI		X		X		X	
		Garantisce l'integrazione con PPI, AGI, Punto Unico di Accesso alle Cure Primarie, Servizi Diagnostici	X		X		X	
AGI (Ambulatorio di Gestione Integrata)			X		X		X	
	Attività di gestione del paziente cronico a media complessità		X		X		X	
		Ambulatorio di incontro dello Specialista, del MMG e dell'Infermiere per la condivisione dei Percorsi Assistenziali e dei Piani di Cura	X		X		X	
Servizi diagnostici	Punto Prelievo		X pp		X p+a		X p+a	
	Attività di radiodiagnostica per immagini		(in fase di trasferimento presso il PTA)		X		X	

TABELLA C

Dati PPI 2011- Marzo /Dicembre

DISTRETTO	PUNTO DI PRIMO INTERVENTO (indicare allocazione: PTA, Poliambulatorio, altro)	POPOLAZIONE RESIDENTE	NUMERO DI ACCESSI	N. PAZIENTI INVIATI AL RICOVERO A SEGUITO DELL'ACCESSO AL PPI	N. PAZIENTI AFFERENTI AL PPI PER I QUALI E' STATA ATTIVATA UNA CONSULENZA SPECIALISTICA	N. PAZIENTI AFFERENTI AL PPI PER I QUALI E' STATO ATIVATO UN INVIO ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO	N. PAZIENTI AFFERENTI AL PPI PER I QUALI E' STATO ATTIVATO UN APPROFONDIMENTO DIAGNOSI STRUMENTALE
TRAPANI	PTA	139.512	2912	11	571	21	92
C/VETRANO	POLIAMBULATORIO	63.095	1537	10	152	31	109
MARSALA	POLIAMBULATORIO	90.449	962	10	40	64	25
ALCAMO	PTA	68.179	5578	10	250	70	253
MAZARA DEL VALLO	POLIAMBULATORIO	51.385	801	2	113	47	91
SALEMI	PTA	1.163	748	6	140	32	81
TOTALE	6	344.893	12.538	49	1266	265	651

TABELLA D

Dati PPI 2012

DISTRETTO	PUNTO DI PRIMO INTERVENTO (indicare allocazione: PTA, Poliambulatorio, altro)	POPOLAZIONE RESIDENTE	NUMERO DI ACCESSI	N. PAZIENTI INVIATI AL RICOVERO A SEGUITO DELL'ACCESSO AL PPI	N. PAZIENTI AFFERENTI AL PPI PER I QUALI E' STATA ATTIVATA UNA CONSULENZA SPECIALISTICA	N. PAZIENTI AFFERENTI AL PPI PER I QUALI E' STATO ATIVATO UN INVIO ALL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO	N. PAZIENTI AFFERENTI AL PPI PER I QUALI E' STATO ATTIVATO UN APPROFONDIMENTO DIAGNOSI STRUMENTALE
TRAPANI	PTA	139.512	544	0	128	8	12
C/VETRANO	POLIAMBULATORIO	63.095	340	0	12	8	28
MARSALA	POLIAMBULATORIO	90.449	183	2	5	18	0
ALCAMO	PTA	68.179	872	1	58	14	57
MAZARA DEL VALLO	POLIAMBULATORIO	51.385	386	1	25	4	34
SALEMI	PTA	1.163	197	0	32	5	11

TABELLA E

Dati AGI 2011

DISTRETTO	AMBULATORIO DI GESTIONE INTEGRATA (indicare allocazione: PTA, Poliambulatorio, altro)	N° DI MMG ADERENTI AL PROGRAMMA DISTRETTUALE DI GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI CRONICI	N° TOT. DI MMG DEL DISTRETTO	N. TOTALE DEI PAZIENTI CRONICI DEL DISTRETTO (Dati Registro)		N. TOTALE DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO DALL'AGI		N. PRIMI ACCESSI ALL'AGI		NUMERO TOTALE DI ACCESSI ALL'AGI		N° DI RICOVERI NEI PAZ. SEGUITI DALL'AGI	
				DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO
TRAPANI	PTA	12	117	5825	1241	670	143	119	15	119	15	0	0
MAZARA DEL VALLO	PTA SALEMI	10	58	650	110	354	92	107	26	107	26	0	0
CASTELVETRANO	POLIAMBULATORIO	10	52	2185	1160	1160	153	21	1	21	1	0	0
PANTELLERIA	POLIAMBULATORIO	3	5	450	31	4	0	17	0	17	0	0	0

TABELLA F

Dati AGI 2012

DISTRETTO	AMBULATORIO DI GESTIONE INTEGRATA (indicare allocazione: PTA, Poliambulatorio, altro)	N° DI MMG ADERENTI AL PROGRAMMA DISTRETTUALE DI GESTIONE INTEGRATA DEI PAZIENTI CRONICI	N° TOT. DI MMG DEL DISTRETTO	N. TOTALE DEI PAZIENTI CRONICI DEL DISTRETTO (Dati Registro)		N. TOTALE DEI PAZIENTI PRESI IN CARICO DALL'AGI		N. PRIMI ACCESSI ALL'AGI		NUMERO TOTALE DI ACCESSI ALL'AGI		N° DI RICOVERI NEI PAZ. SEGUITI DALL'AGI	
				DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO	DIABETE	SCOMPENSO
TRAPANI	PTA	12	117	5825	1241	670	143	23	5	142	20	0	0
MAZARA DEL VALLO	PTA SALEMI	10	58	650	110	354	92	26	1	133	27	0	0
CASTELVETRANO	POLIAMBULATORIO	10	52	2185	1160	1160	153	14	3	15	3	0	0
PANTELLERIA	POLIAMBULATORIO	2	5	450	31	4	0	5	0	5	0	0	0

TABELLA I

CONTINUITA' OSPEDALE /TERRITORIO

COMPITI DEL MEDICO DELL'U.O. DI RICOVERO

Il Medico Ospedaliero ha il compito di segnalare all'Ufficio Territoriale istituito presso il P.O. , l'opportunità che il paziente affetto da patologia cronica venga avviato alle cure territoriali e preso in carico in un percorso di Gestione Integrata.
All'uopo utilizzerà l'apposito "Allegato A" accluso al presente documento.
La segnalazione dovrà pervenire all'Ufficio Territoriale almeno tre giorni lavorativi prima della prevista data di dimissione.

COMPITI DELL'UFFICIO TERRITORIALE

Al ricevimento della segnalazione del reparto ospedaliero in merito alle previste dimissioni del paziente affetto da patologia cronica, il Referente dell'Ufficio Territoriale dovrà attivare le seguenti procedure:

1. Contattare il paziente e/o i suoi familiari prospettando l'opportunità di un percorso di Gestione Integrata che garantisca la continuità di cura Ospedale – Territorio ed informandolo sui contenuti dell'offerta assistenziale;
2. Acquisire il consenso/dissenso del paziente al percorso assistenziale proposto mediante la compilazione dell' apposito "Allegato B" accluso al presente documento;
3. Inviare l'istanza debitamente compilata allo Sportello Paziente Cronico per l'inserimento del nominativo del paziente nei Registri Distrettuale e del PTA e l'avvio della presa in carico territoriale;
4. Inviare copia dell'istanza al MMG che ha in carico il paziente.

COMPITI DELLO SPORTELLO PER IL PAZIENTE CRONICO

1. Acquisire l'istanza per l'accesso al percorso di Gestione Integrata
2. Inserire il nominativo del paziente nei Registri Distrettuale e del PTA
3. Favorire la massima celerità nella presa in carico del paziente cronico
4. Contattare il Responsabile della U.O. Assistenza Specialistica Convenzionata Interna del PTA / Distretto Sanitario al fine di avviare le procedure inerenti il percorso assistenziale (gestione agende Ambulatori Gestione Integrata)
5. Contattare l'Ambulatorio Infermieristico segnalando la presa in carico del paziente al fine di garantire quanto necessario (educazione del paziente alla gestione della patologia, eventuali prestazioni infermieristiche erogabili presso lo stesso PTA / Distretto Sanitario)
6. Qualora il Medico Ospedaliero abbia segnalato la necessità di una Assistenza Riabilitativa, contattare il Responsabile della U.O. Assistenza Riabilitativa del PTA/Distretto che provvederà ad avviare le procedure pertinenti al singolo caso (Fisiatra del PTA/Distretto Sanitario, Assistenza Riabilitativa presso Centri Convenzionati ecc.)
7. Qualora il Medico Ospedaliero abbia segnalato la necessità di una Assistenza Integrativa o Protesica, contattare il Responsabile della U.O. Assistenza Integrativa e Protesica del PTA/Distretto che provvederà ad avviare le procedure pertinenti al singolo caso.

CONTINUITA' OSPEDALE – TERRITORIO PER IL PAZIENTE CRONICO (DIABETE MELLITO TIPO 2)
DIMESSO DAL PRONTO SOCCORSO

1. Qualora l'accesso in Pronto Soccorso non sia esitato in ricovero ospedaliero, il medico, all'atto della dimissione, avrà cura di informare il paziente sulla opportunità di accedere alle cure territoriali, compilando la scheda di segnalazione allegata al presente documento (allegato C);
2. Sarà cura del medico di Pronto Soccorso inviare, via fax, il suddetto documento allo Sportello Paziente Cronico del PTA / Distretto Sanitario di riferimento, rilasciandone nel contempo copia al paziente;
3. L'operatore dello Sportello Paziente Cronico provvederà immediatamente (nella stessa giornata e comunque nel primo giorno lavorativo utile) a contattare il Medico di Medicina Generale del paziente, informandolo dell'avvenuta segnalazione da parte del P.S. e prospettando la disponibilità dei servizi distrettuali alla presa in carico secondo i bisogni del caso.

I dati relativi all'utente segnalato dal P.S. sono comunque acquisiti dal Registro Aziendale e Distrettuale del Paziente Cronico.

TABELLA I

CONTINUITA' OSPEDALE /TERRITORIO

PATOLOGIA CRONICA	PAZIENTI SEGNALATI DALLA STRUTTURA OSPEDALIERA	U.O. DI DIMISSIONE	COINVOLGIMENTO UFFICIO TERRITORIALE	COINVOLGIMENTO SPORTELLO PAZIENTE CRONICO	COINVOLGIMENTO MMG	PRESA IN CARICO TERRITORIALE
DIABETE MELLITO	N. 4	U.O. MEDICINA INTERNA P.O. TRAPANI	SI	SI	SI	SI
SCOMPENSO CARDIACO	n.3	N. 2 U.O. CARDIOLOGIA P.O. TRAPANI + N. 1 U.O. MEDICINA INTERNA P.O. TRAPANI	SI	SI	SI	SI
POST ICTUS	0					
POST IMA	0					

TABELLA L

OFFERTA SPECIALISTICA AMBULATORIALE SUL TERRITORIO PROVINCIALE

BRANCA	DISTRETTO TRAPANI	DISTRETTO PANTELLERIA	DISTRETTO ALCAMO	DISTRETTO MAZARA DEL VALLO	DISTRETTO MARSALA	DISTRETTO CASTELVETRANO
AGOPUNTURA	X					
ALLERGOLOGIA			X		X	
ANGIOLOGIA	X					
ANESTESIOLOGIA					X	X
AUDIOLOGIA	X			X		X
CARDIOLOGIA	X	X	X	X	X	X
CHIRURGIA GENERALE	X	X	X	X	X	X
CHIRURGIA PEDIATRICA	X					
CHIRURGIA PLASTICA				X		X
CHIRURGIA VASCOLARE				X	X	
DERMATOLOGIA	X	X	X	X	X	X
DIABETOLOGIA	X		X	X	X	X
EMODIALISI	X					X
ENDOCRINOLOGIA	X	X	X	X	X	X
ENDOSCOPIA				X		
FISIATRIA	X		X	X	X	X
FISIOKINESITERAPIA	X			X	X	X
FONIATRIA	X		X			
GASTROENTEROLOGIA				X	X	X
GERIATRIA	X				X	
GINECOLOGIA/OSTETRICIA	X	X	X	X	X	X
MALATTIE INFETTIVE	X					
MEDICINA INTERNA	X	X	X	X		X
MEDICINA DELLO SPORT	X		X		X	
MEDICINA NUCLEARE	X		X			
NEFROLOGIA	X	X	X	X	X	X
NEUROLOGIA	X	X	X	X	X	X
OCULISTICA	X	X	X	X	X	X
ODONTOIATRIA	X	X	X	X	X	X

ONCOLOGIA	X	X	X		X	X
ORTOPEDIA	X	X		X	X	X
ORTOTTISTICA				X		
OTORINOLARINGOIATRIA	X	X	X	X	X	X
PEDIATRIA	X	X	X	X	X	X
PNEUMOLOGIA	X		X	X	X	
POSTUROLOGIA				X		
RADIOLOGIA ed ECOGRAFIA INTERNISTICA	X		X	X	X	X
REUMATOLOGIA	X		X	X	X	X
REC. E RIABILITAZIONE FUNZ.		X	X		X	X
SENOLOGIA			X		X	
UROLOGIA	X	X	X	X	X	X

ELENCO DI PRESTAZIONI GARANTITE, IN VIA PRIORITARIA, DAGLI AMBULATORI DISTRETTUALI E DAI PTA

VISITA OCULISTICA PER PRESCRIZIONI LENTI CORRETTIVE
VISITA ORL
VISITA DERMATOLOGICA
VISITA NEUROLOGICA
VISITA CARDIOLOGICA ED ECG
VISITA ORTOPEDICA
VISITE CHIRURGICHE
VISITE UROLOGICHE
VISITE NEFROLOGICHE
RX DIAGNOSTICA TRADIZIONALE

TABELLA M

TAPPE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Ambulatorio di Gestione Integrata per il Diabete
Tappe del percorso assistenziale

- **Modalità di accesso** : Richiesta SSN di Visita diabetologia per ingresso in AGI
- **Tempario Visita** : 1^ visita 40 minuti 2^ visita in follow up
- La **prima valutazione** di un paziente diabetico deve comprendere una visita medica completa, estesa anche alla ricerca di complicanze croniche della malattia già in atto ed esami laboratoristici, volti a definire le condizioni cliniche generali del paziente.
- E' opportuno in questa fase riesaminare il trattamento instaurato e il grado di compenso glicemico ottenuto ed, eventualmente, riformulare il piano di gestione della malattia,avendone individuati i punti critici.
- Il paziente riceverà pertanto una compresa valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, con la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow‑up per tutta la vita .
- Il paziente viene seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG .
- Al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti Il paziente effettua una visita generale almeno ogni 6 mesi presso l'ambulatorio del MMG .
- Il paziente effettuerà una valutazione complessiva presso l'AGI almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico raggiunto é stabile e non sono presenti gravi complicanze .
- Il paziente accede, inoltre, all'Ambulatorio di Gestione Integrata per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio del MMG, se ne presenti la motivata necessità .

Esami di laboratorio :

- Glicemia a digiuno e postprandiale / HbA1c .
- Profilo lipidico a digiuno, comprendente colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi e colesterolo LDL .
- Test di funzionalità epatica ed eventuali approfondimenti nel sospetto di steatosi o epatite .
- Microalbuminuria
- Creatininemia e stima della filtrazione glomerulare
- Esame delle urine per valutare proteinuria e sedimento

Esami strumentali e visite specialistiche su ricettario del diabetologo :

- Elettrocardiogramma
- Fundus oculi
- Terapia medica nutrizionale, se indicata
- Consulenza di specialista in terapia educativa, se questa non è garantita dal medico o da altre figure del team diabetologico
- Consulenza di specialista in terapia comportamentale, se indicata
- Consulenza di specialista del piede, se indicata
- Altre visite specialistiche se necessario

E' importante, allo scopo di garantire le esigenze dei soggetti arruolati , identificare delle classi di priorità di accesso all'Ambulatorio G.I., sulla base delle situazioni cliniche riscontrate dai MMG (esempio : sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto , nuova diagnosi di complicanza , inizio di terapia insulinica , HBA1c > 8%) .

Classi di priorità per l'accesso all'Ambulatorio di GI :

- persistente scompenso metabolico
- severe ipoglicemie ripetute
- complicanze neurologiche , renali oculari in rapida evoluzione
- complicanze macrovascolari
- piede diabetico
- ricorrenti IVU
- dislipidemie severe
- dopo un ricovero ospedaliero (per il tramite degli Uffici Territoriali presso i P.O. nell'ambito delle dimissioni facilitate

- in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi

Follow up del paziente con diabete 2 a rischio di complicanze

Il MMG prescrive :

- ogni tre mesi gli esami di base (glicemia a digiuno e/o profilo glicemico ; HBA1c se ritenuta utile ; esame urine completo) registra PAO , peso corporeo , circonferenza addome , valuta i dati dell'automonitoraggio)
- ogni 6 mesi prevede visita generale ; dosaggio HBA1c ; microalbuminuria nelle 24 ore
- ogni anno visita specialistica , creatininemia e clearance , uricemia , assetto lipidico e se indicati parametri epatici , elettroliti ematici , fibrinogeno ; fundus oculi (può essere eseguito ogni 18-24 mesi nel caso di pazienti in buon compenso con referto di normalità al primo esame) ; visita cardiologica + ecg o eco . Invia allo specialista in caso di riaggiustamenti del piano di cura o per eventuali accertamenti di 2° livello .

Lo Specialista Diabetologo della G.I. effettua su proposta del MMG la valutazione clinica di 2° livello , procede ad effettuare accertamenti specialistici pertinenti (elettromiografia , ecocolordoppler , ecografia cardiaca) e gestisce in accordo con il MMG l'educazione sanitaria del paziente (come ad esempio l'adesione alla prescrizione dietetica , addestramento all'autogestione della terapia insulinica etc) , con il supporto dell'Ambulatorio Infermieristico . Fondamentale in questo nuovo modello assistenziale il ruolo rivestito dall'educazione terapeutica nella malattia diabetica .

E' ampiamente dimostrato infatti che un intervento educativo che modifichi i comportamenti (dieta , attività fisica ad esempio) , riduce l'incidenza di diabete mellito di tipo 2 in soggetti ad alto rischio .

Gli interventi educativi più efficaci sono quelli mirati sulla specificità bio-psicologica del paziente : la realizzazione infatti di interventi educativi all'interno di un sistema di cure integrato , che comporti una periodica e strutturata valutazione del paziente migliora gli outcomes dei pazienti e dei processi di cura .

Ambulatorio di Gestione Integrata per lo Scompenso Cardiaco
Tappe del percorso assistenziale

Il modello assistenziale di GI si pone i seguenti obiettivi :

- Migliorare la qualità di vita .
- Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura .
- Migliorare l'appropriatezza degli interventi , intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica ma anche come maggiore aderenza ai bisogni del paziente .
- **Modalità di accesso** alla prima visita : Richiesta SSN di Visita ECG Ecocardio.
- **Tempario Visita** : 1^ visita 40 minuti 2^ visita in follow up

La **prima visita** è volta alla stadiazione del paziente con la valutazione complessiva , compresa la presenza di comorbilità (BCPO , anemia , insufficienza renale , diabete) , la rilevazione dei parametri clinici essenziali (Pressione arteriosa, Frequenza cardiaca , Peso corporeo) nonché l'anamnesi farmacologica .

Esami di laboratorio (da esibire e/o richiedere) : Emocromo , Azotemia, Creatininemia , Albuminemia , Uricemia Na, K, Glicemia , Transaminasi , GGT , Bilirubina, BNP , Colesterolo totale , Colesterolo HDL , Colesterolo LDL , Trigliceridi .

Esami strumentali : ECG a riposo , Ecocardiogramma , esami di 3° livello su richiesta dello specialista .

Il **follow up attivo** del paziente con scompenso cardiaco , effettuato in stretta collaborazione con il personale infermieristico dedicato , prevede :

- Educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari , con la verifica dell'aderenza del paziente alla terapia farmacologica e allo stile di vita .
- Educazione del paziente all'autogestione del diuretico e all'autoanalisi di alcuni parametri quali diuresi , peso , sintomi di allarme
- Controllo efficacia , tollerabilità ed effetti collaterali del programma terapeutico .
- Prevenzione cause di instabilizzazione e precoce riconoscimento delle stesse con individuazione di eventuali fattori precipitanti.

Follow up del paziente stabile

Classe NYHA I e II

- Controlli clinici ogni 6 mesi da parte del MMG con presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo percorso concordato) + ECG + valutazione compliance + educazione terapeutica .
- Ogni anno ecocardio .

Classe NYHA III

- Controlli clinici ogni 3 mesi da parte del MMG con presa visione parametri clinici e di laboratorio (secondo percorso concordato) + ECG + valutazione compliance + educazione terapeutica .
- Ogni 6 mesi ecocardio.

In caso di ospedalizzazione , la condivisione di obiettivi e successivo percorso assistenziale fra team ospedaliero e team territoriale che tornerà a prendersi in carico il paziente , deve iniziare prima della dimissione , e sarà cura dell'Ufficio Territoriale del P.O. secondo le procedure stabilite (Dimissioni facilitate e/o protette) , contattare in fase di pre dimissione lo Sportello Paziente Cronico del PTA .
Al fine di ridurre sia i ricoveri ripetuti che l'inappropriato ricorso al P.S. occorre stabilire e concordare criteri di avvio all'ospedalizzazione del paziente .
E' importante, allo scopo di garantire le esigenze dei soggetti arruolati , identificare delle classi di priorità di accesso all'Ambulatorio Cardiologico di G.I. sulla base delle situazioni cliniche riscontrate dal MMG .

Classi di priorità per l'accesso all'Ambulatorio di GI :

- Classe NYHA III non preesistente (benessere a riposo , ma comparsa di dispnea , affaticamento , palpitazioni per attività fisiche di entità inferiore a quelle abituali , con conseguente grave limitazione dell'attività fisica).
- Comparsa o aggravamento di malattie extracardiache concomitanti aggravanti lo scompenso .
- Danno d'organo scompenso correlato : oligo-anuria ,comparsa o peggioramento di insufficienza renale con creatininemia >2.5 mg/dl o aumentata di 2 volte , comparsa o peggioramento di iponatriemia .
- Aritmie sintomatiche con elevata frequenza cardiaca a riposo (>130/min) o con bassa frequenza cardiaca (<50/min) .

La cura dello SC deve realizzarsi attraverso il paziente e i suoi familiari e l'educazione all'autogestione è un momento molto importante nella strategia terapeutica di questi pazienti .
Il raggiungimento di soddisfacenti outcomes clinici è possibile solo attraverso il pieno coinvolgimento del paziente , la personalizzazione del trattamento e il costante supporto e contatto con l'equipe curante

TABELLA N

RSA

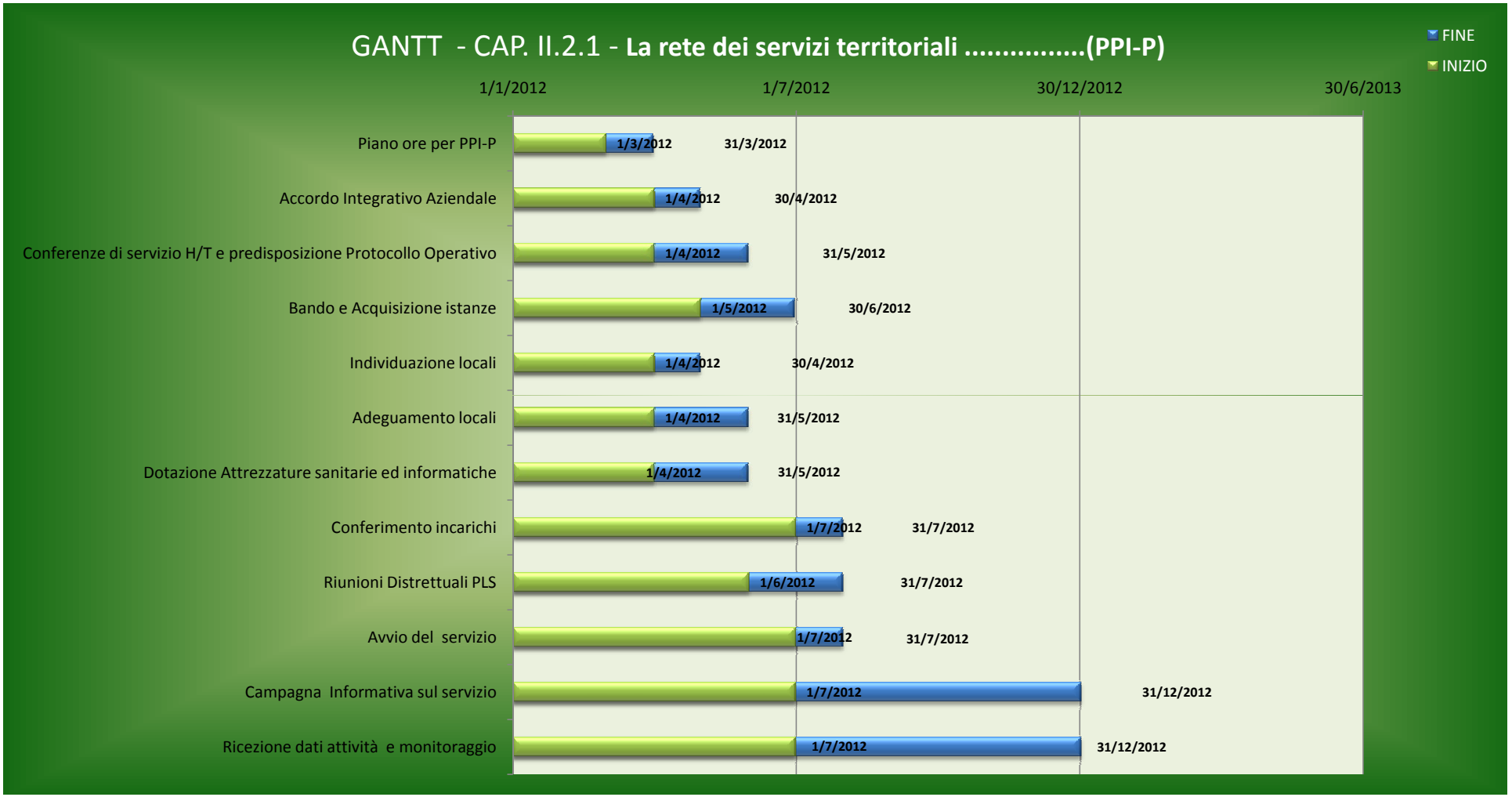
ATTUALE STATO DELL' ARTE

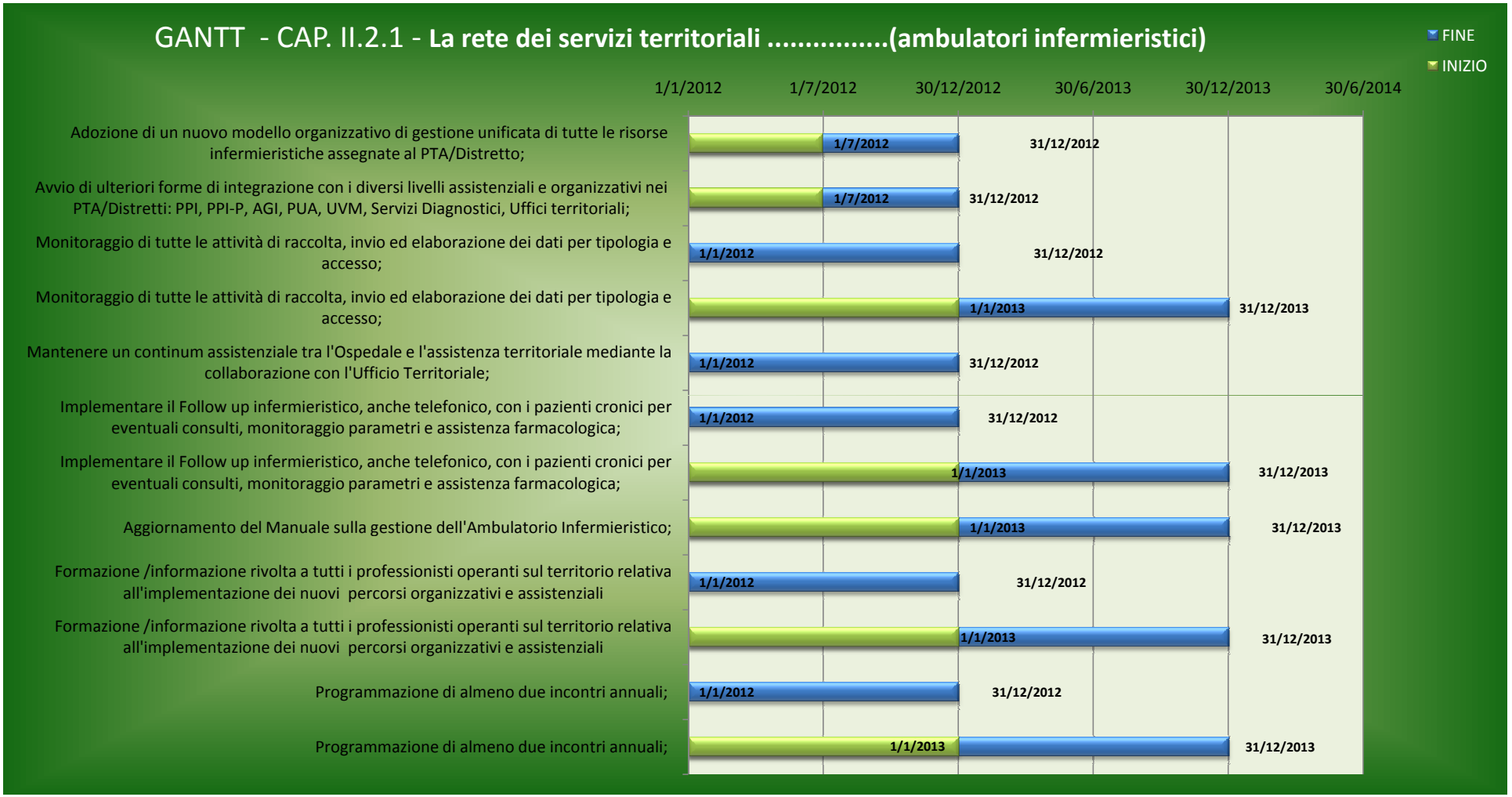
RSA DISTRETTO DI MAZARA DEL VALLO	**PP.LL. a favore di anziani**	**PP.LL. a favore pazienti affetti da M. Alzheimer**	**Totale PP.LL**
Villa Gaia – Via dell'Acquedotto n.7 Mazara del Vallo	20	20	40
Coop.Soc. Villa Letizia – Via dei Ciclopi s.n.c. – Mazara del Vallo	20	20	40
PTA " Casa della Salute " Presso Presidio Ospedaliero SALEMI	20		20

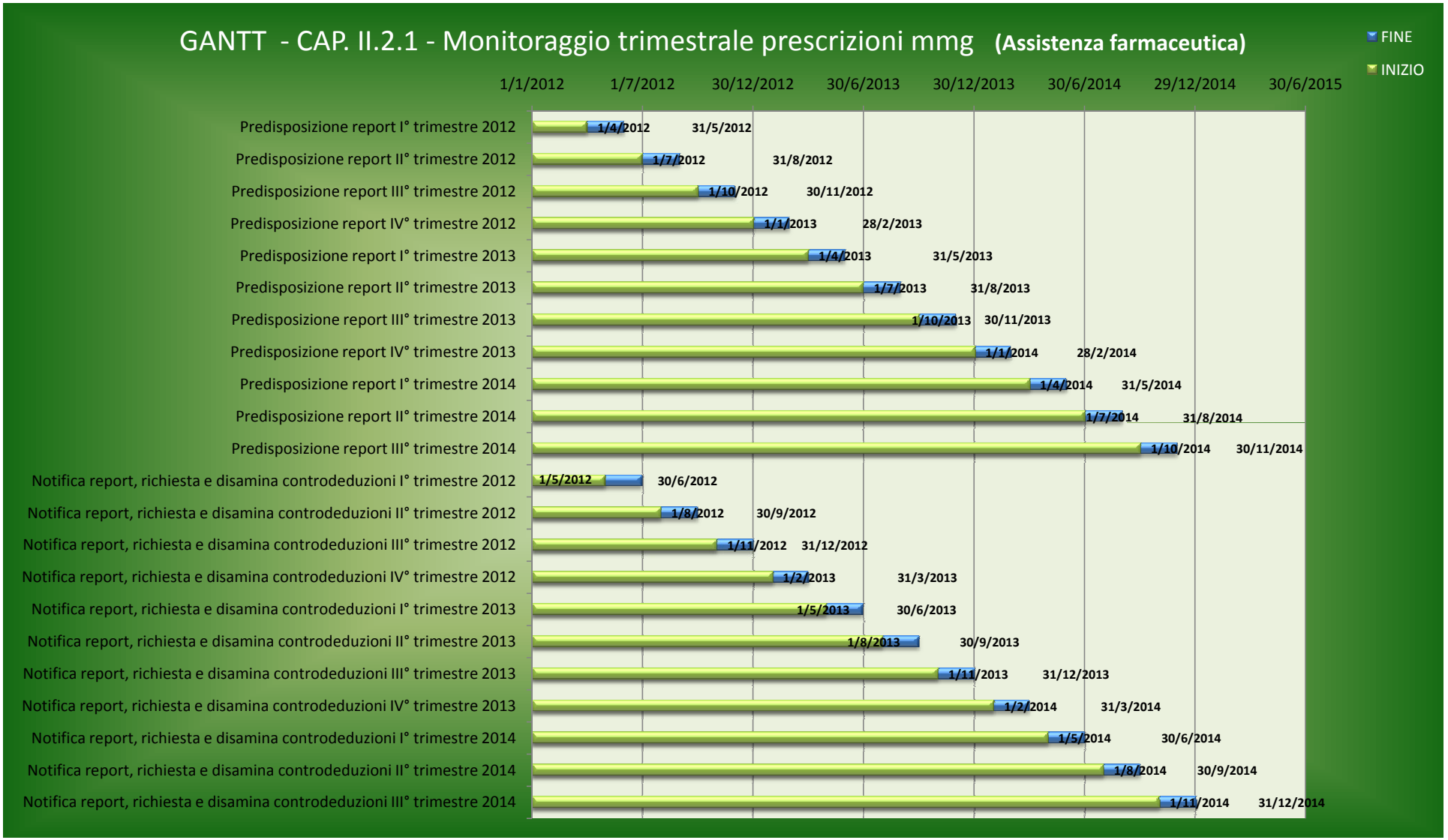
RSA DISTRETTO DI MARSALA	**PP.LL. a favore di anziani**	**PP.LL. a favore pazienti affetti da M. Alzheimer**	**Totale PP.LL**
Villa Morana Via Trapani – Marsala	30	19	49

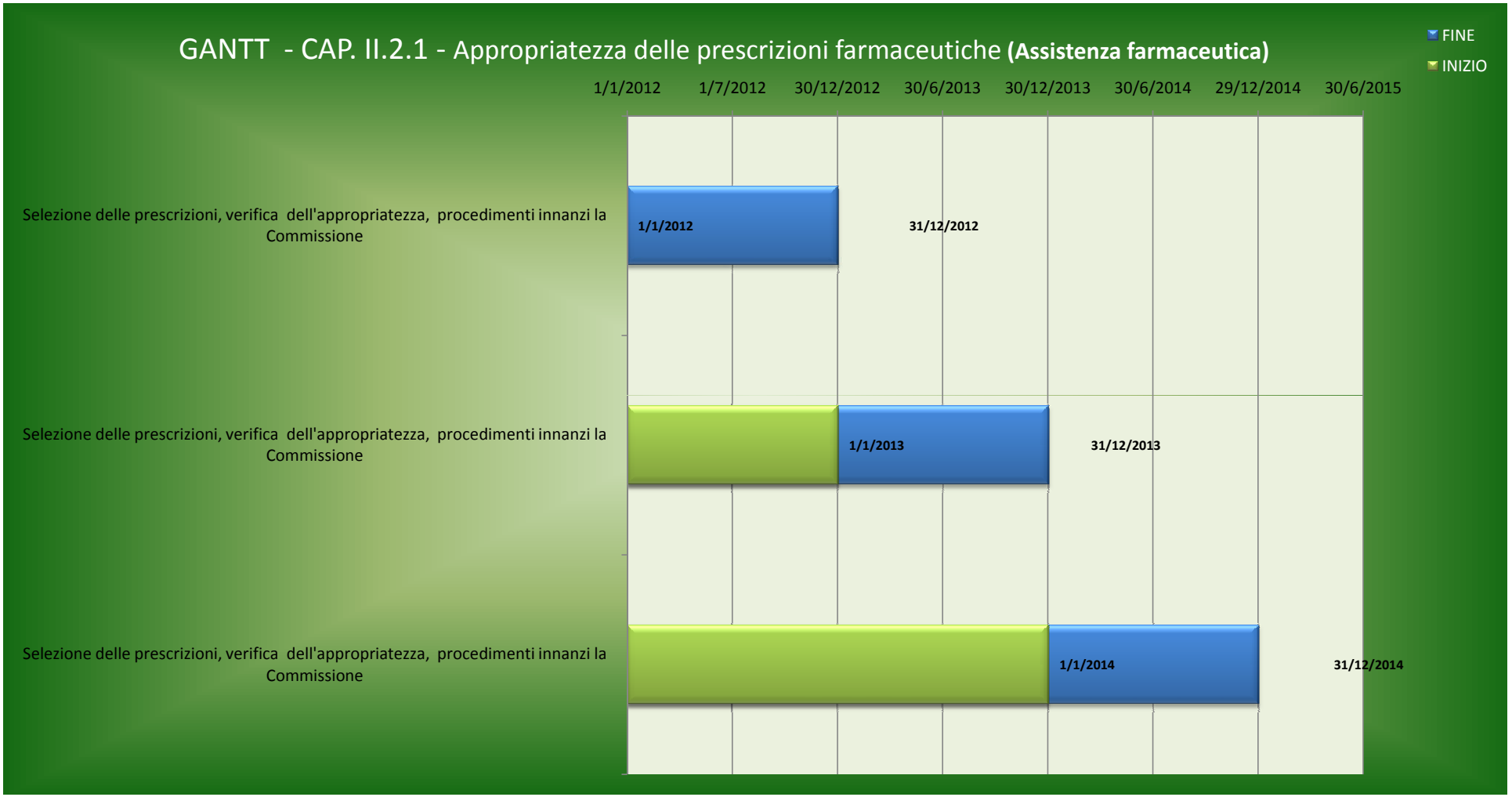
RSA DISTRETTO DI CASTELVETRANO	**PP.LL. a favore di anziani**	**PP.LL. a favore pazienti affetti da M. Alzheimer**	**Totale PP.LL**
C/O Presidio Ospedaliero di Castelvetrano	30	0	30

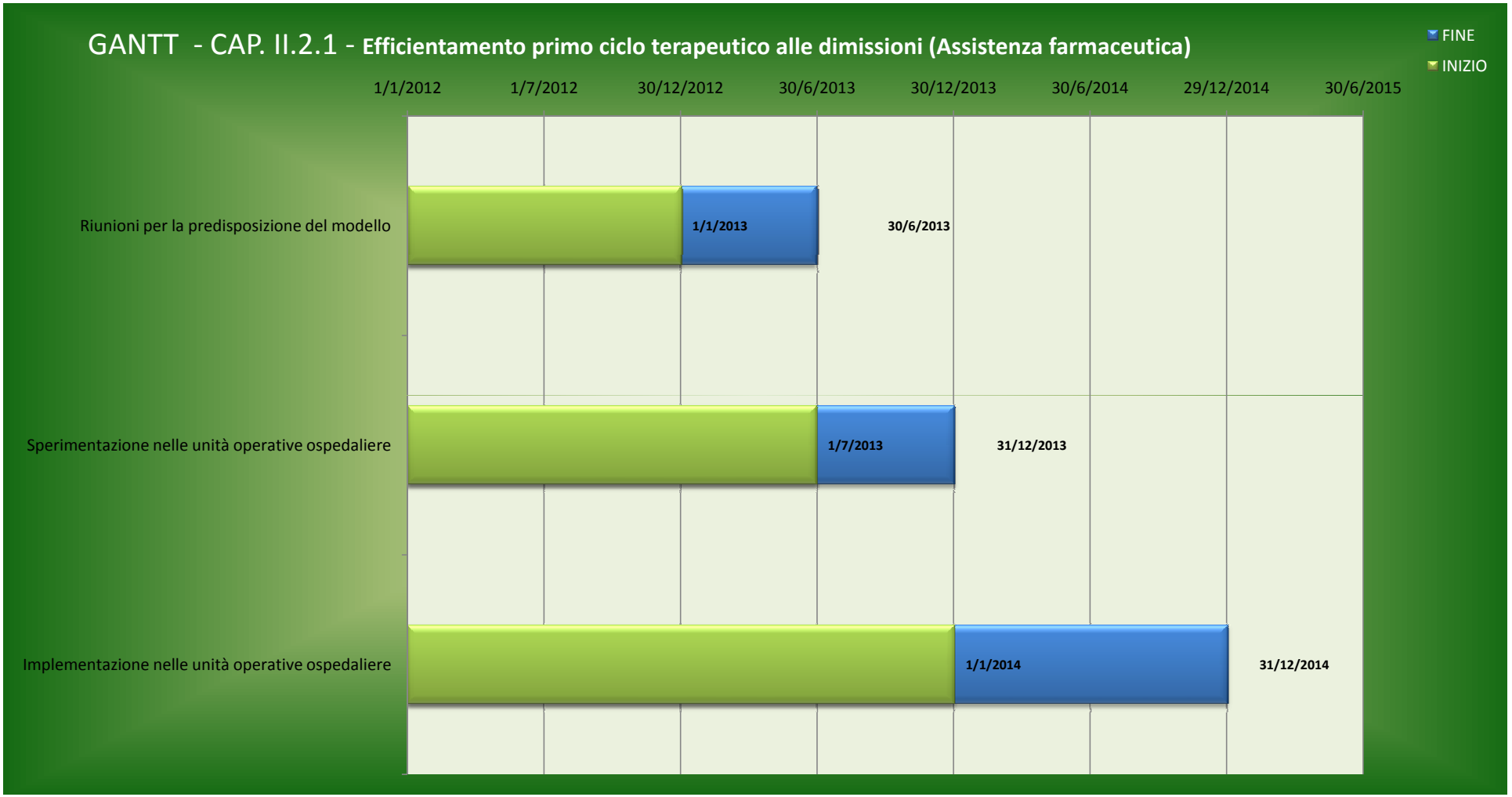
RSA DISTRETTO DI PANTELLERIA	**PP.LL. a favore di anziani**	**PP.LL. a favore pazienti affetti da M. Alzheimer**	**Totale PP.LL**
C/O Presidio Ospedaliero di Pantelleria	10	0	10

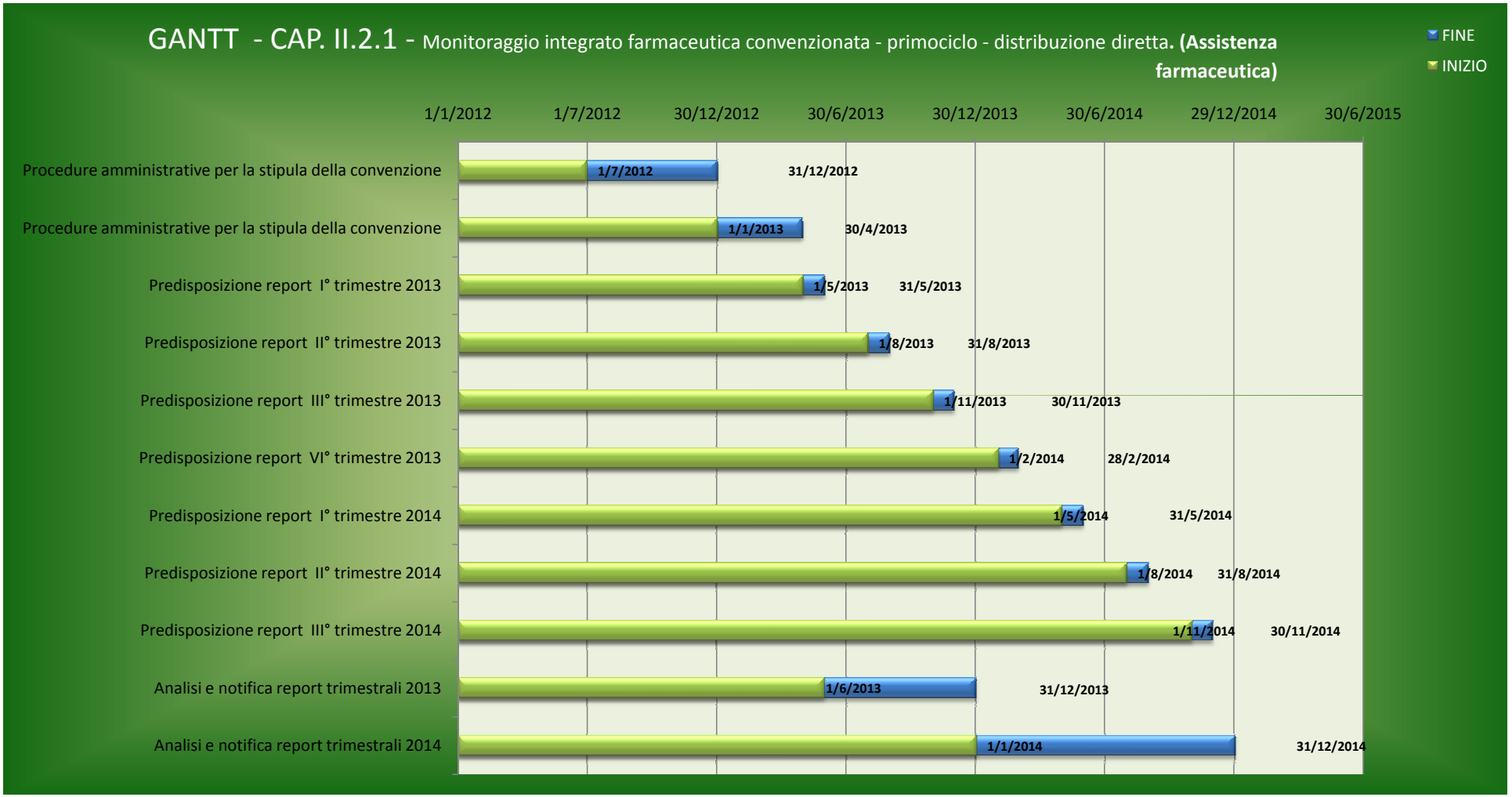

GANTT - CAP. II.2.1 - La rete dei servizi territoriali .....(PPI-P)
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
Piano ore per PPI-P
1/3/2012
31/3/2012
Accordo Integrativo Aziendale
1/4/2012
30/4/2012
Conferenze di servizio H/T e predisposizione Protocollo Operativo
1/4/2012
31/5/2012
Bando e Acquisizione istanze
1/5/2012
30/6/2012
Individuazione locali
1/4/2012
30/4/2012
Adeguamento locali
1/4/2012
31/5/2012
Dotazione Attrezzature sanitarie ed informatiche
1/4/2012
31/5/2012
Conferimento incarichi
1/7/2012
31/7/2012
Riunioni Distrettuali PLS
1/6/2012
31/7/2012
Avvio del servizio
1/7/2012
31/7/2012
Campagna Informativa sul servizio
1/7/2012
31/12/2012
Ricezione dati attività e monitoraggio
1/7/2012
31/12/2012

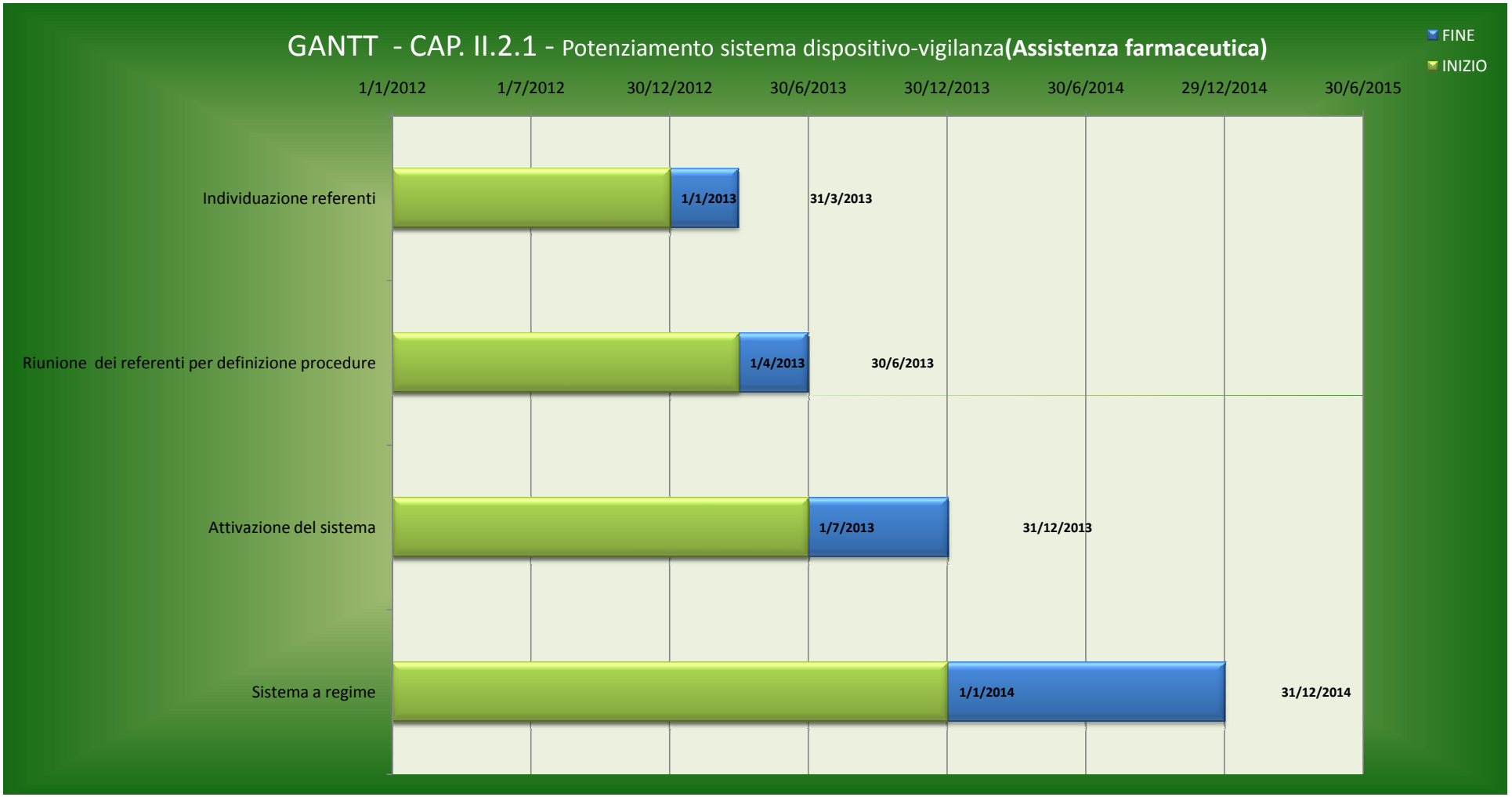

GANTT - CAP. II.2.1 - La rete dei servizi territoriali .....(ambulatori infermieristici)
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
Adozione di un nuovo modello organizzativo di gestione unificata di tutte le risorse infermieristiche assegnate al PTA/Distretto;
1/7/2012
31/12/2012
Avvio di ulteriori forme di integrazione con i diversi livelli assistenziali e organizzativi nei PTA/Distretti: PPI, PPI-P, AGI, PUA, UVM, Servizi Diagnostici, Uffici territoriali;
1/7/2012
31/12/2012
Monitoraggio di tutte le attività di raccolta, invio ed elaborazione dei dati per tipologia e accesso;
1/1/2012
31/12/2012
Monitoraggio di tutte le attività di raccolta, invio ed elaborazione dei dati per tipologia e accesso;
1/1/2013
31/12/2013
Mantenere un continum assistenziale tra l'Ospedale e l'assistenza territoriale mediante la collaborazione con l'Ufficio Territoriale;
1/1/2012
31/12/2012
Implementare il Follow up infermieristico, anche telefonico, con i pazienti cronici per eventuali consulti, monitoraggio parametri e assistenza farmacologica;
1/1/2012
31/12/2012
Implementare il Follow up infermieristico, anche telefonico, con i pazienti cronici per eventuali consulti, monitoraggio parametri e assistenza farmacologica;
1/1/2013
31/12/2013
Aggiornamento del Manuale sulla gestione dell'Ambulatorio Infermieristico;
1/1/2013
31/12/2013
Formazione /informazione rivolta a tutti i professionisti operanti sul territorio relativa all'implementazione dei nuovi percorsi organizzativi e assistenziali
1/1/2012
31/12/2012
Formazione /informazione rivolta a tutti i professionisti operanti sul territorio relativa all'implementazione dei nuovi percorsi organizzativi e assistenziali
1/1/2013
31/12/2013
Programmazione di almeno due incontri annuali;
1/1/2012
31/12/2012
Programmazione di almeno due incontri annuali;
1/1/2013
31/12/2013

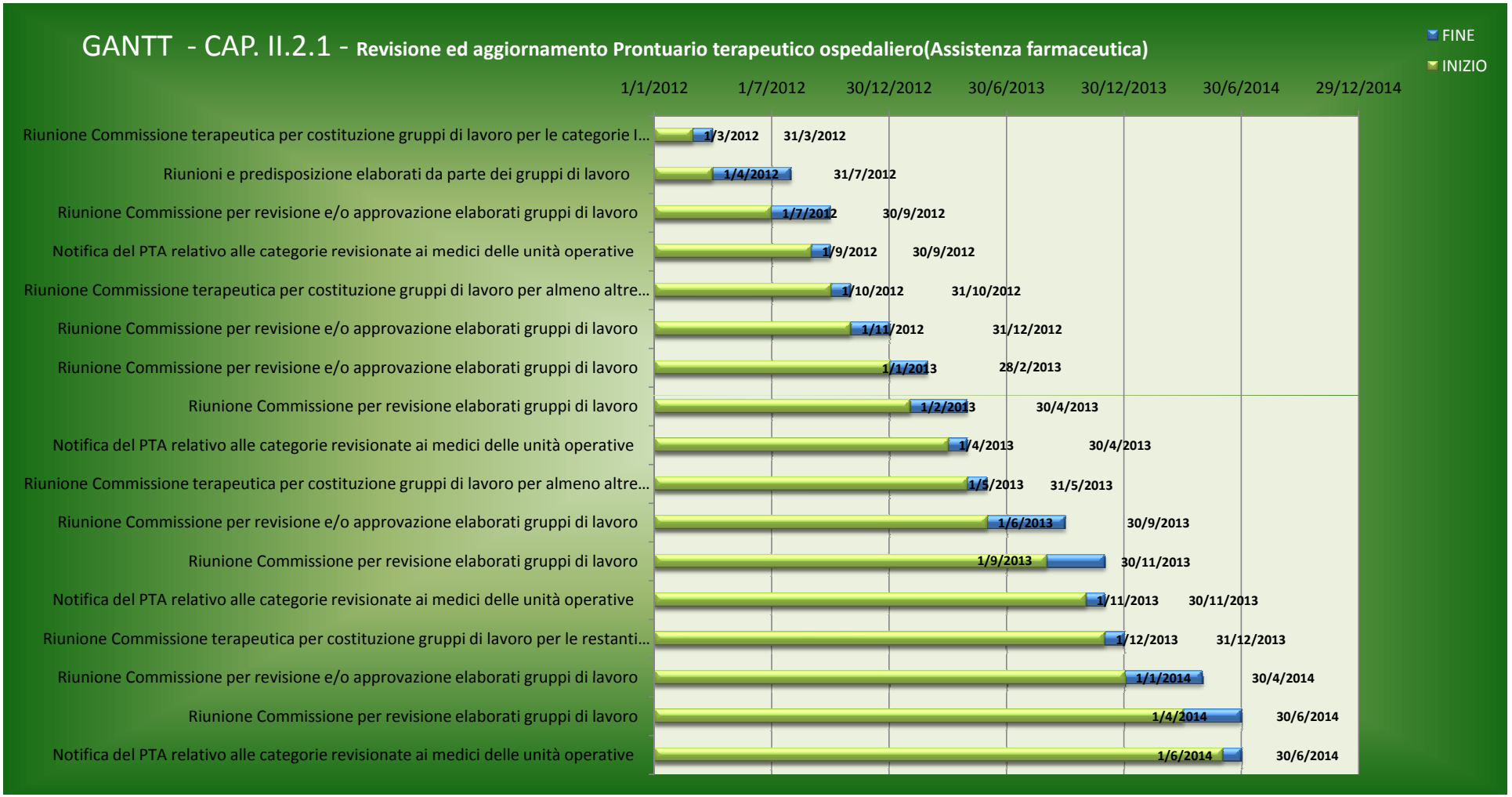

GANTT - CAP. II.2.1 - Monitoraggio trimestrale prescrizioni mmg (Assistenza farmaceutica)
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Predisposizione report I° trimestre 2012
1/4/2012
31/5/2012
Predisposizione report II° trimestre 2012
1/7/2012
31/8/2012
Predisposizione report III° trimestre 2012
1/10/2012
30/11/2012
Predisposizione report IV° trimestre 2012
1/1/2013
28/2/2013
Predisposizione report I° trimestre 2013
1/4/2013
31/5/2013
Predisposizione report II° trimestre 2013
1/7/2013
31/8/2013
Predisposizione report III° trimestre 2013
1/10/2013
30/11/2013
Predisposizione report IV° trimestre 2013
1/1/2014
28/2/2014
Predisposizione report I° trimestre 2014
1/4/2014
31/5/2014
Predisposizione report II° trimestre 2014
1/7/2014
31/8/2014
Predisposizione report III° trimestre 2014
1/10/2014
30/11/2014
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni I° trimestre 2012
1/5/2012
30/6/2012
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni II° trimestre 2012
1/8/2012
30/9/2012
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni III° trimestre 2012
1/11/2012
31/12/2012
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni IV° trimestre 2012
1/2/2013
31/3/2013
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni I° trimestre 2013
1/5/2013
30/6/2013
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni II° trimestre 2013
1/8/2013
30/9/2013
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni III° trimestre 2013
1/11/2013
31/12/2013
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni IV° trimestre 2013
1/2/2014
31/3/2014
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni I° trimestre 2014
1/5/2014
30/6/2014
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni II° trimestre 2014
1/8/2014
30/9/2014
Notifica report, richiesta e disamina controdeduzioni III° trimestre 2014
1/11/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. II.2.1 - Appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche (Assistenza farmaceutica)
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Selezione delle prescrizioni, verifica dell'appropriatezza, procedimenti innanzi la Commissione
1/1/2012
31/12/2012
Selezione delle prescrizioni, verifica dell'appropriatezza, procedimenti innanzi la Commissione
1/1/2013
31/12/2013
Selezione delle prescrizioni, verifica dell'appropriatezza, procedimenti innanzi la Commissione
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. II.2.1 - Efficientamento primo ciclo terapeutico alle dimissioni (Assistenza farmaceutica)
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Riunioni per la predisposizione del modello
1/1/2013
30/6/2013
Sperimentazione nelle unità operative ospedaliere
1/7/2013
31/12/2013
Implementazione nelle unità operative ospedaliere
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. II.2.1 - Monitoraggio integrato farmaceutica convenzionata - primociclo - distribuzione diretta. (Assistenza farmaceutica)
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Procedure amministrative per la stipula della convenzione
1/7/2012
31/12/2012
Procedure amministrative per la stipula della convenzione
1/1/2013
30/4/2013
Predisposizione report I° trimestre 2013
1/5/2013
31/5/2013
Predisposizione report II° trimestre 2013
1/8/2013
31/8/2013
Predisposizione report III° trimestre 2013
1/11/2013
30/11/2013
Predisposizione report VI° trimestre 2013
1/2/2014
28/2/2014
Predisposizione report I° trimestre 2014
1/5/2014
31/5/2014
Predisposizione report II° trimestre 2014
1/8/2014
31/8/2014
Predisposizione report III° trimestre 2014
1/11/2014
30/11/2014
Analisi e notifica report trimestrali 2013
1/6/2013
31/12/2013
Analisi e notifica report trimestrali 2014
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. II.2.1 - Potenziamento sistema dispositivo-vigilanza(Assistenza farmaceutica)
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Individuazione referenti
1/1/2013
31/3/2013
Riunione dei referenti per definizione procedure
1/4/2013
30/6/2013
Attivazione del sistema
1/7/2013
31/12/2013
Sistema a regime
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. II.2.1 - Revisione ed aggiornamento Prontuario terapeutico ospedaliero(Assistenza farmaceutica)
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
Riunione Commissione terapeutica per costituzione gruppi di lavoro per le categorie I...
1/3/2012
31/3/2012
Riunioni e predisposizione elaborati da parte dei gruppi di lavoro
1/4/2012
31/7/2012
Riunione Commissione per revisione e/o approvazione elaborati gruppi di lavoro
1/7/2012
30/9/2012
Notifica del PTA relativo alle categorie revisionate ai medici delle unità operative
1/9/2012
30/9/2012
Riunione Commissione terapeutica per costituzione gruppi di lavoro per almeno altre...
1/10/2012
31/10/2012
Riunione Commissione per revisione e/o approvazione elaborati gruppi di lavoro
1/11/2012
31/12/2012
Riunione Commissione per revisione e/o approvazione elaborati gruppi di lavoro
1/1/2013
28/2/2013
Riunione Commissione per revisione elaborati gruppi di lavoro
1/2/2013
30/4/2013
Notifica del PTA relativo alle categorie revisionate ai medici delle unità operative
1/4/2013
30/4/2013
Riunione Commissione terapeutica per costituzione gruppi di lavoro per almeno altre...
1/5/2013
31/5/2013
Riunione Commissione per revisione e/o approvazione elaborati gruppi di lavoro
1/6/2013
30/9/2013
Riunione Commissione per revisione elaborati gruppi di lavoro
1/9/2013
30/11/2013
Notifica del PTA relativo alle categorie revisionate ai medici delle unità operative
1/11/2013
30/11/2013
Riunione Commissione terapeutica per costituzione gruppi di lavoro per le restanti...
1/12/2013
31/12/2013
Riunione Commissione per revisione e/o approvazione elaborati gruppi di lavoro
1/1/2014
30/4/2014
Riunione Commissione per revisione elaborati gruppi di lavoro
1/4/2014
30/6/2014
Notifica del PTA relativo alle categorie revisionate ai medici delle unità operative
1/6/2014
30/6/2014

II.3 L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera

L'evolversi del quadro epidemiologico, il potenziamento dei servizi sanitari territoriali di prevenzione e cura delle patologie croniche nonché delle loro complicanze maggiori e la disponibilità di nuove tecnologie in contesti extraospedalieri, impongono il progressivo cambiamento dei profili dei ricoveri, restituendo all'ospedale la sua funzione storica e fondamentale di struttura per acuti, attraverso strategie orientate a migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, a valorizzare l'appropriatezza dei servizi territoriali e sviluppando l'articolazione dei servizi sanitari in un'ottica di integrazione tra ospedale e territorio. Per il 2012 l'ASP di Trapani deve contenere il tasso di ospedalizzazione entro i 165 ricoveri per 1000 abitanti.

-La gestione delle acuzie

La riprogettazione della rete ospedaliera deve svilupparsi lungo due linee direttrici:

- Potenziamento delle funzioni proprie delle strutture di ricovero per acuti;
- Riqualificazione dell'offerta con riduzione delle aree con maggior grado di inappropriatezza.

Il ricorso all'ospedalizzazione deve essere riconducibile esclusivamente alle seguenti motivazioni:

- Evento acuto che richiede prestazioni di urgenza o di emergenza;
- Necessità di inquadramento diagnostico;
- Esecuzione di procedure che richiedono professionalità e tecnologie non disponibili nei servizi territoriali (ricoveri programmati).

L'applicazione dei principi citati porterà ad una significativa appropriatezza dell'uso dell'ospedale come *"struttura di ricovero per acuti"* e contemporaneamente ad una riqualificazione dell'offerta ospedaliera con innalzamento della qualità garantita, un potenziamento della capacità attrattiva dei servizi e del grado di soddisfazione dell'utenza.

Nell'ambito delle attività volte al miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali ed in particolare di quelle attività che rivestono valenza nazionale oltre che regionale, l'ASP di Trapani, nel corso del 2012 vuole conseguire target di riferimento che consentano un significativo miglioramento rispetto agli anni precedenti per le seguenti attività;

•Tempestività per gli interventi per la frattura del femore nei pazienti over 65;
•Contrazione dell'incidenza dei parti cesarei in particolare sulle donne non precesarizzate;
•Tempestività nell'effettuazione dei PTCA negli infarti del miocardio che lo richiedono.

-Le reti assistenziali

Negli ultimi anni si sono diffuse le "reti assistenziali", uno strumento di innovazione del sistema in termini di efficacia, efficienza e qualità. La logica di rete rappresenta un campo di sfida sulle politiche sanitarie ed è uno strumento per mantenere vivi i presupposti di equità ed etica che hanno sempre contraddistinto il sistema sanitario italiano. Le "reti assistenziali" sono ritenute un ambito prioritario di intervento. Esse, infatti, rispondono all'esigenza di superare la frammentarietà dell'assistenza, fornendo, anche tramite un uso significativo dell'ICT aziendale:

- Al cittadino maggiori garanzie di continuità per la gestione dei propri problemi di salute anche in riferimento all'umanizzazione delle cure;
- Al sistema garanzie di efficienza che evitino inutili sperperi di risorse;

- Ai professionisti garanzie di sviluppo di “competenze distintive” appropriate e coerenti con le funzioni svolte.

L’assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti integrate prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB) che trattino volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell’assistenza erogata ed il miglior utilizzo delle risorse organizzative e tecnologiche disponibili. L’attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (SPOKE) che assicurano l’assistenza per la casistica a minor grado di complessità. Le caratteristiche che contraddistinguono il modello sono:

- Minima congestione;
- Forte specializzazione;
- Miglioramento del grado do cooperazione e minima competizione;
- Massima efficienza tecnica;
- Minima ridondanza;
- Concentrazione della casistica;
- Tempestività di invio dalla periferia.

L’ attuazione del nuovo modello delle “reti assistenziali” comporterà modifiche delle relazioni funzionali attualmente esistenti.

-La riabilitazione e la lungodegenza

La Lungodegenza e la riabilitazione sono riservate a quei pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia ma che hanno ancora bisogno di permanere in ospedale per un ulteriore periodo di osservazione e terapia.
L'offerta assistenziale prevede la prosecuzione del programma terapeutico ai fini di una ulteriore stabilizzazione clinica del paziente " fragile", la massima valorizzazione possibile delle abilità residue, la facilitazione del percorso per il rientro a domicilio del paziente, sia tramite il necessario addestramento dei familiari, sia tramite la valutazione collegiale dei bisogni del paziente stesso con gli operatori che operano nei servizi territoriali (per esempio Servizio Assistenza Domiciliare Integrata, Unità Valutazione Geriatrica, Medici di Medicina Generale ecc).
L’ASP di Trapani, così come già fatto negli anni precedenti, intende potenziare complessivamente le funzioni ospedaliere di lungodegenza e riabilitazione attraverso l’attivazione di tutti i posti letto specifici previsti e l’attuazione di percorsi organizzativi a garanzia della continuità assistenziale post-acuzie

II.3 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.3.1	**La Gestione dell'Acuzie**	Appropriatezza dell'uso dell'ospedale come struttura di ricovero per acuti	Riduzione dei ricoveri inappropriati e miglioramento di tutti gli indicatori di performance dell'assistenza ospedaliera	Analisi dei ricoveri inappropriati e contenimento degli stessi sotto la media regionale; Attivazione presso i pronto soccorso dell'O.B.I. nei PP.OO. di Trapani: 8 posti (31/12/2013) ,Marsala, Castelvetrano:4 posti (entro 2014), Mazara: 8 posti (entro 2012) e Pantelleria: 4 posti (entro 2012);attivazione dei posti letto previsti per il MCAU nel P.O. di Trapani; applicazione del D.A.12.8.2011 con implementazione dell'attività di Day-Service.	Capo Dipartimento di Emergenza e Urgenza,Direttori UU.OO MCAU e responsabili U.O.S. di pronto Soccorso per la parte gestionale e organizzativa;U.O.C. Gestione Tecnica per la parte strutturale;U.O.C. Provveditorato per le attrezzature U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	entro il 2014 spostamento della camera iperbarica presso il magazzino generale.
		Riqualificazione dell'offerta ospedaliera:innalzamento della qualità dell'offerta e potenziamento della capacità attrattiva dei servizi del grado di soddisfazione degli utenti	Miglioramento degli esiti delle prestazioni	Miglioramento dei seguenti indicatori: - Interventi per frattura del femore nei pazienti over 65 - >= 50% nelle 48 ore - Incidenza dei parti cesarei sulle donne non precesarizzate - <= 20% - PTCA negli IMA - >= 50% nelle 24 ore	Direttori UU.OO. di Ortopedia, Anestesia, Cardiologia, , Ostetricia e Ginecologia, Direttori dei Dipartimenti coinvolti UU.OO.CC. Radiologia – patologia Clinica – Pronto Soccorso e U.O.S. Servizio Infermieristico	Entro il 2012
			Riduzione dei ricoveri ripetuti da contenere entro la soglia del 5%	**INTERVENTI PRE-DIMISSIONE** 1) Educazione del paziente mediante: raccomandazioni cliniche. 2) "Riconciliazione" delle terapie farmacologiche: processo che, a partire dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente (ricognizione) e quelli che dovrebbero essere somministrati, permette di definire una prescrizione farmacologica appropriata e sicura. 3) Programmazione di un appuntamento di follow-up.	Capi Dipartimento e Direttori delle UU.OO.; Capi Distretti Sanitari, SIL	entro il 2013

II.3 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.3.1	**La Gestione dell'Acuzie**	Riqualificazione dell'offerta ospedaliera:innalzamento della qualità dell'offerta e potenziamento della capacità attrattiva dei servizi del grado di soddisfazione degli utenti	Riduzione dei ricoveri ripetuti da contenere entro la soglia del 5%	**INTERVENTI POST-DIMISSIONE** 1)Comunicazione alla dimissione al medico di medicina generale e per patologie quali lo scompenso cardiaco,il diabete mellito e le BPCO anche al Distretto Sanitario di tutte le informazioni relative al paziente e coinvolgimento degli uffici territoriali. 2) Presa in carico tempestiva e follow-up da parte del Distretto Sanitario/PTA/PUA. **INTERVENTI NEL CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO** Tramite gli uffici territoriali presenti nei P.O. per la dimissione protetta del paziente e raccordo con i PUA	Capi Dipartimento e Direttori delle UU.OO.; Capi Distretti Sanitari, SIL	entro il 2013
			Riduzione delle liste di attesa	- L'abbattimento delle liste di attesa passa non solo dal potenziare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali ma soprattutto da un governo della domanda. A tal fine sarà utilizzata EBM (medicina basata sull'evidenza) per creare dei percorsi diagnostici terapeutici condivisi con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta,specialisti territoriali ed ospedalieri al fine di ridurre le prestazioni inappropriate e si adotteranno dei sistemi di verifica mediante indicatori per valutare la compliance raggiunta al fine di utilizzare sistemi premianti e/o disincentivanti. Inoltre non appena sarà implementato il sistema dei R.A.O.(Raggruppamento di Attesa Omogeneo) l'azienda si farà promotrice per la sua applicazione	Coordinatore Sanitario Area Territoriale, Capo Dipartimento dei Servizi, Coordinatori Sanitari Distretti Ospedalieri, Coordinatore CUP Provinciale;Capo Settore Personale	entro il 2012

II.3 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.3.1	**La Gestione dell'Acuzie**	Riqualificazione dell'offerta ospedaliera:innalzamento della qualità dell'offerta e potenziamento della capacità attrattiva dei servizi del grado di soddisfazione degli utenti	Riduzione delle liste di attesa	- L'area sanitaria territoriale verificherà la corretta applicazione del D.A. 12.8.2010 : "regolamento di gestione delle prescrizioni" al fine di verificare che nel ricettario del SSN sia sempre presente: 1.La diagnosi; 2.Il livello di priorità; 3.L'indicazione se si tratta di prescrizione suggerita dallo specialista e, in questo caso, dovrà riportare,nello spazio accanto al codice ASL, la sigla della provincia e il numero dell'ordine dei medici del soggetto che ha suggerito la prescrizione; -Si metteranno in atto meccanismi organizzativi al fine di garantire i tempi massimi di attesa, di cui al D.A. 30.6.2011, concentrando le maggiori energie sul sistema delle prestazioni critiche;le apparecchiature di diagnostica radiologica maggiore garantiranno una risposta alle richieste interne per i pazienti ricoverati e per le consulenze dell'area di emergenza nell'arco h/24 e riserveranno nelle fasce orarie 8-20 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8 alle ore 14 del sabato delle ore per le prestazioni da rendere ai pazienti esterni in regime ambulatoriale. -Integrare l'offerta della specialistica ambulatoriale attraverso una rete intraterritoriale e ospedale-territorio, riservando agli ambulatori ospedalieri le prestazioni specialistiche di secondo livello e/o quelle a maggior complessità ed indirizzare agli ambulatori distrettuali quelli di primo livello e a minor complessità ; le prestazioni di seguito elencate saranno garantite prevalentemente dagli ambulatori distrettuali e dai PTA:	Coordinatore Sanitario Area Territoriale, Capo Dipartimento dei Servizi, Coordinatori Sanitari Distretti Ospedalieri, Coordinatore CUP Provinciale;Capo Settore Personale; U.O.S. ICT	entro il 2013

II.3 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.3.1	**La Gestione dell'Acuzie**	Riqualificazione dell'offerta ospedaliera:innalzamento della qualità dell'offerta e potenziamento della capacità attrattiva dei servizi del grado di soddisfazione degli utenti	Riduzione delle liste di attesa	1.Visita oculistica per prescrizioni lenti correttive; 2.Visita ORL; 3.Visita dermatologica; 4.Visita neurologica; 5.Visita cardiologica ed ECG; 6.Visita ortopedica; 7.Visite chirurgiche; 8.Visite urologiche; 9.Visite nefrologiche; 10.Rx diagnostica tradizionale; - Per le prestazioni di laboratorio, si già realizzato quanto previsto dal D.A. n.62/2009, sono stati individuati nella provincia di Trapani i laboratori "ca" (centralizzato), "p+a" (prelievo e analisi) ,"pp" (punto prelievo) concentrando gli esami diagnostici più complessi nei laboratori "ca" del Presidio Ospedaliero di Trapani e Marsala, che saranno potenziati dal punto di vista organico, i laboratori "ca" effettuano dei prelievi per qualsiasi esame,anche complesso, in qualunque "pp" o "p+a" (localizzati nei Presidi Ospedalieri di: Mazara del Vallo, Salemi, Castelvetrano, Alcamo, Pantelleria) vengono effettuati gli esami di "base" ed inviano quelli complessi ai punti "ca" ,evitando che il paziente debba spostarsi per cui si sta attuando un collegamento in rete tra i laboratori centrali e i punti prelievo periferici al fine di permettere la tempestiva restituzione dei risultati in periferia.	Coordinatore Sanitario Area Territoriale, Capo Dipartimento dei Servizi, Coordinatori Sanitari Distretti Ospedalieri, Coordinatore CUP Provinciale;Capo Settore Personale U.O.C. Patologia Clinica Trapani	entro il 2012 entro il 2012

II.3 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.3.1	**La Gestione dell'Acuzie**	Riqualificazione dell'offerta ospedaliera:innalzamento della qualità dell'offerta e potenziamento della capacità attrattiva dei servizi del grado di soddisfazione degli utenti	Riduzione delle liste di attesa	- Implementare gli sportelli unici per le patologie croniche presso i PTA al fine di decongestionare gli ambulatori ospedalieri: in atto sono stati attivati presso i PTA di Trapani e di Salemi ed entro il 2012 saranno attivati presso i Distretti di Pantelleria e di Castelvetrano; - Utilizzo della libera professione per abbattere le liste di attesa soprattutto per quelle prestazioni specialistiche a più lunga lista di attesa e per le apparecchiatura a più alto grado tecnologico: per cui come previsto dal D.A. 19.8.2011, l'ASP di Trapani informerà L'Assessorato per la Salute (Servizio 5: Qualità,Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti) per l'effettuazione di quelle prestazioni a cui intende ricorre utilizzando l'ALPI. - In appositi tavoli tecnici, con gli specialisti ambulatoriali accreditati, si contratterà l'implementazione delle prestazioni specialistiche che hanno maggiore lista di attesa. In atto si sta già procedendo per le prestazione che superano le liste di attesa previste: Ecografie, Ecocolordoppler, TAC, RMN, e Mammografie l'invio presso i centri specialistici accreditati. - CUP unico provinciale inserendo anche i medici e le strutture convenzionate	Coordinatore Sanitario Area Territoriale, , Capo Dipartimento dei Servizi, Coordinatori Sanitari Distretti Ospedalieri, Coordinatore CUP Provinciale;Capo Settore Personale	entro il 2012

II.3 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.3.1	**La Gestione dell'Acuzie**	Riqualificazione dell'offerta ospedaliera:innalzamento della qualità dell'offerta e potenziamento della capacità attrattiva dei servizi del grado di soddisfazione degli utenti	Implementazione di setting assistenziali alternativi al ricovero	Trattamento dei pazienti in O.B.I.al fine di ridurre i ricoveri impropri - Ridurre i ricoveri nei reparti per acuti attivando i posi letto di lungodegenza e riabilitazione; - Ridurre le giornate di degenza, nei reparti per acuti,mediante la dimissione protetta dei pazienti utilizzando sistemi alternativi di ricovero quali le RSA e l' Hospice; - Utilizzo del Day Services, secondo quanto previsto dal D.A. 12.8.2011, per ridurre i ricoveri ospedalieri - Attivazione dei posti letto della SUAP presso il P.O. di Salemi - Attivazione del PTE presso il P.O. di Alcamo entro l'anno 2013 - Attivazione del PTE presso il P.O. di Pantelleria entro l'anno 2012 - Trasferimento al territorio dei pazienti affetti da patologie croniche quali: scompenso cardiaco,diabete mellito,BPCO, attraverso percorsi assistenziali integrati ospedale territorio - Attivazione di 8 posti letto per il trattamento dei pazienti affetti da autismo presso il P.O. di Alcamo entro il 2013	Capo Dipartimento di Emergenza, responsabile di Distretto,Direttori delle UU.OO	Entro il 2012 creazione di percorsi integrati per le patologie croniche; entro il 2014 attivare i posti letto della SUAP presso il P.O. di Salemi; entro il 2013 completare l'attivazione dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione;
			Riduzione della mobilità passiva extraregionale	La mobilità passiva extraregionale della provincia di Trapani è dovuta principalmente a pazienti oncologici, pazienti con patologie urologiche, ortopediche e oftalmologiche. La prima azione è quella di completare le piante organiche di queste UU.OO. coprendo sia i posti di dirigente medico che quelli di Direttore. L'U.O. di Oftalmologia di Trapani viene individuata quale HUB della Patologia retinica, le Oftalmologie di Marsala e di	Capo Dipartimento di Chirurgia ; Direttori UU.OO. interessate; Capo Settore Personale Direttore Dipartimento Oncologico	Individuazione HUB entro il 2012,

II.3 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

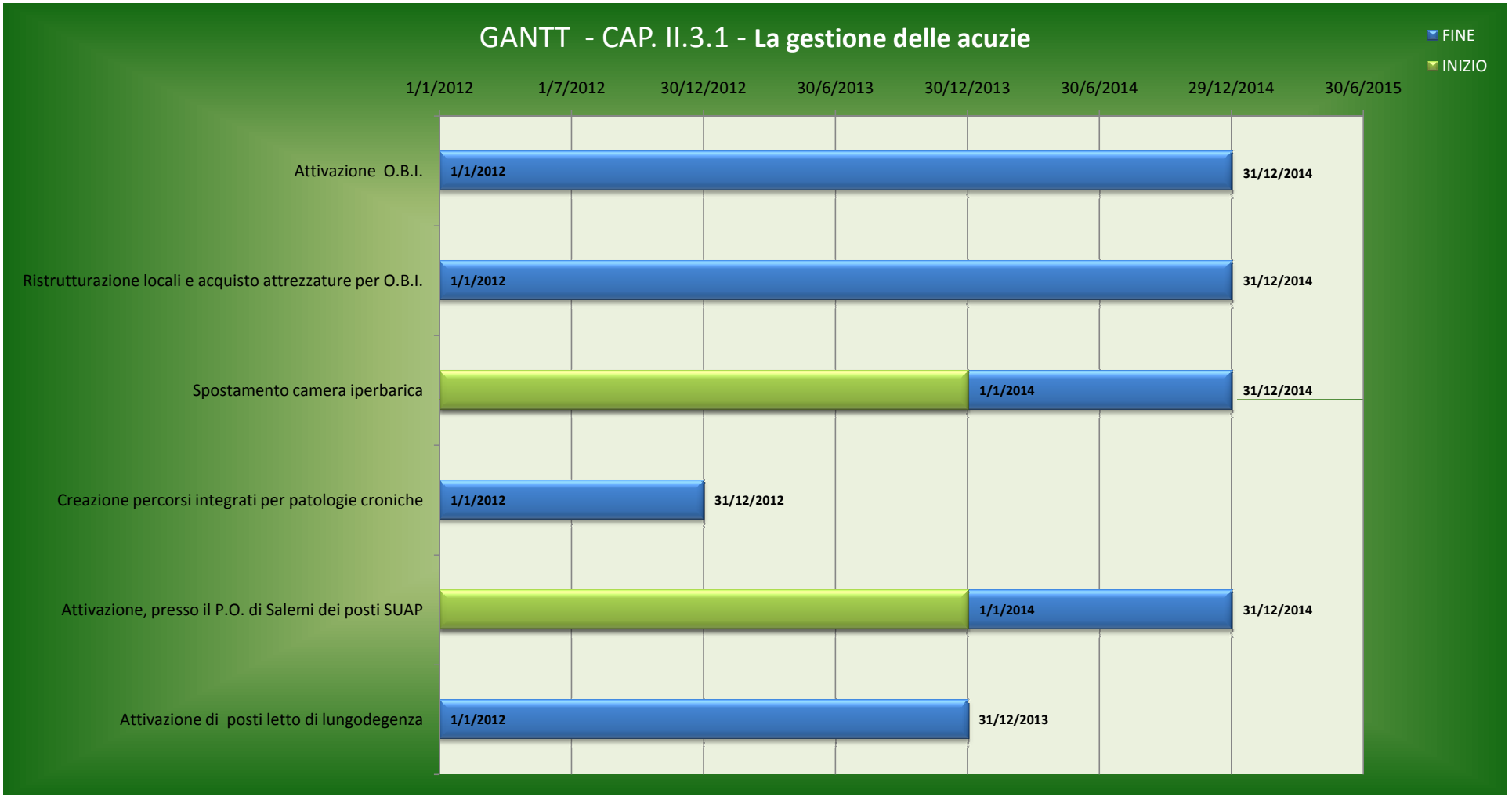
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.3.1	**La Gestione dell'Acuzie**	Riqualificazione dell'offerta ospedaliera:innalzamento della qualità dell'offerta e potenziamento della capacità attrattiva dei servizi del grado di soddisfazione degli utenti	Riduzione della mobilità passiva extraregionale	Mazara vengono individuate quali centri di riferimento per la patologia del cristallino. Sarà attivato il dipartimento oncologico previsto nel documento di organizzazione; l' U.O. di Ortopedia del P.O. di Trapani viene individuata quale HUB per la Patologia del Ginocchio-, mentre quella di Marsala quale HUB per la patologia del Rachide. L'U.O. di Urologia del P.O. di Trapani viene individuata quale HUB per la Patologia della prostata mentre quella di Marsala per le patologie delle vie urinarie.	Capo Dipartimento di Chirurgia ; Direttori UU.OO. interessate; Capo Settore Personale	Individuazione HUB entro il 2012,
II.3.2	**Le reti assistenziali**	Ridisegno dell'offerta secondo gli standard e i criteri esposti nel capitolo 6.1 del PSR e tenendo conto del modello hub & spoke	Partecipazione delle strutture aziendali alle reti assistenziali (individuazione dei livelli assistenziali all'interno della rete ed implementazione dei relativi percorsi)	Con D.A. 9.6.2011 l'U.O. di Cardiologia del P.O. di Trapani è stata individuata quale HUB per la rete dell'Infarto e le UU.OO. di Marsala, Alcamo, Castelvetrano e Mazara quali centri SPOKE.;Il P.O. di Trapani, con D.A. 12.12.2011 è stato individuato quale centro HUB per la malattia celiaca; Il Servizio di Talassemia del P.O. di Trapani è stato individuato quale centro di 1° livello per il trattamento delle emoglobinopatie; L'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Trapani è stata individuata quale centro HUB per la terapia del dolore mentre le UU.OO. di Marsala e di Castelvetrano quali centri Spoke; Con D.A. 2.12.2011 l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Trapani è stata individuata quale centro di 2° livello e centro STAM mente le UU.OO. di Castelvetrano e di Marsala quali centri di 1° livello; L'U.O. di Neonatologia con UTIN del P.O. di Trapani è stata individuata quale centro di 2° livello e centro STEN mente le UU.OO. di Pediatria del P.P.OO. di Marsala e Castelvetrano quali centri di 1° livello. Il D.A. 18.9.2009 ha individuato la rete Nefrologica con il P.O. di Trapani quale centro HUB e quali centri Spoke: Marsala, Castelvetrano ; con D.A. 12.6.2009 è stata individuata la rete dei	Capi dipartimento: Materno Infantile, dei servizi,Medicina, Chirurgia e Direttori UU.OO. interessate, Gestione Tecnica.Provveditorato	entro il 2012 attivazione dei centri HUB ed entro 2014 accreditamento della Medicina Trasfusionale

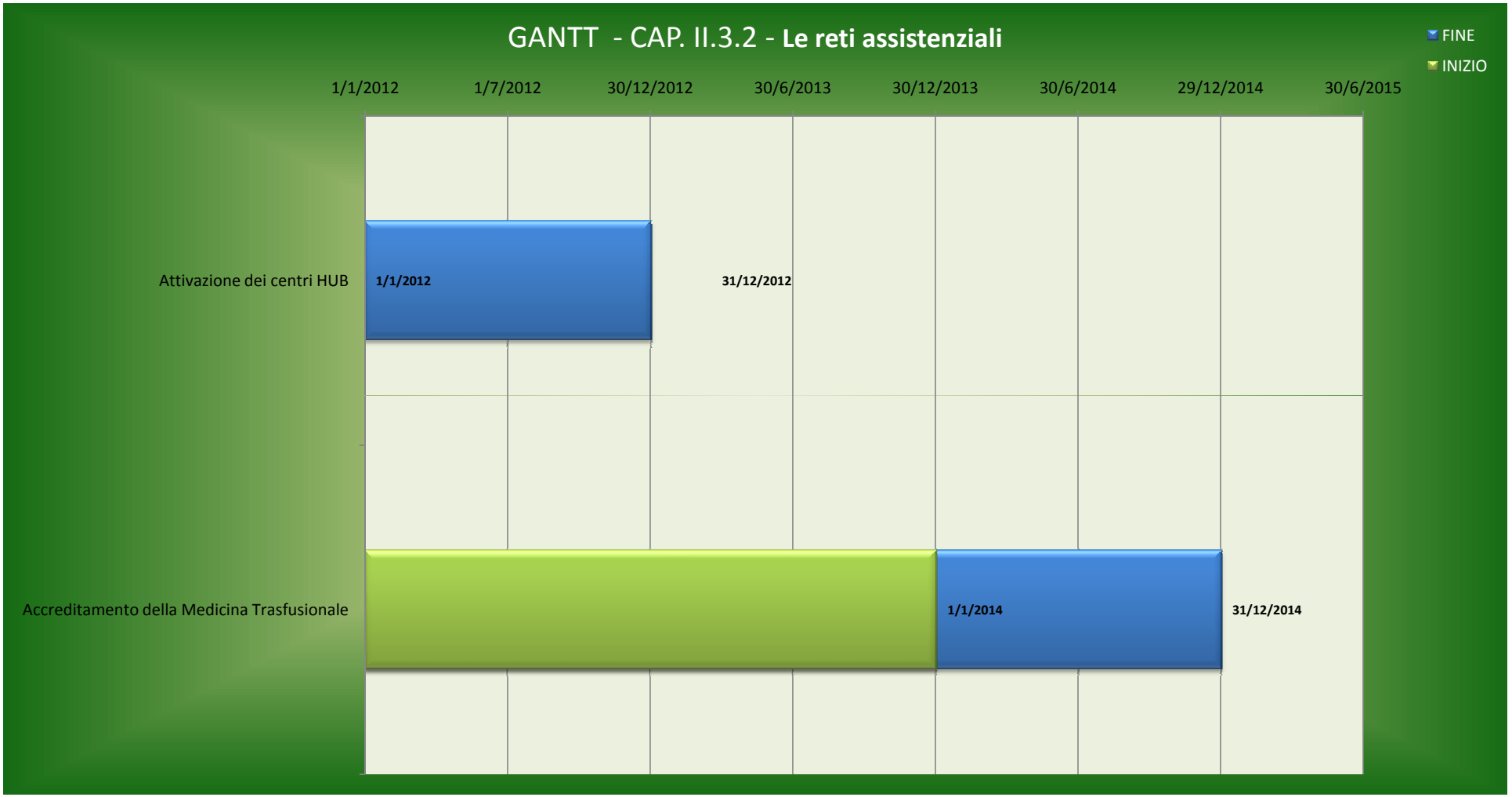
II.3 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

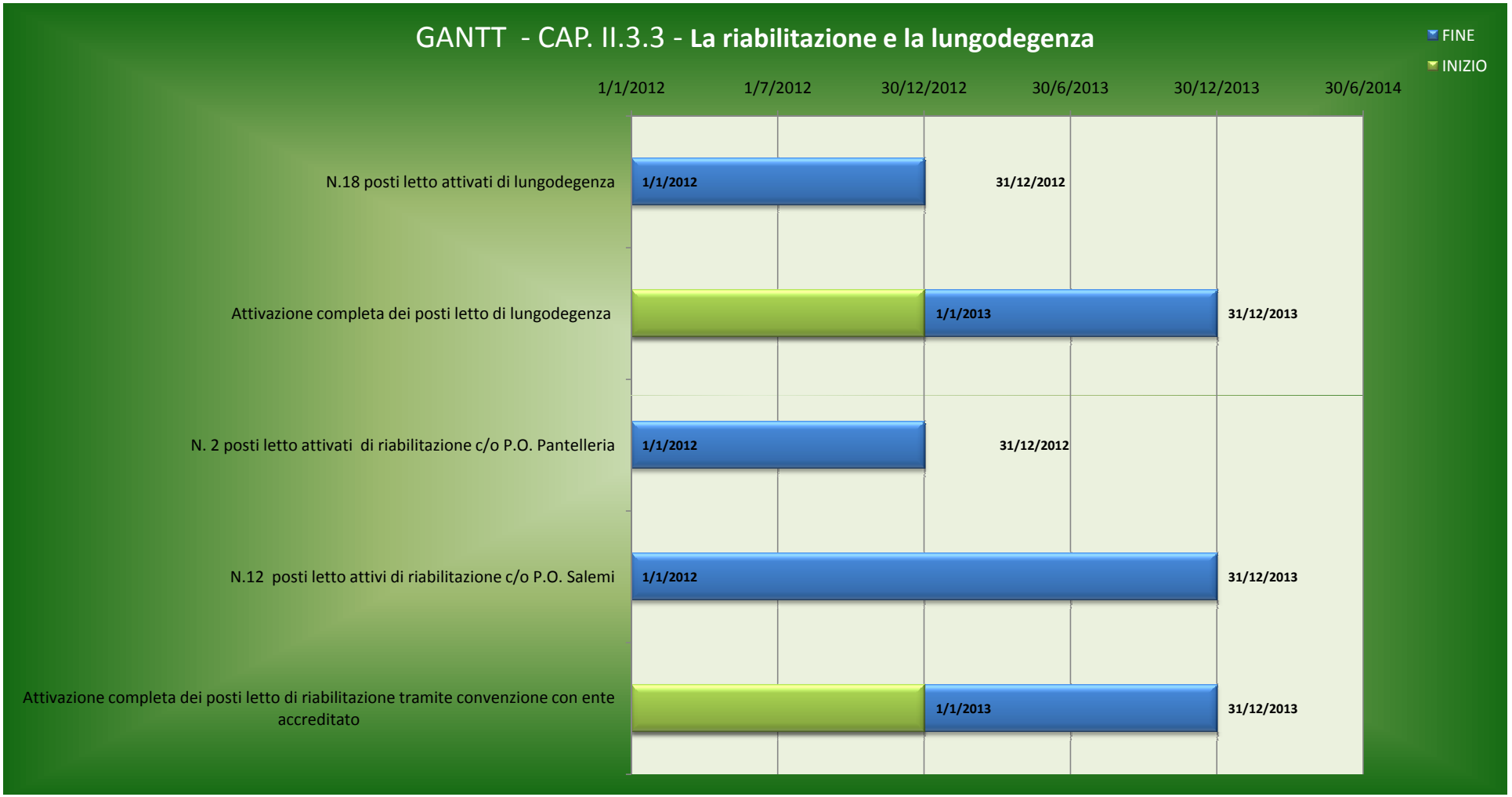
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.3.2	**Le reti assistenziali**	Ridisegno dell'offerta secondo gli standard e i criteri esposti nel capitolo 6.1 del PSR e tenendo conto del modello hub & spoke	Partecipazione delle strutture aziendali alle reti assistenziali (individuazione dei livelli assistenziali all'interno della rete ed implementazione dei relativi percorsi)	laboratori di analisi con centri HUB i P.O. di Trapani e Marsala e centri spoke i PP.OO. di Alcamo,Salemi,Castelvetrano, Mazara e Pantelleria; Rete per l'aritmologia: centro di 1° livello il P.O. di Mazara del vallo, di 2° livello PP.OO. di Trapani,Marsala e Castelvetrano. U.O. di Malattie Infettive del P.O. di Trapani quando saranno realizzati i nuovi locali sarà HUB provinciale; L'U.O. di neurologia del P.O. di Trapani individuata quale HUB provinciale per le malattie neurologiche; L'U.O. di Oncologia del P.O. di Trapani individuata quale HUB provinciale per le malattie oncologiche; l'U.O. di Oftalmologia del P.O. di Trapani centro HUB per la patologia vitreo-retinica, glaucoma e cornea mentre le UU.OO. di oftalmologia dei PP.OO. di Marsala e Castelvetrano centri HUB per la patologia cristallino. L'U.O. di ORL di Trapani centro HUB per la patologia dell'orecchio-app. uditivo mentre l'U.O. di ORL del P.O. di Marsala centro HUB per la Patologi oncologica del collo. L'U.O. di Chirurgia Generale del P.O. di Trapani quale centro HUB provinciale per la Chirurgia Toracica; L'U.O. di Anatomia Patologica del P.O. di Trapani centro HUB per la biologia molecolare oncologica, l' U.O. di Ortopedia del P.O. di Trapani viene individuata quale HUB per la Patologia del Ginocchio, mentre quella di Marsala quale HUB per la patologia del Rachide; l'U.O. di Patologia Clinica del P.O. di Trapani è individuata quale centro HUB per la biologia molecolare. L'U.O. Medicina Trasfusionale del P.O. di Trapani è individuata quale UOCC e HUB per Citofluorimetria ed Emoglobinopatie. L'U.O. di Dermatologia è individuata quale centro HUB per la terapia del melanoma; l'U.O. di Chirurgia Generale di Mazara HUB per la Chirurgia Oncologica Addominale; la	Capi dipartimento: Materno Infantile, dei servizi,Medicina, Chirurgia e Direttori UU.OO. interessate, Gestione Tecnica.Provveditorato	entro il 2012 attivazione dei centri HUB ed entro 2014 accreditamento della Medicina Trasfusionale

II.3 TABELLA RIEPILOGATIVA ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
II.3.2	**Le reti assistenziali**	Ridisegno dell'offerta secondo gli standard e i criteri esposti nel capitolo 6.1 del PSR e tenendo conto del modello hub & spoke	Partecipazione delle strutture aziendali alle reti assistenziali (individuazione dei livelli assistenziali all'interno della rete ed implementazione dei relativi percorsi)	Chirurgia Generale di Alcamo HUB per la Colonproctologia. L'U.O. di Medicina di Trapani HUB per l'Angiologia; la Medicina di Marsala HUB per l'Endocrinologia; la Medicina di Mazara HUB per l'Ematologia; la Medicina di Castelvetrano HUB per le malattie del fegato.	Capi dipartimento: Materno Infantile, dei servizi,Medicina, Chirurgia e Direttori UU.OO. interessate, Gestione Tecnica.Provveditorato	entro il 2012 attivazione dei centri HUB ed entro 2014 accreditamento della Medicina Trasfusionale
II.3.3	**La Riabilitazione e la Lungodegenza**	Potenziamento delle funzioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza	Partecipazione delle strutture aziendali alle reti assistenziali (individuazione dei livelli assistenziali all'interno della rete ed implementazione dei relativi percorsi)	Nel corso del 2011 sono sati attivati 4 posti letto di Lungodegenza presso il P.O. di Alcamo , 2 posti letto presso il P.O. di Pantelleria, e 12 posti letto presso il P.O. di Salemi, gli altri posti letto saranno attivati entro il 2014. Nel corso del 2012 saranno attivati 2 posti letto di Riabilitazione presso il P.O. di Pantelleria tra il 2012 ed il 2013 saranno attivati 12 posti letto di Riabilitazione presso il P.O. di Salemi. Gli altri posti letto di riabilitazione saranno attivati nel corso del 2013 attraverso apposita convenzione, promossa dall'Assessorato Regionale alla Salute, con altra struttura Sanitaria di Riabilitazione accreditata	Coordinatori Sanitari Ospedalieri,Capo Dipartimento di Medicina, Direttore U.O.C. di Riabilitazione, , Settore Tecnico per le ristrutturazione e Provveditorato per le attrezzature necessarie U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	Vedi cronoprogramma


GANTT - CAP. II.3.1 - La gestione delle acuzie
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Attivazione O.B.I.
1/1/2012
31/12/2014
Ristrutturazione locali e acquisto attrezzature per O.B.I.
1/1/2012
31/12/2014
Spostamento camera iperbarica
1/1/2014
31/12/2014
Creazione percorsi integrati per patologie croniche
1/1/2012
31/12/2012
Attivazione, presso il P.O. di Salemi dei posti SUAP
1/1/2014
31/12/2014
Attivazione di posti letto di lungodegenza
1/1/2012
31/12/2013


GANTT - CAP. II.3.2 - Le reti assistenziali
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Attivazione dei centri HUB
1/1/2012
31/12/2012
Accreditamento della Medicina Trasfusionale
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. II.3.3 - La riabilitazione e la lungodegenza
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
N.18 posti letto attivati di lungodegenza
1/1/2012
31/12/2012
Attivazione completa dei posti letto di lungodegenza
1/1/2013
31/12/2013
N. 2 posti letto attivati di riabilitazione c/o P.O. Pantelleria
1/1/2012
31/12/2012
N.12 posti letto attivi di riabilitazione c/o P.O. Salemi
1/1/2012
31/12/2013
Attivazione completa dei posti letto di riabilitazione tramite convenzione con ente accreditato
1/1/2013
31/12/2013

Capitolo III : La Mission Aziendale e il coinvolgimento nelle Aree Prioritarie di intervento

III.1 L'integrazione socio-sanitaria

Gli interventi di sistema della programmazione sociosanitaria, devono rispondere al modello omnicomprensivo di presa in carico globale della persona, nonché all'esigenza di valorizzazione delle competenze e delle interrelazioni funzionali tra i professionisti coinvolti basate sul confronto delle rispettive esperienze e competenze. L'ambito territoriale maggiormente deputato a garantire gli interventi di integrazione socio-sanitaria è il distretto ma sono anche coinvolti alcuni dipartimenti strutturali e funzionali. Le prestazioni simbolo dell'integrazione socio-sanitaria sono:

1. Le prestazioni erogate dai consultori familiari;
2. Le prestazioni erogate dalle Neuropsichiatrie infantili;
3. Le prestazioni erogate dall'ADI per anziani e disabili;
4. Le prestazioni semiresidenziali e residenziali;
5. Le prestazioni erogate dalla Salute Mentale;
6. Le prestazioni per persone con dipendenze patologiche;
7. Le prestazioni erogate a favore di immigrati e rom;
8. Le prestazioni erogate a favore dei detenuti;
9. Le prestazioni erogate a favore di persone in fase terminale e con HIV.

-La non autosufficienza

L'anziano con malattia cronica, disabile o fragile, richiede un sistema di assistenza capace di assicurare risposte tempestive ed efficaci ai molteplici bisogni complessivi. Il Decreto Ministeriale istitutivo del "Fondo per le non autosufficienze" individua le seguenti aree prioritarie d'intervento:

- Il rafforzamento e l'informatizzazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) alle prestazioni ed ai servizi socio-sanitari;
- La presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza (PAI);
- Il rafforzamento dei servizi sociosanitari e socioassistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità.

Le attività previste conseguentemente sono legate all'incremento e qualificazione delle funzioni dei P.U.A. mediante un aggiornamento in progres degli operatori tenuto conto dei due livelli organizzativi svolti:

- *front office* (accesso , accoglienza, raccolta di segnalazioni, orientamento e gestione della domanda, attivazione diretta di prestazioni in risposta ai bisogni semplici ed avvio della presa in carico;
- *back office* (elaborazione di procedure di registrazione di bisogni espressi e registrazione della risposta alla domanda sociale rilevata, elaborazione di protocolli operativi integrati, elaborazione di modulistica, coordinamento della rete, mappatura delle risorse del territorio, elaborazione di report quanti/qualitativi della domanda e dell'offerta;
- attivazione di linee telefoniche con numero verde per facilitare alle persone non autosufficienti ed ai loro familiari, l'accesso al sistema sanitario/sociosanitario.

L'ASP di Trapani, coerente con le indicazioni regionali, ha tra gli obiettivi principali, sul tema della non autosufficienza:

1. L'attivazione ed implementazione dei percorsi di assistenza domiciliare integrata;

2. L'integrazione degli interventi sanitari e sociali attraverso l'applicazione delle linee guida regionali per l'accesso ed il governo del sistema integrato delle cure domiciliari;
3. L'attivazione ed implementazione di ulteriori 42 posti letto nelle residenze sanitarie assistenziali.

-La disabilità

La malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza e tra le più comuni cause di disabilità. La demenza non colpisce solo il paziente, ma coinvolge tutta la famiglia sulla quale ricade un grande carico assistenziale ed emotivo. Il Centro Diurno rappresenta una valida risposta poiché evita l'istituzionalizzazione del paziente attraverso il mantenimento delle capacità residue fornendo, al tempo stesso, sostegno alla famiglia. L'ASP è impegnata, ad attivare ed implementare delle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili e per la malattia di Alzheimer e nei propri Centri Diurni, a realizzare i seguenti interventi: 1) Servizi di accoglienza; 2) Attività di socializzazione e ricreativa; 3) Attività di stimolazione cognitiva (ROT); 4) Assistenza alla persona; 5) Somministrazione e fornitura pasti; 6) Attività infermieristica; 7) Servizio di Segretariato Sociale; 8) Servizio di supporto alle famiglie. Per l'anno 2012 l'ASP di Trapani vuole attivare 2 Centri Diurni Alzheimer.
Ogni centro, così come previsto dai Progetti Obiettivo Nazionali, realizzerà i seguenti interventi:

- Attività di prevenzione attraverso l'attivazione di corsi di formazione per MMG, ceregivers, operatori del settore;
- Attività di cure primarie: –attivazione di un ambulatorio dedicato con minimo due giorni di apertura settimanale, con compiti diagnostici e terapeutici; -attività di consulenza presso strutture semiresidenziali, residenziali, reparti ospedalieri e richiesti da MMG;
- Realizzazione di un Sistema di Rete.

-L'assistenza agli immigrati

La Sicilia si colloca al 9° posto in Italia per numero di stranieri residenti. E' chiaro quindi che il tema dell'assistenza agli immigrati va affrontato con interventi programmati e strutturali. Gli strumenti normativi della Regione Siciliana si sono dimostrati efficaci nel garantire l'accesso alla salute da parte della popolazione straniera anche se necessitano di revisione ed integrazione. In particolare gli ambiti in cui si ritiene necessario intervenire prioritariamente sono i seguenti:

- Piani formativi specifici dedicati a tutti gli operatori;
- Campagne informative, rivolte alla popolazione immigrata, inerenti il diritto e l'accesso ai servizi;
- Coinvolgimento della rete del volontariato e del privato sociale in forme di collaborazione opportunamente regolamentate;
- Impiego strutturale ed organico di mediatori linguistico-culturali.

L'obiettivo principale è l'organizzazione di una rete assistenziale per stranieri che individui percorsi integrati dedicati. Particolare attenzione dovrà essere dedicata agli stranieri in età pediatrica istituendo ambulatori dedicati che possano garantire l'assistenza sanitaria anche ai minori stranieri non in possesso di permesso di soggiorno.

-Altre fragilità

Questa ASP, in linea con gli obiettivi strategici della Direzione Generale vuole attivare dei percorsi integrati dedicati ai Minori sviluppando in particolare tre azioni:

- Governance clinica dei servizi sanitari dedicati ai minori/adolescenti;
- Attuazione di iniziative specifiche per la tutela del benessere dei minori/adolescenti e delle loro famiglie;
- Applicazione delle linee guida regionali per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza.

Negli anni l'ASP Trapani ha maturato una significativa esperienza nell'ambito del lavoro di rete per i minori e le loro famiglie attraverso le attività della **Rete Aziendale Infanzie, Adolescenze e Famiglie.**

L'architettura delle reti è articolata secondo un modello organizzativo che integra tre livelli

•**Rete aziendale**: finalizzata alla realizzazione di connessioni, condivisioni, sinergie tra operatori e risorse de: – Servizio Dipartimentale Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento Materno Infantile, Sert, Servizio di psicologia, Servizio sociale Aziendale. Servizio Educazione alla Salute,Formazione aziendale

•**Reti Interistituzionali**

– Integrazione sociosanitaria con i sei distretti, i 24 Comuni della Provincia, le scuole e l'ASP attraverso la progettazione partecipata dei piani di zona della legge 328/2000

•**Reti di Comunità**

Attivazione di partnership con Associazioni di Volontariato, Organizzazioni Non Lucrative di utilità sociale, gruppi solidali auto organizzati di tutta la provincia.

Sono inoltre attivi presso la Cittadella della Salute (Erice Casa Santa) i servizi di Mediazione Familiare (in collaborazione con il Distretto Sociosanitario 50), e le Unità operative di Terapia Familiare e dell'Osservatorio Infanzia, Adolescenza e Famiglia.

III.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
III.1.1	La non autosufficienza	Attivazione ed implementazione dei percorsi di Assistenza Domiciliare integrata (trasferimenti dall'acuzie all'Assistenza Domiciliare) Integrazione degli interventi sanitari e sociali (Applicazione "Linee Guida Regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari" DPR del 26 gennaio 2011 pubblicato sulla G.U.R.S. n.7 11/02/2011 Allegato 1)	Per l'anno 2012 (+68% rispetto al 2011) Pazienti in carico attraverso Sportello Integrato Socio-Sanitario (dotazione PUA) Diffusione e uso della scheda SVAMA per accesso cure domiciliari. •N. di PUA in funzione per ADI •Pazienti presi in carico con PAI Indicatori: •Utilizzo n. SVAMA / n. pazienti •Tempi di attesa (tempi per presa in carico rispetto alla segnalazione) Monitoraggio (Flusso)	Nel 2011 sono stati presi in carico n. 845 anziani > 65enni. Il n. di soggetti da raggiungere nel 2012 è pari a 2.990 Sono attivi n. 7 PUA (uno per ogni PTA/Distretto Sanitario), n. 5 Uffici Territoriali istituiti c/o i PP.OO. dell'Azienda e n . 6 UVMD istituite con delibera aziendale. Sono state predisposte apposite Linee Guida per il collegamento H/T nell'ambito delle Dimissioni Protette. Tutte le UVMD utilizzano, per la valutazione, la scheda SVAMA e predispongono, per ogni assistito ed in collaborazione con MMG/PLS, apposito PAI. Nel caso di Dimissioni Protette il PAI viene predisposto anche di comune accordo con il medico ospedaliero. Nel Pai vengono anche segnalate le necessità relative ad ausili e presidi e, in tale caso, ne viene fornita copia al Responsabile U.O. Ass. Integrativa e Protesica che provvede all'erogazione secondo le vigenti disposizioni di legge. In sede di valutazione e predisposizione PAI vengono infine definiti gli accessi del MMG/PLS a domicilio dell'assistito. Tutti i PUA e le UVMD sono dotate di PC e di apposito software che consente il collegamento con l'attuale centrale operativa, l'invio di SVAMA e PAI e la gestione dei flussi informativi così come richiesti dall'Assessorato. I tempi di attesa per la presa in carico , di norma, non superano le 48/72 ore. Nel'ASP di Trapani l'ADI è attiva nei 3 livelli. L'operatività si svolge attraverso l'esternalizzazione del servizio a seguito di bando pubblico . Inoltre l'Azienda ha utilizzato, per l'ADI di I e II livello, l'istituto delle prestazioni aggiuntive e l'assunzione a tempo determinato di n. 7 infermieri professionali		

III.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.1.1	La non autosufficienza	Attivazione ed implementazione dei percorsi di Assistenza Domiciliare integrata (trasferimenti dall'acuzie all'Assistenza Domiciliare) Integrazione degli interventi sanitari e sociali (Applicazione "Linee Guida Regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari" DPR del 26 gennaio 2011 pubblicato sulla G.U.R.S. n.7 11/02/2011 Allegato 1)	Per l'anno 2012 (+68% rispetto al 2011) Pazienti in carico attraverso Sportello Integrato Socio-Sanitario (dotazione PUA) Diffusione e uso della scheda SVAMA per accesso cure domiciliari. •N. di PUA in funzione per ADI •Pazienti presi in carico con PAI Indicatori: •Utilizzo n. SVAMA / n. pazienti •Tempi di attesa (tempi per presa in carico rispetto alla segnalazione) Monitoraggio (Flusso)	<u>Entro il 2012</u> si prevede la **predisposizione di nuovo capitolato di gara** **Espletamento di una nuova procedura di gara** per l'esternalizzazione del servizio. **Rinnovo degli incarichi** a tempo determinato di n. 7 unità infermieristiche dedicate all'ADI. **Definizione tetto di spesa** da dedicare all'acquisto di prestazioni aggiuntive da dedicare all'ADI. **Implementazione della piattaforma web** al fine di consentire il collegamento in rete dei PUA con gli Uffici Territoriali c/o i PP.OO. per le dimissioni protette . **Produzione del flusso ADI** da parte di ogni Distretto/PTA e certificazione dello stesso da parte della U.O.C. Servizio ADI e Anziani; trasmissione al SIL aziendale.	Apposita Commissione per la predisposizione capitolato Settore Provveditorato ed Economato Settore Personale Contratti e Convenzioni Settore Personale Contratti e Convenzioni U.O.S. ITC Direttori Distretti- U.O.C. Servizio ADI e Anziani -SIL	Entro il 01.05.2012 Entro il 30.06.2012 Entro il 30.06.2012 Entro il 30.06.2012 Entro il 31.12.2013 Entro il 31.12.2012

III.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
III.1.1	La non autosufficienza	Attivazione ed implementazione delle Residenze Sanitarie e Socio-Sanitarie RSA	Per le RSA come da programma regionale e secondo le indicazioni del Programma Operativo 2010-2012 Indicatori: •Tempi di attesa (da dimissione osped. A presa in carico in RSA) •N° SVAMA / N° pazienti •Monitoraggio (Flusso)	Con D.A. 1325 del 24/05/2010, integrato con il D.A. 1544/10, viene prevista l'attivazione, in Sicilia, di 2500 pp.ll., di cui 231 in provincia di Trapani (Pubbliche e Private Convenzionate). In atto nell'Asp di Trapani, in ossequio anche al "Progetto Aziendale per l'organizzazione e potenziamento della rete delle RSA" di cui al D.A. 2405/2010, sono attive. •n. 3 RSA accreditate e convenzionate di cui n. 1 nel comune di Marsala e n.2 in Mazara del Vallo; •n. 1 RSA a gestione diretta aziendale con n. 30 pp.ll. nel Distretto di Castelvetrano •n. 1 RSA a gestione diretta aziendale con n. 10 pp.ll. nel Distretto di Pantelleria •n. 1 RSA a gestione diretta aziendale nel PTA di Salemi - Distretto di Mazara del Vallo (attiva dal 22/12/2011) con n. 20 pp.ll. . In atto non tutti i posti letto sono disponibili per carenza di personale. Risultano dunque attivati n. 189 posti letto , nel rispetto del crono programma, di cui al punto 4.3 del 24/05/10, inserito nel "Progetto aziendale per l'organizzazione e il potenziamento della rete per le RSA" (Tabella N) Si prevede l'attivazione dei restanti 42 posti letto nel Distretto di Trapani attraverso l'esternalizzazione del servizio. L' Azienda ha già illustrato, con specifica nota indirizzata all'Assessorato, le problematicità relative al completamento delle previsioni di cui al programma operativo 2012. L'Azienda si atterrà alle disposizioni di cui al DA 12/03/2012 pubblicato sulla GURS n. 12 del 23/03/2012. Si procederà, qualora necessario, ad effettuare tutti i controlli e le verifiche previste ai sensi delle vigenti normative.	Distretto di Trapani – SIAV - U.O. Accreditamento- U.O. Contratti e Convenzioni	Confronta nota n. 6849 del 30/01/2012 della Direzione Generale

III.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.1.1	La non autosufficienza	Attivazione ed implementazione delle Residenze Sanitarie e Socio-Sanitarie RSA	Per le RSA come da programma regionale e secondo le indicazioni del Programma Operativo 2010-2012 Indicatori: •Tempi di attesa (da dimissione osped. A presa in carico in RSA) •N° SVAMA / N° pazienti •Monitoraggio (Flusso)	Riguardo ai tempi di attesa dalle dimissioni ospedaliere alla presa in carico in RSA ed alla valutazione delle UVMD mediante SVAMA, nel mese di Agosto 2010 sono state predisposte apposite linee di indirizzo per l'applicazione del D.A. 24.05.10, elaborate dal gruppo di lavoro ad hoc individuato. In atto si utilizza una gestione delle liste di attesa secondo ordine di priorità scaturente dalla compilazione di un quadro sinottico riportante criteri e priorità per l'accoglienza in residenza. Relativamente ai soggetti dimessi dai P.O., è previsto nelle linee di indirizzo di cui prima, priorità negli inserimenti in RSA, che quindi di norma avvengono senza attesa. Al fine di conformarsi a quanto disposto in merito al **governo delle liste d'attesa** dall'art. 6 del D.A. 24.05.2010, si prevede, **entro il 2013**, **la creazione di una Centrale unica accettazione e gestione liste di attesa** e relativa informatizzazione del sistema con collegamento ai PUA distrettuali e agli Uffici Territoriali c/o i PP.OO. Per quanto attiene alla valutazione mediante SVAMA le linee di indirizzo aziendali ne prevedono l'utilizzo sistematico per tutti i soggetti da inserire in RSA. In atto tale strumento viene utilizzato da tutte le UVM distrettuali. In merito ai flussi informativi prodotti dalle RSA pubbliche (flussi FAR) si prevede il costante monitoraggio degli stessi da parte dei Distretti Sanitari competenti e trasmissione al Resp. U.O.C. Servizio ADI / Anziani. In merito ai flussi informativi prodotti dalle RSA Private si prevede la certificazione degli stessi da parte del Resp. U.O.C. Servizio ADI/ Anziani e trasmissione al SIS aziendale.	U.O.C Servizio ADI/Anziani- Settore Provveditorato ed Economato – U.O.S. ITC Resp. U.O.C. Servizio ADI / Anziani-Direttori Distretti Sanitari Resp. U.O.C. Servizio ADI / Anziani Resp. U.O.C. Servizio ADI / Anziani	Entro 31.12.2012 Entro il 31.12.2013 2013/2014 Entro il 31.12.2012

III.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.1.2	Le disabilità	Attivazione ed implementazione delle strutture residenziali e semi-residenziali per disabili e per la Malattia di Alzheimer.	Come da Programma Operativo regionale 2010/2012. Attività a regime dei Centri Diurni e produzione annuale dei report di attività. Indicatori: N° strutture attivate /N° complessivo Tempo di attesa N° dei pazienti presi in carico/N° dei pazienti in programma.	E' prevista l'attivazione dei seguenti **Centri Semi-Residenziali** per pazienti affetti da M. di Alzheimer: **n. 1 Centro Semi – Residenziale** presso i locali in atto destinati al Centro Residenziale. I locali verranno adeguati alle esigenze del centro **n. 1 Centro Semi – Residenziale** presso i locali del P.S. del P.O. " S. Biagio"di Marsala I locali verranno ristrutturati ed adeguati alle esigenze del centro	Coordinatore Sanitario Area Territoriale – Direttore DSM – Referente Linea Progettuale PSN 2010 Azione 5.8 – Settore Tecnico Patrimoniale – Settore Provveditorato ed Economato	Entro il 31.12.2012
III.1.3	L'assistenza agli immigrati	Attivazione di percorsi assistenziali integrati dedicati. Assistenza sanitaria a minori non in possesso di permesso di soggiorno	Organizzazione della Rete Assistenziale Regionale Stranieri. IV.4.1 Attivazione Ufficio Territoriale Stranieri nelle ASP e dell'Ufficio Assistenza Stranieri. Attivazione dell'assistenza pediatrica negli ambulatori dedicati. IV.4.2 N° Ambulatori Territoriali dedicati in cui è stata attivata l'assistenza pediatrica /N. totale Ambulatori Territoriali dedicati.	L'ASP di Trapani ha realizzato quanto nel merito previsto dal DA 04/07/2003 "Linee Guida per l'Assistenza Sanitaria ai cittadini extracomunitari. Già dal 2004 e stato istituito il Coordinamento aziendale per l'Assistenza Sanitaria agli extracomunitari (Delibera DG n. 608/2004). Nello stesso anno sono stati realizzati gli Ambulatori di Prima Accoglienza (n. 1 per Distretto – Delibera DG 781/2004). Dal 2008 tali Ambulatori garantiscono l'assistenza anche ai cittadini neo-comunitari, non in possesso di TEAM, in stato di indigenza. L'assistenza ai minori immigrati non in possesso di permesso di soggiorno, sarà garantita dai PPI-P, di prossima realizzazione in ragione di n.1 per distretto.	Coordinamento Amministrativo e Sanitario Area Territoriale, Direttori di Distretto, Responsabile Coordinamento Aziendale Assistenza Sanitaria Cittadini Extracomunitari.	Entro 31.12.2012 per i Distretti di Mazara del Vallo ed Alcamo Entro il 31.12.2013 nei restanti Distretti dell'ASP

III.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.1.4	Altre fragilità	Attivazione di percorsi integrati dedicati: MINORI Governance clinica nei percorsi dei servizi sanitari dei minori/adolescenti attraverso l'attivazione di percorsi sanitari integrati dedicati	Attuazione modello organizzativo operativo dei servizi competenti individuati dal P.S.R. Definizione protocolli interaziendali e interaziendali per agevolare la fruizione delle prestazioni Maggiore informazione alla popolazione anche attraverso i siti aziendali dell'offerta assistenziale rivolta a minori/adolescenti	1.Attivazione reti interaziendali funzionali tra servizi territoriali (NPI, Consultori, SERT, Ed. alla Salute, Servizio sociale professionale, Servizio di Psicologia, Osservatorio Infanzia e adolescenza) che a vario titolo si occupano di minori e famiglie nei sei distretti: 1.1. Sottoscrizione protocollo di intesa tra servizi Aziendali; 1.2.Costituzione n. 6 gruppi di lavoro distrettuali "Rete Aziendale Infanzie, Adolescenze e Famiglie"; 1.3. definizione programma di lavoro; 1.4 monitoraggio e valutazione. 2. Attivazione reti interistituzionali di collegamento stabile tra servizi sociali, sanitari, terzo settore, volontariato, scuola nei sei distretti socio-sanitari: 2.1.Sottoscrizione n. 6 protocolli d'intesa (uno per distretto) e definizione regolamento organizzativo; 2.2.Costituzione n. 6 gruppi di lavoro presso tavolo tematico "Area Tutela Minori e famiglie" del piano di Zona; 2.3 Definizione programma di lavoro; 2.4 Monitoraggio e valutazione 3.1. Costruzione Carta dei Servizi dedicata ai minori ed alla famiglie 3.2 Collegamento in rete con il servizio di segretariato sociale dei Comuni 3.3. Costruzione di una pagina web dedicata ai minori ed alla famiglia sul sito aziendale e collegamento della stessa ai siti web dei Comuni 3.4 Iniziative di sensibilizzazione,informazione e partnership con il volontariato ed il terzo settore	Direttori de: Area Territoriale Distretti U.O.C. Assistenza Materno Infantile Territoriale U.O.C.Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell' Adolescenza U.O.C.SERT U.O.C. Psicologia U.O.S.Ed. alla Salute U.O.S Osservatorio Infanzia e Adolescenza Servizio Sociale Professionale URP Direttori de: Distretti U.O.C.Assistenza Materno Infantile Territoriale U.O.C.Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell' Adolescenza U.O.C. SERT U.O.C. Psicologia U.O.S. Ed. alla Salute U.O.S Osservatorio Infanzia e Adolescenza Servizio Sociale Professionale	rif. PSR par. 9 e 16.3 legge 328/2000 L.R. 5/2009 DPRS 4.11.2002 Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 1.1.; 1.2; 2.1; 2.2 Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 1.3; 2.3. Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti 1.4; 2.4 Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 3.1; 3.2 Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 3.3; 3.4 Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti 3.3 aggiornamento sito; 3.4 prosecuzione iniziative.

III.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

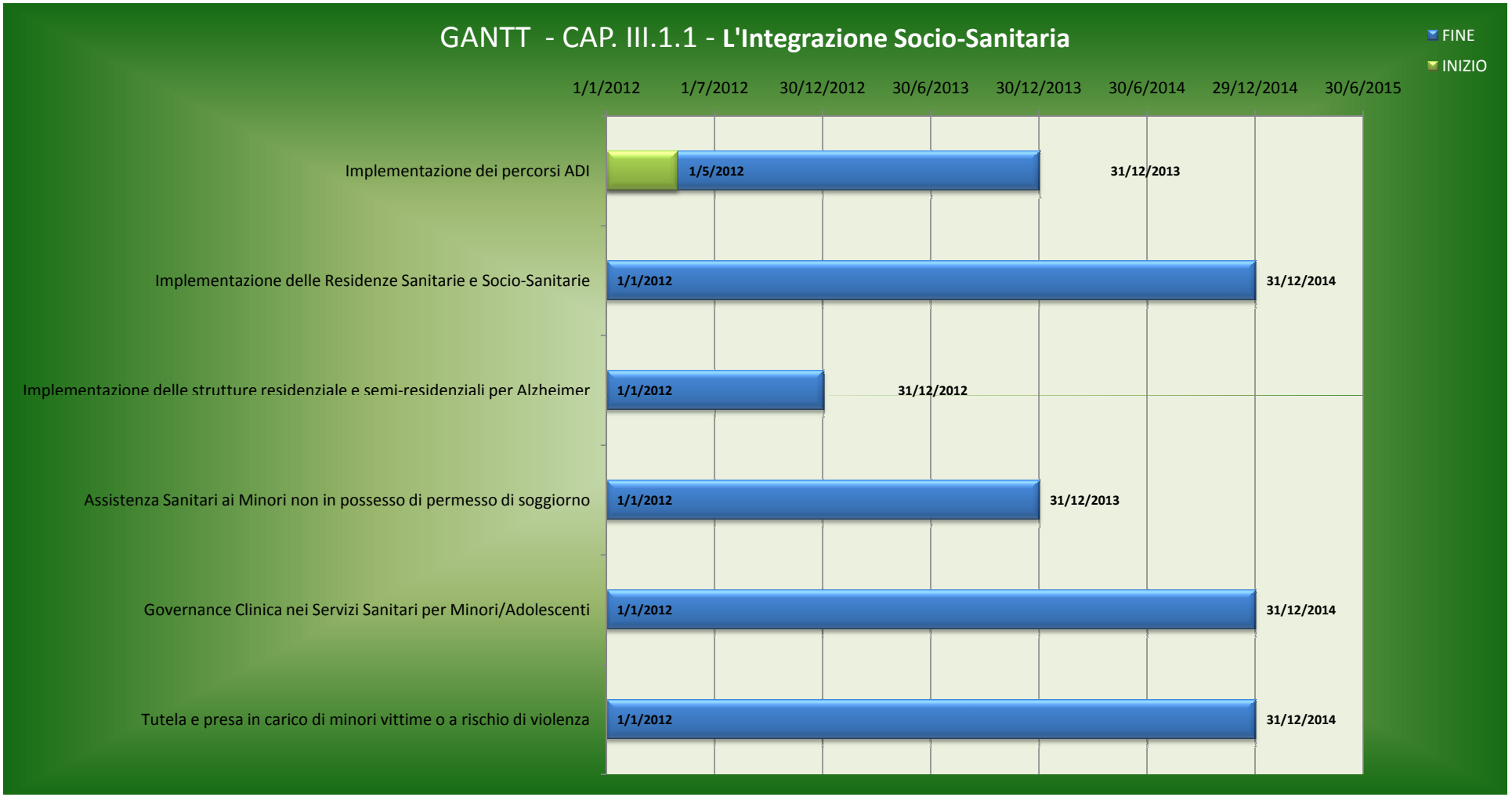
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.1.4	Altre fragilità	Attuare iniziative specifiche per la tutela del benessere dei minori/ adolescenti e delle loro famiglie: Applicazione delle "Linee Guida della Regione Siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza	Incremento del numero di operatori con specifica formazione in materia di abuso e maltrattamento – distinta per le specifiche competenze Monitoraggio degli interventi	4. Progetto di formazione finalizzato alla messa a punto di una cultura comune e di prassi concrete e condivise nell'ambito dell'attività dedicata alla tutela e alla presa in carico dei minori vittima o a rischio di violenza (delibera D.G. n. 6054 del 28 Dicembre 2011) 5. Costituzione di 5 specifiche equipe integrate socio-sanitarie e multidisciplinari distrettuali 5.1 individuazione componenti dei gruppi di lavoro 5.2 definizione linee guida e modalità operative 5.3. monitoraggio attività 5.4. stesura report 6. Istituzione di un gruppo Aziendale interdistrettualeper il monitoraggio e la valutazione degli interventi sui minori e le famiglie 6.1 individuazione componenti dei gruppi di lavoro 6.2 definizione linee guida e modalità operative 6.3. monitoraggio attività 6.4. stesura report	Direttore Dipartimento Salute Mentale Direttore U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanziae dell' Adolescenza Area Formazione Aziendale Direttori de: Distretti U.O.C.Assistenza Materno Infantile Territoriale U.O.C.Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell' Adolescenza U.O.C. SERT U.O.C. Psicologia U.O.S. Ed. alla Salute U.O.S Osservatorio Infanzia e Adolescenza Servizio Sociale Professionale	Rif. Linee guida della Regione Sicilianaper la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 4e 5.1. Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 4 (continuazione) 5.2 Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti 5.3 5.4 Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 6.1 Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 6.2e 6.3 Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti 6.3 e 6.4

III.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.1.4	Altre fragilità	Attuare iniziative specifiche per la tutela del benessere dei minori/ adolescenti e delle loro famiglie: Applicazione delle "Linee Guida della Regione Siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza	Uso esclusivo dei modelli segnalazione/denuncia adottati con linee guida.	7. Adozione nelle equipe distrettuali de: "Linee guida per la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore" "Schema per la segnalazione nei casi di sospetto abuso e/o maltrattamento" "Schema per la denuncia nei casi di sospetto abuso e/o maltrattamento" "Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori 8. Realizzazione di6 interventi progettuali di prevenzione primaria (educazione alle life skills destinati agli alunni, alle famiglie, alle scuole) 8.1 individuazione componenti dei gruppi di lavoro 8.2 definizione linee guida e modalità operative 8.3 avvio progetti 8.4. monitoraggio attività 8.5. stesura report 9 Costituzione del Centro per la valutazione e la presa in carico della famiglia maltrattante e abusante 9.1 individuazione componenti del Centro 9.2 definizione linee guida e modalità operative 9.3. monitoraggio attività 9.4. stesura report	Direttore U.O.C. Assistenza Materno Infantile Territoriale E Direttore U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell' Adolescenza Direttori de: Distretti U.O.C. Assistenza Materno Infantile Territoriale U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell' Adolescenza U.O.C. SERT U.O.C. Psicologia U.O.S. Ed. alla Salute U.O.S Osservatorio Infanzia e Adolescenza Servizio Sociale Professionale Direttore U.O.C. Assistenza Materno Infantile Territoriale Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell' Adolescenza Servizio di Psicologia	Rif. Linee guida della Regione Siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza -Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 7 -Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 7 -Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti 7 rif Piano Sanitario Regionale par. 9 -Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 8.1 -Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 8.2 8.3 -Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti 8.4 e 8.5 -Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 9.1 -Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 9.2 -Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti 9.3 e 9.4

III.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.1.4	Altre fragilità	Attuare iniziative specifiche per la tutela del benessere dei minori/ adolescenti e delle loro famiglie: Applicazione delle "Linee Guida della Regione Siciliana per la pianificazione degli interventi multidisciplinari dei servizi sanitari dedicati alla tutela dell'infanzia e alla presa in carico dei minori vittime o a rischio di violenza	Uso esclusivo dei modelli segnalazione/denuncia adottati con linee guida.	10. Realizzazione di 6 Progetti per la genitorialità responsabile e per la valutazione delle competenze genitoriali 10.1 individuazione componenti dei gruppi di lavoro 10.2 definizione linee guida e modalità operative 10.3 avvio progetti 10.4. monitoraggio attività 10.5. stesura report 11. Realizzazione di "Spazi giovani"presso i Consultori Familiari Aziendali 11.1 definizione formula gestionale 11.2. marketing sociale 11.3 avvio attività 11.4 monitoraggio e valutazione 12. Formare gli operatori territoriali alle metodologie efficaci della promozione alla salute per i minori 12.1 definizione piano formazione 12.2 avvio formazione 12,3 formazione project work 12.4 monitoraggio e valutazione	Direttore U.O.C. Assistenza Materno Infantile Territoriale U.O.C.Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell' Adolescenza U.O.S. Osservatorio Infanzia e adolescenza Direttore U.O.C. Assistenza Materno Infantile Territoriale Direttore U.O.C. Assistenza Materno Infantile Territoriale	rif. PSR par. 9 Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 10.1 Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 10.2 Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti 10.3; 10.4; 10.5 Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 11.1 Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 11.2 e 11.3 Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti Azioni di cui ai punti 11.3(continuazione); 11.4 Entro il 31.12.2012 Azioni di cui ai punti 12.1 Entro il 31.12.2013 Azioni di cui ai punti 12.2 Entro il 31.12.2014 Azioni di cui ai punti 12.3; 12.4


GANTT - CAP. III.1.1 - L'Integrazione Socio-Sanitaria
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Implementazione dei percorsi ADI
1/5/2012
31/12/2013
Implementazione delle Residenze Sanitarie e Socio-Sanitarie
1/1/2012
31/12/2014
Implementazione delle strutture residenziale e semi-residenziali per Alzheimer
1/1/2012
31/12/2012
Assistenza Sanitari ai Minori non in possesso di permesso di soggiorno
1/1/2012
31/12/2013
Governance Clinica nei Servizi Sanitari per Minori/Adolescenti
1/1/2012
31/12/2014
Tutela e presa in carico di minori vittime o a rischio di violenza
1/1/2012
31/12/2014

III.2 La partecipazione alla rete materno-infantile, i collegamenti con il contesto regionale e l'implementazione dei percorsi per la salute della donna, del bambino e dell'età giovanile

La tutela della salute della donna, dei diritti della partoriente, della salute del neonato e dell'adolescente costituiscono un impegno di valenza strategica in tutti i sistemi socio-sanitari.

Gli interventi di promozione della salute, di cura e di accompagnamento su tutto il percorso nascita sono un investimento sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale, attuale e futura.

Un piano per il cambiamento, attraverso le riorganizzazione dei punti nascita, voluto fortemente dal Ministero della Salute e dall'Assessorato Regionale, promulgato con il D.A. n.2536 del 2/12/2011 e pubblicato sulla G.U.R.S. del 5/01/2012 , non sarà solo un valido strumento atto a generare riflessi positivi sulla qualità della vita della donna e del bambino, ma sarà anche un modello di riferimento, perché vedrà il mondo della Sanità siciliana cambiare e modellarsi in modo dinamico alla nuove esigenze e alle sfide del futuro, siano esse di carattere economico che di innovazione gestionale e clinica.

La creazione poi di una rete metterà tanti soggetti in campo , che condivideranno un'azione comune tra territorio ed ospedale ,sostenendo politiche di sostegno nelle scelte di una procreazione responsabile, nella cura e nell'attività educativa dei figli, nel controllo delle malattie congenite ed ereditarie.

Una rete che saprà utilizzare le innovazioni tecnologiche, l'informatizzazione e l'aggiornamento continuo degli operatori quale strumento per una promozione e appropriatezza del percorso nascita , favorendone tutte le azioni che portino all'umanizzazione del parto, all'aumento dell'allattamento al seno e alla diminuzione del ricorso al taglio cesareo , e che, non emarginando la sempre più numerosa popolazione femminile immigrata, porterà finalmente a termine gli obiettivi del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) del 2000.

In provincia di Trapani nascono in media 12 bambini al giorno e le coppie che necessitano di essere accompagnate in tutto il loro percorso sono circa 3.500 x anno.

Non sono numeri ingovernabili.

Si tratta di coniugare un sistema di pianificazione sanitaria che metta insieme una Governance adeguata, che si sforzi di trasformare i livelli essenziali di assistenza in quelli più appropriati.

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.1	**Percorso i assistenziali dell'area materno-infantile e rimodulazione della rete** **PERCORSO NASCITA**	III.2.1 A Implementare persorsi assistenziali di gestione integrata della gravidanza, differenziati per livello di rischi	Adozione formale di protocolli (monitorabili tramite indicatori) per la gestione integrata (Consultori/Punti nascita ASP e AO) della gravidanza a basso rischio e ad alto rischio	Attivazione del **"PERCORSO NASCITA"** Aziendale con l'adozione di unico protocollo condiviso di monitoraggio della gravidanza sul territorio e presso i punti nascita e di gestione del percorso della gravida durante e fino al termine della gestazione con l'adozione di un "quaderno" della gravidanza che,nelle more della istituzione di una "cartella" unica regionale per la gravidanza , potrà intanto istituirsi quale "quaderno" della gravidanza dell'ASP di Trapani mediante: 1. Attivazione di un protocollo condiviso di selezione delle gravidanze a basso rischio (che saranno seguite fino alla 36* settimana di gestazione presso i Consultori Familiari) e delle gravidanze a medio e alto rischio (che saranno seguite presso gli ambulatori dedicati dei Punti nascita) 2. Attivazione di un protocollo condiviso per il monitoraggio clinico ed ecografico della gravidanza a basso rischio presso i Consultori Familiari e presso i presidi Ospedalieri con individuazione delle strutture e delle risorse umane dedicate 3. Adozione del "quaderno" della gravidanza aziendale (nelle more della istituzione di cartella unica regionale) 4. Attivazione di un protocollo condiviso per il monitoraggio clinico ed ecografico della gravidanza a medio e alto rischio presso i Presidi Ospedalieri con individuazione delle strutture e delle risorse umane dedicate 5. Attivazione, ove non garantiti,presso i Punti Nascita di ambulatori prenatali per la gravidanza a basso rischio dopo le 36 settimane di gestazione 6. Attivazione,ove non in atto garantiti, presso i Punti Nascita di ambulatori prenatali per la gravidanza a medio e alto rischio presso i quali indirizzare le gravide che a tali categorie appartenessero	**Coordinano le attività il Sig. Direttore del Di.M.I. e il sig. Direttore della U.O.C. Assistenza Materno infantile Territoriale**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui ai punti 1 e 2 del piano dettagliato delle azioni **ENTRO IL 31/12/2013**: le azioni di cui ai punti 3 e 4 del piano dettagliato delle azioni **ENTRO IL 31/12/2014**: le azioni di cui ai punti 5 e 6 del piano dettagliato delle azioni

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.1	**Percorsi assistenziali dell'area materno-infantile e rimodulazione della rete** **PERCORSO NASCITA**	**<u>III.2.1 B</u>** Incrementare la integrazione tra i servizi materno infantili territoriali (CF) ed ospedalieri (ASP/AO) per la gestione delle gravidanze *NOTA:* *è necessario tener conto della fase territoriale del persorso nascita gestito dai Consulori*	n.gravide prese in carico nei CF (valutazione trend anni precedenti) **n. 700 anno 2012** n.gravide cui è stato consegnato il quaderno di gravidanza /n.donne che partoriscono (dato provinciale) **20% anno 2013** n.gravide a termine afferenti (dalla 37 w) alll'ambulatorio gravidanza a termine del punto nascita tramite invio guidato dai CF/n. gravide afferenti all'ambulatorio gravidanza a termine del punto nascita **20% anno 2013** n.gravide a rischio afferenti allo ambulatorio gravidanza a rischio da invio guidato dai CF/ n.donne afferenti all'Ambulatorio **3% anno 2014**	1) Incontri di informazione sul "percorso nascita " aziendale , sulle attività consultoriali e sulla gratuità di esse 2) Consegna ad ogni gravida del quaderno della gravidanza aziendale (nella more della istituzione di "quaderno" regionale) 3) Adozione di "percorso nascita" (di cui al punto III.2.1.A) aziendale che preveda invio guidato dai CF dopo le 36 w di gestazione della gravida all'ambulatorio gravidanza a termine del punto nascita 4) Adozione di "percorso nascita" (di cui al punto III.2.1.A) aziendale che preveda invio guidato della gravida all'ambulatorio gravidanza a rischio del punto nascita	**Coordinano le attività il Sig. Direttore del Di.M.I. e il Sig. Direttore della U.O.C. Assistenza Materno infantile Territoriale**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui al punto 1 del piano dettagliato delle azioni con aumento del trend (valutabile presso i CF) **ENTRO IL 31/12/2013**: le azioni di cui al punti 2 del piano dettagliato delle azioni con mento del trend (valutabile presso i CF) **ENTRO IL 31/12/2014**: le azioni di cui ai punti 3 e 4 del piano dettagliato delle azioni con aumento del trend (valutabile presso i punti nascita)

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.1	**Percorsi assistenziali dell'area materno-infantile e rimodulazione della rete** **PERCORSO NASCITA**	**III.2.1 B** Incrementare la integrazione tra i servizi materno infantili territoriali (CF) ed ospedalieri (ASP/AO) per la gestione delle gravidanze *NOTA:* *è necessario tener conto della fase territoriale del persorso nascita gestito dai Consulori*	n.gravide che esibiscono il quaderno di gravidanza debitamente compilato al momento dell'accesso all'ambulatori di gravidanza a termine o a rischio /n. gravide afferenti all'ambulatorio) **60% anno 2013** n. donne gravide con gravidanza a basso rischio seguite presso i punti nascita prima della 36* W (valutazione trend anni precedenti-tendente a 0) n.gravide partecipanti ai corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) organizzati C/o i CF / n. gravide seguite dai CF (valutazione trend anni precedenti) **60% anno 2012**	5) Consegna ad ogni gravida accolta presso il Consultorio Familiare di "quaderno della gravidanza " aziendale (nella more della istituzione di "quaderno" regionale) e sua corretta e sempre aggiornata compilazione ad ogni controllo 6) Adozione di "percorso nascita" (di cui al punto III.2.1.A) aziendale che preveda la gestione della gravidanza a basso rischio presso i CF e l'invio guidato dopo le 36 w di gestazione della gravida all'ambulatorio gravidanza a termine del punto nascita 7) Incontri di informazione sui Corsi di accompagnamento alla nascita e riorganizzazione dell'offerta di essi presso i CF	**Coordinano le attività il Sig. Direttore del Di.M.I. e il sig. Direttore della U.O.C. Assistenza Materno infantile Territoriale**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui al punto 7 del piano dettagliato delle azioni con aumento del trend **ENTRO IL 31/12/2013**: le azioni di cui al puno 5 del piano dettagliato delle azioni con mento del trend **ENTRO IL 31/12/2014**: le azioni di cui al punto 6 del piano dettagliato delle azioni con diminuzione del trend

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.1	**Percorsi assistenziali dell'area materno-infantile e rimodulazione della rete** **PERCORSO NASCITA**	**III.2.1 C** **Promuovere l'allattamento al seno**	n. donne che allatta al seno alla dimissione dal punto nascita (standard) n. donne che allatta al seno a sei mesi il neonato a sei mesi dalla nascita (standard)	1) Corretta informazione sull'utilità dell'allattamento al seno e consigli dedicati da parte del personale Medico,Ostetrico, Infermieristico e da parte delle Assistenti Sanitarie durante ogni incontro con la gravida nel corso della gravidanza ,durante i corsi di accompagnamento alla nascita e nel puerperio presso i Consultori Familiari e da parte del Personale Operante in Ospedale sia presso i reparti di Ginecologia che presso i reparti di neonatologia e di Pediatria 2) Corretta informazione sull'utilità dell'allattamento al seno e consigli dedicati da parte del personale Medico ed infermieristico ospedaliero all'atto della dimissione del neonato dal punto nascita e,successivamente, da parte del pediatra di libera scelta	**Coordinano le attività ,quali Referenti, i Coordinatori Ostetrici delle U.O., il Coordinatore infermieristico dell'U.O. di Neonatologia del P.O. di Trapani e i Coordinatori infermieristici delle U.O. di pediatria degli Ospedali di Marsala e Castelevetrano**	**ENTRO IL 31/12/2012**: con le azioni di cui al punto 1 e 2 del piano dettagliato delle azioni tendere ad almeno il 50% delle pueprere allattanti alla dimissione ed al 25% di madri allattanti a sei mesi dal parto **ENTRO IL 31/12/2013**: con le stesse azioni tendere al 60% delle pueprere allattanti alla dimissione e al 30% di madri allattanti a sei mesi dal parto **ENTRO IL 31/12/2014**: con le stesse azioni tendere al 65% delle pueprere allattanti alla dimissione e al 35% di madri allattanti a sei mesi dal parto

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.2	PROCREAZIONE RESPONSABILE	**III.2.2 A** Incrementare il n. di donne/coppie cui viene offerto il counselling preconcezionale	N.. donne/coppie cui viene offerto attivamente il counselling preconcezionale c/o i CF (valutazione trend anni precedenti) **150 coppie anno 2012**	1) Implementazione delle attività consultoriali già esistenti e finalizzate alla informazione preconcezionale a donne e/o coppie ed ,in generale, alla maternità e paternità responsabile	**Coordina le attività il Sig. Direttore della U.O.C. Assistenza Materno infantile Territoriale**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui ai punti 1 e 2 del piano dettagliato delle azioni con aumento del trend (valutabile presso i CF) **ENTRO IL 31/12/2013**: aumento dei trend di valutazione di un ulteriore 5% rispetto alle percentuali per essi raggiunte al 31.12.2012 **ENTRO IL 31/12/2014**: aumento dei trend di valutazione di un ulteriore 5% rispetto alle percentuali per essi raggiunte al 31.12.2013
		III.2.2 B Incrementare il n. di donne/coppie cui viene offerto il counselling contraccettivo	N.. donne/coppie cui viene offerto attivamente il counselling contraccettiuvo c/o i CF (valutazione trend anni precedenti) **1.400 coppie anno 2012**	2) Implementazione delle attività consultoriali già esistenti e finalizzate alla informazione sui metodi contraccettivi sia alla singola donna utente e/o coppia utente sia in incontri informativi con gruppi		

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.2	**PROCREAZIONE RESPONSABILE**	**III.2.2 C** Incrementare la somministrazione di contraccettivi alle fasce di utenza fragili (adolescenti-straniere-utenza a basso reddito) c/o i CF	Adozione di procedure aziendali (monitorabili tramite indicatori) per l'erogazione diretta di contraccettivi meccanici e ormonali all'utenza fragile N.. condom erogati (valutazione trend anni precedenti **5.000 anno 2012** N.. condom erogati a fasce d'utenza deboli/ N. .totale condom erogati **(95%)** N cicli di contraccettivi ormonali erogati (valutazione trend anni precedenti) **1.650 anno 2012** **1.800 anno 2013** N. cicli di contraccettivi ormonali erogati a fasce d'utenza deboli/N. totale contraccettivi erogati N.IUD applicati (valutazione trend anni precedenti) **80 anno 2012** **86 anno 2013**	1) Acquisto aziendale e fornitura ai CF aziendali di contraccettivi ormonali e meccanici da mettere a disposizione dell'utenza ed in special modo dell'utenza fragile 2) Acquisto aziendale e fornitura ai CF aziendali di condom da erogare presso dette strutture all'utenza e in special modo all'utenza fragile	**Coordina le attività il Sig. Direttore della U.O.C. Assistenza Materno infantile Territoriale**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui ai punti 1 e 2 del piano dettagliato delle azioni con aumento del trend (valutabile presso i CF) **ENTRO IL 31/12/2013**: aumento dei trend di valutazione di un ulteriore 5% rispetto alle percentuali per essi raggiunte al 31.12.2012 **ENTRO IL 31/12/2014**: aumento dei trend di valutazione di un ulteriore 5% rispetto alle percentuali per essi raggiunte al 31.12.2013

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.3	**PERCORSO IVG**	**III.2.3 A** Incrementare il Percorso IVG **III.2.3 B** Incrementare la presa in carico delle donne richiedenti l'IVG presso i CF	Adozione formale di protocolli e percorsi integrati (Consultoi/Servizi IVG ASP e AO) per la gestione delle richieste di IVG, monitorabili tramite indicatori N. certificati IVG rilasciati dai CF/ certificati IVG **(Valore atteso >30%)** N.donne afferite ai Servizi IVG per prenotazioni effettuate dai CF/N.totale di donne afferite ai Servizi IVG N.controlli post-IVG c/o CF/N. totale IVG (dato provinciale)i	1) Adozione ed attivazione di "PERCORSO IVG" Aziendale con l'adozione di un protocollo condiviso – tra Consultori Familiari Aziendali e Servizi IVG Ospedalieri- di comportamento dalla richiesta di interruzione della gravidanza e fino al ritorno presso i CF per il controllo post IVG dell'utente richiedente IVG con corsia preferenziale garantita per i controlli in Consultorio e per le prenotazioni presso i Servizi IVG 2) Riduzione dei tempi d'attesa tramite aumento delle sedute operatorie (da 1 a 2) presso il Servizio IVG del P.O. di Trapani e mediante la attivazione di Servizio IVG presso P.O. di Marsala 3) Implementazione delle attività consultoriali già esistenti e finalizzate a garantire l'iter previsto per Legge a fronte della richiesta di IVG, la corretta informazione alla gravida, i necessari controlli e il necessario successivo counselling contraccettivo 4) Adozione presso i Servizi IVG di apposito sistema di registrazione delle prenotazioni per IVG effettuate , per le utenti , da parte degli Operatori dei Consultori Familiari Aziendali	**Coordinano le attività il Sig. Direttore della U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia del P.O. di Trapani ed un Referente Consultoriale**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui al punto 4 del piano dettagliato delle azioni **ENTRO IL 31/12/2013**: le azioni di cui al punto 1 ed al punto 3 del piano dettagliato delle azioni **ENTRO IL 31/12/2014**: le azioni di cui al punto 2 del piano dettagliato delle azioni

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.4	**PERCORSO SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELL'ETA' GIOVANILE**	**III.2.4 A** Incremento dell'utenza di età 13-24 anni presso i Consultori **III.2.4 B** Attivazione "Spazio Giovani" **III.2.4 C** Incremento interventi di promozione della salute sessuale e riproduttiva nelle scuole	N. utenti di 13-24 anni in carico C/o i CF /N. Utenti in carico totali (valutazione trend anni precedenti) N. servizi per la promozione della salute sessuale e riproduttiva dedicati all'utenza giovanile attivati nella ASP (=>1) N. Classi di scuola secondaria in cui sono stati effettuati incontri per aumentare la conoscenza dei CF/N. totale classi di scuola secondaria del territorio di riferimento **145 classi anno 2012** N. Classi di scuola secondaria in cui sono stati effettuati incontri per promozione della salute sessuale e riproduttiva/N. totale classi di scuola secondaria del territorio di riferimento **145 classi anno 2012**	1) Implementazione delle attività consultoriali per incontri sul territorio con le classi degli istituti di scuola media secondaria di primo e secondo grado (talora con il coinvolgimento degli insegnanti) già esistenti e finalizzate alla informazione degli adolescenti sulle attività offerte dal Consultorio Familiare , sulla contraccezione, sulle malattie sessualmente trasmesse e su quant'altro possa essere utile far conoscere per la promozione della salute sessuale e riproduttiva dei giovani 2) **Attivazione di almeno uno specifico servizio espressamente dedicato alla promozione della salute sessuale e riproduttiva dell'utenza giovanile**, direttamente o indirettamente collegato ai CF familiari per quanto eventualmente necessario all'utenza	**Coordina le attività il Sig. Direttore del Di.M.I.**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui al punto 1 del piano dettagliato delle azioni con aumento del trend (valutabile presso i CF) **ENTRO IL 31/12/2013**: aumento dei trend di valutazione di un ulteriore 5% rispetto alle percentuali per essi raggiunte al 31.12.2012 **ENTRO IL 31/12/2014**: le azioni di cui al punto 2 del piano dettagliato delle azioni

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.5	**PERCORSO SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI**	**III.2.5 A** Attivare una rete funzionale di servizi dedicati alla salute delle donne straniere **III.2.5 B** Incrementare il numero di donne straniere seguite presso i Consultori	Adozione formale di percorsi integrati dedicati alla salute delle donne straniere, monitorabili tramite indicatori N. donne straniere prese in carico dai CF nel percorso nascita (valutazione trend anni precedenti) **>= 900 anno 2012** N. donne che effettuano il counselling contraccettivo nei CF (valutazione trend anni precedenti) N. donne straniere che partecipano alle campagne di screening (dati screening)	1) Implementazione delle attività consultoriali finalizzate alla informazione sul Consultorio, sulle campagne di screening, sulla contraccezione e sulla maternità responsabile delle utenti straniere per qualunque motivo rivoltisi al CF al fine anche di sfruttare il passa-parola tra connazionali in modo che da ciò possa poi derivare aumento dell'utenza straniera e conseguentemente migliore assistenza per essa 2) **ATTIVAZIONE di ambulatorio dedicato presso il CF di Mazara** del Vallo con adozione di Registro dedicato alle mutilazioni genitali femminili 3) Verifica e valutazione dei dati al fine di eventuale attivazione di un secondo ambulatorio dedicato	**Coordina le attività il Sig. Responsabile della U.O.S. T.S.I.D.F. del Distretto di Mazara del Vallo**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui al punto 1 del piano dettagliato delle azioni con aumento del trend (valutabile presso i CF) **ENTRO IL 31/12/2013**: le azioni di cui al punto2 del piano dettagliato delle azioni **ENTRO IL 31/12/2014**: le azioni di cui al punto 3 del piano dettagliato delle azioni
Nota: nel predisporre il PAA le Aziende terranno conto di un progetto di formazione regionale (CCM 2009-Prevenzione IVG donne straniere) per operatori dei servizi individuati per la realizzazione della rete,territoriali (Consultori, Servizi dedicati agli immigrati,URP,ecc) ed ospedalieri (Punti Nascita) da realizzardi nel triennio						

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.6	**LA PREVENZIONE DELLA MORTALITA' NEONATALE,MATERNA E DELLE MALATTIE PERINATALI**	Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell'assistenza al patrto e al neonato	Raggiungere l'appropriatezza del Percorso Nascita	1) Applicazione del D.A. n.2536 del 02/12/2011 secondo la tempistica prevista con presentazione del piano di Riconversione 2) Adeguamento dell'incidenza al 20 % dei Tagli Cesarei nelle primipare 3) Attuazione piena della rete del percorso nascita ospedale-territorio	**Coordina le attività il Sig. Direttore del Di.M.I. coadiuvato dal CPNa**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui ai punti 1 e 2 del piano dettagliato delle azioni **ENTRO IL 31/12/2013**: le azioni di cui al punto 3 del piano dettagliato delle azioni

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.7	**IL PUERPERIO E LA SALUTE DEL NEONATO E DEL BAMBINO**	**RIDUZIONE MORTALITA PER SIDS**	Diminuzione della mortalità neonatale per SIDS in Provincia (valutazione: trend anni precedenti)	1) Corretta informazione e consigli dedicati su Implementazione del succhietto ortodontico con mascherina rigida e tettarella morbida non preformata entro il primo mese di vita del bambino - Indicazione della posizione supina durante il sonno del neonato -L'importanza di evitare ambienti ove si fumi -Importanza del non fumare della madre da parte del personale Medico,Ostetrico, Infermieristico e da parte delle Assistenti Sanitarie durante ogni incontro con la gravide nel corso della gravidanza ,durante i corsi di accompagnamento alla nascita e nel puerperio presso i Consultori Familiari e da parte del Personale Operante in Ospedale sia presso i reparti di Ginecologia che presso i reparti di neonatologia e di Pediatria, attenzionando la componente psichico-emotiva e relazionale della donna con consegna opuscolo	**Coordina le attività il Sig. Direttore della U.O.C. Assistenza Materno –Infantile Territoriale**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui al punto 1 del piano dettagliato delle azioni con diminuzione del trend **ENTRO IL 31/12/2013**: diminuzione del trend di valutazione di un ulteriore 5% rispetto alle percentuali raggiunte al 31.12.2012 **ENTRO IL 31/12/2014**: diminuzione del trend di valutazione di un ulteriore 5% rispetto alle percentuali raggiunte al 31.12.2013

III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

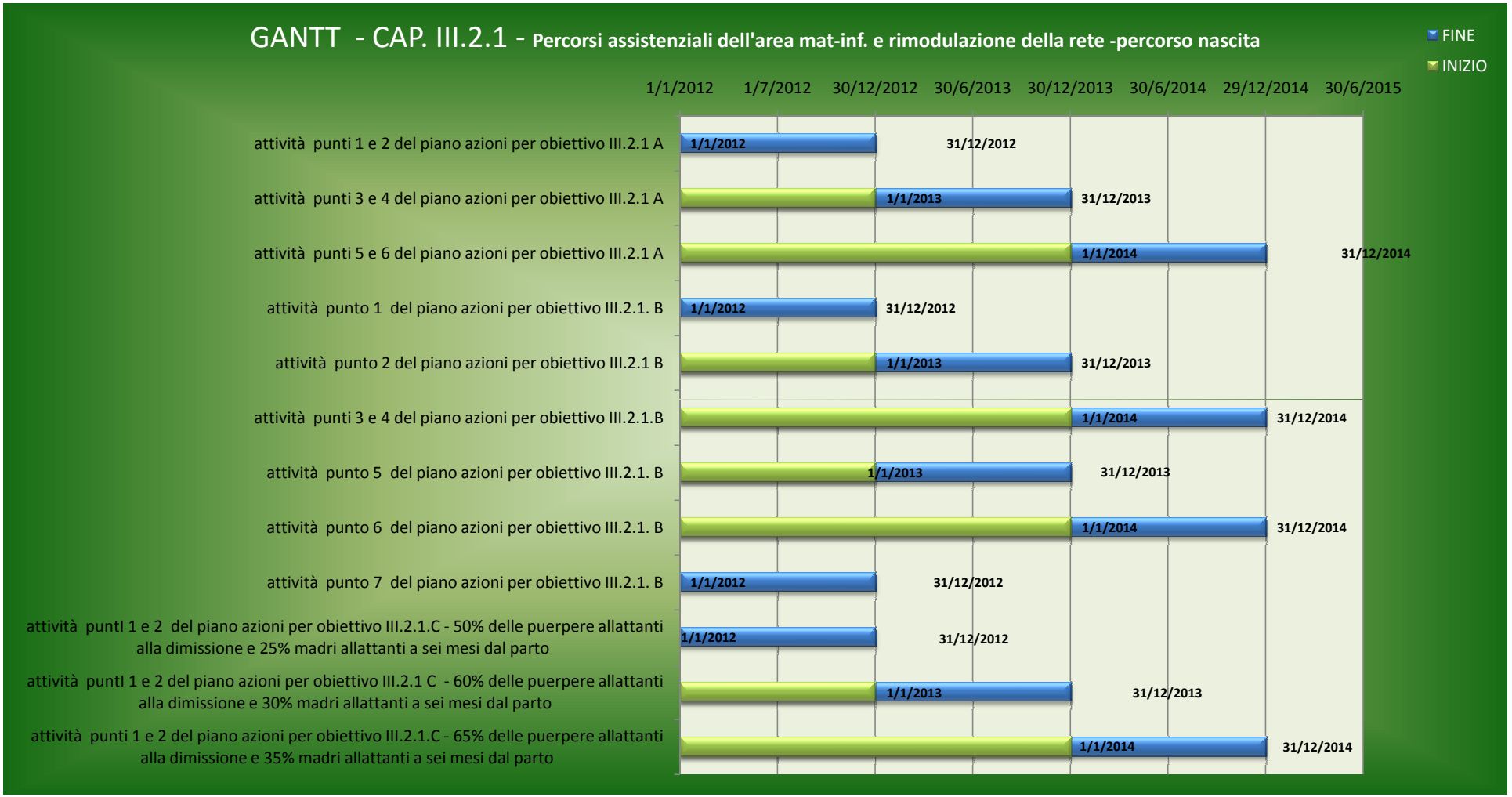
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.8	**L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE E AI CORRETTI STILI DI VITA IN ETÀ PEDIATRICA E NELLA ADOLESCENZA**	**RIDUZIONE OBESITA'** Indicare anche le strategie previste per l'applicazione di quanto indicato nell'accordo integrativo regionale per la pediatria relativamente ai percorsi per i pazienti con sovrappeso/ obesità	n. di classi filtro individuate per la quantificazione della popolazione a rischio (valutazione trend anni precedenti) n. di bambini sottoposti a controllo dedicato per sovrappeso/obesità (valutazione trend anni precedenti)	1. Identificare ,dividendo gli esaminati in tre gruppi (magri/normopeso/sovrappeso/obesi), da parte dei Medici Scolastici- comportamenti a rischio e suggerire appropriati interventi di educazione alla salute mediante compilazione di un questionario che valuti le abitudini di vita ed alimentari 2. Attivare un ambulatorio pediatrico presso una sede Consultoriale nelle ore antimeridiane ,dove far afferire la popolazione screenata su Trapani 3. Attivare un ambulatorio pediatrico presso il P.O. di Marsala,dove far afferire la popolazione screenata su Marsala 4. Effettuare una consulenza psicologica con sostegno psicoterapeutico 5. Somministrare idonea dieta ai soggetti obesi 6. Implementare campagne di informazione e programmi di educazione alla salute rivolti alle famiglie e alle scuole su : - Promozione della attività fisica - Promozione di comportamenti alimentari salutari - Aumento delle conoscenze sul rischio che il sovrappeso e l'obesità comportano per l'organismo	**Coordinano le attività il Sig. Direttore della U.O.C. Assistenza Materno –Infantile Territoriale , il Sig. Direttore della U.O.C. Pediatria del P.O. di Trapani ed il il Sig. Direttore della U.O.C. Pediatria del P.O. di Marsala**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui ai punti 1,2,3 e 4 del piano dettagliato delle azioni con aumento dei trend **ENTRO IL 31/12/2013**: le azioni di cui ai punti 5 e 6 del piano dettagliato delle azioni

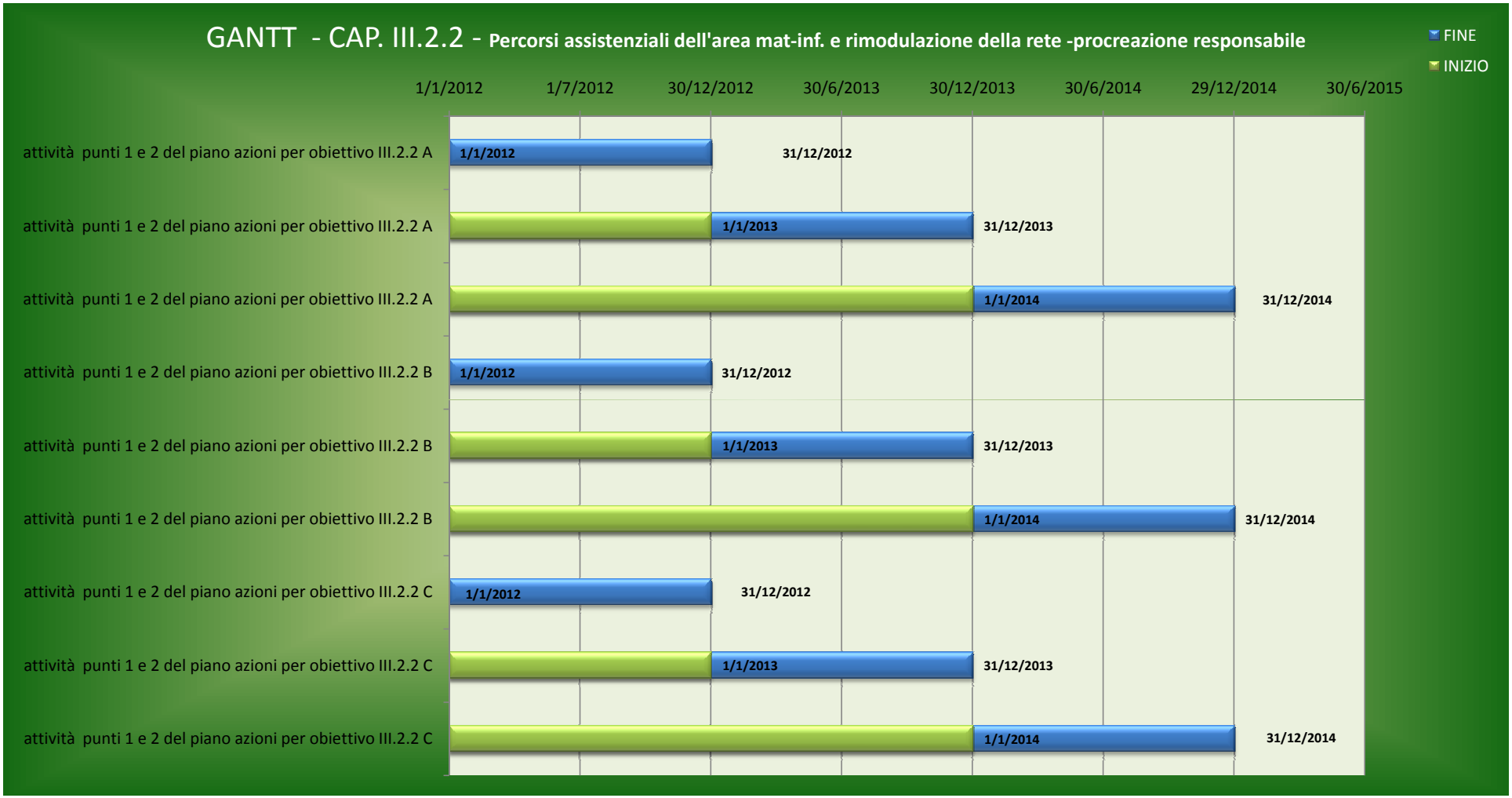
III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

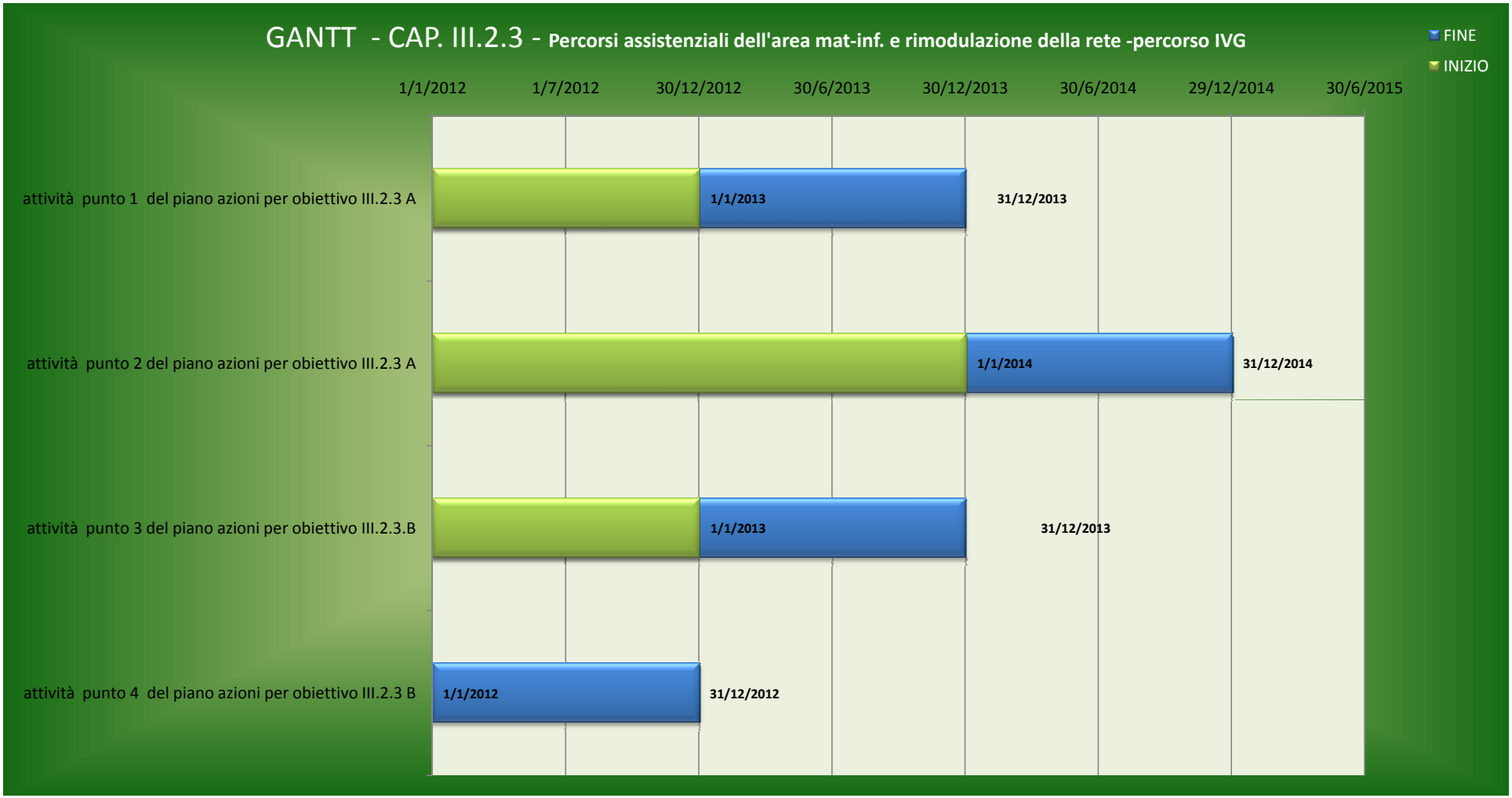
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.9	**LA INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI IN PEDIATRIA**	**riduzione della ospedalizzazione**	Diminuzione del numero di ricoveri pediatrici per patologie allergiche non in fase di acuzie (valutazione trend anni precedenti)	1. Attivazione di un ambulatorio provinciale di allergologia pediatrica presso il quale sottoporre i soggetti individuati a rischio a prove cutanee e rast 2. Sensibilizzazione dei Pediatri di Base all'individuazione dei soggetti a rischio e all'invio presso l'ambulatorio dedicato 3. Campagna di promozione vaccinale per gli allergeni	**Coordina le attività il Sig. Direttore della U.O.C. di Pediatria del P.O. di Trapani**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui al punto 1 del piano dettagliato delle azioni con diminuzione del trend **ENTRO IL 31/12/2013**: le azioni di cui al punto 2 e 3 del piano dettagliato delle azioni con diminuzione del trend

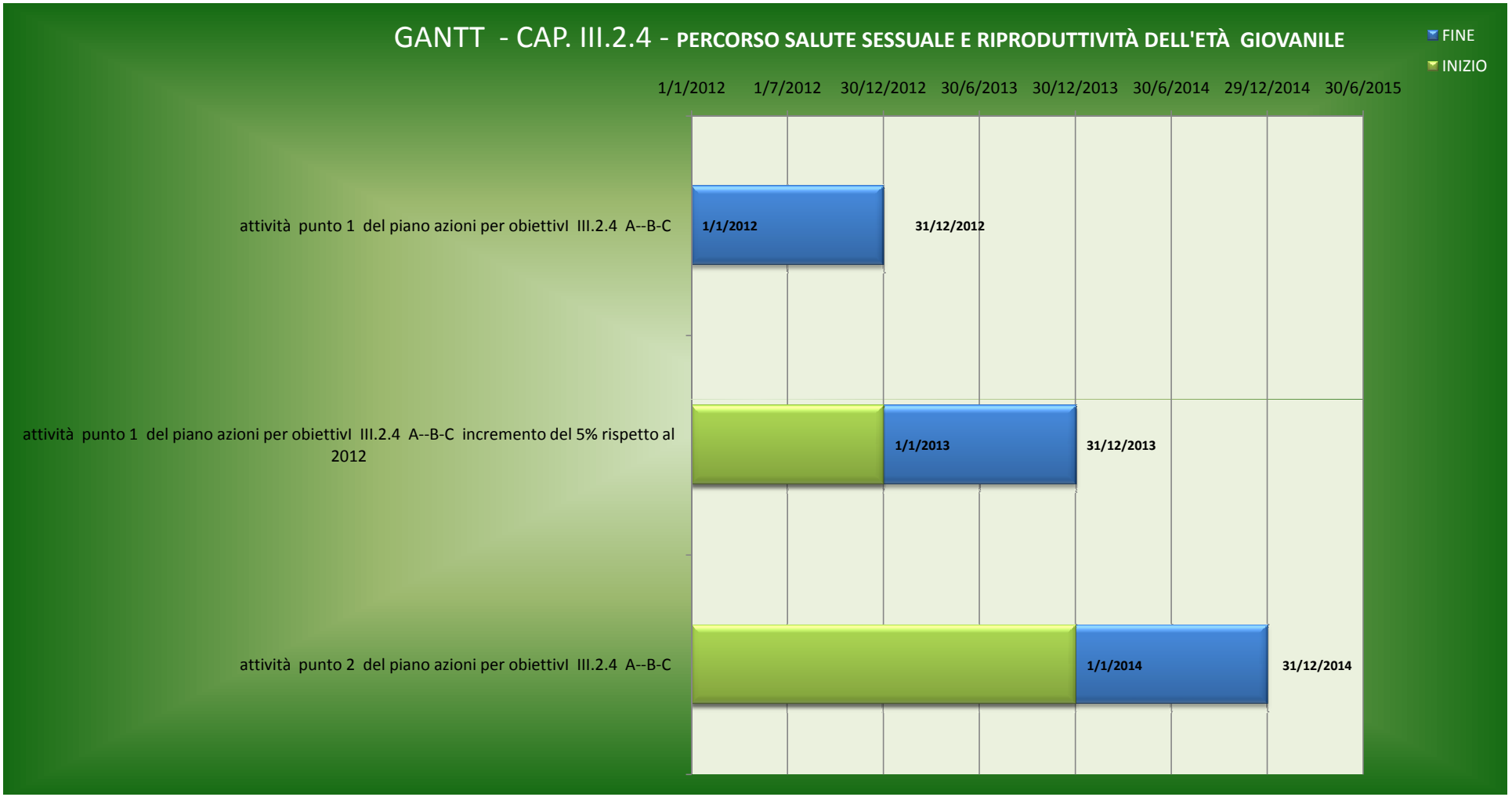
III.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE DELLA DONNA, DEL BAMBINO E DELL'ETA' GIOVANILE

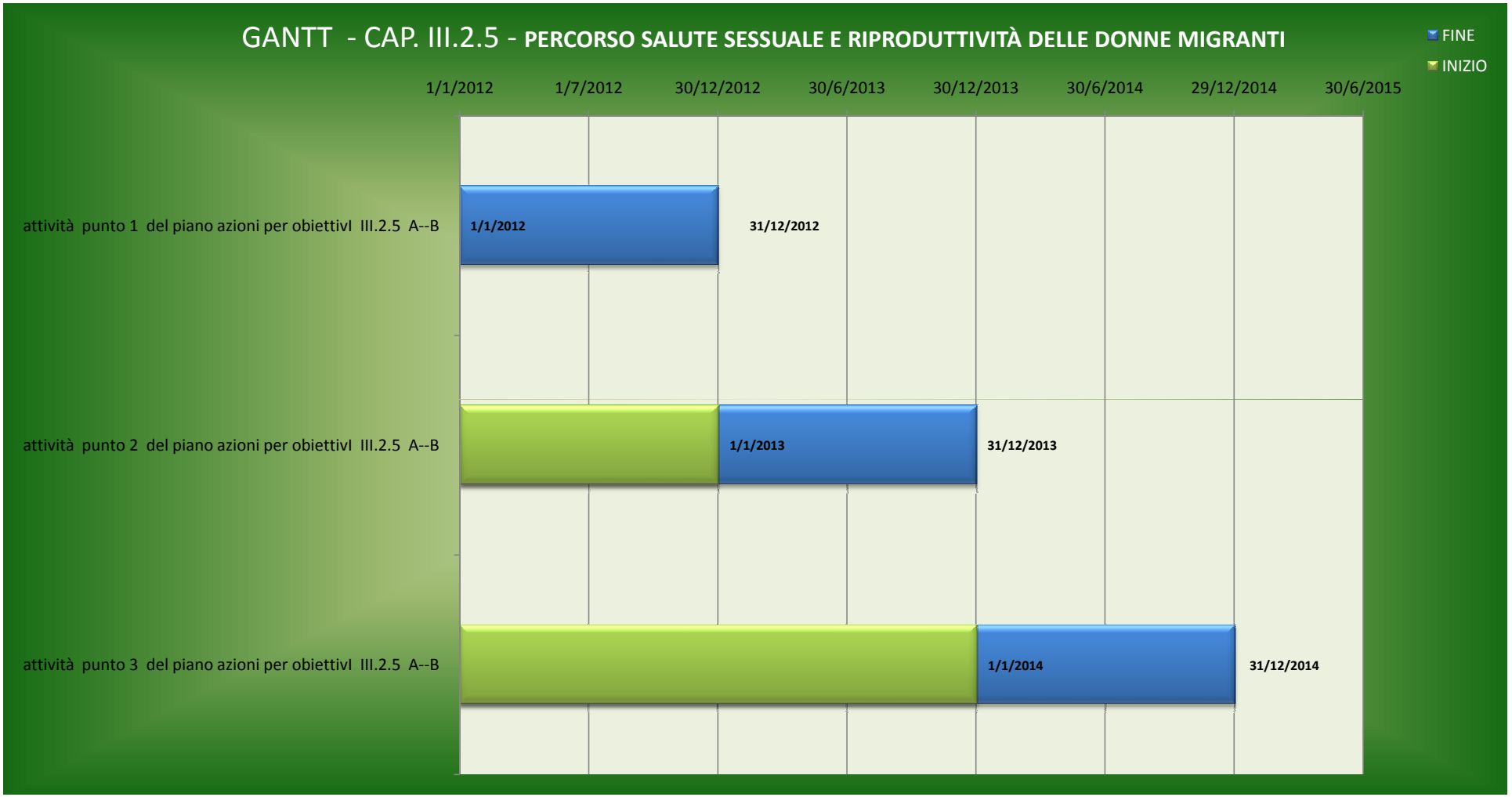
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.2.10	**TUTELA DEL MINORE E DELLA DONNA**	**Adesione alle linee guida regionali per la tutela dei minori e delle donne vittime di abuso**	Attivazione di n.6 gruppi di lavoro integrato distrettuali per la creazione di reti funzionali tra i servizi territoriali dell'ASP che a vario titolo si occupano di minori (PSR par.9)	1) Individuazione componenti dei gruppi di lavoro 2) Definizione modalità e tempi dei gruppi di lavoro 3) Definizione a attivazione dei Progetti	**Coordinano le attività il Sig. Direttore della U.O.C. Assistenza Materno –Infantile Territoriale e il Sig. Direttore della U.O.C. Neuropsichiatria Infantile**	**ENTRO IL 31/12/2012**: le azioni di cui ai punti 1,2, e 3 del piano dettagliato delle azioni
			Attivazione di n. 6 gruppi di lavoro presso i Distretti per l'integrazione socio-sanitaria nell'Area infanzia,adolescenza e famiglia (Lex 328/00)	4) Individuazione componenti dei gruppi di lavoro 5) Definizione modalità e tempi dei gruppi di lavoro 6) Definizione a attivazione dei Progetti		**ENTRO IL 31/12/2013**: le azioni di cui ai punti 4,5,e 6 punto 1 del piano dettagliato delle azioni
			Avvio e sperimentazione di n. 6 progetti su genitorialità responsabile e sessualità di durata biennale	7) Messa in opera dei progetti		**ENTRO IL 31/12/2014**: le azioni di cui al punto 7 del piano dettagliato delle azioni
		La Procreazione medicalmente assistita	N. soggetti che aderiranno ad un nuovo Centro Pubblico di PMA . Riduzione del : di soggetti che si rivolgeranno a Centri Privati di PMA.	1) Attivazione di un centro di PMA c/o P.O. di Trapani 2) Dotazione di uno standard strutturale e di risorse umane dedicate.	**Equipe dedicata multidisciplinare**	**ENTRO IL 31/12/2014:** le azioni di cui ai punti 1 e 2 del piano dettagliato delle azioni

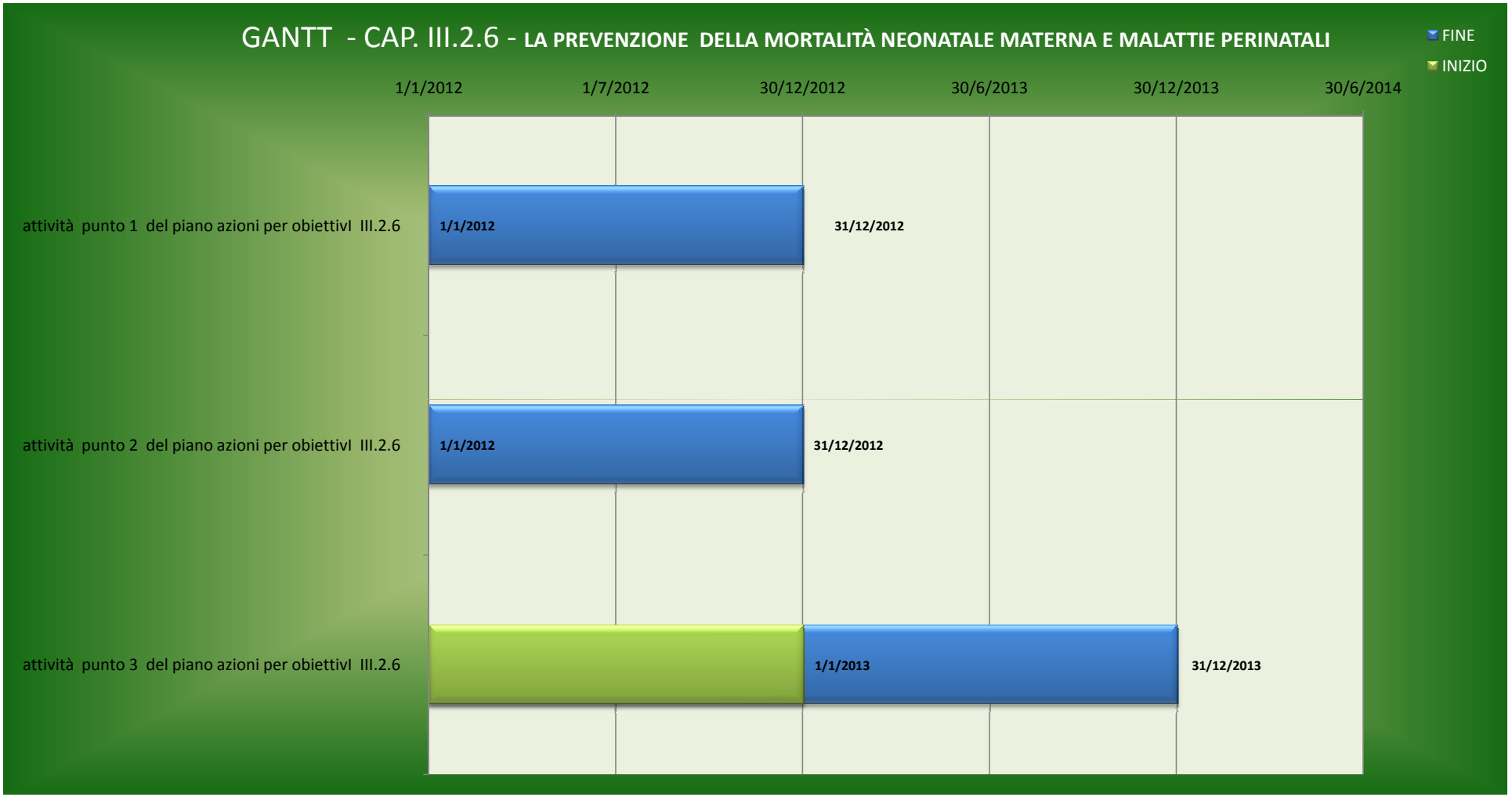

GANTT - CAP. III.2.1 - Percorsi assistenziali dell'area mat-inf. e rimodulazione della rete -percorso nascita
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.1 A
attività punti 3 e 4 del piano azioni per obiettivo III.2.1 A
attività punti 5 e 6 del piano azioni per obiettivo III.2.1 A
attività punto 1 del piano azioni per obiettivo III.2.1. B
attività punto 2 del piano azioni per obiettivo III.2.1 B
attività punti 3 e 4 del piano azioni per obiettivo III.2.1.B
attività punto 5 del piano azioni per obiettivo III.2.1. B
attività punto 6 del piano azioni per obiettivo III.2.1. B
attività punto 7 del piano azioni per obiettivo III.2.1. B
attività puntI 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.1.C - 50% delle puerpere allattanti alla dimissione e 25% madri allattanti a sei mesi dal parto
attività puntI 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.1 C - 60% delle puerpere allattanti alla dimissione e 30% madri allattanti a sei mesi dal parto
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.1.C - 65% delle puerpere allattanti alla dimissione e 35% madri allattanti a sei mesi dal parto
1/1/2012
31/12/2012
1/1/2013
31/12/2013
1/1/2014
31/12/2014

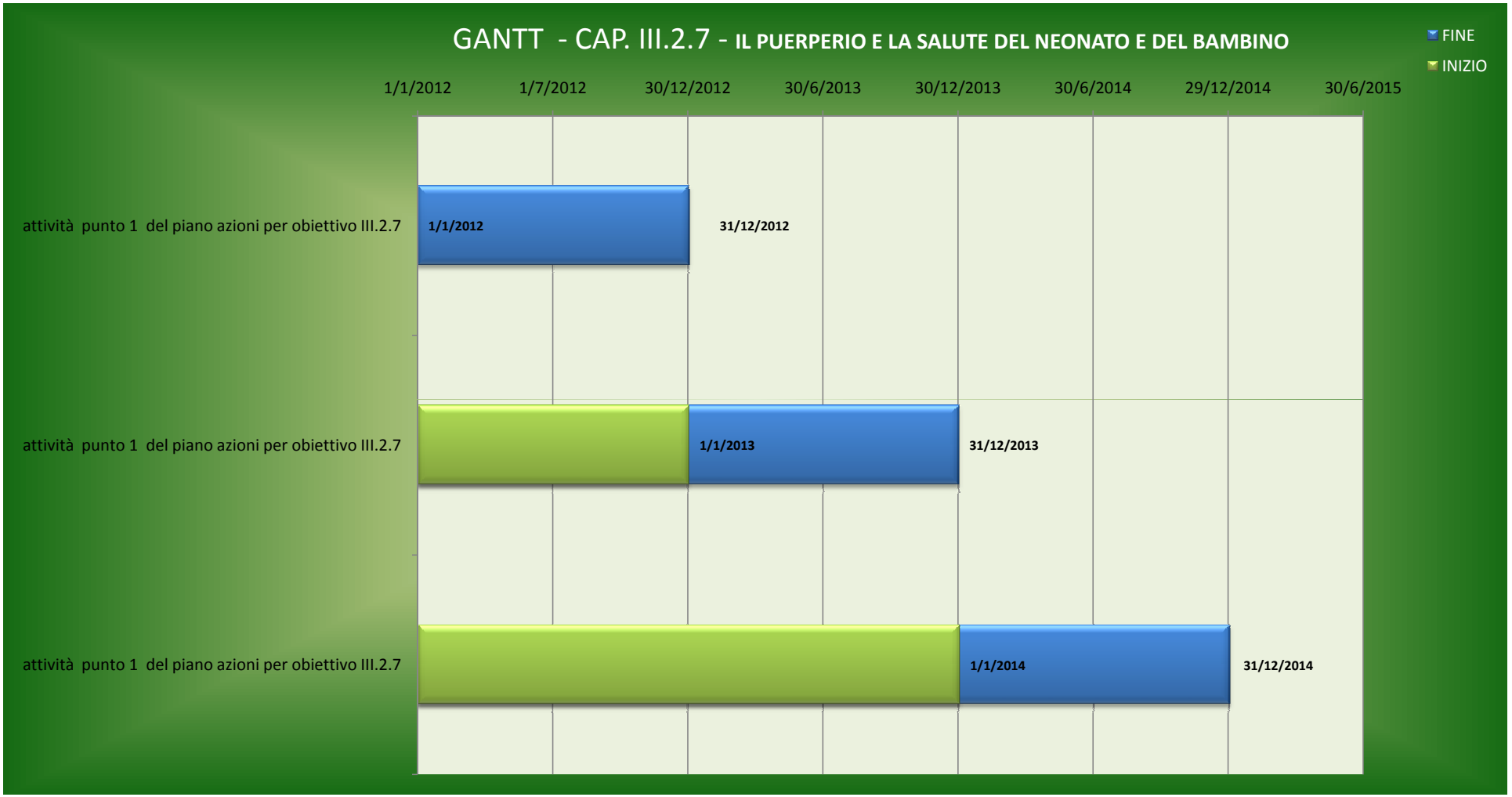

GANTT - CAP. III.2.2 - Percorsi assistenziali dell'area mat-inf. e rimodulazione della rete -procreazione responsabile
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.2 A
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.2 A
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.2 A
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.2 B
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.2 B
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.2 B
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.2 C
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.2 C
attività punti 1 e 2 del piano azioni per obiettivo III.2.2 C
1/1/2012
31/12/2012
1/1/2013
31/12/2013
1/1/2014
31/12/2014
1/1/2012
31/12/2012
1/1/2013
31/12/2013
1/1/2014
31/12/2014
1/1/2012
31/12/2012
1/1/2013
31/12/2013
1/1/2014
31/12/2014

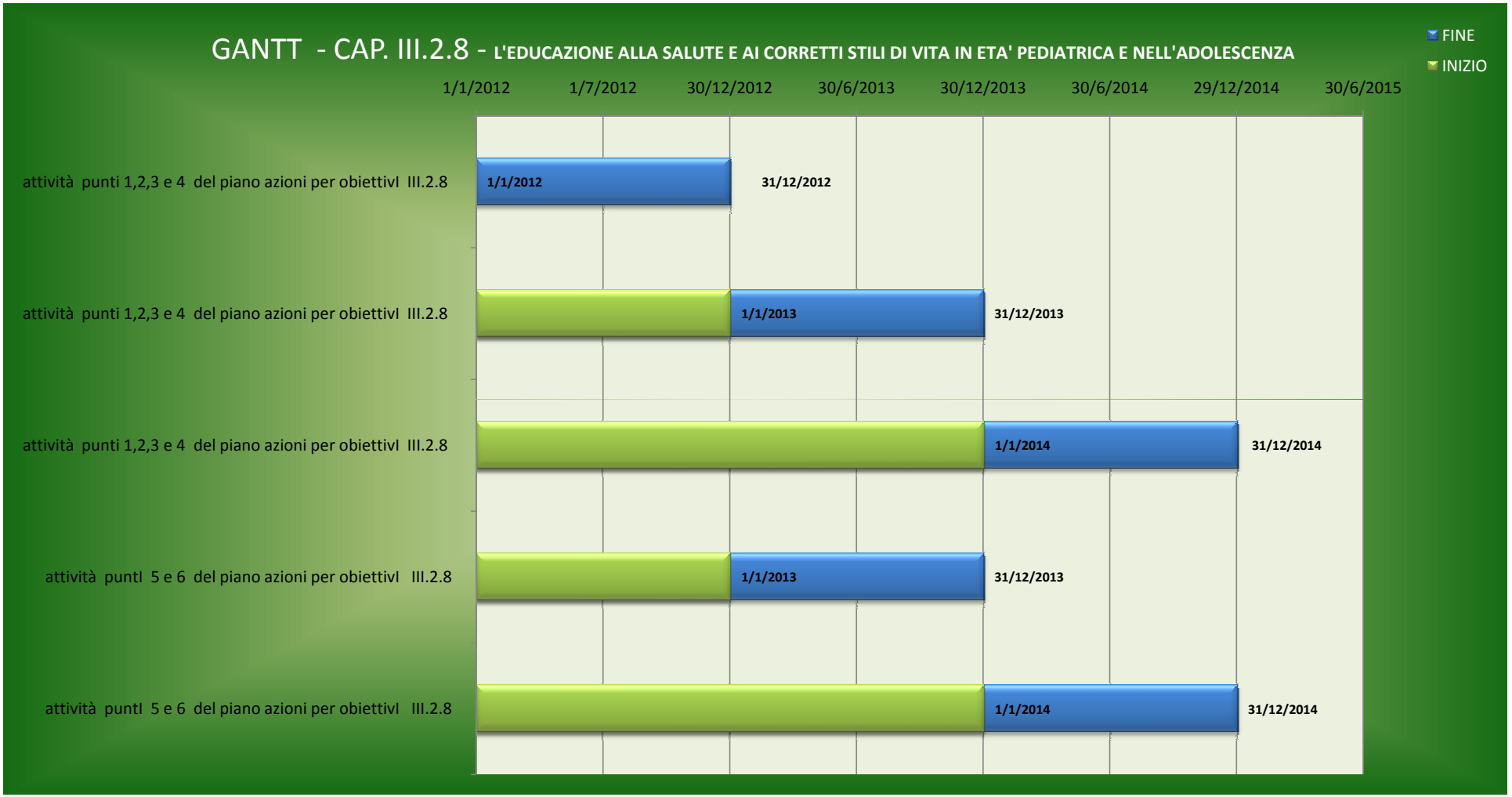

GANTT - CAP. III.2.3 - Percorsi assistenziali dell'area mat-inf. e rimodulazione della rete -percorso IVG
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività punto 1 del piano azioni per obiettivo III.2.3 A
1/1/2013
31/12/2013
attività punto 2 del piano azioni per obiettivo III.2.3 A
1/1/2014
31/12/2014
attività punto 3 del piano azioni per obiettivo III.2.3.B
1/1/2013
31/12/2013
attività punto 4 del piano azioni per obiettivo III.2.3 B
1/1/2012
31/12/2012

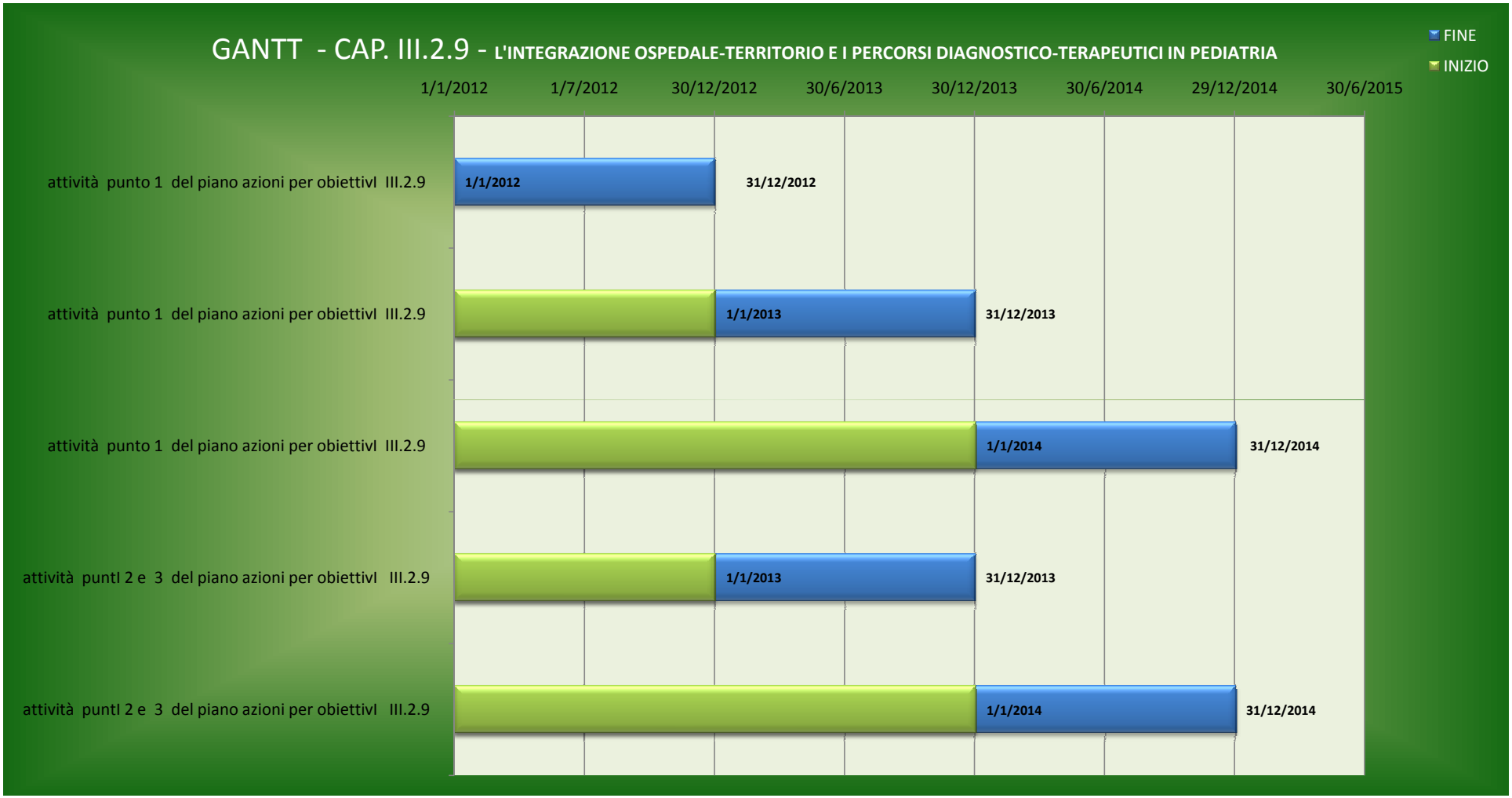

GANTT - CAP. III.2.4 - PERCORSO SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVITÀ DELL'ETÀ GIOVANILE
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività punto 1 del piano azioni per obiettivI III.2.4 A--B-C
1/1/2012
31/12/2012
attività punto 1 del piano azioni per obiettivI III.2.4 A--B-C incremento del 5% rispetto al 2012
1/1/2013
31/12/2013
attività punto 2 del piano azioni per obiettivI III.2.4 A--B-C
1/1/2014
31/12/2014

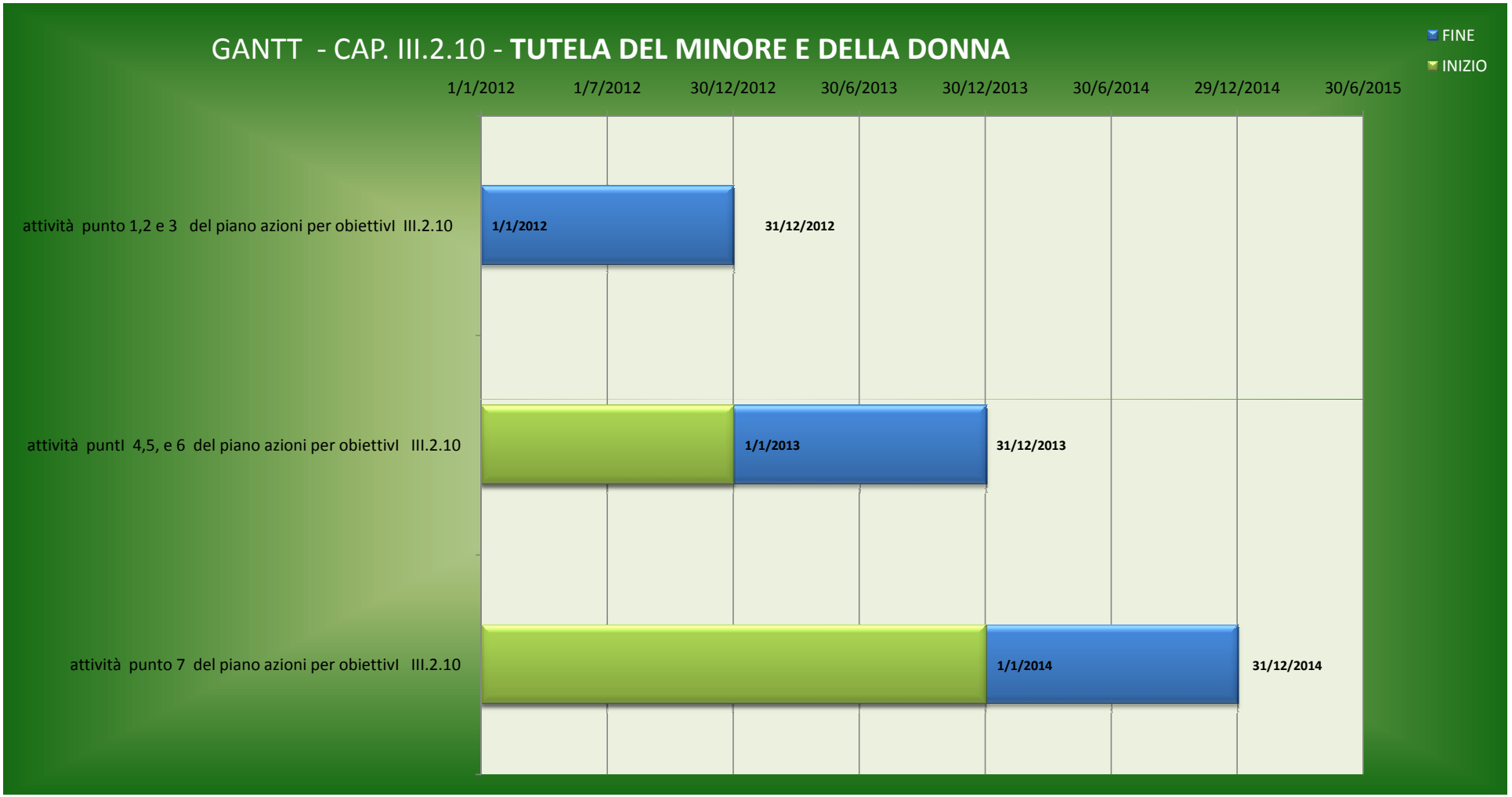

GANTT - CAP. III.2.5 - PERCORSO SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVITÀ DELLE DONNE MIGRANTI
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività punto 1 del piano azioni per obiettivI III.2.5 A--B
1/1/2012
31/12/2012
attività punto 2 del piano azioni per obiettivI III.2.5 A--B
1/1/2013
31/12/2013
attività punto 3 del piano azioni per obiettivI III.2.5 A--B
1/1/2014
31/12/2014

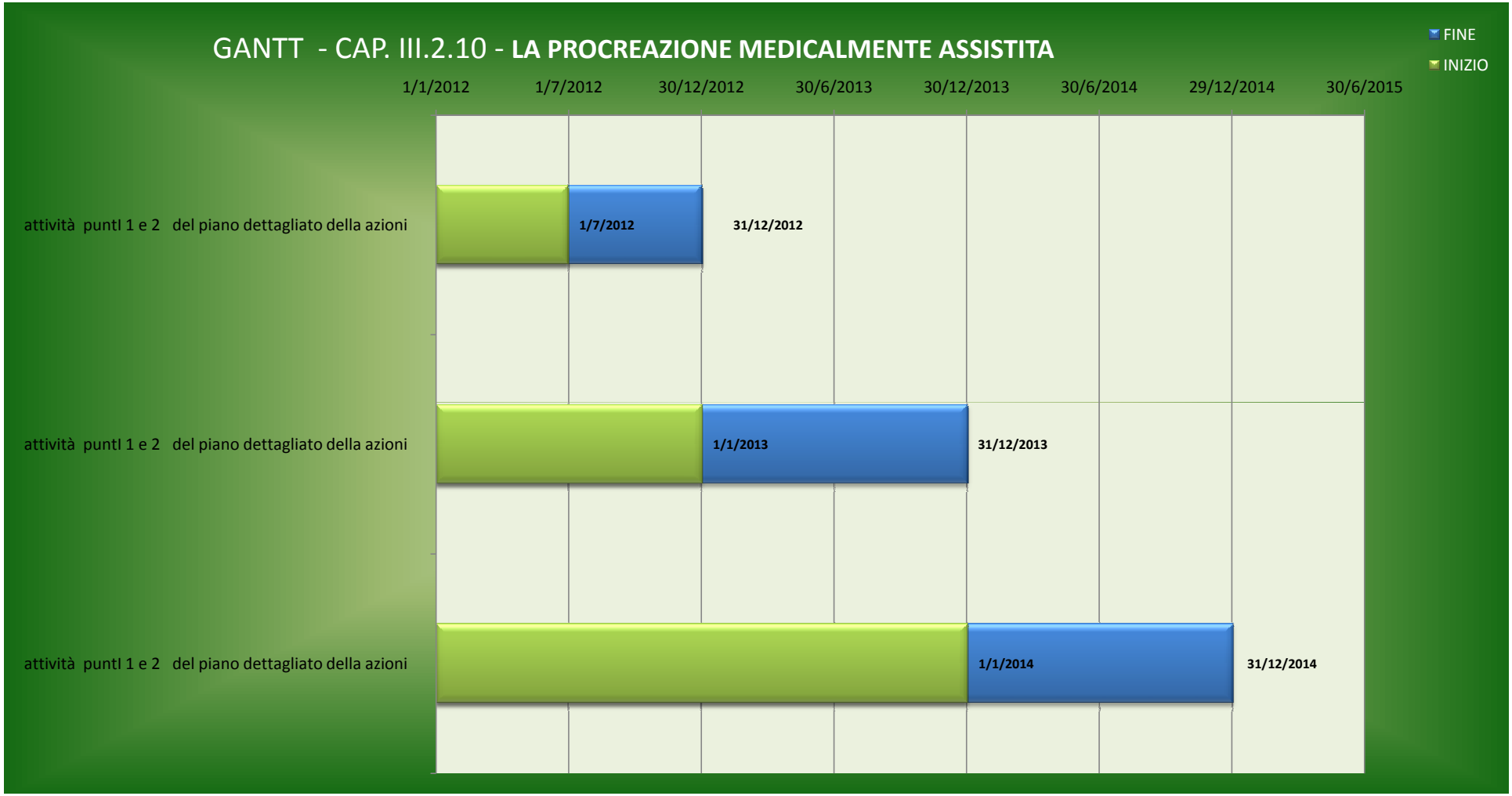

GANTT - CAP. III.2.6 - LA PREVENZIONE DELLA MORTALITÀ NEONATALE MATERNA E MALATTIE PERINATALI
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
attività punto 1 del piano azioni per obiettivI III.2.6
1/1/2012
31/12/2012
attività punto 2 del piano azioni per obiettivI III.2.6
1/1/2012
31/12/2012
attività punto 3 del piano azioni per obiettivI III.2.6
1/1/2013
31/12/2013


GANTT - CAP. III.2.7 - IL PUERPERIO E LA SALUTE DEL NEONATO E DEL BAMBINO
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività punto 1 del piano azioni per obiettivo III.2.7
1/1/2012
31/12/2012
attività punto 1 del piano azioni per obiettivo III.2.7
1/1/2013
31/12/2013
attività punto 1 del piano azioni per obiettivo III.2.7
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. III.2.8 - L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE E AI CORRETTI STILI DI VITA IN ETA' PEDIATRICA E NELL'ADOLESCENZA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività punti 1,2,3 e 4 del piano azioni per obiettivI III.2.8
1/1/2012
31/12/2012
attività punti 1,2,3 e 4 del piano azioni per obiettivI III.2.8
1/1/2013
31/12/2013
attività punti 1,2,3 e 4 del piano azioni per obiettivI III.2.8
1/1/2014
31/12/2014
attività puntI 5 e 6 del piano azioni per obiettivI III.2.8
1/1/2013
31/12/2013
attività puntI 5 e 6 del piano azioni per obiettivI III.2.8
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. III.2.9 - L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI IN PEDIATRIA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività punto 1 del piano azioni per obiettivI III.2.9
1/1/2012
31/12/2012
attività punto 1 del piano azioni per obiettivI III.2.9
1/1/2013
31/12/2013
attività punto 1 del piano azioni per obiettivI III.2.9
1/1/2014
31/12/2014
attività puntI 2 e 3 del piano azioni per obiettivI III.2.9
1/1/2013
31/12/2013
attività puntI 2 e 3 del piano azioni per obiettivI III.2.9
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. III.2.10 - TUTELA DEL MINORE E DELLA DONNA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività punto 1,2 e 3 del piano azioni per obiettivI III.2.10
1/1/2012
31/12/2012
attività puntI 4,5, e 6 del piano azioni per obiettivI III.2.10
1/1/2013
31/12/2013
attività punto 7 del piano azioni per obiettivI III.2.10
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. III.2.10 - LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
attività puntI 1 e 2 del piano dettagliato della azioni
1/7/2012
31/12/2012
attività puntI 1 e 2 del piano dettagliato della azioni
1/1/2013
31/12/2013
attività puntI 1 e 2 del piano dettagliato della azioni
1/1/2014
31/12/2014

III.3 La partecipazione alla rete oncologica e radioterapica, i collegamenti con il contesto regionale e l'implementazione dei percorsi per la lotta ai tumori

I tumori rappresentano in Sicilia la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari, costituendo, insieme a queste ultime, circa i 2/3 dei decessi complessivi. Per questo motivo viene dedicata particolare attenzione alle risposte assistenziali correlate alla patologia oncologica.

-La prevenzione dei tumori

In generale la prevenzione rappresenta la forma più concreta di lotta ai tumori. In particolare le strategie preventive sono di due tipi:

- Primaria, finalizzata a ridurre l'incidenza della patologia tumorale attraverso un'azione di contrasto ai principali fattori di rischio ed attraverso una capillare campagna informativa nelle scuole e negli ambienti lavorativi, specie quelli a rischio;
- Secondaria, finalizzata a ridurre la mortalità attraverso interventi che consentano di individuare tumori in una fase precoce in modo da limitare i danni all'organismo e di modificare la prognosi alla malattia.

I programmi di diagnosi precoce più efficaci sono gli screening. Gli screening riconosciuti più efficaci in campo oncologico sono quelli per il tumore della mammella, per il carcinoma della cervice e del colon retto. E' indispensabile un raccordo con il Registro Tumori al fine di valutare l'impatto dei programmi di screening sulla mortalità da tumori rilevata sul territorio.

-La cura dei tumori e la rete oncologica e radioterapica

L'area oncologica prevede i seguenti momenti assistenziali: prevenzione primaria, prevenzione secondaria, diagnosi precoce, cura della malattia in fase precoce, follow up, cura della malattia in fase avanzata, prendersi cura nella fase terminale. Le linee assistenziali si muovono in due direzioni: "orizzontale" e "verticale". La linea organizzativa "orizzontale" riguarda le diverse articolazioni di competenze professionali che le neoplasie richiedono per un'adeguata diagnosi e per il migliore trattamento e trova la sua più chiara espressione nella pluridisciplinarietà di approccio. La linea organizzativa "verticale" riguarda invece la continuità temporale di assistenza. L'organizzazione in Rete deve garantire una stretta integrazione che si basa su due cardini principali:

- *Simultaneus care* per percorsi diagnostico terapeutici specifici, meccanismi operativi per le dimissioni protette e ricoveri programmati nei differenti settori della rete;
- *Continuità assistenziale* fra la fase di cura e le terapie di supporto, integrazione tra la rete oncologica, l'assistenza palliativa, la terapia del dolore, i MMG, le cure domiciliari e le organizzazioni del volontariato.

L'organizzazione della Rete assistenziale deve quindi seguire linee guida condivise necessarie per un approccio unitario alle problematiche della persona

-Tumori in età pediatrica

L'assistenza al bambino/adolescente con patologia neoplastica ha conosciuto in questi anni notevoli progressi. I miglioramenti nei processi di cura sono legati in generale alla intensificazione dei programmi sui trattamenti medici ed al miglioramento delle terapie di supporto. Occorre invece avviare alcuni interventi prioritari nel campo dell'oncoematologia pediatrica:

- Creare percorsi idonei alla gestione/trattamento dei bambini oncoematologici;

- Formazione ed aggiornamento sul campo anche attraverso programmi di collaborazione o scambio con altre istituzioni;
- Adesione ai protocolli per l'invio dei soggetti ai centri trapianto;
- Integrazione ospedale-territorio mediante la costruzione di una rete oncoematologica che coinvolga tutte le figure utili alla cura globale dei bambini: PLS, UU.OO. di Pediatria, servizi sociali e scolastici, associazioni di volontariato.

-La riabilitazione in oncologia

La riabilitazione della persona con patologia oncologica ha una forte connotazione sociale in considerazione dell'aumentata sopravvivenza e degli esiti dei trattamenti. La riabilitazione in oncologia ha, infatti, come obiettivo la qualità di vita della persona in qualunque fase della malattia, aiutando la stessa e la sua famiglia a riprendere il più possibile condizioni di vita normali, limitando il deficit fisico, cognitivo e psicologico e potenziandone le capacità funzionali residue. Tra gli obiettivi specifici prioritari si prevedono:

- Attivazione di servizi e percorsi riabilitativi dedicati;
- Promozione di attività di supporto psicologico;
- Coinvolgimento delle organizzazioni no-profit.

III.3 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA ONCOLOGICA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.3.1	**La prevenzione dei tumori**	Adesione alle campagne di prevenzione e maggiore ricorso alla diagnosi precoce	1) incontri da realizzarsi nei comuni della provincia > = 8 incontri 2) Coinvolgimento MMG della provincia >= 30% MMG della provincia 3) Adesione screening degli assistiti nelle fasce di screening > = 30 % degli assistiti nelle fasce di screening 4) Organizzazione corsi di formazione per personale scelto per la gestione del front-office Organizzazione 2 corsi	1) Elaborazione progetti formazione-informazione su argomenti di prevenzione primaria dei tumori. Target: MMG + popolazione generale 2) Elaborazione progetti formazione-informazione su Vaccinazione anti HPV. Target: MMG + popolazione scolastica (scuola media) + genitori 3) Aumentare l'adesione alle campagne di screening presenti sul territorio: cervico-carcinoma, colon-retto, mammella attraverso il coinvolgimento dei MMG come per le campagne di vaccinazione antinfluenzale 4) Aumentare l'adesione alle campagne di screening presenti sul territorio: cervico-carcinoma, colon-retto, mammella attraverso campagne di comunicazione da realizzarsi in 8 comuni della provincia individuando come punti nodali le parrocchie più rappresentative. 5) Aumentare l'adesione alle campagne di screening presenti sul territorio attraverso: **Creazione di un Front office per i tumori** il cui obiettivo è quello di interfacciarsi direttamente con l'utenza e fornire informazioni relative a screening e percorsi diagnostico terapeutici	- Dipartimento di Prevenzione - Dipartimento Oncologico - Coordinamento Sanitario Area Territoriale - Responsabile Screening.	Vedi cronoprogramma

III.3 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA ONCOLOGICA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.3.2	**La cura dei tumori e la rete oncologica e radioterapica**	la partecipazione dell'azienda alla rete oncologica - la partecipazione dell'Azienda alla rete radioterapica - percorsi diagnostico-terapeutici e continuità assistenziale tra la fase di cura e la terapia di supporto	1) servizi e UU.OO. coinvolti nella diagnosi e cura del pz oncologico -100% dei servizi/U.O coinvolti nella diagnosi e cura del pz oncologico 2) Servizi+UU.OO. coinvolti nel trattamento di supporto e riabilitativo -100% dei servizi /UU.OO che sono o potrebbero essere coinvolti nel trattamento di supporto e riabilitativo 3) Servizi+UU.OO coinvolti nella diagnosi e cura del pz oncologico + Servizi+UU.OO. coinvolti nel trattamento di supporto e riabilitativo dei pazienti oncologici 80% dei servizi e UU.OO aderenti alla rete	1) Censimento servizi/U.O coinvolti nella diagnosi e cura del pz oncologico 2) censimento dei servizi che sono o potrebbero essere coinvolti nel trattamento di supporto e riabilitativo 3) Conferenza di servizio per aderire alla rete oncologica 4) Realizzazione della rete informatica, fax, telefonica 5) Potenziamento degli ambulatori oncologici di Marsala e Pantelleria. 6) Realizzazione sportello unico di accesso alle prestazioni della rete oncologica provinciale. 7) Individuazione dei gruppi di lavoro sui tumori della mammella, cervice uterina, colon, melanomi, distretto cervico facciale, polmone e prostata.	- Dipartimento Onc. -UU.OO. di Oncologia Gruppi di lavoro sui tumori oggetto di elaborazione dei percorsi diagnostico terapeutici- Coordinamento Sanitario Area Territoriale	Vedi crono programma

III.3 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA ONCOLOGICA

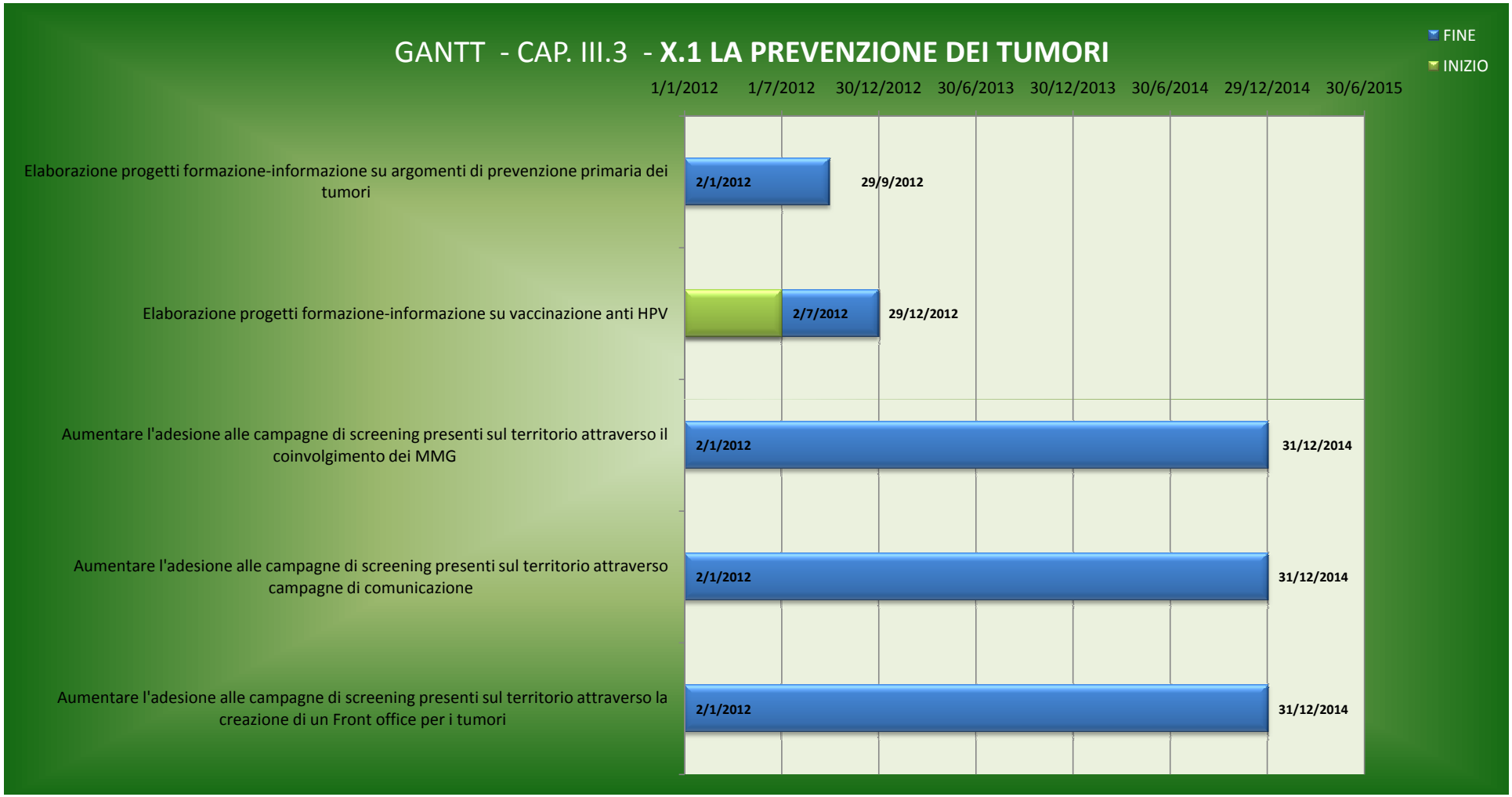
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.3.2	**La cura dei tumori e la rete oncologica e radioterapica**	la partecipazione dell'azienda alla rete oncologica - la partecipazione dell'Azienda alla rete radioterapica - percorsi diagnostico-terapeutici e continuità assistenziale tra la fase di cura e la terapia di supporto	4) Punti della rete provvisti di collegamento intranet, internet, FAX/ Punti della rete ≥ 50% 5) % di adesione alle linee guida approvate e pubblicate Adesione del 100% delle UU.OO. della rete alle linee guida approvate e pubblicate 6) prime visite oncologiche e altre prestazioni oncologiche contrassegnate con la priorità B erogate entro 10 gg dalla richiesta ≥ 70% delle prestazioni effettuate/richieste	8) Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. mammella. 9) Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. cervice uterina. 10) Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. colon. 11) Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici melanomi. 12) Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. del distretto cervico facciale. 13) Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. polmone. 14) Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. prostata. 15) Realizzazione della Radio terapia presso i PP.OO. di Trapani e di Mazara del Vallo	- Dipartimento Onc. -UU.OO. di Oncologia Gruppi di lavoro sui tumori oggetto di elaborazione dei percorsi diagnostico terapeutici- Coordinamento Sanitario Area Territoriale	Vedi cronoprogramma

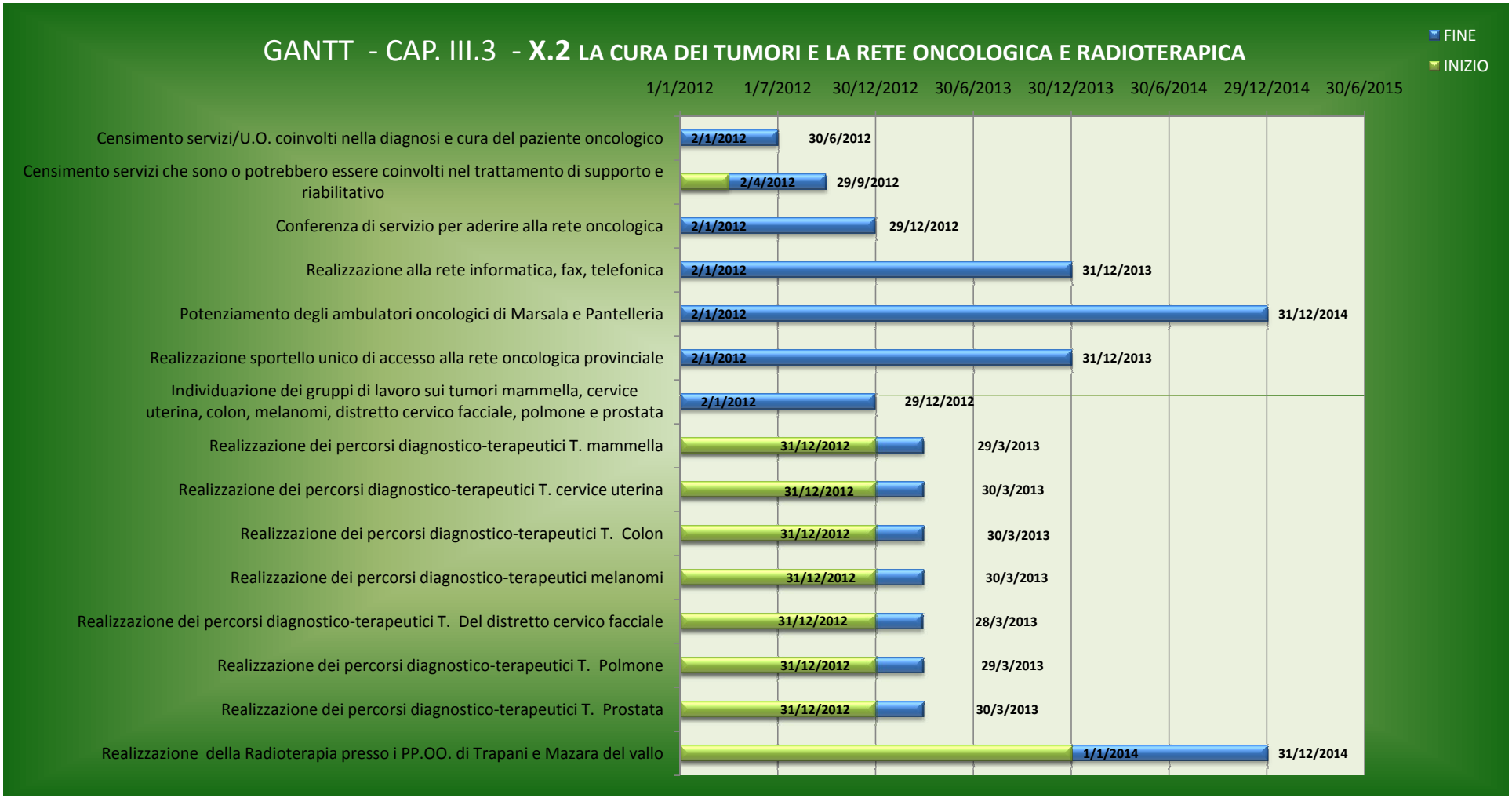
III.3 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA ONCOLOGICA

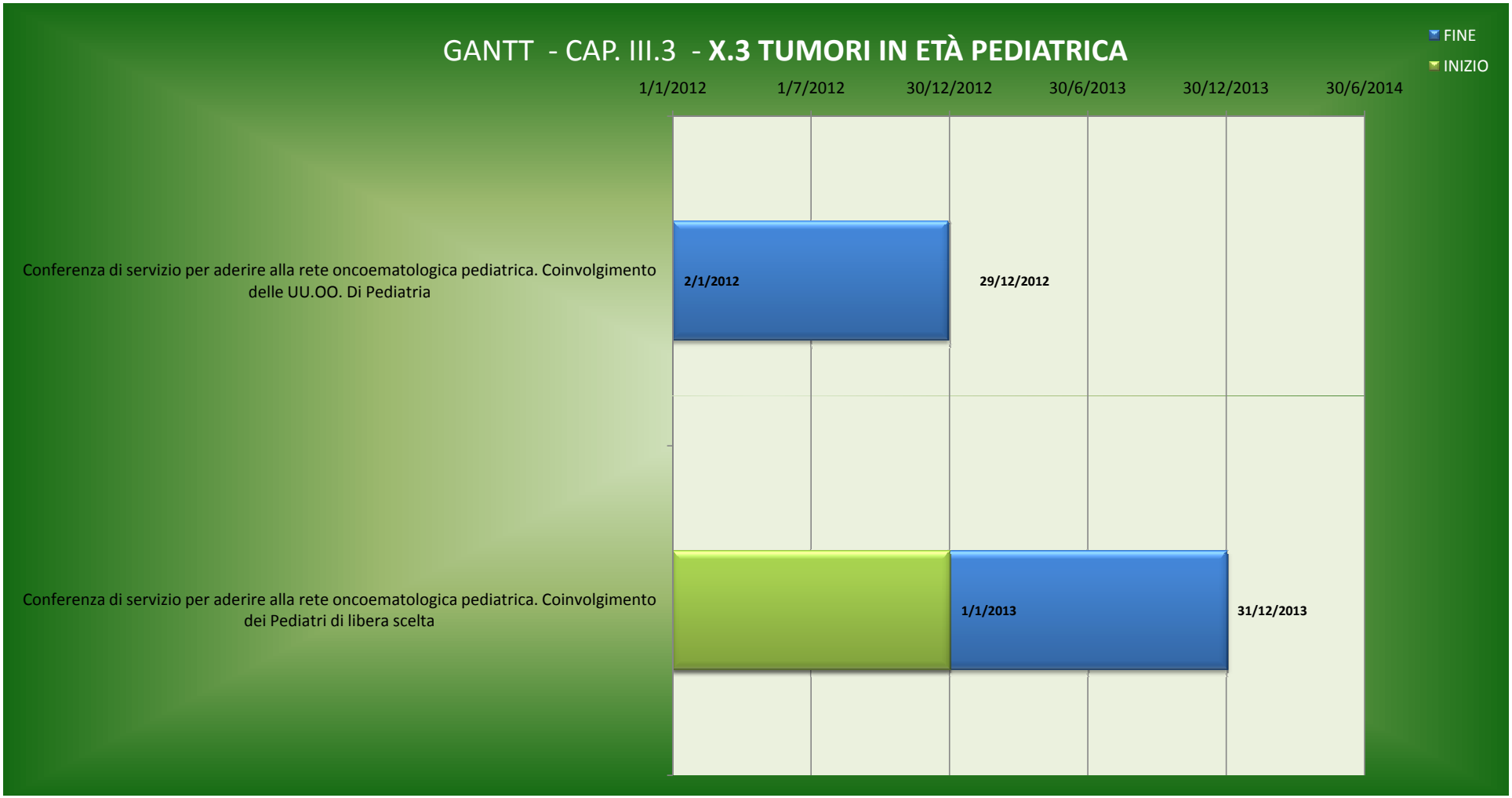
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.3.3	**Tumori in età pediatrica**	- Partecipazione dell'Azienda alla rete oncoematologica pediatrica	1) UU.OO di Pediatria + Servizi di diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini; 80% delle UU.OO di Pediatria e dei Servizi di diagnostica di Laboratorio e per Immagini 2) Pediatri di libera scelta 30% dei Pediatri di libera scelta	1) Conferenza di servizio per aderire alla rete oncoematologica pediatrica. Coinvolgimento delle U.OO. di Pediatria 2) Conferenza di servizio per aderire alla rete oncoematologica pediatrica. Coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta	U.O. di Oncoematologia	Vedi cronoprogramma
III.3.4	**La riabilitazione in oncologia**	Attivazione di Servizi e Percorsi riabilitativi dedicati; Promozione di Attività di supporto psicologico; Coinvolgimento delle organizzazioni no-profit	1) Predisporre una guida concettuale che implementi, nell'operatore di prima accoglienza, l'attenzione sui fattori di rischio psicologico e progressiva verifica Produzione di guida concettuale con revisioni nel 2013 e 2014 2) Compilazione Formulario-Atteggiamenti, da parte dell'operatore di prima accoglienza, relativo ai pazienti in Day-Service Oncologico (percentuale sui pazienti in DS) 20,40 e 60% rispettivamente nel 2012, 2013, 2014	1) attività psicologica rivolta ai pazienti 2) attività psicologica rivolta all'equipe. 3) coinvolgimento organizzazioni no-profit (ONP).	Servizio di Psicologia UU.OO di Oncologia Servizio Formazione Dipartimento Onc Coordinamento Sanitario Area Territoriale	Vedi cronoprogramma

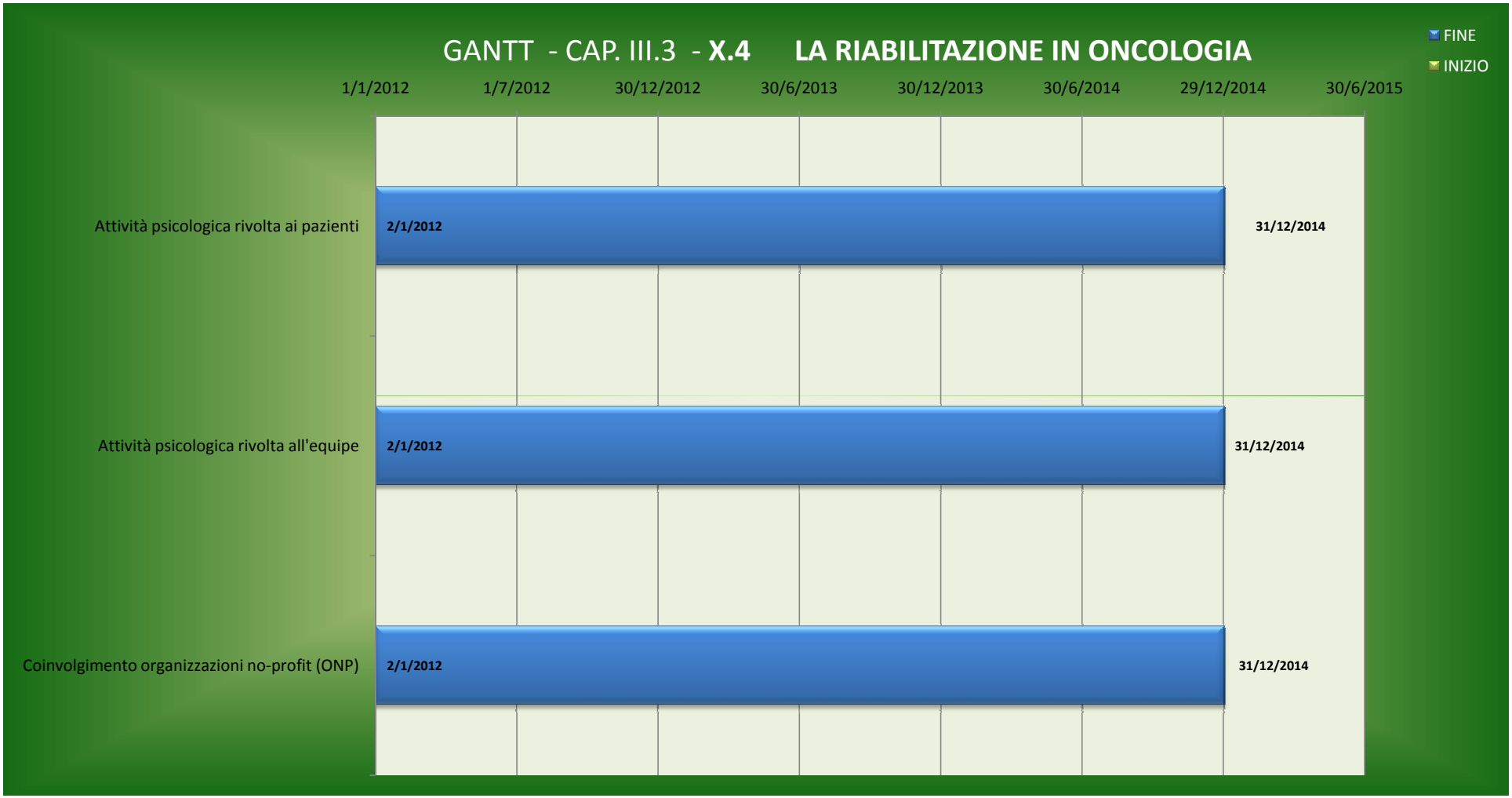
III.3 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA ONCOLOGICA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.3.4	**La riabilitazione in oncologia**	Attivazione di Servizi e Percorsi riabilitativi dedicati; Promozione di Attività di supporto psicologico; Coinvolgimento delle organizzazioni no-profit	3) Screening (SI/NO) dei pazienti da sottoporre a consulenza psicologica (percentuale sulle compilazioni effettuate) 50% dei pazienti dei DS/DH oncologici 4) Percentuale consulenze effettivamente svolte rispetto al numero dei pazienti positivi allo screening 20,40 e 60% rispettivamente nel 2012, 2013, 2014 5) Somministrazioni della Scala di Maslach agli operatori e restituzione in gruppo n° 2 somministrazioni (≥ mesi 3) Scala di Maslach ≥ 70% operatori 6) Somministrazioni Test Clima Organizzativo ≥ 70% operatori e restituzione in gruppo n° 2 somministrazioni (≥ mesi 3) Test Clima Organizzativo ≥ 70% operatori 7) Costituzione gruppi per elaborazione sistematica vissuti critici degli operatori ≥ 70% operatori	1) attività psicologica rivolta ai pazienti 2) attività psicologica rivolta all'equipe. 3) coinvolgimento organizzazioni no-profit (ONP).	Servizio di Psicologia UU.OO di Oncologia Servizio Formazione Dipartimento Onc Coordinamento Sanitario Area Territoriale	Vedi cronoprogramma


GANTT - CAP. III.3 - X.1 LA PREVENZIONE DEI TUMORI
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Elaborazione progetti formazione-informazione su argomenti di prevenzione primaria dei tumori
2/1/2012
29/9/2012
Elaborazione progetti formazione-informazione su vaccinazione anti HPV
2/7/2012
29/12/2012
Aumentare l'adesione alle campagne di screening presenti sul territorio attraverso il coinvolgimento dei MMG
2/1/2012
31/12/2014
Aumentare l'adesione alle campagne di screening presenti sul territorio attraverso campagne di comunicazione
2/1/2012
31/12/2014
Aumentare l'adesione alle campagne di screening presenti sul territorio attraverso la creazione di un Front office per i tumori
2/1/2012
31/12/2014


GANTT - CAP. III.3 - X.2 LA CURA DEI TUMORI E LA RETE ONCOLOGICA E RADIOTERAPICA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Censimento servizi/U.O. coinvolti nella diagnosi e cura del paziente oncologico
2/1/2012
30/6/2012
Censimento servizi che sono o potrebbero essere coinvolti nel trattamento di supporto e riabilitativo
2/4/2012
29/9/2012
Conferenza di servizio per aderire alla rete oncologica
2/1/2012
29/12/2012
Realizzazione alla rete informatica, fax, telefonica
2/1/2012
31/12/2013
Potenziamento degli ambulatori oncologici di Marsala e Pantelleria
2/1/2012
31/12/2014
Realizzazione sportello unico di accesso alla rete oncologica provinciale
2/1/2012
31/12/2013
Individuazione dei gruppi di lavoro sui tumori mammella, cervice uterina, colon, melanomi, distretto cervico facciale, polmone e prostata
2/1/2012
29/12/2012
Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. mammella
31/12/2012
29/3/2013
Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. cervice uterina
31/12/2012
30/3/2013
Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. Colon
31/12/2012
30/3/2013
Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici melanomi
31/12/2012
30/3/2013
Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. Del distretto cervico facciale
31/12/2012
28/3/2013
Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. Polmone
31/12/2012
29/3/2013
Realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici T. Prostata
31/12/2012
30/3/2013
Realizzazione della Radioterapia presso i PP.OO. di Trapani e Mazara del vallo
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. III.3 - X.3 TUMORI IN ETÀ PEDIATRICA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
Conferenza di servizio per aderire alla rete oncoematologica pediatrica. Coinvolgimento delle UU.OO. Di Pediatria
2/1/2012
29/12/2012
Conferenza di servizio per aderire alla rete oncoematologica pediatrica. Coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta
1/1/2013
31/12/2013


GANTT - CAP. III.3 - X.4 LA RIABILITAZIONE IN ONCOLOGIA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Attività psicologica rivolta ai pazienti
2/1/2012
31/12/2014
Attività psicologica rivolta all'equipe
2/1/2012
31/12/2014
Coinvolgimento organizzazioni no-profit (ONP)
2/1/2012
31/12/2014

III.4 La partecipazione alla rete delle cure palliative e della terapia del dolore

La programmazione sanitaria della Regione Sicilia (Piano della Salute 2011-2013), in perfetta sintonia con le norme esitate dal Ministero della Salute ha emanato norme per dare risposte ai bisogni secondo prospettive di adeguatezza e sostenibilità dei costi, e che pongono" il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo proposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute.... attraverso.....la promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari... al fine di dare una forte risposta verso ... la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure.

L'attuale Assessorato della Salute della Regione Sicilia si è molto speso per lo sviluppo ed il potenziamento dell' assistenza ai pazienti con fragilità complessa ed in fase di terminalità, costituendo da subito, al momento dell'insediamento, un Coordinamento regionale per le CP e per la Terapia del dolore, con lo scopo di recepire le norme vigenti ed i fondi specifici, ed elaborare costruzioni sostenibili atte a sviluppare la cultura ed i piani di lavoro delle ASP. Il lavoro organizzativo è partito ufficialmente con la legge reg. n 26 del 1996 che ha dato lo spunto per la programmazione delle CP in Sicilia. A questo tassello di partenza si sono aggiunte norme sempre più precise, fino al D.A. 873 dell'8 maggio 2009, che definisce la nuova organizzazione delle CP in Sicilia, sia sul Territorio (Adi), sia in sede residenziale (Hospice). La legge nazionale 38 del 15 marzo del 2010, ha dato il via ad un fiorire di iniziative importanti che hanno posto finalmente l'Italia all'avanguardia nel contesto europeo, e la Sicilia ha partecipato con norme proprie di enorme valore pratico, etico e scientifico, due tra tutte:

1)Il Decreto del 03 gennaio 2011: Approvazione del "Programma di sviluppo della rete di cure palliative nella Regione siciliana" e del "Programma di sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione siciliana". Pubblicato sulla Gurs n.6 il 04 febbraio del 2011.

2)D.A. del 14 novembre 2011: Approvazione dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale degli organismi non lucrativi di utilità sociale (Onlus) per l'assistenza domiciliare alle persone in fase terminale che necessitano di cure palliative. Pubblicato sulla Gurs n.50 il 02 dicembre 2011.

Attraverso questi D.A. si sono voluti delineare in maniera chiara gli obblighi assistenziali che le ASP devono assolutamente assolvere, ponendo in essere responsabilità, compiti e tempistica attuativa. Il D.A. del 14 novembre 2011 ha altresì ribadito il concetto che le Cure Palliative domiciliari debbono essere gestite da personale altamente qualificato e certificato.

Al momento sono esistenti in Regione Sicilia 9 Hospice, (assenti solo in due province), e 5 reti provinciali di Assistenza domiciliare in convenzione con le ASP (Pa / Ct / Me / Rg e Trapani). Come si vede non tutte le province sono dotate di sistemi assistenziali completi (domicilio e residenza), e dove presenti non sempre in sintonia collaborativa.

In questo contesto regionale, Trapani rappresenta l'unica provincia dotata di cure palliative domiciliari (Adi), di Hospice (e Terapia del dolore) con una regia centralizzata in grado di coordinare, in collaborazione con i Distretti, il percorso di presa in carico dei pazienti con necessità assistenziali elevati, e di programmarne i passaggi tra i vari contesti territoriali e residenziali (Adi/Hospice/RSA), come da indicazioni (Decreto del 03 gennaio 2011).

Il modello organizzativo ed assistenziale di rete locale deve garantire a livello provinciale la continuità delle cure nell'ambito dei diversi livelli assistenziali (domicilio, hospice, ambulatorio, ciclo diurno) con equipe multiprofessionali dedicate. Ogni rete locale di cure palliative deve essere operativa in tutte le sue articolazioni assistenziali ed al suo interno vanno coordinati e sviluppati i servizi ospedalieri e territoriali, sanitari e sociali, pubblici e privati dedicati alla cura di tali malati.

La rete aziendale di cure palliative deve costituire parte integrante del piano di attività di ogni singola azienda sanitaria.

Non tutto ciò che è previsto dalla legge é stato realizzato, e l'U.O. Cure Palliative, creata appositamente,si è posta da subito la semplificazione e la umanizzazione del percorso assistenziale a partire dalla presa in carico e per tutto il decorso, con ambulatori ad accesso diretto per le problematiche supportive ed antalgiche non solo dei pazienti oncologici in fase avanzata e terminale, ma anche dei pazienti oncologici in fase di acuzie, in corso di terapia attiva, ed anche pazienti non oncologici con necessità assistenziali elevate, nella fase più precoce possibile e con tutte le problematiche assistenziali conseguenti.

-Obiettivi (Quantitativi E Qualitativi)

Da questa disamina si evidenzia che le necessità programmatiche, strutturali e di sviluppo delle cure palliative in ASP Tp assumono contorni necessariamente diversi rispetto al resto della regione, e che la nostra attenzione deve essere rivolta prevalentemente verso il miglioramento della qualità e della quantità delle prestazioni erogate. Per ottenere ciò è necessario creare, come da richiesta di norme nazionali e regionali, una rete in grado di accentrare la logistica e decentrare al massimo, ove possibile, i servizi, attraverso la messa in opera dei tre cardini fondamentali della rete:

1) La formazione del personale (Operatori specifici del circuito delle CP, MMG, Medici e personale non medico a livello ospedaliero)
2) L'informazione, a tutti i MMG ed ai cittadini, attraverso tutti i mezzi possibili.
3) L'informatizzazione multidirezionale, in modo da potere verificare l'operatività del sistema in manierera oggettiva, con dati visibili a tutti, e trasmissibili agli uffici ministeriali preposti secondo il sistema NSIS.

-Descrizione Azioni Previste

La programmazione degli interventi previsti per potere nel prossimo triennio raggiungere gli obbiettivi necessari si possono riassumere nei punti seguenti:

1) Potenziamento della Rete delle CP, con adozione di linee guida, ed informatizzazione di servizio già previsto e predisposto, in locali già assegnati con postazioni computerizzate. E' previsto, e già in fase attuativa, il ricorso a incarico a tempo determinato, per le figure di un Medico palliativista, esperto nutrizionista, e di Psicologi con esperienza specifica.

Il percorso prevede l'adozione di Cartella Clinica computerizzata,già in possesso della UO, in grado di connettere in maniera multidirezionale Hospice / ADI / Distretto /Ospedali / MMG e Pazienti, per tutte le necessità assistenziali e di supporto.

2) Perfezionamento percorsi di presa in carico dei pazienti attraverso format, e informazione diffusa, con realizzazione di carta dei servizi, programmata per il coordinamento della rete, con modulistica unificata e semplificata, per la centralizzazione dei dati, dei servizi, e per il coordinamento con i MMG, i PUA aziendali e i servizi territoriali (Distretti e PTA) e con l'obiettivo minimo di superare la soglia del 65% degli aventi diritto come da legge 22/02/2007 n. 43, per quanto riguarda i pazienti oncologici terminali. E' ancora insufficiente la quota di presa in carico dei pazienti terminali non oncologici che devono rappresentare come da indicazioni ministeriali l'equivalente del 50% circa rispetto ai pazienti oncologici.
3) Potenziamento attività assistenziale domiciliare (Adi), con aumento progressivo minimo del 10 % annuo.
4) Potenziamento attività assistenziale residenziale (Hospice), con aumento progressivo minimo del 10% annuo.
5) Potenziamento della qualità e della quantità delle prestazioni ambulatoriali attraverso la creazione di 2 posti di Day Hospice.
6) Attività di formazione :
   a)Formazione del personale operante nella rete assistenziale
   b)Formazione e sensibilizzazione del MMG all'approccio alle CP
   c)Sensibilizzazione del personale ospedaliero, Medico e non, all'approccio alle CP

d)Realizzazione di gruppi stabili per la formazione e l'attività scientifica

7) Sviluppo dei piani aziendali di comunicazione attraverso la creazione di un sito aziendale che consenta di dare tutte le informazioni specifiche, e dal quale si possano scaricare i format necessari per l'accesso alle cure palliative

Una presa in carico dei pazienti in una fase più precoce (nell'ambito dei sei mesi previsti dalla legge 38), non comporta un aumento dei costi, ma paradossalmente determina una grande riduzione degli stessi, perché vengono ridotti in maniera drastica i ricoveri impropri, e le necessità assistenziali aspecifiche, con riduzione anche dei c.d. costi collaterali.

La realizzazione di un sistema in rete contribuisce a tutto questo perchè si determina contestualmente il potenziamento dell'attività ambulatoriale per la terapia supportiva, antalgica e nutrizionale, attraverso l'attività formativa rivolta a personale che sarà messo in grado di somministrare, anche a domicilio, mediante percorsi facilitati (Accessi venosi centrali, Peg etc), farmaci antalgici e nutrizione artificiale, senza dovere ricorrere a servizi appositi di alto costo.

D1 indicatori di processo:

1)Attivazione di strumenti di pianificazione degli interventi (Delibere) per la dotazione di risorse organizzative, strutturali e organiche
2)Adozione di procedure per il coordinamento della rete e la pianificazione di percorsi di presa in carico ed assistenziali, in ADI ed in Hospice (Informatizzazione e Linee guida)
3)Elaborazione di idonee modalità per l'attivazione di iniziative utili alla sensibilizzazione e alla informazione dell'opinione pubblica sui temi delle C P
4)Definizione del fabbisogno formativo del personale dipendente
5)Attivazione di corsi di formazione per il personale operante nella rete
6)Costituzione di un gruppo di formazione permanente
7)Training formatori (MMG 10 per Distretto)
8)Formazione di gruppi di supervisione qualità erogata in Adi/Hospice
9)Elaborazione di specifici questionari atti a valutare i servizi erogati
10)Integrazione con i Piani di zona dei Comuni
11)Confronto con il mondo sanitario e scientifico (Strutture eroganti servizi affini)

D2 indicatori di risultato

1)Operatori sanitari, destinati alla rete, che hanno frequentato corsi di 80 h(5% annuo)
2)Corsi formativi per sanitari destinati alla rete di cure palliative
3)Corsi Train To Trainer attivati
4)Aumento annuale non inferiore 10 % pazienti oncologici in ADI
5)Aumento annuale non inferiore 10 % pazienti non oncologici in ADI
6)Aumento annuale non inferiore 10 % pazienti oncologici in Hospice
7)Aumento annuale non inferiore 10 % pazienti non oncologici in Hospice
8)Presa in carico pazienti oncologici su popolazione di rferimento (65%) nel triennio in esame
9)Presa in carico pazienti non oncologici (50% in rapporto ai pazienti oncologici) nel triennio in esame
10)Num. di paz. con tempo massimo di attesa fra la segnalazione e la presa in carico domiciliare inferiore o uguale a 3(tre) gg (Superiore al 90%)
11)Num. di paz. con tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice uguale o inferiore a 3(tre) gg (Superiore al 90%)
12)Socializzazione dei risultati (convegni e corsi ECM programmati)
13)Verifica dei risultati, in maniera informatizzata.

-Programma Di Sviluppo Della Rete Di Terapia Del Dolore Nella Regione Sicilia

La terapia del dolore è l' insieme degli interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare ed applicare alle forme morbose appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate.
L'assistenza specialistica di terapia del dolore, invece, è l'insieme degli interventi sanitari ed assistenziali erogati da equipe specialistiche in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero ordinario.
La conferenza Stato Regione del 25 marzo 2009, ha tracciato le linee guida per la creazione di un piano organico di lotta al dolore e ha finanziato un progetto pilota per la creazione di reti per la terapia del dolore coinvolgendo quattro Regioni: Lazio, Emilia Romagna, Veneto, Sicilia.
Con la legge n. 38 del 15 marzo 2010, il Parlamento italiano sancisce quindi il diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore e rafforza l'attività finora svolta dai COSD con l'avvio del progetto "Ospedale-territorio senza dolore", la norma evidenzia la necessità di realizzare in tutte le regioni le reti di terapia del dolore volte a garantire la continuità assistenziale del malato affetto da dolore acuto o cronico sia in setting ospedaliero che territoriale, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.
La diffusione del controllo e del trattamento del dolore (acuto, cronico, procedurale, oncologico, post-operatorio, da parto etc.) rappresenta un obiettivo strategico nella programmazione sanitaria sia nazionale sia regionale. La Regione Sicilia ha recepito e fatte proprie le norme nazionali con il D.A. 3 gennaio 2011 Approvazione del "Programma di sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione siciliana"

-Articolazione Della Rete

Il modello regionale descritto nel programma prevede che per tutelare il diritto del cittadino ad usufruire della terapia del dolore, indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, vengano attivati tutti i nodi della rete sia a livello ospedaliero che territoriale e che siano garantiti adeguati percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi, e che vengano assicurati idonei collegamenti informatici che permettano la comunicazione tra i nodi della rete.
È stato individuato un modello organizzativo integrato nel territorio regionale nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari:
• i centri regionali di riferimento di terapia del dolore (Hub);
• gli ambulatori aziendali di terapia antalgica (Spoke);
• l'aggregazione funzionale territoriale (AFT) di medici di medicina generale (MMG).

-Centri Di Riferimento Di Terapia Del Dolore Regionale: Hub (Solo Livello Ospedaliero)

L'Hub è una struttura ospedaliera preposta ad erogare, con team dedicato o in regime di consulenza, interventi diagnostici e terapeutici di alta complessità (farmacologici, strumentali, chirurgici, psicologici tra loro integrati) finalizzati alla riduzione delle disabilità dei malati affetti da sintomatologia dolorosa acuta e cronica, in regime ambulatoriale, in day-hospital e/o ricovero ordinario. All'Hub viene affidato il compito di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi. In Sicilia i centri Hub individuati sono due (Palermo e Taormina)
A livello aziendale provinciale sono previsti ambulatori di terapia antalgica strutturati:

-Spoke (Livello Ospedaliero / Territoriale)

Lo Spoke è una struttura ambulatoriale preposta ad erogare interventi multimodali di terapia antalgica. Presso tale struttura vengono effettuati interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali e chirurgici, variamente integrati e finalizzati alla riduzione delle disabilità dei malati affetti da dolore.

Standard
Il centro spoke dovrà possedere i seguenti requisiti minimi sia esso collocato in ambito ospedaliero che territoriale:
1. strutturali: risponde ai requisiti regionali di accreditamento degli ambulatori chirurgici;
2. di attività:
a) garantisce almeno 18 ore di attività settimanali, per esterni, articolate su tre giorni;
b) garantisce l'erogazione di tutte le prestazioni previste in regime ambulatoriale e quanto previsto nei percorsi diagnostico- terapeutici della rete su cui insiste;
c)deve prevedere posti letto in day-hospital;
d)deve garantire una tempestiva attività di consulenza con la presa in carico dei casi complessi (inquadramento diagnostico, valutazione del dolore con scale validate, interventi terapeutici messi in atto, valutazione dell'efficacia del trattamento, impostazione del piano terapeutico da inviare al MMG alla dimissione).
3. professionali: almeno un medico specialista in anestesia e rianimazione dedicato all'attività di terapia antalgica (per un minimo di 20 ore settimanali) e un infermiere (per un minimo, di 25 ore settimanali). La compensazione dell'organico avverrà sulla base degli effettivi carichi di lavoro e dei bisogni prestazionali;
4. prestazionali: vengono definite procedure ed istruzioni operative per garantire le caratteristiche qualitative delle prestazioni dichiarate dal servizio e la gestione delle interfacce. Nella cartella clinica ambulatoriale vengono registrati: l'inquadramento diagnostico, la valutazione del dolore con scale validate, il piano terapeutico, il consenso, la valutazione dell'efficacia del trattamento, il follow-up.

La documentazione del processo assistenziale comprende almeno: a) il registro delle prestazioni, b) la relazione al medico curante, c) la cartella clinica integrata ambulatoriale.

Ogni ASP deve prevedere l'individuazione degli Spoke nella misura di 1 ogni 250.000-350.000 abitanti e tenendo comunque in debita considerazione l'esigenza di salvaguardare le aree territoriali disagiate

-Contesto

In Sicilia i centri e gli ambulatori di Medicina del Dolore presentano una disomogenea distribuzione sul territorio e non ci sono percorsi strutturati e condivisi con i Medici di medicina generale (MMG) e i Pediatri. Inoltre non è garantita l´equità di accesso alla Medicina del Dolore per carenza di coordinamento tra Ospedale e territorio. Numerosi studi e ricerche hanno evidenziato che negli ospedali italiani un malato su due fa i conti con il dolore provocato dalla malattia che lo affligge. L'inadeguato controllo del dolore, oltre a determinare una inaccettabile sofferenza per il paziente, comporta il prolungamento della degenza,l'aumento delle complicanze e della mortalità, l'aggravio dei costi sociali, per le malattie acute e croniche, anche al di fuori dei ricoveri ospedalieri. E' ormai chiaro che il dolore è un problema trasversale , quindi occorre dare sollievo ad ogni tipo di dolore all'interno dell'ospedale ed è essenziale che alla soluzione del problema partecipi tutta la classe medica.
In ASP Tp due sono le strutture che si occupano in maniera specifica di terapia del dolore. Una nata da molto tempo e realizzata dentro l'Ospedale di Trapani come diretta filiazione del Comitato ospedale senza dolore creato nel 2005 e l'altra contestualmente alla realizzazione dell'Hospice a Salemi nel 2009.
L'Ambulatorio di Terapia del Dolore sito all'interno del P.O. S. Antonio Abate di Trapani è da diversi anni attivo e tratta pazienti con dolore severo, acuto e cronico, (nevralgie trigeminali, arto fantasma, neuriti post-erpetiche, etc.), con procedure antalgiche anche invasive; vengono inoltre impiantati port-a-cath a diversi pazienti inviati dal reparto di Oncologia, o su richiesta dei reparti di cura. Le cartelle anestesiologiche in uso prevedono una sezione dedicata al monitoraggio e al controllo del dolore postoperatorio ed è in fase di realizzazione un percorso per il parto indolore.

L’Hospice di Salemi presenta all’interno della struttura uno specifico ambulatorio attrezzato per la terapia antalgica, con personale dedicato, erogata sia a pazienti ricoverati, ma anche, e principalmente, ai pazienti nel circuito dell’Assistenza domiciliare, non solo oncologici, insistenti su tutto il territorio aziendale. Per questi pazienti è avviato uno specifico percorso con accesso diretto, che prevede terapia farmacologica ed invasiva specialistica, non solo con impianti di port vascolari, ma anche spinali con confezione di pompe antalgiche. L’ambulatorio esplica attività supportiva in senso lato.
In Asp Tp è già stato effettuato un primo percorso formativo sul dolore, iniziato nel 2010 e completato nel 2011, durato circa sei mesi, rivolto ai MMG (train to trainer) secondo le modalità previste dalle norme ministeriali. I due ambulatori di medicina del dolore in atto funzionanti in questa provincia, pur presentando caratteristiche e finalità diverse sono integrati, costituendo quindi ina realtà consolidata e posono essere considerati come la piena realizzazione del progetto “Ospedale/Territorio senza dolore”.

III.4 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

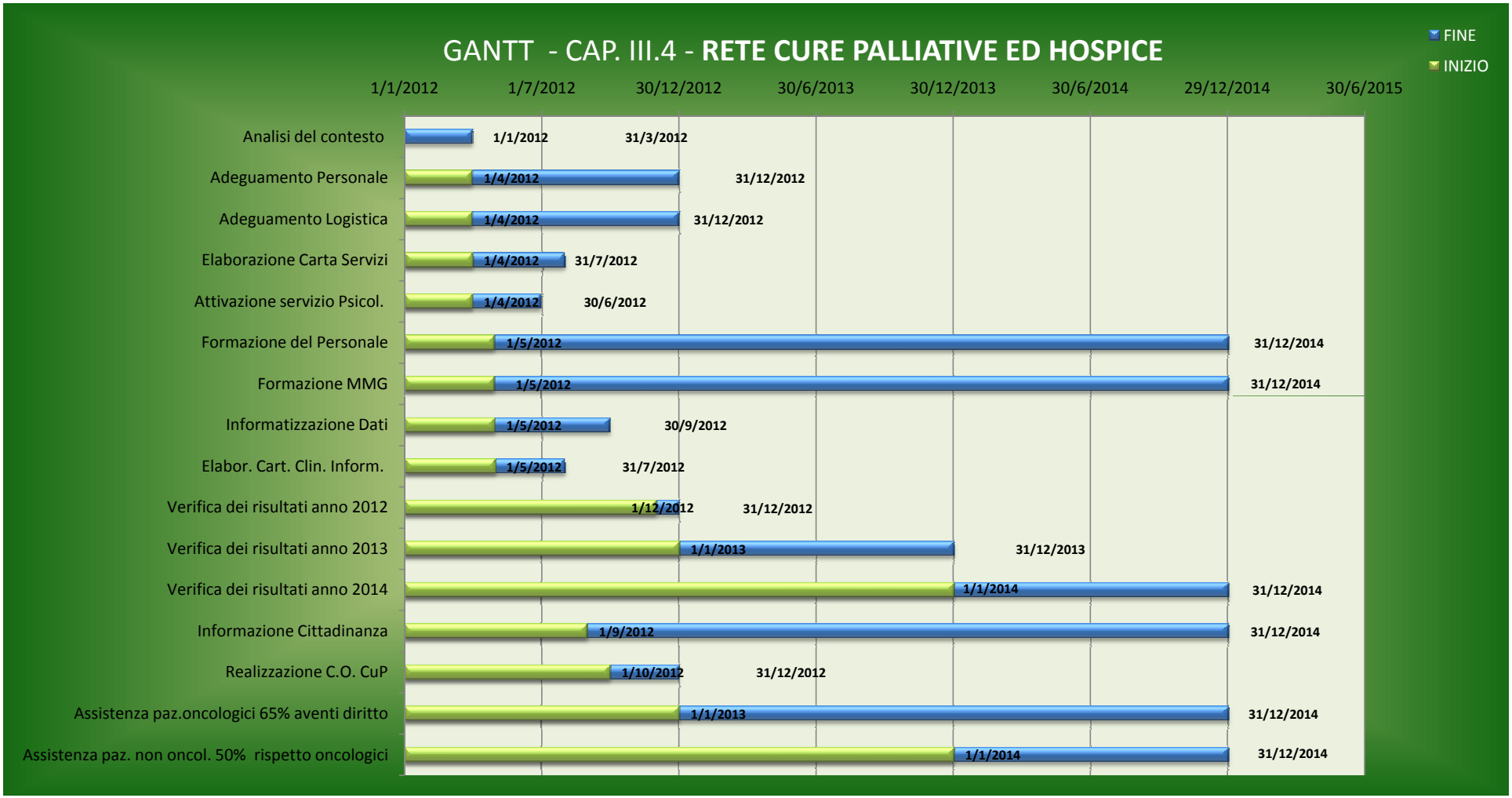
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.4.1	**Rete cure palliative e Hospice**	**Attivazione e implementazione dei posti residenziali per le cure palliative e dei percorsi di assistenza palliativa domiciliare** (Attivazione di 10 posti residenziali presso l'Hospice "Raggio di Sole" di Salemi già operanti) 1)Potenziamento Rete delle CP 2)informatizzazione di servizio già previsto e predisposto, in locali assegnati. 3)Adozione di Cartella Clinica computerizzata, in grado di connettere PUA / Hospice / ADI / Distretto / Ospedali / MMG e Pazienti. 4)Perfezionamento percorsi di presa in carico dei pazienti	1)Monitoraggio operatori della rete, che hanno frequentato il corso di 80 h con aumento 5% annuo 2)Progettazione e realizzazione corsi formativi per sanitari destinati alla rete di cure palliative, e non. (almeno 4) 3)Corsi Train To Trainer per MMG 4)Aumento annuale non inferiore 10 % pazienti oncologici in ADI 5)Aumento annuale non inferiore 10 % pazienti non oncologici in ADI	1)Pianificazione degli interventi (Delibere) per la dotazione di risorse organizzative, strutturali e organiche 2) Adozione di procedure per il coordinamento della rete / pianificazione di percorsi assistenziali (Informatizzazione e Linee guida) 3)Elaborazione di idonee modalità per l'attivazione di iniziative utili alla sensibilizzazione e alla informazione dell'opinione pubblica sui temi delle C P 4)Definizione del fabbisogno formativo del personale dipendente 5)Attivazione di corsi di formazione per il personale operante nella rete 6)Costituzione di un gruppo di formazione permanente 7)Training formatori (MMG 10 per Distretto)	Responsabill UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative Responsabill UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative Responsabill UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative Responsabill UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative Resp Distretto Responsabill UU.OO.SS Hospice; Cure Palliative e Formazioe e Aggiornamento del Personale Responsabill UU.OO.SS Hospice; Cure Palliative e Formazioe e Aggiornamento del Personale Responsabill UU.OO.SS Hospice; Cure Palliative e Formazioe e Aggiornamento del Personale	Vedi crono programma

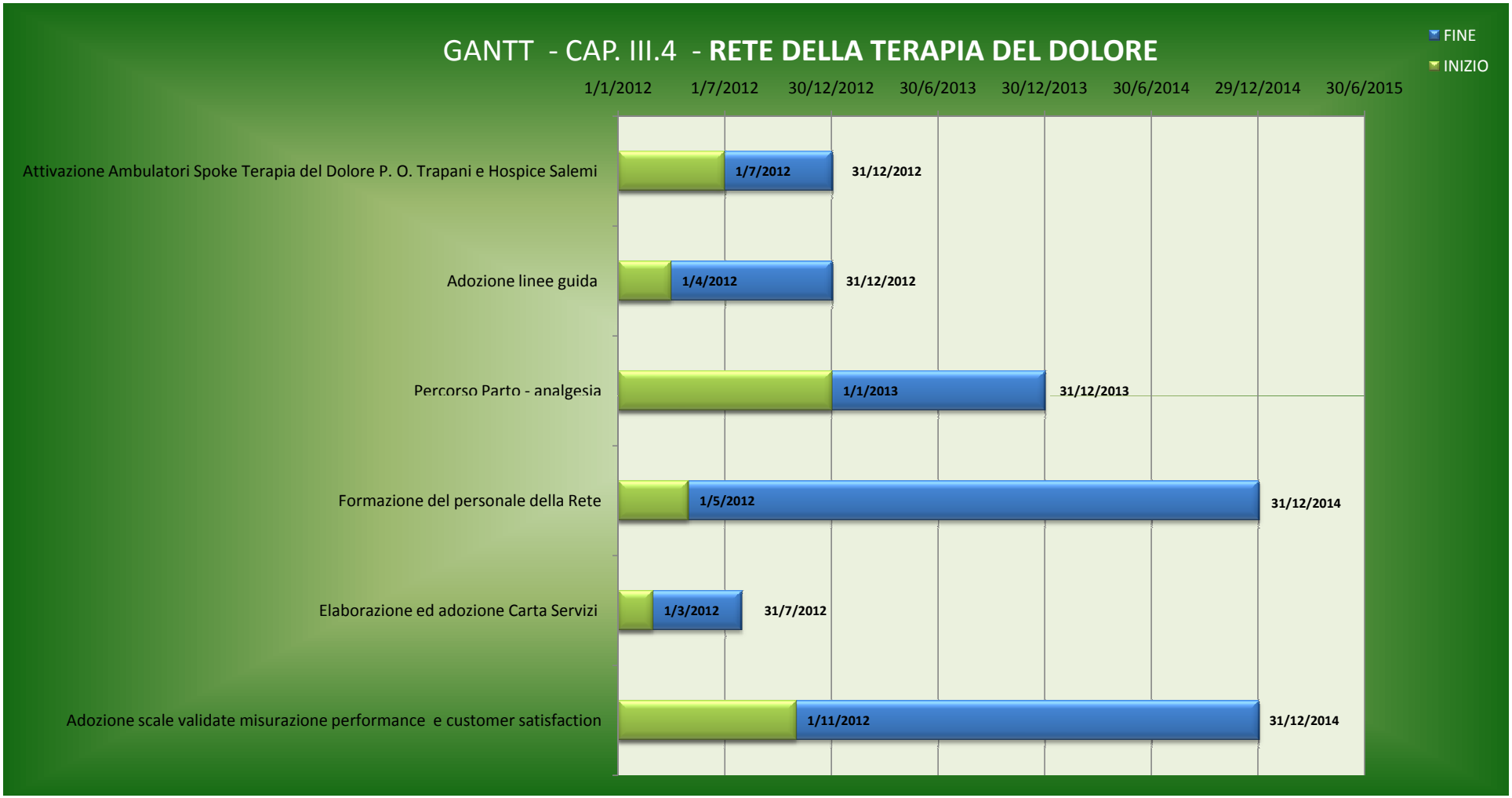
III.4 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.4.1	**Rete cure palliative e Hospice**	5)Potenziamento della qualità e della quantità delle prestazioni ambulatoriali attraverso la creazione di 2 posti di Day Hospice. 6)Formazione del personale operante nella rete assistenziale 7) Sviluppo dei piani aziendali di comunicazione attraverso la creazione di un sito aziendale che consenta di dare tutte le informazioni specifiche,	6)Aumento annuale non inferiore 10 % pazienti oncologici in Hospice 7)Aumento annuale non inferiore 10 % pazienti non oncologici in Hospice 8)Presa in carico pazienti oncologici su popolazione di riferimento (65%) nel triennio in esame 9)Presa in carico pazienti non oncologici (50%) nel triennio in esame 10) Raggiungimento entro fine 2013 indice di occupazione posti letto in Hospice pari o superiore al 70% 11)Realizzazione convegni e corsi ECM 12)Verifica dei risultati, in maniera informatizzata. 13)Riduzione tempistica presa in carico pazienti	8)Controllo qualità servizi erogati in Adi/Hospice attraverso la elaborazione di specifici questionari 9)Carta dei Servizi per i percorsi di presa in carico per le CP domiciliari e residenziali, e per comunicazione ed informazione ai cittadini 10)Integrazione con i Piani di zona dei Comuni 11)Rapporto con il mondo sanitario e scientifico affine	Responsabill UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative Responsabill UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative Coordinatore Sanitario Area Territoriale Resp Distretto Coordinatore Sanitario Area Territoriale Responsabill UU.OO.SS Hospice; Cure Palliative e Formazioe e Aggiornamento del Personale	Vedi cronoprogramma

III.4 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
III.4.2	**Rete della terapia del dolore**	**Adesione al programma regionale ospedale-territorio senza dolore e attivazione di percorsi specifici**	1)Attivazione n. 2 ambulatori spoke a)P.O. S. A. Antonio Tp b) U.O. Cure Palliative/Hospice Salemi. 2)Linee guida trattamento dolore acuto, cronico, post-operatorio, oncologico etc.. 3)Creazione percorso parto- analgesia 4)Progettazione e realizzazione corsi formativi per operatori sanitari destinata alla rete di terapia del dolore 5)Rilevazione corretta e costante del sintomo dolore (scale validate)	1.Procedure per la formalizzazione dell'attivazione degli ambulatori Spoke e relative attribuzione delle risorse organizzative, strutturali ed organiche . 2.Adozione di procedure per il coordinamento della rete / pianificazione di percorsi assistenziali (Informatizzazione e Linee guida) 3.Soddisfacimento del fabbisogno formativo del personale dipendente	Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza Responsabill UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza Direttore Dipartimento Materno Infantile Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza Responsabill UU.OO.SS Cure Palliative; Formazioe e Aggiornamento del Personale	Vedi crono programma

III.4 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
III.4.2	**Rete della terapia del dolore**	**Adesione al programma regionale ospedale-territorio senza dolore e attivazione di percorsi specifici**	6)Valutazione dell'efficacia del trattamento (Customer satisfaction) 7)Monitoraggio consumo oppiacei 8)Utilizzo pompe antalgiche 9)Aumento percentuale delle prestazioni erogate.	4.Attivazione di 4 corsi di formazione per 30 partecipante a corso destinato al personale operante nella rete. 5.Elaborazione modelli di valutazione degli esiti , controllo qualità dei servizi erogati attraverso la elaborazione di specifici questionari e rilevazione continua delle attività	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza Responsabil UU.OO.SS Cure Palliative; Formazioe e Aggiornamento del Personale Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza Responsabil UU.OO.SS Hospice e Cure Palliative	Vedi cronoprogramma


GANTT - CAP. III.4 - RETE CURE PALLIATIVE ED HOSPICE
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Analisi del contesto
1/1/2012
31/3/2012
Adeguamento Personale
1/4/2012
31/12/2012
Adeguamento Logistica
1/4/2012
31/12/2012
Elaborazione Carta Servizi
1/4/2012
31/7/2012
Attivazione servizio Psicol.
1/4/2012
30/6/2012
Formazione del Personale
1/5/2012
31/12/2014
Formazione MMG
1/5/2012
31/12/2014
Informatizzazione Dati
1/5/2012
30/9/2012
Elabor. Cart. Clin. Inform.
1/5/2012
31/7/2012
Verifica dei risultati anno 2012
1/12/2012
31/12/2012
Verifica dei risultati anno 2013
1/1/2013
31/12/2013
Verifica dei risultati anno 2014
1/1/2014
31/12/2014
Informazione Cittadinanza
1/9/2012
31/12/2014
Realizzazione C.O. CuP
1/10/2012
31/12/2012
Assistenza paz.oncologici 65% aventi diritto
1/1/2013
31/12/2014
Assistenza paz. non oncol. 50% rispetto oncologici
1/1/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. III.4 - RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Attivazione Ambulatori Spoke Terapia del Dolore P. O. Trapani e Hospice Salemi
1/7/2012
31/12/2012
Adozione linee guida
1/4/2012
31/12/2012
Percorso Parto - analgesia
1/1/2013
31/12/2013
Formazione del personale della Rete
1/5/2012
31/12/2014
Elaborazione ed adozione Carta Servizi
1/3/2012
31/7/2012
Adozione scale validate misurazione performance e customer satisfaction
1/11/2012
31/12/2014

III.5 La partecipazione alla rete cardiologica, il collegamento con il contesto regionale e la rete regionale dell'emergenza – urgenza

-Area Prevenzione Del Rischio

1) Programmi di prevenzione in sinergia con altri enti

La letteratura scientifica ha identificato molti fattori di rischio cardiovascolare, ma non tutti i cittadini ne sono a conoscenza.

E' necessario, invece, diffondere alla popolazione in modo capillare e continuativamente nel tempo questi concetti:

gli stili di vita non corretti più importanti sono:

- la dieta aterogena
- la dieta ricca di sale
- l'inattività fisica

Da questi derivano i principali fattori di rischio modificabili (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito, obesità) cui si aggiunge il fumo di sigaretta.

Dobbiamo distinguere tre categorie di soggetti:

- quelli che ancora non hanno fattori di rischio (cioè i giovani);
- quelli con fattori di rischio, ma senza patologie cardiovascolari;
- i pazienti con malattie cardiovascolari note come cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco, malattie cerebrovascolari, arteriopatie periferiche.

Per il primo gruppo sarebbe utile formare a un corretto stile di vita nelle scuole. Questo si può ottenere con conferenze agli studenti svolte da parte di personale medico preparato ed esperto in formazione o, ancor meglio, formando specificamente alcuni insegnanti. Si rimanda a questo proposito a quanto esposto dall'area Assistenza Sanitaria Collettiva E Negli Ambienti di Vita e di Lavoro in tema di Programmi di prevenzione e di educazione alla salute.

Per la popolazione adulta, di cui la gran parte è affetta da almeno un fattore di rischio, sarebbe auspicabile realizzare appositi poster da esibire negli studi dei medici di medicina generale, nelle farmacie, nelle strutture ambulatoriali ed ospedaliere pubbliche, nelle banche, negli uffici postali, negli esercizi commerciali alimentari, nelle scuole e nei principali posti di lavoro. I temi di tali poster dovrebbero essere: 1) i fattori di rischio cardiovascolare; 2) la dieta mediterranea; 3) l'importanza dell'attività fisica; 4) le caratteristiche del dolore toracico infartuale e la necessità di un precoce ricorso all'assistenza sanitaria.

Si potrebbero coinvolgere i panificatori allo scopo di garantire una offerta di pane a più basso contenuto di sodio.

Un altro setting in cui svolgere attività divulgative da parte di personale esperto potrebbero essere i circoli per anziani.

L'ASP e i Sindaci potrebbero inviare ai cittadini una lettera contenente i principali consigli per un corretto stile di vita.

Le emittenti televisive e radiofoniche locali potrebbero ospitare personale esperto in prevenzione o trasmettere spot appositamente preparati.

Anche i giornali locali potrebbero ospitare interviste ad esperti o inserzioni sul corretto stile di vita.

Per i pazienti con patologie cardiovascolari in tutti gli ambulatori cardiologici dovrebbero essere curate meglio la prevenzione secondaria, possibilmente con la distribuzione di appositi opuscoli sullo stile di vita e l'aderenza ai trattamenti.

I reparti di cardiologia per acuti potrebbero consegnare al paziente, in aggiunta alla lettera di dimissione, anche un opuscolo sul corretto stile di vita.

Il personale infermieristico dovrebbe essere istruito sul counseling sullo stile di vita e sulla gestione delle patologie cardiovascolari attraverso appositi eventi formativi nel quadro delle attività ECM aziendali.

Gli organici dei reparti per acuti dovrebbero essere adeguati allo scopo di consentire agli operatori le attività di counseling.

Per queste attività è indispensabile la collaborazione del Dipartimento di Prevenzione che, ai sensi del D.A. n. 1045 del 231/03/2001, è una struttura operativa dell'Azienda che garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.
Per quanto riguarda il finanziamento delle attività suddette si ricorda che secondo il Piano Sanitario Regionale un obiettivo prioritari è che il 5% annuo del Fondo Sanitario Regionale ripartito su base procapite deve essere, interamente ed effettivamente, speso e rendicontato per la prevenzione delle patologie.

2) Partecipazione alla rete della cardiologia riabilitativa e di prevenzione secondaria

Le linee guida nazionali e internazionali definiscono la riabilitazione dei pazienti affetti da malattie cardiovascolari come "la somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti cardiopatici post acuti o cronici possano conservare e/o riprendere il proprio ruolo nella società".
La Cardiologia Riabilitativa è riconosciuta come il modello standard per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase post-acuta, costituendo il modello più efficace per la realizzazione di una prevenzione secondaria strutturata e a lungo termine.
Vi sono, infatti, evidenze sempre più convincenti dei benefici sulla prognosi e sulla qualità di vita dei pazienti sottoposti a riabilitazione che, se implementata correttamente, rappresenta un intervento tra i più “cost-effective” nella gestione del paziente cardiopatico, tanto da essere rimborsata dalle società statunitensi MEDICARE e MEDICAID.
La Cardiologia riabilitativa favorisce la stabilità clinica dei pazienti (attraverso l’ottimizzazione dell’intervento terapeutico, la riduzione dei sintomi legati alla malattia e il miglioramento della capacità funzionale), modifica il loro profilo di rischio nel tentativo di ridurre l’incidenza di nuovi eventi cardiovascolari e di attuare così una valida prevenzione secondaria e consente infine il graduale processo di recupero e il reinserimento lavorativo di cardiopatici per migliorare in ultima analisi il più possibile la loro qualità di vita.
I programmi riabilitativi sono basati su:
- stima del rischio cardiovascolare globale con valutazione clinica e indagini strumentali;
- identificazione di obiettivi specifici per ciascun fattore di rischio;
- formulazione di un piano di trattamento individuale che combini il cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso corporeo, dello stato d’ansia e della depressione) con la prescrizione dell’attività fisica controllata;
- interventi psicologici di ridefinizione cognitiva e di attivazione motivazionale;
- possibilità di verificare e consolidare nel tempo i risultati ottenuti.

Secondo le linee guida, tutti i pazienti dimessi dalle cardiologie per acuti dopo un evento cardiovascolare (sindrome coronarica acuta, scompenso cardiaco) o un intervento cardiochirurgico) dovrebbero eseguire un ciclo di riabilitazione cardiovascolare.
Secondo l'Atlante dei ricoveri Ospedalieri 2003-2008, nella provincia di Trapani sono stati dimessi in media da tutti i reparti ospedalieri, nel periodo considerato, 1635 pazienti (1088 uomini e 547 donne) per sindrome coronarica acuta; 3125 pazienti (1592 uomini e 1533 donne) per scompenso cardiaco; inoltre 494 pazienti di entrambi i sessi, residenti in provincia, sono stati dimessi in media ogni anno dopo essere stati sottoposti ad interventi cardiochirurgici in altre strutture siciliane.
La numerosità della popolazione eleggibile a programmi di Riabilitazione Cardiologica da un lato e la constatazione che solo una minima parte accede a programmi riabilitativi presso altre provincie nella nostra ASP (non esistono in atto strutture riabilitative degenziali o ambulatoriali dedicate alla Cardiologia riabilitativa) dall’altro sottolineano, tuttavia, la necessità di elaborare strumenti che facilitino interventi in grado di assicurare i benefici della cardiologia riabilitativa alla maggior parte di soggetti aventi diritto. E' quindi necessario introdurre, accanto a quello dell’indicazione alla riabilitazione cardiologica, il concetto di “priorità” dell’accesso alle strutture. Occorre cioè definire con precisione le categorie di pazienti per i quali l’intervento cardiologico riabilitativo non è solo utile ma

irrinunciabile e prioritario, ai quali va assicurato l'accesso alle strutture dedicate, garantendo che le prestazioni riabilitative siano fornite innanzitutto ai pazienti a rischio clinico più alto, su cui concentrare le risorse nella convinzione che l'intervento su essi sia più efficace in termini di outcome. È quindi necessario riformulare l'offerta riabilitativa programmando percorsi differenziati attraverso una qualificazione del ricorso alla riabilitazione degenziale, sia in termini di selezione dei pazienti che di durata della degenza, e attraverso l'aumento dell'offerta di riabilitazione ambulatoriale per i soggetti a rischio più basso.
Nel 2011 è stato pubblicato a tal proposito un documento congiunto ANMCO-GICR con le seguenti indicazioni alla selezione dei pazienti da avviare prioritariamente a strutture riabilitative degenziali:
A) infartuati ad alto rischio clinico dopo la fase acuta:
- con scompenso o con disfunzione ventricolare sinistra
– con ricoveri prolungati o con complicanze o con comorbilità;
– anziani clinicamente instabili
B) pazienti complicati o complessi dopo cardiochirurgia:
1. ad alto rischio di nuovi eventi cardiovascolari e/o di instabilità clinica, per presenza di scompenso cardiaco (classe NYHA >II o frazione di eiezione <35%), aritmie iper-ipocinetiche severe, necessità di terapie infusive, recidive ischemiche precoci o altri fattori di instabilità;
2. dimessi tardivamente dopo prolungata degenza in rianimazione o terapia intensiva per assistenza respiratoria/cardiaca strumentale;
3. con complicanze evento-correlate, come ictus, attacco ischemico transitorio, deficit cognitivi, insufficienza renale (de novo o aggravata o che richieda trattamento sostitutivo), embolia polmonare, reintervento chirurgico, versamenti pleuropericardici che abbiano richiesto terapia evacuativa, infezioni sistemiche, ferite complicate o comparsa di decubiti;
4. con presenza o riacutizzazioni di comorbilità severe (broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza respiratoria cronica, diabete, esiti neurologici), riacutizzazioni di altre comorbilità internistiche, deficit cognitivi, disautonomie o fragilità, necessità di trattamenti farmacologici, anche nutrizionali, complessi, e interventi riabilitativi individuali;
5. con difficoltà logistiche/ambientali/socioassistenziali (problemi psico-socio-sanitari) che rendano complessa la dimissione, o la ritardino.
C) pazienti con profilo di rischio medio-alto dopo ricovero per scompenso cardiaco acuto:
- classe NYHA III-IV alla dimissione
- persistente necessità di terapia infusiva con difficoltà allo svezzamento,
- instabilità elettrica,
- indicazione ad ottimizzazione della terapia farmacologica in presenza di labilità clinica e/o dopo ricovero prolungato o complicato,
- esigenza di riabilitazione intensiva,
- in valutazione per indicazione o mantenimento indicazione a trapianto cardiaco.
- possibili candidati a impianto di dispositivo elettrico dopo recente sindrome coronarica acuta con deficit di pompa, per valutare la possibilità di recupero della funzione ventricolare sinistra dopo rivascolarizzazione e/o somministrazione di terapie farmacologiche raccomandate;
- pazienti sottoposti a impianto di dispositivi con labilità clinica e/o elettrica o problemi correlati a complicanze chirurgiche.

Ai fini dell'applicazione dei contenuti del Piano Sanitario Regionale "Piano della Salute 2011-2013" relativo all'Area Cardiologica e in particolare alla Cardiologia Riabilitativa, nel mese di Settembre 2011 si è costituito, presso il Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico di Palermo, un Gruppo di lavoro regionale composto da rappresentanti GICR-IACPR, ANMCO, SICOA, ARCA, SIC con lo scopo di elaborare ed approfondire diversi tipologie di pazienti che necessitano di percorsi riabilitativi cardiologici, con l'obiettivo specifico di realizzare la Rete della Cardiologia Riabilitativa. Le "reti assistenziali" sono, infatti, ritenute un ambito prioritario di intervento

per la Regione Siciliana. Esse rispondono all'esigenza di superare la frammentarietà dell'assistenza, fornendo garanzie di continuità assistenziale e di efficienza per evitare inutili sprechi di risorse.
E' auspicabile che dalla spinta propulsiva di questo lavoro di Gruppo si realizzino Ambulatori e/o Centri di Cardiologia Riabilitativa distribuiti uniformemente su tutto il territorio siciliano e quindi anche presso la nostra ASP, con la possibilità di sviluppare programmi di intervento condivisi.
E' necessario pertanto che le singole strutture dedicate alla prevenzione/riabilitazione cardiovascolare vengano integrate in una rete assistenziale che abbia come snodi centrali le strutture degenziali intensive di livello e complessità superiori (centri HUB) collocate in dipartimenti cardiovascolari (ospedalieri, interaziendali o ospedale-territorio) o in strutture riabilitative a sé stanti, nel cui ambito dovrà essere prevista la possibilità di erogare prestazioni ambulatoriali. E' opportuno prevedere poi strutture riabilitative ambulatoriali intensive di livello intermedio. Ambedue le realtà potrebbero infine fornire supporto agli ambulatori estensivi dei presidi periferici già citati nell'Area "Assistenza sanitaria collettiva e negli ambienti di vita e di lavoro" - Programmi di prevenzione e di educazione alla salute", favorendo una positiva osmosi assistenziale.
Secondo la logica di rete, i pazienti dimessi dopo ricovero per acuti (ischemici, scompensati e post-chirurgici) dovrebbero essere stratificati in base alle loro caratteristiche di rischio alto o intermedio-basso. I primi dovrebbero essere indirizzati a struttura intensiva degenziale e successivamente alle strutture intensive ambulatoriali; i secondi direttamente alle strutture intensive ambulatoriali. Alla stabilizzazione del quadro clinico i pazienti saranno invece gestiti presso le strutture estensive ambulatoriali per il follow up clinico
Nel PAA 2012-2014, si può proporre la realizzazione di una rete aziendale di strutture riabilitative su tre livelli: Unità Operative intensive degenziali, intensive ambulatoriali e estensive ambulatoriali, autonome o inserite nelle Unità Operative Cardiologiche per acuti.
Pianificazione delle azioni nel tempo (cronoprogramma):
si auspica la possibilità di realizzare un Ambulatorio di Cardiologia Riabilitativa estensiva almeno per ogni Presidio Ospedaliero della nostra ASP (Alcamo-Salemi-Castelvetrano-Mazara-Marsala-Trapani) e possibilmente anche sul territorio nell'arco del 2012; almeno un ambulatorio di Cardiologia Riabilitativa estensiva all'interno dei presidi ospedalieri dotati di UTIC entro il dicembre 2013.
Quanto sopra tenendo conto dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti e della disponibilità di risorse specifiche.

-Area Emergenza Cardiologia

1) Partecipazione alla rete dell'Infarto

E' a tutti noto che prima si cura l'infarto miocardio acuto, migliore è la prognosi; quindi per potere curare tale patologia è necessario diagnosticarla al più presto possibile.
L'infarto si presenta nel 70-80% dei pazienti con dolore toracico, ma non tutti i dolori toracici per fortuna sono dovuti ad un infarto miocardico.
Questa distinzione non va fatta dal cittadino-paziente ma dalle strutture sanitarie.
Il cittadino va però aiutato a sospettare che il proprio dolore possa essere di origine cardiaca attraverso le già citate campagne educazionali.
Il paziente con dolore toracico sospetto per sindrome coronaria acuta deve presentarsi al Pronto Soccorso/guardia medica/PTE più vicino o chiamare il 118.
Nell'attesa dell'attuazione della rete per l'infarto il paziente deve essere sottoposto all'iter diagnostico terapeutico più appropriato in regime di Osservazione breve/Chest Pain Unit presso l'Area di Emergenza.
Un elettrocardiogramma deve essere eseguito entro 10 minuti dall'arrivo del paziente in Pronto Soccorso: se questo dimostra un infarto a ST sopraslivellato il paziente deve essere trasferito entro 20-30' presso una Cardiologia con Emodinamica (gli ospedali di

Marsala ed Alcamo fanno riferimento al S. Antonio Abate, quelli di Mazara e Castelvetrano all'Ospedale di Sciacca).
Poiché i tempi di percorrenza sono inferiori ai 60', considerando i 30' di tempo organizzativo, ne deriva che quasi tutti i pazienti potrebbero arrivare entro 90 o massimo 120' dall'arrivo al loro Pronto Soccorso sul tavolo di emodinamica per essere sottoposti a un'angioplastica primaria, ad eccezione forse di pochi pazienti che arrivano al loro Pronto Soccorso entro 60' dall'inizio del dolore, che potrebbero essere sottoposti localmente a trombolisi farmacologia ma comunque inviati subito dopo in emodinamica.
Perché questi tempi vengano rispettati, è necessario che un'ambulanza attrezzata per l'emergenza (dell'Ospedale o del 118) con autista, infermiere e medico (cardiologo o rianimatore o medico di area di emergenza) sia disponibile entro 20' dall'esecuzione dell'ECG.
Eseguito l'ECG, se viene diagnosticato un ECG a ST sopraslivellato:

- va eseguito un prelievo ematochimico urgente (per glicemia, creatinina, azotemia, elettroliti, transaminasi, emocromo, attività protrombinica, INR, fibrinogeno, CK-MB massa e troponina), i cui esiti verranno inviati via fax alla cardiologia ricevente;
- va monitorizzato il paziente
- vanno somministrati i farmaci adeguati (eparina, antiaggreganti etc.)
- va eseguita una tricotomia;
- va somministrato un consenso informato alla coronarografia (su questo va sentito il parere del medico legale);
- va preparata una scheda di accompagnamento con i tempi e la terapia praticata;
- va contattata telefonicamente l'Unità Coronarica ricevente per preparare il posto-letto ed accertarsi di eventuali problematiche tecnico-logistiche.

Quando l'ambulanza è a 10 minuti dalla destinazione, va ricontattata l'UTIC per conferma e va contattata anche l'Accettazione per eseguire il ricovero (essendo il sistema di laboratorio informatizzato, non accetta esami di pazienti non ricoverati) e per non fare fermare il paziente in tale sede.
In UTIC o in Emodinamica o in locali contigui va rivalutato il paziente con un nuovo elettrocardiogramma e vanno visionati gli esami precedentemente eseguiti.
Se l'infarto a ST sopraslivellato viene confermato, e in assenza di controindicazioni, viene eseguita la coronarografia e l'angioplastica e il paziente viene poi ricoverato in UTIC.
In atto i trasferimenti per gli infarti miocardici a ST sopraslivellato già avvengono, ma per quanto riguarda Alcamo e Marsala i tempi non sono ancora ottimali e non sempre avvengono direttamente dal Pronto soccorso. Su questo tema sono già state eseguite alcune riunioni operative.
Se ci sarà collaborazione anche dal 118, entro giugno 2012 dovremmo essere a regime in attesa che parte definitivamente la rete per l'infarto miocardico acuto.
Si ribadisce ancora che è importanza che la diagnosi di infarto a ST sopraslivellato venga fatta in area di emergenza per ridurre i tempi e che in tutti gli ospedali funzioni l'Osservazione breve(non solamente per il dolore toracico ma anche per le aritmie sopraventricolari e lo scompenso cardiaco di lieve entità che non richiedano ospedalizzazione

2) gestione delle aritmie

Circa 0,5-1 per mille abitanti per anno vanno incontro ad arresto cardiorespiratorio. Ciò significa che su 100.000 abitanti si verificano da 50 a 100 arresti cardiorespiratori all'anno.
L'arresto cardiaco può avvenire in pazienti con patologia cardiovascolare nota, ma può anche essere la modalità di esordio di un infarto miocardico acuto.
Di solito per ogni minuto che passa dall'arresto, le probabilità di ripresa si riducono del 10% e dopo dieci minuti muore il 100% dei pazienti.
Di conseguenza intervenendo dopo 5 minuti si potrebbe salvare la metà dei pazienti.
Ma chi può intervenire entro 5 minuti? Solo un'ambulanza del 118 attrezzata con defibrillatore e personale qualificato (autista, infermiere e possibilmente medico).

Tutto il personale medico e di comparto dovrebbe conoscere le manovre rianimatorie ovunque lavori.
l'ASP dovrebbe prevedere corsi di formazione almeno BLS per tutti i dipendenti.
Sarebbe auspicabile lo stesso per le forze dell'ordine e i vigili del fuoco, e possibilmente anche per il personale che lavora nei luoghi più affollati come supermercati, poste, centri per anziani, palestre, stadi, ristoranti, alberghi, banche, scuole.
Inoltre in tutti i luoghi a rischio dovrebbe essere collocato un defibrillatore. Infatti un obiettivo prioritario del Piano Sanitario Regionale è la Distribuzione di defibrillatori nei luoghi di grande afflusso di popolazione come aeroporti, porti, stazioni ferroviarie, centri commerciali, impianti sportivi ed avvio delle relative procedure formative.

-Area Malattie Croniche

Partecipazione alla rete dello scompenso cardiaco

I principi generali ai quali si ispira l'assistenza del cardiopatico cronico in ambito ospedaliero sono rappresentati dalla necessità di corrispondere ai bisogni globali del soggetto ammalato e di organizzare nel miglior modo possibile (e con il più vantaggioso profilo "costo-beneficio"), la prevenzione e la cura delle malattie in un contesto di continuità assistenziale. Il concetto di gradualità delle cure comporta una risposta differenziata e complementare di fronte alla molteplicità delle esigenze cliniche e dei diversi livelli di competenze, all'interno di una offerta assistenziale ospedaliera e territoriale. I pazienti con scompenso cardiaco vanno assistiti da una rete che collega medici di medicina generale, ambulatori specialistici, reparti di cardiologia.
Le unità per lo scompenso cardiaco rappresentano la struttura centrale per l'assistenza e la cura del paziente con tale patologia. A seconda della tipologia delle strutture ospedaliere, esse si possono configurare come strutture dedicate al trattamento dei pazienti ospedalizzati più complessi (a loro volta distinti secondo la corrente visione organizzativa di altre patologie cardiache come "CENTRO HUB" o "CENTRO SPOKE"), o come strutture ambulatoriali di appoggio. Fanno parte del programma di gestione dello scompenso cardiaco:

- L'educazione del paziente e dei familiari;
- Il miglioramento della compliance alla terapia medica e alla dieta;
- Sistematiche rivalutazioni clinico-strumentali;
- L'ottimizzazione della terapia farmacologia;
- Il monitoraggio dell'andamento del peso corporeo.

Tra gli obiettivi da perseguire rientrano:

- Il miglioramento della qualità di vita;
- L'adesione e la capacità di autogestione della terapia;
- La riduzione del numero e della durata dei ricoveri in ospedale.

Nelle more dell'attivazione della rete regionale dello scompenso cardiaco e delle Unità per lo scompenso cardiaco si auspica la possibilità di realizzare un Ambulatorio di Cardiologia dedicato ai pazienti con scompenso cardiaco, almeno per alcuni giorni della settimana, per ogni Presidio Ospedaliero della nostra ASP (Alcamo-Salemi-Castelvetrano-Mazara-Marsala-Trapani) e possibilmente anche sul territorio nell'arco del 2012; un ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco per pazienti in III-IV classe NYHA, con possibilità di degenza in Day Hospital/Day Service all'interno di presidi ospedalieri dotati di UTIC, emodinamica ed elettrostimolazione (possibilità di impianti di defibrillatori e defibrillatori-CRT) entro il dicembre 2012. Gli ambulatori di base dovranno essere in collegamento funzionale, per tramite della Cardiologia di riferimento, col territorio e in particolare coi PTA. I presidi territoriali di assistenza, introdotti dall'art 12 comma 8 della legge regionale 5/2009 costituiscono, infatti, il punto di accesso alla rete territoriale al fine di garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in materia di cure primarie sanitarie di base e specialistiche, attraverso l'integrazione professionale di più figure, con l'obiettivo finale di riqualificare le funzioni e le offerte delle cure primarie e prevenire le ospedalizzazioni.

La struttura più avanzata dovrà invece essere in contatto funzionale col Centro Regionale Trapianti. Per eventuali ricoveri degenziali ci si potrà appoggiare, quando sarà possibile, alla struttura di cardiologia riabilitativa intensiva.

-Area Cardiologia Riabilitativa

La riabilitazione dei pazienti affetti da malattie cardiovascolari consente il loro graduale processo di recupero, il loro reinserimento lavorativo ed il miglioramento della qualità della vita. Specifici programmi riabilitativi sono basati su:

- Stima del rischio cardiovascolare globale con valutazione clinica ed indagini strumentali anche complesse;
- Identificazione dei fattori di rischio;
- Formulazione di un piano di trattamento individuale che combini il cambiamento dello stile di vita con la prescrizione dell'attività fisica controllata;
- Interventi psicologici di ridefinizione cognitiva e di attivazione motivazionale;
- Possibilità di verificare e consolidare nel tempo i risultati ottenuti.

Occorre integrare le strutture dedicate alle acuzie con i centri specifici per il post-acuzie, in modo da sviluppare e realizzare programmi di riabilitazione cardiologica.

-Area Assistenza Cardiochirurgica

Creazione di team multidisciplinari per particolari pratiche cardiologiche e cardiochirurgiche (aneurismi e valvole). Allo stato attuale vengono discussi telefonicamente con l'equipe dei centri di cardiochirurgia, in un clima di massima collaborazione, i casi clinici dei pazienti da sottoporre ad intervento cardiochirurgico. Sarebbe però opportuno da una parte che gli orientamenti dei colleghi fossero formalizzati anche per motivi di ordine medico-legale; d'altra parte sarebbe utile discutere i casi visionando contemporaneamente i test di imaging eseguiti usufruendo delle moderne tecniche telematiche di telecardiologia. Alla dimissione i pazienti cardio-operati della nostra provincia dovrebbero essere affidati in modo concordato e programmato per un ciclo riabilitativo, a seconda della complessità del caso e delle comorbilità, ai centri riabilitativi intensivi ambulatoriali o degenziali prima esposti.

III.5 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA CARDIOLOGICA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.5.1	**Prevenzione del rischio**	Programmi di prevenzione in sinergia con altri enti	a) Distribuzione di poster sulla prevenzione	a) realizzazione dei poster, stampa, distribuzione	a) cardiologi esperti, dipartimento di prevenzione, ufficio stampa,	a) Entro dicembre 2012
			b) Disponibilità di cardiologi per conferenze nelle scuole o nei circoli per anziani	b) realizzazione di set di diapositive	b) cardiologi esperti, dipartimento di prevenzione	b) Entro dicembre 2012
			c) invio lettere sulla prevenzione	c) realizzazione lettera, contatto con istituzioni, spedizione	c) cardiologi esperti, dipartimento di prevenzione, ufficio stampa	c) Entro dicembre 2012
			d) interviste televisive, radiofoniche o sulla stampa a esperti	d) disponibilità cardiologi, contatti con mass media	d) cardiologi esperti, dipartimento di prevenzione, ufficio stampa	d) Entro dicembre 2012
			e) preparazione opuscolo sul corretto stile di vita	e) preparazione opuscolo, stampa	e) cardiologi esperti, dipartimento di prevenzione, ufficio stampa	e) Entro dicembre 2012
			f) corsi di formazione sul counseling per il personale infermieristico	f) preparazione materiali didattici, realizzazione corso ECM	f) cardiologi esperti, ufficio formazione	f) entro giugno 2013

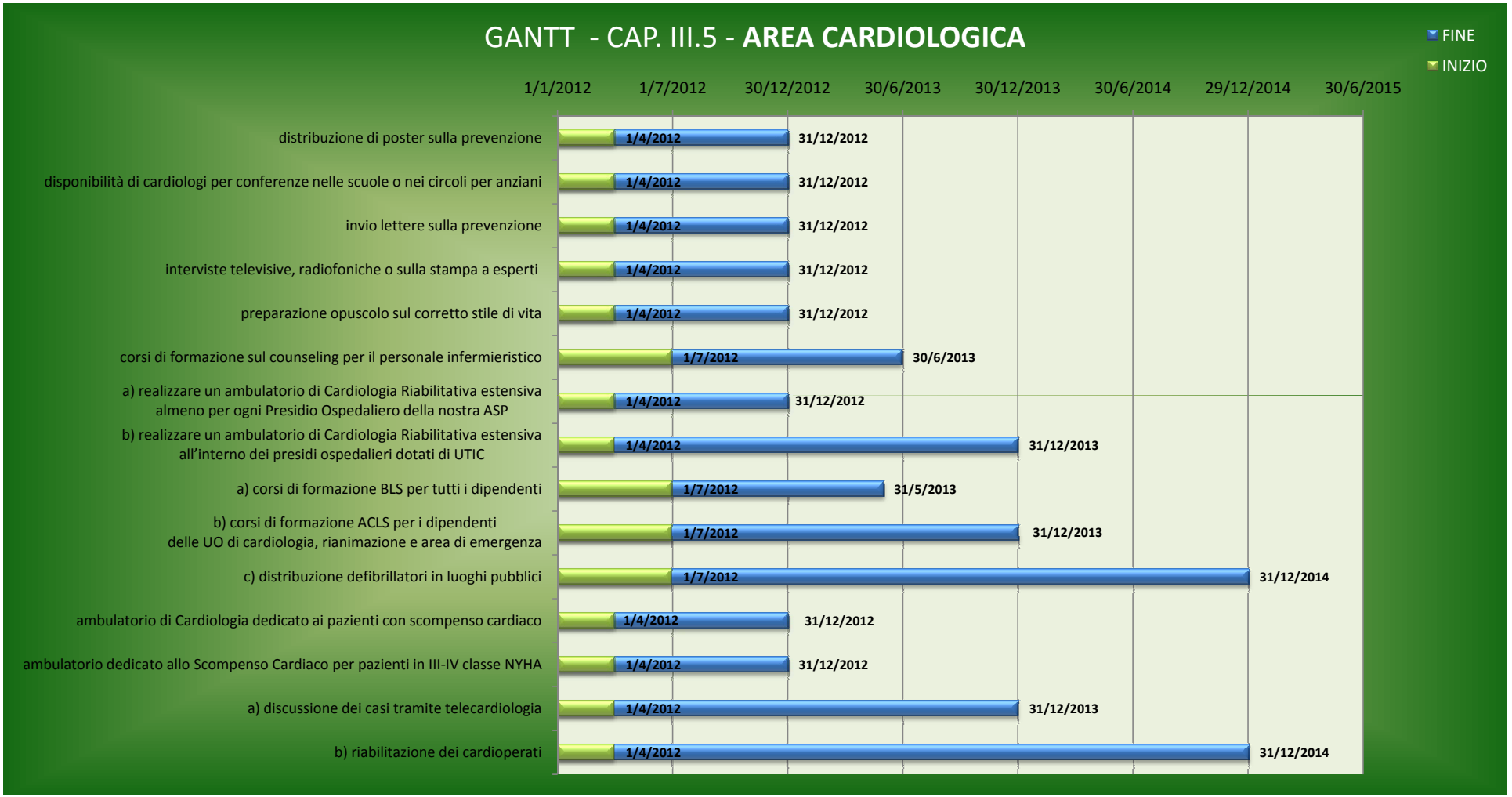
III.5 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA CARDIOLOGICA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.5.1	**Prevenzione del rischio**	Partecipazione alla rete della cardiologia riabilitativa e di prevenzione secondaria	a)realizzare un Ambulatorio di Cardiologia Riabilitativa estensiva almeno per ogni Presidio Ospedaliero della nostra ASP b)realizzare un ambulatorio di Cardiologia Riabilitativa estensiva all'interno dei presidi ospedalieri dotati di UTIC	a)Sensibilizzazione del personale b)adeguamento strutturale, formazione del personale	a)Direttori U.O. b)Direttori U.O., ufficio formazione, settore economico-finanziario	a)Entro dicembre 2012 b)Entro dicembre 2013

III.5 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA CARDIOLOGICA

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.5.2	**Emergenza Cardiologica**	Partecipazione alla rete dell'infarto	Realizzazione di un protocollo di intesa tra le U.O. interessate	Stesura protocollo	Direttori UO	Giugno 2012
		Gestione delle aritmie	a) corsi di formazione BLS per tutti i dipendenti b) corsi di formazione ACLS per i dipendenti delle UO di cardiologia, rianimazione e area di emergenza c) distribuzione defibrillatori in luoghi pubblici	a) realizzazione corso ECM b) realizzazione corso ECM c) acquisto, collaudo e distribuzione dei defibrillatori	a) ufficio formazione b) ufficio formazione c) settore economico-finanziario	a) entro giugno 2013 b) entro dicembre 2013 c) Entro dicembre 2014
III.5.3	**Malattie croniche**	Partecipazione alla rete dello scompenso cardiaco	a) realizzare un Ambulatorio di Cardiologia dedicato ai pazienti con scompenso cardiaco, almeno per alcuni giorni della settimana, per ogni Presidio Ospedaliero della nostra ASP b) realizzare un ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco per pazienti in III-IV classe NYHA, con possibilità di degenza in Day Hospital/Day Service all'interno di presidi ospedalieri dotati di UTIC, emodinamica ed elettrostimolazione	a)Sensibilizzazione del personale b)Sensibilizzazione del personale	a Direttori U.O. b)Direttori U.O.	a)Entro dicembre 2012 b)Entro dicembre 2012

III.5 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA CARDIOLOGICA						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
III.5.4	**Cardiologia Riabilitativa**	Partecipazione alla rete	***Vedi prevenzione del rischio***			
III.5.5	**Assistenza cardiochirurgica**	Definizione della rete delle cardiochirurgie secondo livelli Creazione di team multidisciplinari per particolari pratiche cardiologiche	a)Discussione dei casi tramite tele cardiologia b)riabilitazione dei cardioperati	a)Ufficio informatica b)adeguamento strutturale, formazione del personale	a)Dirigente informatico b)Direttori U.O., ufficio formazione, settore economico-finanziario	a)Entro dicembre 2013 b)entro dicembre 2014


GANTT - CAP. III.5 - AREA CARDIOLOGICA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
distribuzione di poster sulla prevenzione
1/4/2012
31/12/2012
disponibilità di cardiologi per conferenze nelle scuole o nei circoli per anziani
1/4/2012
31/12/2012
invio lettere sulla prevenzione
1/4/2012
31/12/2012
interviste televisive, radiofoniche o sulla stampa a esperti
1/4/2012
31/12/2012
preparazione opuscolo sul corretto stile di vita
1/4/2012
31/12/2012
corsi di formazione sul counseling per il personale infermieristico
1/7/2012
30/6/2013
a) realizzare un ambulatorio di Cardiologia Riabilitativa estensiva almeno per ogni Presidio Ospedaliero della nostra ASP
1/4/2012
31/12/2012
b) realizzare un ambulatorio di Cardiologia Riabilitativa estensiva all'interno dei presidi ospedalieri dotati di UTIC
1/4/2012
31/12/2013
a) corsi di formazione BLS per tutti i dipendenti
1/7/2012
31/5/2013
b) corsi di formazione ACLS per i dipendenti delle UO di cardiologia, rianimazione e area di emergenza
1/7/2012
31/12/2013
c) distribuzione defibrillatori in luoghi pubblici
1/7/2012
31/12/2014
ambulatorio di Cardiologia dedicato ai pazienti con scompenso cardiaco
1/4/2012
31/12/2012
ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco per pazienti in III-IV classe NYHA
1/4/2012
31/12/2012
a) discussione dei casi tramite telecardiologia
1/4/2012
31/12/2013
b) riabilitazione dei cardioperati
1/4/2012
31/12/2014

III.6 La partecipazione alla rete dell'emergenza neurologica e delle malattie neurologiche croniche

Negli ultimi anni le Neuroscienze nella nostra provincia hanno avuto un notevole sviluppo. Occorre però ottimizzare le risorse disponibili razionalizzando il sistema di erogazione delle prestazioni attraverso il modello organizzativo a rete. Nell'ambito delle Neuroscienze dovranno essere sviluppate:

- La rete per l'emergenza neurologica;
- La rete per le malattie neurologiche croniche;
- La Riabilitazione Neurologica.

-Emergenza Neurologica

L'emergenza neurologica presuppone una diagnosi tempestiva ed interventi immediati. Vi sono condizioni emergenziali, come le malattie cerebrovascolari e i traumi cerebro-spinali, che richiedono un'organizzazione che metta in rete operatori e strutture per essere in grado di modificare sensibilmente la prognosi. L'emergenza neurologica di maggior impatto clinico e sociale è l'ictus cerebrale la cui assistenza è garantita attraverso il sistema integrato delle stroke units. L'ASP di Trapani partecipa alla rete per l'emergenza Neurologica con particolare riferimento ai percorsi diagnostico terapeutici di diagnosi precoce dell'ictus ed alle stroke units.

-Malattie Neurologiche Croniche

Le malattie neurologiche croniche più frequenti (demenze, parkinsonismi e disturbi del movimento, epilessia, sclerosi multipla, malattie neuromuscolari) sono causa di disabilità importante non solo negli anziani ma anche nei giovani. Per queste patologie, se si eccettua la malattia di Alzheimer, in cui valutazione e trattamento vengono affidati alle U.V.A. (Unità Valutative Alzheimer), non sono previste modalità organizzative assistenziali particolari. Ciò provoca parcellizzazione delle competenze, spreco di risorse e inadeguatezza nella risposta assistenziale. Si ritiene pertanto necessaria la creazione di reti assistenziali per patologia al fine di assicurare:

- Un'assistenza che risponda a criteri di qualità e competenza;
- Una presa in carico globale del paziente con continuità assistenziale in ogni fase di malattia;
- Un sostegno reale alle famiglie per quanto riguarda gli aspetti gestionali ed amministrativi.

Per la malattia di Alzheimer è importante potenziare le UVA attraverso:

1. L'inserimento nello staff della figura dello Psicologo esperto in valutazione neuropsicologica al fine di un importante contributo alla diagnosi iniziale ed ai follow-up successivi utili per l'implementazione delle attività di counseling familiare;
2. La possibilità di estendere l'attività dell'UVA anche al domicilio del paziente quando ha difficoltà temporanee a recarvisi o nelle fasi più avanzate quando non può più farlo, specie se sono presenti turbe comportamentali, comorbilità. Ciò permetterebbe importanti outcome: -Evitare che questi pazienti vadano incontro a ricoveri ospedalieri incongrui ed impropri; -Ristabilire le condizioni che rendono ancora possibile la permanenza al domicilio; -Evitare l'uso improprio di psicofarmaci; -Ricadute favorevoli sull'appropriatezza e sul contenimento della spesa sanitaria; -Ulteriore aiuto e sollievo per le famiglie.

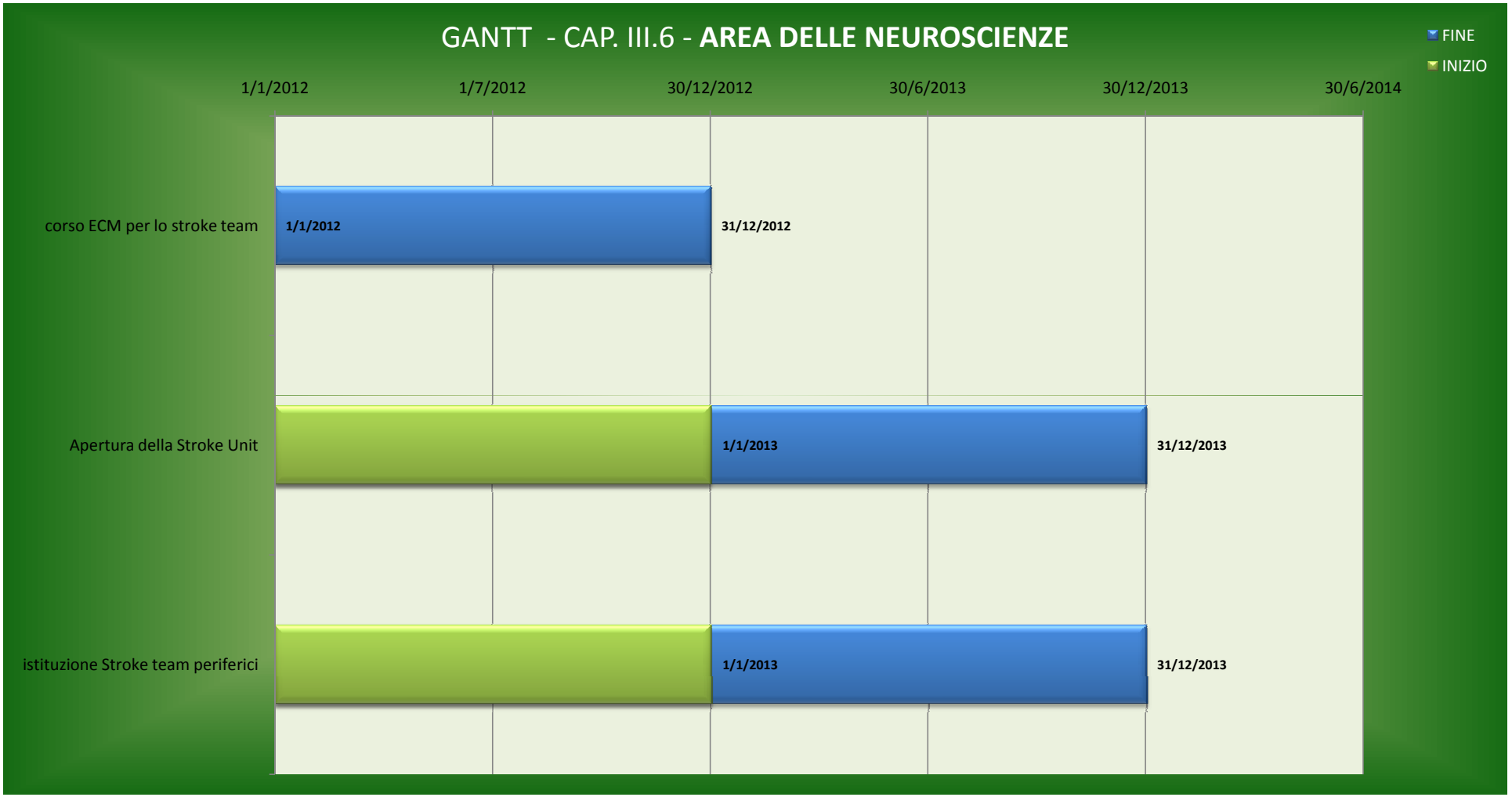
Inoltre l'ASP di Trapani attiverà le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) specifiche per i pazienti con gravi cerebrolesioni che necessitano di assistenza ospedaliera protratta.

-Riabilitazione Neurologica

La Riabilitazione funzionale neurologica è un aspetto fondamentale dell'area delle Neuroscienze e deve essere presente dove insistono Unità Operative di Neurologia di riferimento. Il modello organizzativo, adottato dalle unità di riabilitazione neurologica, deve *essere sempre quello della presa in carico, in questo caso clinico-riabilitativa, del paziente* e deve essere previsto, per ogni soggetto, la stesura di un progetto clinico-riabiltativo individuale.

III.6 AREA NEUROLOGICA						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
III.6.1	**Emergenza neurologica**	Partecipazione alla Rete della emergenza neurologica con particolare riferimento ai percorsi diagnostico terapeutici e alle stroke unit	Miglioramento degli outcome clinici in termini di riduzione della disabilità e della mortalità *Indicatori:* -Riduzione della mortalità % dei pazienti colpiti da ictus ischemico sottoposti a trombolisi -Riduzione dell'indice NIHSS dei pazienti colpiti da ictus ischemico sottoposti a trombolisi -Riduzione del punteggio "Rankin" Scale nei pazienti ricoverati in Stroke Unit	Percorso formativo per i medici della stroke Unit Istituzione di una Stroke Unit con 4 posti letto e spazi adeguati al di là degli attuali ma viciniori alle altre U.O. del Dipartimento di Medicina Assunzione di almeno altri 6 neurologi, 5 infermieri, 5 OSS e almeno 4 fisioterapisti. Acquisto di 4 monitor multiparametrici e degli arredi necessari per il nuovo Servizio.	Responsabile U.O.C. Neurologia e U.O.S. Formazione e Aggiornamento del personale Responsabile U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni Responsabile U.O.C. Provveditorato ed Economato	Dicembre 2012 corso ECM per lo stroke team Apertura della Stroke Unit entro dicembre 2013
		Implementazione di percorsi di diagnosi precoce dell'ictus	Riduzione dei tempi dalla diagnosi alla trombolisi entro le tre ore	Percorso formativo per lo stroke team Istituzione presso ogni centro Spoke (tutti gli ospedali della provincia) di un team dedicato in grado di assicurare una reperibilità h/24 per la diagnosi precoce presso l'eventuale trasferimento presso Stroke Unit	U.O.S. Formazione e Aggiornamento del personale Direttore Dipartimento Medicina - Direttore UOC Neurologia	Dicembre 2012 corso ECM per lo stroke team Dicembre 2013 istituzione Stroke team periferici
III.6.2	**Malattie croniche**	Percorsi specifici per le malattie croniche compresi i collegamenti con i centri di riferimento	Riduzione dei tempi di attesa Gestione periferica dei pazienti con malattie neurologiche croniche (Alzheimer, sclerosi multipla, Parkinson ed epilessia)	Istituzione di ambulatori dedicati per cefalee, epilessia, Parkinson e malattie degenerative e sclerosi multipla almeno presso l'UOC di Neurologia. Individuazione di budget specifici per l'acquisto di farmaci per la sclerosi multipla. Individuazione di nuovi spazi per l'UOC di Neurologia. Assunzione di 3 neurologi,tre infermieri, tre OSS e tre fisioterapisti per gli ambulatori dedicati.	Coordinatore sanitario TP1 – Direttore Dipartimento Medicina - Direttore UOC Neurologia	Dicembre 2013 istituzione ambulatori dedicati presso UOC di Neurologia Apertura servizi di Neurologia a regime negli ospedali periferici entro dicembre 2014.

III.6 AREA NEUROLOGICA						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
III.6.2	**Malattie croniche**	Percorsi specifici per le malattie croniche compresi i collegamenti con i centri di riferimento	Riduzione della mobilità passiva per ricoveri neurologici intraregionali	Implementazione di un servizio di neurologia con reperibilità h/24 negli ospedali periferici dotati di rianimazione Assunzione (al di fuori della attuale pianta organica) di 4 neurologi, 6 infermieri, 4 OSS e 2 tecnici di neurofisiopatologia. Acquisto di un elettroencefalografo e di un elettromiografo + PE per ogni struttura.	Coordinatore sanitario TP1 – Direttore Dipartimento Medicina - Direttore UOC Neurologia	Dicembre 2013 istituzione ambulatori dedicati presso UOC di Neurologia Apertura servizi di Neurologia a regime negli ospedali periferici entro dicembre 2014.
III.6.3	**Riabilitazione**	Definizione dei percorsi stabiliti e dei collegamenti con i centri per la riabilitazione	Garantire una migliore stabilizzazione clinica e ridurre il rischio di mortalità del paziente Prevenzione e riduzione delle menomazioni e disabilità conseguenti a un danno encefalico vascolare (ictus) e/o postraumatico Limitare la comorbilità conseguente al danno neurologico e favorire il recupero delle abilità compromesse dall'ictus o dall'evento traumatico Riduzione della degenza in reparto per acuti Riduzione della mobilità passiva per ricoveri riabilitativi extraregionali Definire la prognosi funzionale Favorire il reinserimento sociale e lavorativo	- Attivare presso i presidi ospedalieri di Trapani, Marsala (in parte già attivo) e Castelvetrano un Servizio di Riabilitazione che possa avviare il percorso riabilitativo del paziente neuroleso durante la degenza in struttura per acuti, quindi adeguamento della pianta organica dotandole di Fisiatri e Fisioterapisti - Attivare le U.O. di Riabilitazione con degenza intensiva ed estensiva. - Migliorare la rete integrata ospedale-territorio per garantire la continuità assistenziale per il proseguimento del trattamento in ambulatorio, a domicilio e presso RSA	Responsabile U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni: avvio mobilità per il reclutamento del personale necessario (fisiatri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti)	- 2012 attivazione dell'U.O. di Riabilitazione presso il PO di Salemi dove sono previsti e attivabili 12 posti letto di degenza ordinaria - 2014 avvio dell'attivazione di 12 posti letto di Riabilitazione presso i P.O. di Trapani e Marsala


GANTT - CAP. III.6 - AREA DELLE NEUROSCIENZE
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
corso ECM per lo stroke team
1/1/2012
31/12/2012
Apertura della Stroke Unit
1/1/2013
31/12/2013
istituzione Stroke team periferici
1/1/2013
31/12/2013

III.7 La partecipazione alla rete per la gestione del politraumatizzato, il collegamento con il contesto regionale e la rete dell'emergenza - urgenza

-Rete trauma

Il politraumatizzato rappresenta un evento relativamente raro nelle statistiche dei P.S., ma è probabilmente l'evento che richiede l'impegno del maggior numero di risorse sia tecnologiche che umane, nel più breve tempo possibile.

Secondo i dati della letteratura scientifica internazionale, ogni Trauma Center ha bisogno in realtà di 3 diversi tipi di intervento, tutti orientati al soccorso delle persone colpite dai traumi più severi. In primo luogo, un tempestivo intervento pre-ospedaliero, allo scopo di assicurare le funzioni vitali e di stabilizzare la situazione clinica del paziente; in secondo luogo, un trasporto protetto all'ospedale più vicino ma soprattutto in grado di far fronte al problema; infine, nell'ospedale dove ha sede il Trauma Center, la possibilità di un intervento multidisciplinare di alta specialità.

Il trauma produce un elevato numero di decessi ed invalidità permanenti, specialmente tra le fasce sociali più produttive, riducibili attraverso l'istituzione di modelli di assistenza integrata tra territorio ed ospedale (Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma o SIAT) finalizzati a garantire l'arrivo, del paziente nel tempo più rapido possibile, all'Ospedale in grado di erogare la cura definitiva. Inoltre occorre garantire la tempestiva presa in carico, dei pazienti traumatizzati gravi, da parte delle strutture di riabilitazione (accordo Stato-Regioni 4 aprile 2002 e 29 aprile 2004). In sintesi il modello, secondo la proposta della commissione governativa (allegata), prevede:

La definizione dei SIAT, quali aree entro cui viene disegnata:

1) una rete di Ospedali per la fase acuta detti Centri Trauma, identificati tra i DEA di II e I livello tra loro funzionalmente connessi;

2) una rete di Strutture di Riabilitazione.

Sulla base delle risorse, le strutture del SIAT possono essere classificate nelle seguenti categorie:

-Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS), in cui sono previste tutte le alte e medie specialità (MCAU, Radiologia, Laboratorio, Centro Trasfusionale, Neurochirurgia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica). (La Regione Sicilia ha individuato l'Ospedale Villa Sofia quale centro hub di riferimento per il trauma. Il servizio 118 dovrà provvedere al cambio concettuale di non trasportare più il paziente all'ospedale più vicino, ma a quello con "*closet appropriate facility*", che trasforma il concetto di "portare il paziente all'ospedale più vicino" con quello di "portare il paziente all'ospedale più vicino che può trattare tutte le lesioni a rischio di vita").

La proposta governativa prevede, alla luce del numero di traumi maggiori previsti in circa 450/anno per milione di abitanti, almeno un CTS ogni due milioni di abitanti, tenendo conto anche delle caratteristiche e del territorio e di problematiche stagionali.

L'applicazione dei criteri di triage pre-ospedaliero, da parte della C.O. 118 e degli operatori delle ambulanze, dovrebbe consentire l'avvio del paziente al luogo più idoneo e non più al Pronto Soccorso più vicino.

La rete ospedaliera della Provincia di Trapani è costituita da 7 ospedali, Trapani, Marsala, Castelvetrano, Mazara, Alcamo, Salemi e Pantelleria.

L'ospedale di Mazara, in atto, è in fase di ristrutturazione.

Gli Ospedali sopra descritti geograficamente determinano distanze massime di Km 50 rispetto ai territori afferenti più distanti. La rete autostradale permette collegamenti rapidi con l'ospedale di riferimento CTS di Villa Sofia.

Analizzando la situazione attuale:

a) **Trasporto Infermi:** esiste un servizio 118 sufficiente per le necessità attuali del territorio, infatti, permettere l'arrivo sul luogo dell'evento di 2 ambulanze entro 45'. La rete stradale è sufficientemente ben strutturata e tale da permettere l'arrivo all'ospedale più vicino, dal punto più lontano del territorio, entro 45-50'. Le disposizioni operative, però, devono essere riviste in quanto esiste la criticità che il

paziente non è trasportato direttamente al centro di riferimento per la tipologia di assistenza da offrire ma all'ospedale più vicino. Se non è prevista neurochirurgia in provincia, il traumatizzato cranico non dovrebbe essere accompagnato al Pronto Soccorso più vicino, perdendo tempo, ma direttamente al CTS di riferimento. È necessario un intervento sul 118 al fine di stabilire protocolli condivisi per l'attuazione delle disposizioni previste dall'accordo SUES 118 e dalla rete trauma.

b) **Riabilitazione:** esiste una sola struttura in provincia, convenzionata, per la riabilitazione del paziente ortopedico (Villa dei Gerani) con 15 p.l. convenzionati. I Trauma Center, invece, devono essere sistematicamente collegati anche alle strutture per post-acuti, destinate al recupero dal coma e alla riabilitazione. Solo così è possibile delineare un vero e proprio percorso di assistenza ai pazienti coinvolti in traumi maggiori o comunque per dimettere precocemente i pazienti operati, affidandoli a centri con costi minori e garantirne la continuità delle cure. Sarebbe opportuno l'attivazione, in tempi rapidi, di almeno 3 strutture con posti letto. Nelle more si sta cercando di procedere ad accordi con l'unica struttura esistente al fine di concordare e condividere un protocollo di intenti sul processo di trasferimento del paziente in tali strutture.

c) **Unita' di Medicina Riabilitativa**: si è provveduto a censire l'esistente.

Nel passato si è stilato un protocollo per il trasporto di pazienti con caratteristiche di emergenza con il 118.

Gli standars internazionali prevedono che:

- Entro 90', dall'arrivo del mezzo di soccorso sul luogo dell'evento, il traumatizzato sia portato in sala operatoria, ed in questi tempi sono compresi anche quelli necessari per l'esecuzione delle indagini preliminari;
- L'ospedale che riceve un politrauma deve disporre di mezzi tali da portare, il paziente, entro 60' dall'arrivo al triage alla sala operatoria, eseguendo gli esami di routine in quest'arco temporale.

La traumatologia stradale rappresenta ancora oggi la tipologia di evento che richiede il maggior numero di interventi e la maggior complessità gestionale, a causa della non infrequente presenza di problematiche legate a situazioni ambientali ostili, necessità di intervento combinato con Vigili del Fuoco, di più feriti coinvolti, ecc.

Percorsi di miglioramento

Trauma

1) Piena applicazione del protocollo sull'accoglienza
2) Accordi con il 118 per il trasferimento del paziente traumatizzato (cranico) all'ospedale di riferimento (Villa Sofia).

Riabilitazione

1) prevedere accordi per il trasferimento del paziente che necessita di ricovero in riabilitazione fra Ortopedia e UU.OO. di riabilitazione (in atto solo Villa dei Gerani)
2) ampliamento delle UU.OO. di riabilitazione in provincia sia con accreditamento di strutture private che a gestione diretta dell'ASP
3) ricovero in ADI per i pazienti che necessitano di assistenza complessa (riabilitazione + assistenza per altre patologie) utilizzazione del processo già vigente per il ricovero in ADI (invio di apposito fax almeno 4 gg. prima della dimissione, attivazione della commissione, predisposizione del posto letto, trasferimento in RSA).

Protocollo operativo P.S. Trapani-Centrale Operativa 118

Prima fase - allertamento del 118

La Centrale Operativa del 118 o il personale viaggiante dell'ambulanza, in presenza di un paziente etichettato con codice rosso, deve avvertire il Pronto Soccorso di destinazione indicando, anche, la patologia che ha determinato l'attribuzione del codice.

L'Operatore del Pronto Soccorso che riceve il messaggio ripeterà quanto recepito, facendosi dare le generalità dell'allertante.

Chi riceve il messaggio comunicherà al medico di guardia responsabile che sta arrivando un codice rosso. Il medico disporrà che una sala visita, possibilmente quella a maggiore tecnologia, rimanga a disposizione del 118. Questo comportamento permetterà l'immediata assistenza in sala visita del trasportato.

In base alla tipologia di allertamento (arresto cardiaco, traumatizzato, ecc…) verranno chiamati in Pronto Soccorso i Medici specialisti più indicati nell'assistenza al paziente.

Il paziente non sosterà al triage o in sala sbarellamento, ma sarà immediatamente accompagnato in sala visita sulla barella dell'ambulanza e lo sbarellamento avverrà solo quando le condizioni del paziente lo permetteranno.

In quest'ottica di gestione dei pazienti che presuppongono una continuità terapeutica integrata con il territorio vanno inseriti i pazienti over 65 con frattura del collo del femore che rappresentano una massa di circa 750 in tutta la provincia di cui oltre 200 solo nell'U.O. del presidio S.A. Abate di Trapani.

Schema riassuntivo attuativo.

punto 1
implementazione rapporti ospedale territorio con attivazione di percorsi riabilitativi con strutture accreditate per la riabilitazione (villa dei gerani)

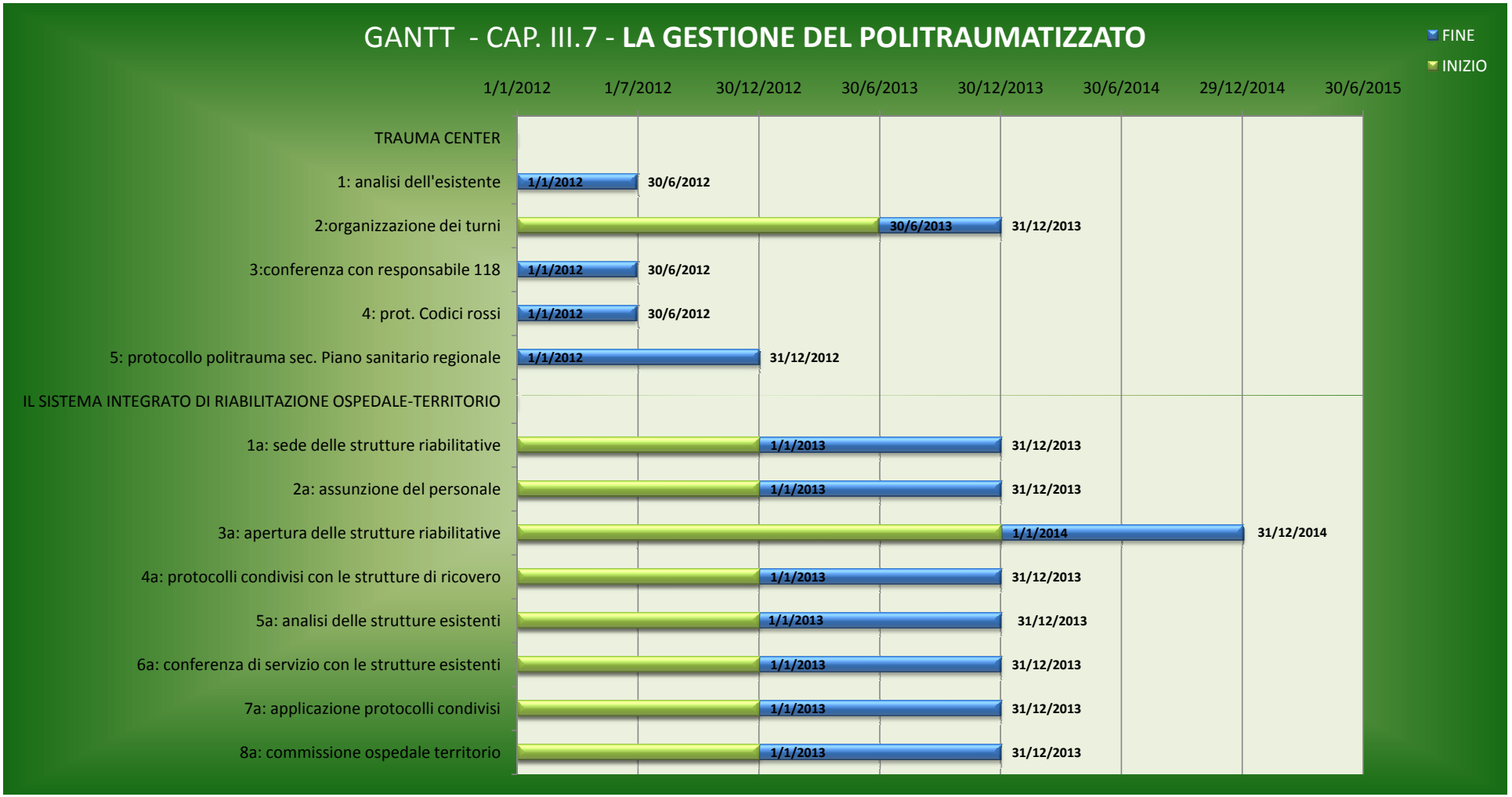
punto 2
attivazione di posti letto in ambito aziendale per la riabilitazione post acuta per il trauma entro il 2014.

punto 3
attivazione entro il 2014 di servizi di guardia attiva interdivisionale (almeno una per distretto) in chirurgia generale, ortopedia.

III.7 TABELLA RIEPILOGATIVA SULLA GESTIONE DEL POLITRAUMATIZZATO

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.7.1	**Trauma Center**	Partecipazione alla rete secondo i percorsi diagnostico terapeutici stabiliti	Implementazione del ruolo di SPOKE dei PP.OO. della Provincia di Trapani Applicazione dei protocolli previsti per la rete del trauma	Coinvolgimento del 118 per il trasporto, anche secondario, del politraumatizzato al centro Hub di riferimento (Villa Sofia) ATTIVITA': 1: analisi dell'esistente 2: garanzia di guardia attiva interdivisionale in chirurgia ed ortopedia. 3: conferenza di servizio con il responsabile della centrale 118 ed analisi delle criticità; 4: redazione di protocolli condivisi circa la comunicazione dell'arrivo di codici rossi; 5: redazione di protocolli condivisi circa il trasferimento del politrauma al centro Hub di riferimento con mezzo e personale 118	U.O.C. Personale contratti e Convenzioni Direttori delle UU.OO. Sanitarie coinvolte	Vedi cronoprogramma

III.7 TABELLA RIEPILOGATIVA SULLA GESTIONE DEL POLITRAUMATIZZATO						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
III.7.2	**Il sistema integrato di riabilitazione Ospedale-Territorio**	Partecipare alla costruzione di una rete formata da strutture e servizi riabilitativi in grado di seguire il paziente dalla fase acuta a quella del reinserimento sociale	Trasferimento del paziente che necessita di riabilitazione a struttura territoriale idonea in regime di ricovero, dh o ambulatoriale domiciliare o ambulatoriale puro Riduzione di 1/2 giornata di degenza media; trasferimento alla riabilitazione del 60% dei pazienti che necessitano di tale assistenza in regime di Ricovero ordinario, dh o assistenza domiciliare	apertura di un centro di riabilitazione post trauma, in ambito aziendale protocolli operativi ospedale territorio circa tempi e modalità di trasferimento del paziente ATTIVITA': 1a: individuazione della sede ove creare le strutture riabilitative; 2a: assunzione del personale; 3a: apertura delle strutture per la riabilitazione 4a: protocolli condivisi per il trasferimento del paziente da sottoporre a riabilitazione 5a: analisi delle strutture esistenti e del fabbisogno assistenziale; 6a: conferenza di servizio fra le strutture coinvolte nel progetto; 7a: condivisione dei protocolli con formazione di commissioni miste per la valutazione dello stato di realizzazione del progetto	U.O.C. Personale contratti e Convenzioni Direttori delle UU.OO. Sanitarie coinvolte	Vedi cronoprogramma


GANTT - CAP. III.7 - LA GESTIONE DEL POLITRAUMATIZZATO
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
TRAUMA CENTER
1: analisi dell'esistente
1/1/2012
30/6/2012
2:organizzazione dei turni
30/6/2013
31/12/2013
3:conferenza con responsabile 118
1/1/2012
30/6/2012
4: prot. Codici rossi
1/1/2012
30/6/2012
5: protocollo politrauma sec. Piano sanitario regionale
1/1/2012
31/12/2012
IL SISTEMA INTEGRATO DI RIABILITAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO
1a: sede delle strutture riabilitative
1/1/2013
31/12/2013
2a: assunzione del personale
1/1/2013
31/12/2013
3a: apertura delle strutture riabilitative
1/1/2014
31/12/2014
4a: protocolli condivisi con le strutture di ricovero
1/1/2013
31/12/2013
5a: analisi delle strutture esistenti
1/1/2013
31/12/2013
6a: conferenza di servizio con le strutture esistenti
1/1/2013
31/12/2013
7a: applicazione protocolli condivisi
1/1/2013
31/12/2013
8a: commissione ospedale territorio
1/1/2013
31/12/2013

III.8 La partecipazione alla rete dei trapianti e l'implementazione dei percorsi clinici pre e post – trapianto di organi e tessuti e la partecipazione alla rete trasfusionale e delle emoglobinopatie e collegamenti con il contesto regionale

I trapianti d'organo sono la terapia obbligata per le insufficienze terminali di organi vitali. L'organizzazione delle attività di donazione, prelievo e trapianto di organi è migliorata notevolmente negli ultimi anni anche se ancora molto occorre fare specialmente nel nostro territorio. Nel contesto degli interventi finalizzati a promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza notevole importanza riveste la definizione del Piano Sangue e Plasma e la rifunzionalizzazione delle rete trasfusionale.

-Centri trapianto e Centro Regionale Trapianti

Il numero e la qualità dei trapianti sono correlate a:

- Disponibilità, competenza specifica e dotazioni tecnologiche del Centro Regionale Trapianti che coordina le attività di prelievo e trapianto;
- Disponibilità nei centri di trapianto delle professionalità necessarie mediche, infermieristiche, tecniche ed amministrative, nonché i servizi e le tecnologie di supporto.

Occorre inoltre creare una rete integrata tra i Centri Trapianto ed alcune U.O. ospedaliere qualificate per la preparazione, la gestione in lista d'attesa ed il follow-up post-trapianto dei pazienti con insufficienza terminale d'organo. Diventano prioritari i seguenti obiettivi:

1. Incremento nel triennio del tasso di donazione degli organi;
2. Verifica ed adeguamento delle risorse infrastrutturali e professionali;
3. Miglioramento delle competenze professionali
4. Potenziamento del collegamento con il Centro Regionale Trapianti.

-Rete trasfusionale

Attualmente le UU.OO. di Medicina Trasfusionale assicurano il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza trasfusionale attraverso:

- Una accurata programmazione della raccolta di sangue ed emocomponenti;
- Una gestione puntuale degli scambi intraregionali.

E provvedono a perseguire i seguenti obiettivi:

- Autosufficienza di sangue, plasma e piastrine, attraverso il potenziamento della raccolta di emazie e plasma;
- Innalzamento dei livelli di sicurezza e qualità nella qualificazione biologica attraverso l'adozione di procedure e comportamenti standardizzati;
- Innalzamento dei livelli di sicurezza e appropriatezza delle prestazioni trasfusionali;
- Implementazione di un sistema di emovigilanza regionale in piena armonia con il SISTRA, che consenta di monitorare la raccolta, i bisogni e la mobilità di emocomponenti all'interno della regione.

Occorre inoltre riqualificare la rete trasfusionale attraverso l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture Trasfusionali e delle Unità di Raccolta Associative (UdR).

-Emoglobinopatie

Con specifico riferimento al riassetto ed alla rifunzionalizzazione della rete per l'assistenza dei pazienti affetti da emoglobinopatie ereditarie, nell'ambito di una revisione delle attività assistenziali prestate a favore di tali pazienti, il Servizio di Talassemia aggregato all'U.O.C. di Pediatria del S.A. Abate è stato individuato dal Decreto Assessoriale del 20/12/2011 come centro Spoke Territoriale di I° livello con specifici compiti di prevenzione e cura delle Emoglobinopatie.

-Rete dei trapianti d'organo

L'Asp di Trapani intende partecipare alla rete dei percorsi diagnostico-terapeutici di pazienti pre e post trapianto in sinergia con il Centro Regionale Trapianti.

III.8 TABELLA RIEPILOGATIVA DELL'AREA DEI TRAPIANTI E IL PIANO SANGUE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.8.1	**Centri trapianto e Centro Regionale Trapianti**	Potenziamenti di centri di trapianto in collegamento con il Centro Regionale Trapianti	**RISULTATI ATTESI** a)Attivazione dell'Ufficio di Coordinamento presso l'U.O. di Anestesia e Rianimazione di Trapani b)Creazione di un ambiente favorevole e di fiducia in spazi adeguati. **INDICATORI** a) Attivazione dell'Ufficio di Coordinamento entro Dicembre 2012; b) Acquisto dell'arredamento entro Dicembre 2013. **RISULTATI ATTESI** Redazione di un protocollo aziendale per la Rianimazione inerente la gestione del donatore cadavere. **INDICATORI** Emissione del protocollo entro il 2012. **RISULTATI ATTESI** Elaborazione di linee guida su percorsi, responsabilità e attività inerenti la gestione del processo che conduce il donatore cadavere dalla Rianimazione in sala operatoria e successivamente alla camera mortuaria. **INDICATORI** -Emissione entro il 2013 delle linee guida	a) Pianificazione per l'attivazione dell'Ufficio di Coordinamento Locale presso l'U.O. di An e Rianimazione del P.O. S. Antonio Abate TP. b) Adeguamento dei locali deputati all'accoglienza dei familiari e al colloquio. Istituzione di un gruppo di lavoro individuato tra il personale afferente al Coordinamento Locale per l'elaborazione di specifici protocolli. Definizione di linee guida tra le diverse U.O. e servizi coinvolti a diverso titolo nel processo della donazione. Definizione di indicatori qualificanti il modello organizzativo. Dotazione di sistema informatizzato per la raccolta dati dei pazienti con Lesioni Cerebrali. Individuazione di professionisti per la costituzione di equipe itinerante. Incontro formativo presso il CRT per il corretto utilizzo e gestione del programma.	a)Dipartimento Emergenza Urgenza Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione Trapani b)U.O.C. Gestione Tecnica e U.O.C. Provveditorato ed Economato Coordinamento Locale U.O.S. Qualità Dipartimento Emergenza Urgenza U.O.S. Formazione e Aggiornamento del Personale	Vedi crono programma

III.8 TABELLA RIEPILOGATIVA DELL'AREA DEI TRAPIANTI E IL PIANO SANGUE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.8.1	**Centri trapianto e Centro Regionale Trapianti**	Potenziamenti di centri di trapianto in collegamento con il Centro Regionale Trapianti	-Audit di verifica semestrali sulla corretta funzionalità del processo. **RISULTATI ATTESI** Realizzazione di una banca dati per il monitoraggio dei decessi e dei ricoveri per lesione cerebrale all'interno del P.O. S. Antonio Abate. **INDICATORI** Report dati entro Giugno 2014. **RISULTATI ATTESI** Istituzione di una equipe itinerante le U.O. di Rianimazione dell'ASP di Trapani da attivare nei casi di accertamento di morte cerebrale ed eventuale donazione. **INDICATORI** Attivazione equipe entro Giugno 2013. **RISULTATI ATTESI** Utilizzo del programma GEDON. **INDICATORI** Inizio utilizzo concomitante l'apertura dell'Ufficio di Coordinamento	Istituzione di un gruppo di lavoro individuato tra il personale afferente al Coordinamento Locale per l'elaborazione di specifici protocolli. Definizione di linee guida tra le diverse U.O. e servizi coinvolti a diverso titolo nel processo della donazione. Definizione di indicatori qualificanti il modello organizzativo. Dotazione di sistema informatizzato per la raccolta dati dei pazienti con Lesioni Cerebrali. Individuazione di professionisti per la costituzione di equipe itinerante. Incontro formativo presso il CRT per il corretto utilizzo e gestione del programma	Coordinamento Locale U.O.S. Qualità Dipartimento Emergenza Urgenza U.O.S. Formazione e Aggiornamento del Personale	Vedi cronoprogramma

III.8 TABELLA RIEPILOGATIVA DELL'AREA DEI TRAPIANTI E IL PIANO SANGUE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.8.1	**Centri trapianto e Centro Regionale Trapianti**	Incremento delle attività di donazione, prelievo e trapianto	**RISULTATI ATTESI** Nuove sottoscrizione per dichiarazioni di volontà. **INDICATORI** Realizzazione di n. 1 punto Informa per anno, in collaborazione con il Centro trasfusionale. Programmazione di n.2 convegni entro Dicembre 2014. N. 50 nuove sottoscrizioni entro il 2014. **RISULTATI ATTESI** a)Aumento delle competenze professionali del personale di Rianimazione volte alla relazione di aiuto e supporto, all'appropriata conduzione del colloquio con i familiari fino alla richiesta di consenso consapevole alla donazione; -Audit sulla gestione e il monitoraggio del donatore cadavere.	Promozione della cultura per la donazione attraverso campagne di sensibilizzazione e informazione in ambito provinciale, rivolte alla cittadinanza, alle associazioni di volontariato alle Istituzioni; Organizzazione di Punti Informa. Programmazione di eventi formativi destinati ai seguenti target: a) Personale sanitario interno alla Rianimazione e al coordinamento locale; b) Personale sanitario interno all'ASP di Trapani. Aderenza alla programmazione individuata	Coordinamento Locale U.O.S. Qualità Dipartimento Emergenza Urgenza U.O.S. Formazione e Aggiornamento del Personale	Vedi crono programma

III.8 TABELLA RIEPILOGATIVA DELL'AREA DEI TRAPIANTI E IL PIANO SANGUE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.8.1	**Centri trapianto e Centro Regionale Trapianti**	Incremento delle attività di donazione, prelievo e trapianto	b)Inserimento nel piano formativo aziendale di eventi formativi specifici. **INDICATORI** a)n. 1 aggiornamento per anno; -Audit semestrali b)Svolgimento di un evento formativo aziendale entro Giugno 2012 e Giugno 2014. **RISULTATI ATTESI** Implementazione delle attività **INDICATORI** Redazione di report annuale	Promozione della cultura per la donazione attraverso campagne di sensibilizzazione e informazione in ambito provinciale, rivolte alla cittadinanza, alle associazioni di volontariato alle Istituzioni; Organizzazione di Punti Informa. Programmazione di eventi formativi destinati ai seguenti target: a) Personale sanitario interno alla Rianimazione e al coordinamento locale; b) Personale sanitario interno all'ASP di Trapani. Aderenza alla programmazione individuata	Coordinamento Locale U.O.S. Qualità Dipartimento Emergenza Urgenza U.O.S. Formazione e Aggiornamento del Personale Direzione Generale e Ufficio tecnico	Vedi cronoprogramma Vedi crono programma

III.8 TABELLA RIEPILOGATIVA DELL'AREA DEI TRAPIANTI E IL PIANO SANGUE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.8.2	**Rete trasfusionale**	Riqualificazione della rete trasfusionale Autorizzazione ed accreditamento delle strutture trasfusionali e delle unità di raccolta assosciative	**RISULTATI ATTESI** 1)Presentazione delle istanze recanti la richiesta di valutazione dei Requisiti specifici utili al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria presso le strutture trasfusionali entro il mese di novembre 2013. (ai sensi dell'art. 3 del DA 384 del 4 marzo 2011) 2)Contribuire, per quota di competenza, (entro il mese di novembre 2013), al raggiungimento dei requisiti specifici utili al rilascio dell' autorizzazione all'esercizio presso le UdR convenzionate con l'azienda sanitaria. 3)Valutazione positiva dell'audit effettuato dai Valutatori Nazionali presso le ST ai fini del rilascio della prescritta autorizzazione. **INDICATORI** 1)Evidenza oggettiva attestante il progressivo soddisfacimento dei Requisiti STO presso la Struttura Trasfusionale	**Requisiti Strutturali** :Per il Servizio trasfusionale del P.O. S. A. Abate di Trapani che non dispone di locali idonei si prevede la ristrutturazione dei locali con l'aggiunta delle stanze e dei servizi igienici mancanti, per il Servizio trasfusionale del P.O. P. Borsellino di Marsala si prevede la ridistribuzione e l'adeguamento dei locali. Ottenuta l'idoneità dei locali di entrambi i Servizi sarà richiesta la visita dei Valutatori nazionali per il rilascio della autorizzazione. **Requisiti Tecnologici :**Per il Servizio trasfusionale del P.O. S. A. Abate di Trapani e del P.O. P. Borsellino di Marsala saranno sostituite le strumentazioni obsolete e acquistate quelle mancanti ed esibita la documentazione attestante la funzionalità. **Requisiti Organizzativ**i: Per Servizio trasfusionale del P.O. S. A. Abate di Trapani verrà mantenuto un Sistema di gestione della qualità, sono già presenti le convenzioni con le associazioni dei donatori di sangue; i protocolli operativi, le linee guida, i manuali e tutte le istruzioni scritte per il corretto funzionamento del Servizio da condividere con il Servizio trasfusionale di Marsala. Grazie al sistema informatico presente nel Servizio di Trapani (Pellicano) è garantita la tracciabilità e può essere documentata . Per il Sistema informatico Emonet in entrambi i Servizi è necessaria l'implementazione e l'aggiornamento indispensabile visto la prossima attivazione del centro di qualificazione biologica unificata. Essendo per il Piano Regionale Sangue e Plasma 2010-2012 il SIMT di Trapani UOCC (Unità Operative Complesse di Coordinamento) è in corso di elaborazione la modulistica per la regolamentazione dei rapporti con le UdR convenzionate con l'ASP e condivise con il Servizio trasfusionale di Marsala Per la lavorazione,qualificazione biologica, validazione, etichettatura, assegnazione, consegna , distribuzione, conservazione e trasporto del sangue ed emocomponenti i processi vengono effettuati a norma di legge saranno create linee guida condivise dai due Servizi trasfusionali. Si effettuerà la regolamentazione del trasporto delle unità di sangue dalle associazioni ai SIMT rispettando i tempi di consegna (i più brevi possibili) unificando la modalità di trasporto e garantendo la migliore conservazione durante il trasporto con idonee strumentazioni.	U.O.C. Gestione Tecnica e U.O.C. Provveditorato ed Economato Responsabili SIMT , U.O.S. ICT, Direttore Dipartimento dei Servizi	Vedi crono programma

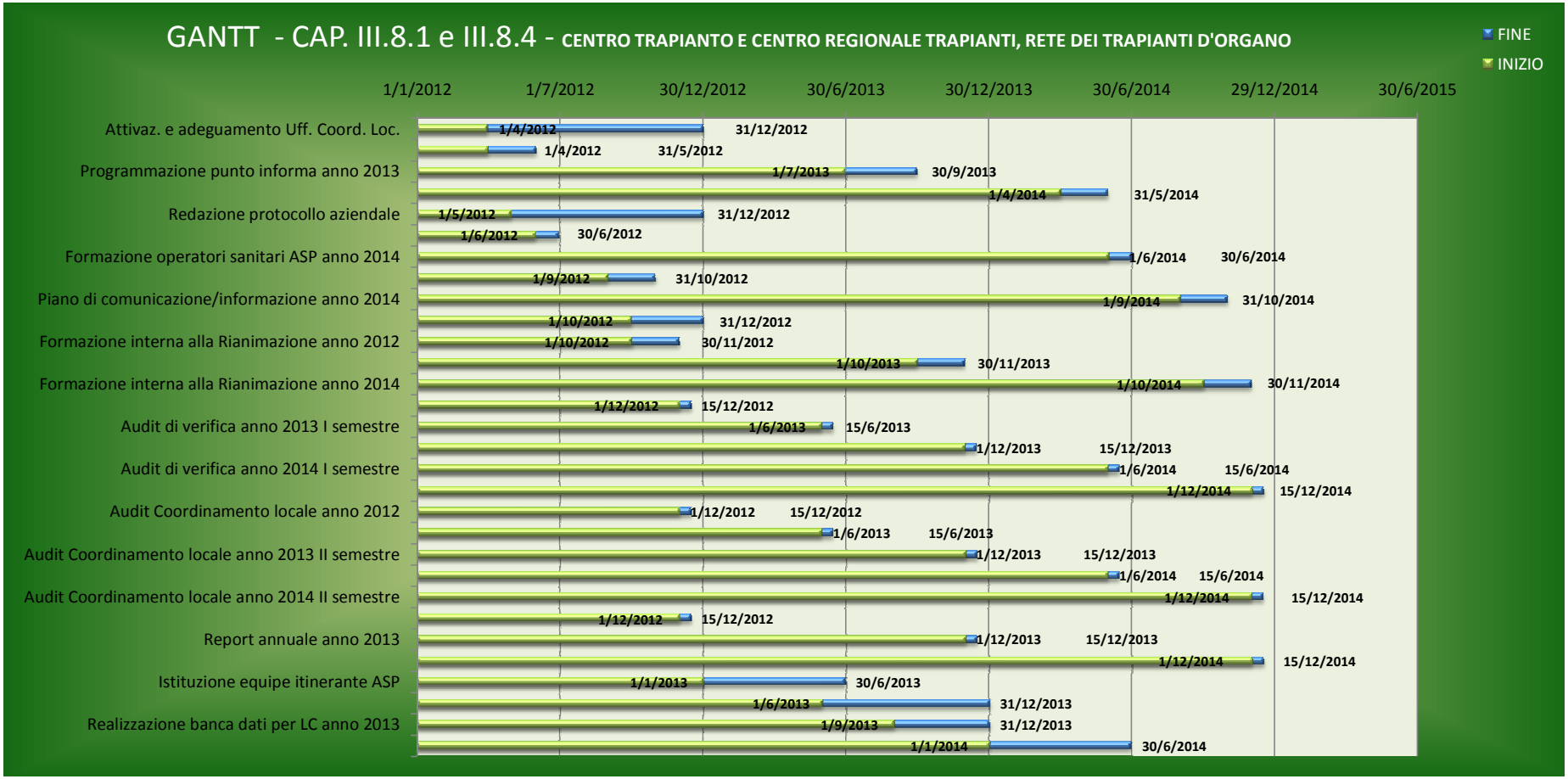
III.8 TABELLA RIEPILOGATIVA DELL'AREA DEI TRAPIANTI E IL PIANO SANGUE

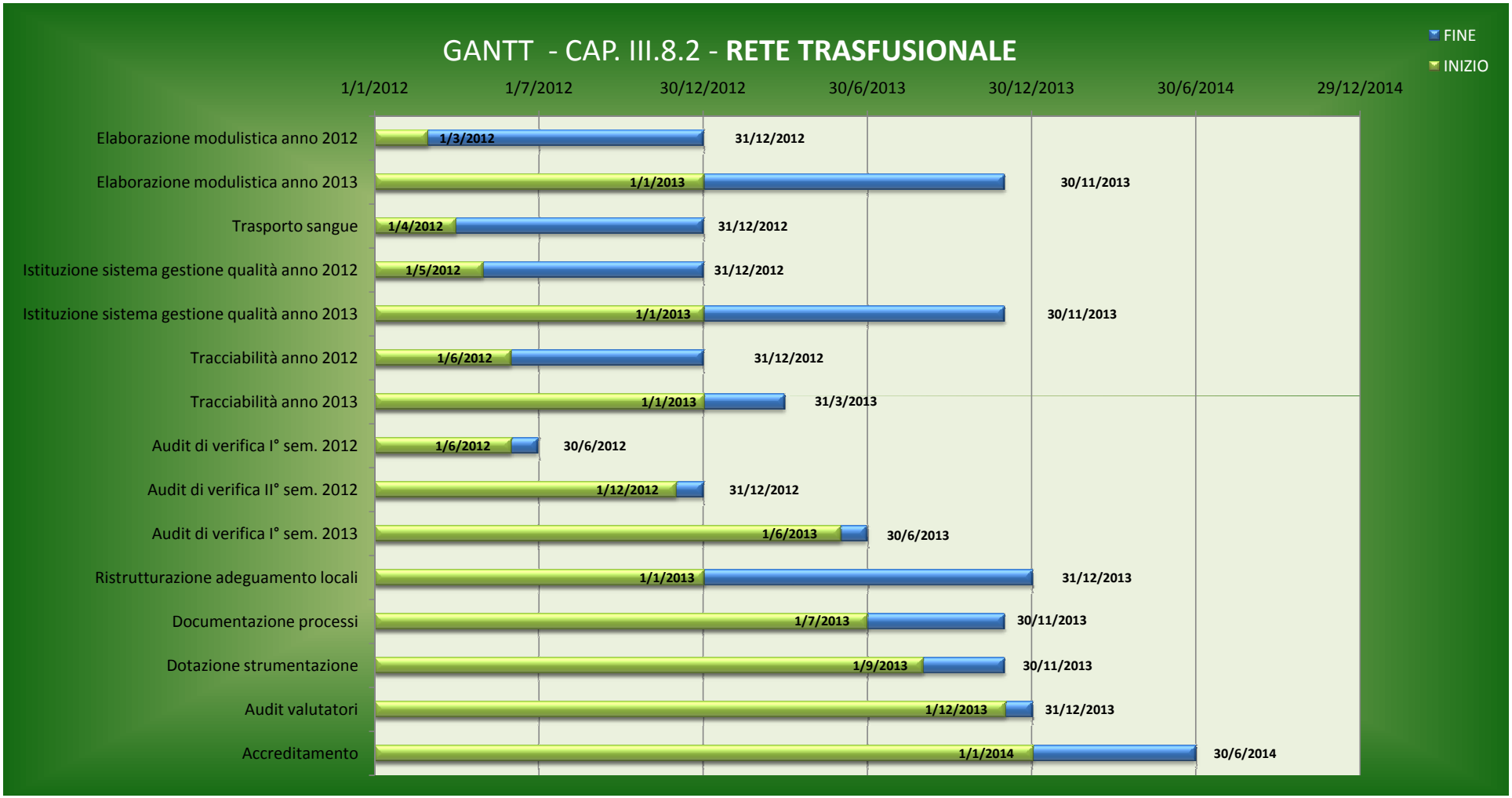
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.8.2	**Rete trasfusionale**	Riqualificazione della rete trasfusionale Autorizzazione ed accreditamento delle strutture trasfusionali e delle unità di raccolta assosciative	mediante trasmissione di apposita check list che attesti il possesso dei requisiti richiesti e raggiunti (monitoraggio) *Nota: Il progressivo soddisfacimento dei requisiti dovrà risultare da apposita check list trasmessa con cadenza semestrale (30.06 e 31.12/2012 – 30.06.2013). Il possesso del requisito dovrà essere autocertificato (SI/NO). Non viene richiesta in corso di monitoraggio la trasmissione della documentazione a corredo.* 2)Evidenza oggettiva attestante il contributo della struttura trasfusionale al soddisfacimento dei Requisiti presso l'UdR mediante trasmissione di apposita check list *Nota:Il progressivo soddisfacimento dei requisiti dovrà risultare da apposita check trasmessa con cadenza semestrale (30.06 e 31.12/2012 – 30.06.2013). Il possesso del requisito dovrà essere autocertificato (SI/NO). Non viene richiesta in corso di monitoraggio la trasmissione della documentazione a corredo*	**Requisiti Strutturali** :Per il Servizio trasfusionale del P.O. S. A. Abate di Trapani che non dispone di locali idonei si prevede la ristrutturazione dei locali con l'aggiunta delle stanze e dei servizi igienici mancanti, per il Servizio trasfusionale del P.O. P. Borsellino di Marsala si prevede la ridistribuzione e l'adeguamento dei locali. Ottenuta l'idoneità dei locali di entrambi i Servizi sarà richiesta la visita dei Valutatori nazionali per il rilascio della autorizzazione. **Requisiti Tecnologici :**Per il Servizio trasfusionale del P.O. S. A. Abate di Trapani e del P.O. P. Borsellino di Marsala saranno sostituite le strumentazioni obsolete e acquistate quelle mancanti ed esibita la documentazione attestante la funzionalità. **Requisiti Organizzativ**i: Per Servizio trasfusionale del P.O. S. A. Abate di Trapani verrà mantenuto un Sistema di gestione della qualità, sono già presenti le convenzioni con le associazioni dei donatori di sangue; i protocolli operativi, le linee guida, i manuali e tutte le istruzioni scritte per il corretto funzionamento del Servizio da condividere con il Servizio trasfusionale di Marsala. Grazie al sistema informatico presente nel Servizio di Trapani (Pellicano) è garantita la tracciabilità e può essere documentata . Per il Sistema informatico Emonet in entrambi i Servizi è necessaria l'implementazione e l'aggiornamento indispensabile visto la prossima attivazione del centro di qualificazione biologica unificata. Essendo per il Piano Regionale Sangue e Plasma 2010-2012 il SIMT di Trapani UOCC (Unità Operative Complesse di Coordinamento) è in corso di elaborazione la modulistica per la regolamentazione dei rapporti con le UdR convenzionate con l'ASP e condivise con il Servizio trasfusionale di Marsala Per la lavorazione,qualificazione biologica, validazione, etichettatura, assegnazione, consegna , distribuzione, conservazione e trasporto del sangue ed emocomponenti i processi vengono effettuati a norma di legge saranno create linee guida condivise dai due Servizi trasfusionali. Si effettuerà la regolamentazione del trasporto delle unità di sangue dalle associazioni ai SIMT rispettando i tempi di consegna (i più brevi possibili) unificando la modalità di trasporto e garantendo la migliore conservazione durante il trasporto con idonee strumentazioni.	U.O.C. Gestione Tecnica e U.O.C. Provveditorato ed Economato Responsabili SIMT , U.O.S. ICT, Direttore Dipartimento dei Servizi	Vedi cronoprogramma

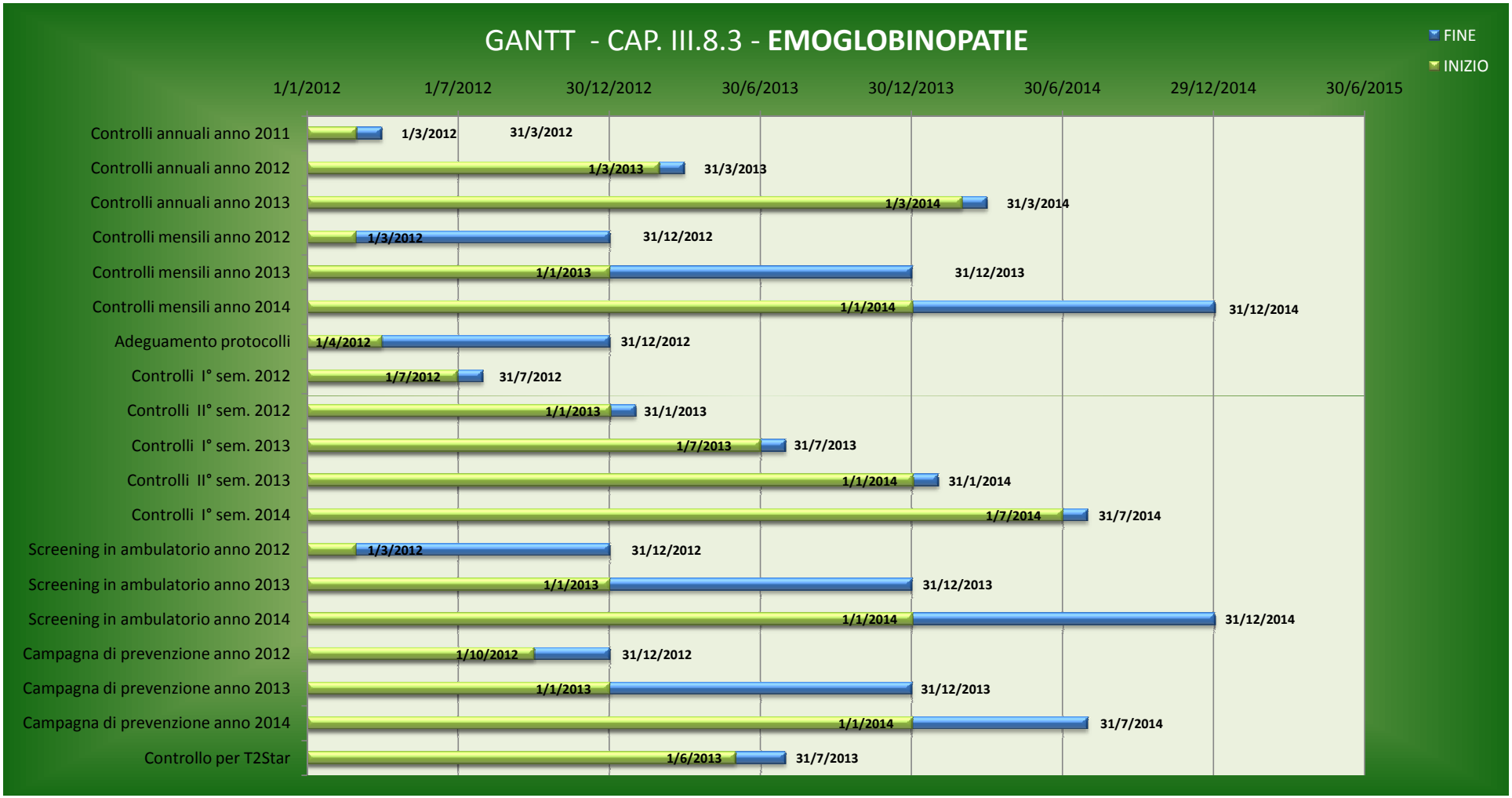
III.8 TABELLA RIEPILOGATIVA DELL'AREA DEI TRAPIANTI E IL PIANO SANGUE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI E INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITÀ	CRONOPROGRAMMA E NOTE
III.8.3	**Emoglobinopatie**	Partecipazione alla rete della Talassemia o di altre emoglobinopatie	**1** Implementazione delle linee di attività del Centro Hub regionale della rete con particolare riferimento ai percorsi diagnostico terapeutico ,di prevenzione e formazione degli operatori. Vedi art4 DA2646/11-GURS 20.01.2012 **2** Implementazione delle linee di attività proprie dei Centri spoke di II livello con particolare riferimento alla costituzione delle equipes multidisciplinari Vedi art5 DA 2646/11-GURS 20.01.2012 **3** Implementazione delle linee di attività proprie dei centri spoke di I°livello. Vedi art6 DA 2646/11-GURS 20.01.2012 **4** Implementazione delle linee di attività presso i Centri di Risonanza Magnetica di supporto della rete regionale Vedi art7 DA2646/11-GURS del 20.01.2012 **5** Implementazione delle attività proprie dell'U.O : di supporto per la diagnosi prenatale Vedi art8 DA2646/11-GURS20.01.2012	**Azione 1** : Adeguamento ai protocolli diagnostici – terapeutici e di prevenzione del Centro Hub regionale della rete **Azione2** :collaborazione per il trattamento delle complicanze d'organo dei Pazienti ammalati con i Centri spoke di II° livello della rete **Azione3** :Attività propria del centro : **Cura dei pazienti** Valutazione pre e post trasf della Hb, es. ematologici ogni 3-6 mesi(Es specifici per fegato,reni,metabolismo,ormoni,infettivologia) e strumentali ogni 6-7 mesi(ECG,Ecocardio,Holter,Eco addome,Rx torace,Spirometria,MOC.visita oculistica e audiologica Valutazione emocromo settimanale Valut. Funzionalità renale mensile Annuali test psicologici Confronto e supervisione delle complicanze con i Centri Spoke ter della RETE di II°livello Raggiungimento dei valori finali degli obiettivi tramite graduale adeguamento dei valori medi di Hb da 8,5 a 9g%,della ferritinemia a valori inferiori a 1500ng/ml, miglioramento della funzionalità dei vari parenchimi nell'80% dei PZ, riscontro settimanale dei Neutrofili assoluti e mensile della creatinina e della clearance della creatinina con valori di normalità come parametri per effetti collaterali dei chelanti orali. **Prevenziove Talassemia :** Mantenimento n° di 3000 screening annui nell'attività di prevenzione, tramite campagne prevenzione scuole superiori, consultori,parrrocchie ,per individuare le coppie a rischio con HPLC,Biol Mol(effettuate al S.I.eM.Trasf da Biologa con incarico spec.) e Refertazione diagnostica. **Azione4 :**invio Pazienti per T2Star ai C.di RMNdi supporto della RETE **Azione5 :**invio coppie a rischio per la Diagnosi prenatale presso il C. Hub Reg. secondo decreto .	N°1 medico +n°1 Infermiera	Vedi cronoprogramma

III.8 TABELLA RIEPILOGATIVA DELL'AREA DEI TRAPIANTI E IL PIANO SANGUE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI E INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITÀ**	**CRONOPROGRAMMA E NOTE**
III.8.4	**Reti dei trapianti d'organo**	Partecipazione alla rete dei percorsi diagnostico-terapeutici di pazienti pre e post trapianto in sinergia con il CRT	Il Coordinamento locale dell'ASP di Trapani partecipa al procurement e al prelievo di organi e tessuti. I percorsi diagnostico terapeutici di pazienti pre e post trapianto, di cui all'obiettivo, fanno riferimento alla banca degli occhi presso l'ospedale Cervello di Palermo, all'ISMETT e al CRT cui il coordinamento locale fa capo.			.


GANTT - CAP. III.8.1 e III.8.4 - CENTRO TRAPIANTO E CENTRO REGIONALE TRAPIANTI, RETE DEI TRAPIANTI D'ORGANO
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Attivaz. e adeguamento Uff. Coord. Loc.
1/4/2012
31/12/2012
1/4/2012
31/5/2012
Programmazione punto informa anno 2013
1/7/2013
30/9/2013
1/4/2014
31/5/2014
Redazione protocollo aziendale
1/5/2012
31/12/2012
1/6/2012
30/6/2012
Formazione operatori sanitari ASP anno 2014
1/6/2014
30/6/2014
1/9/2012
31/10/2012
Piano di comunicazione/informazione anno 2014
1/9/2014
31/10/2014
1/10/2012
31/12/2012
Formazione interna alla Rianimazione anno 2012
1/10/2012
30/11/2012
1/10/2013
30/11/2013
Formazione interna alla Rianimazione anno 2014
1/10/2014
30/11/2014
1/12/2012
15/12/2012
Audit di verifica anno 2013 I semestre
1/6/2013
15/6/2013
1/12/2013
15/12/2013
Audit di verifica anno 2014 I semestre
1/6/2014
15/6/2014
1/12/2014
15/12/2014
Audit Coordinamento locale anno 2012
1/12/2012
15/12/2012
1/6/2013
15/6/2013
Audit Coordinamento locale anno 2013 II semestre
1/12/2013
15/12/2013
1/6/2014
15/6/2014
Audit Coordinamento locale anno 2014 II semestre
1/12/2014
15/12/2014
1/12/2012
15/12/2012
Report annuale anno 2013
1/12/2013
15/12/2013
1/12/2014
15/12/2014
Istituzione equipe itinerante ASP
1/1/2013
30/6/2013
1/6/2013
31/12/2013
Realizzazione banca dati per LC anno 2013
1/9/2013
31/12/2013
1/1/2014
30/6/2014


GANTT - CAP. III.8.2 - RETE TRASFUSIONALE
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
Elaborazione modulistica anno 2012
1/3/2012
31/12/2012
Elaborazione modulistica anno 2013
1/1/2013
30/11/2013
Trasporto sangue
1/4/2012
31/12/2012
Istituzione sistema gestione qualità anno 2012
1/5/2012
31/12/2012
Istituzione sistema gestione qualità anno 2013
1/1/2013
30/11/2013
Tracciabilità anno 2012
1/6/2012
31/12/2012
Tracciabilità anno 2013
1/1/2013
31/3/2013
Audit di verifica I° sem. 2012
1/6/2012
30/6/2012
Audit di verifica II° sem. 2012
1/12/2012
31/12/2012
Audit di verifica I° sem. 2013
1/6/2013
30/6/2013
Ristrutturazione adeguamento locali
1/1/2013
31/12/2013
Documentazione processi
1/7/2013
30/11/2013
Dotazione strumentazione
1/9/2013
30/11/2013
Audit valutatori
1/12/2013
31/12/2013
Accreditamento
1/1/2014
30/6/2014


GANTT - CAP. III.8.3 - EMOGLOBINOPATIE
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Controlli annuali anno 2011
1/3/2012
31/3/2012
Controlli annuali anno 2012
1/3/2013
31/3/2013
Controlli annuali anno 2013
1/3/2014
31/3/2014
Controlli mensili anno 2012
1/3/2012
31/12/2012
Controlli mensili anno 2013
1/1/2013
31/12/2013
Controlli mensili anno 2014
1/1/2014
31/12/2014
Adeguamento protocolli
1/4/2012
31/12/2012
Controlli I° sem. 2012
1/7/2012
31/7/2012
Controlli II° sem. 2012
1/1/2013
31/1/2013
Controlli I° sem. 2013
1/7/2013
31/7/2013
Controlli II° sem. 2013
1/1/2014
31/1/2014
Controlli I° sem. 2014
1/7/2014
31/7/2014
Screening in ambulatorio anno 2012
1/3/2012
31/12/2012
Screening in ambulatorio anno 2013
1/1/2013
31/12/2013
Screening in ambulatorio anno 2014
1/1/2014
31/12/2014
Campagna di prevenzione anno 2012
1/10/2012
31/12/2012
Campagna di prevenzione anno 2013
1/1/2013
31/12/2013
Campagna di prevenzione anno 2014
1/1/2014
31/7/2014
Controllo per T2Star
1/6/2013
31/7/2013

III.9 La partecipazione al Piano Regionale per la Salute Mentale e le Dipendenze e l'implementazione dei relativi percorsi

"La salute mentale è una delle componenti centrali del capitale umano, sociale ed economico delle comunità di appartenenza, di vita e di lavoro delle persone. Benessere psicologico, inclusione sociale e sviluppo economico sono fenomeni strettamente interconnessi" (Piano Strategico per la Salute Mentale). "La promozione della salute mentale e la lotta alle patologie mentali riguarda individui, famiglie, comunità e determinanti sociali della salute mentale, potenziando i fattori protettivi (come la capacità di ripresa) e riducendo i fattori di rischio (allegato 7). Le scuole e i luoghi di lavoro, dove le persone trascorrono gran parte del loro tempo, sono settori d'intervento essenziali". (Libro Verde, Commissione Delle Comunità Europee, 10/10/2005). Il Dipartimento Salute Mentale è un Dipartimento di tipo strutturale, ed in quanto tale assume "la responsabilità gestionale diretta delle risorse assegnate dai processi di programmazione e controllo con particolare riguardo alla gestione del personale" (Atto Aziendale approvato con D.A. n. 02376 del 01/10/2010). Il piano attuativo del Dipartimento Salute Mentale, (sintetizzato nella parte schematico – tabellare di cui all'allegato 2), aderisce al Piano Strategico per la Salute Mentale, predisposto dall'Assessorato della Salute della Regione Siciliana e trasmesso all'ASP di Trapani con nota prot. n. 0004752 del 20/01/2012. Benché, alla data attuale, il suddetto Piano risulta "in atto al vaglio della Consulta Regionale della Sanità" (come citato nella nota suddetta), si presuppone che ne rappresenti la versione definitiva in attesa della pubblicazione in decreto. Il nuovo Piano Strategico per la Salute Mentale impone una riorganizzazione del Dsm attraverso l'adozione di 5 principi metodologici che sono (citazioni in corsivo dal Piano Strategico):

1. **distrettualizzazione dipartimentale**: "il Distretto rappresenta, nella normativa siciliana, il luogo ove si realizzano le sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi. Il Servizio Integrato di Salute Mentale, nella programmazione della propria attività, si integra con l'attività di programmazione del Distretto socio-sanitario di competenza territoriale ed amministrativa, attraverso la formulazione dei **Piani di Azione Locale per la Salute Mentale**, che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale, in forma domiciliare, ambulatoriale e residenziale";
2. **Concertazione locale**: "ogni Dipartimento deve promuovere un tavolo di concertazione locale per l'attuazione delle politiche di salute mentale di cui è competente. Il tavolo individuerà gli obiettivi prioritari di salute e le conseguenti scelte, nell'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria e della governance clinica dei Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI), definendo così un'ampia base di partecipazione e condivisione per la costruzione del Piano d'Azione Locale (PAL). Il PAL, nell'individuare gli obiettivi, dovrà integrare come sotto-programmazioni, l'Area della Salute Mentale degli Adulti, l'Area della Neuropsichiatria Infantile e l'Area delle Dipendenze Patologiche; dovrà sviluppare Servizi di Alta Integrazione dedicata all'Adolescenza e Servizi di Integrazione Sperimentale per le patologie connesse alle migrazioni ed alle dinamiche psichiche Transculturali; e dovrà infine integrarsi con i Piani di Zona (PdZ) dei Distretti Socio-Sanitari"**;**
3. **Presa in carico comunitaria della grave patologia mentale**: "il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) presuppone sul piano gestionale l'introduzione di una flessibilità nei percorsi assistenziali, anche attraverso un modello integrato pubblico-privato sociale, per le attività terapeutiche domiciliari e residenziali, di sostegno socio-familiare e scolastico, di inclusione socio-lavorativa, nel quale il servizio pubblico continui a mantenere la responsabilità e la titolarità del servizio. In tal senso , al fine di definire una partnership di qualità, è auspicabile che ogni Azienda Sanitaria Provinciale disponga di Albi distrettuali delle imprese sociali e dei professionisti privati accreditati con gli Enti locali, per la realizzazione dei PTI, attraverso il Budget di Salute come previsto dal Piano Sanitario Regionale";

4. **Monitoraggio e Gruppo di Coordinamento Regionale**: il suo compito è quello di fornire indirizzi operativi, redigere linee guida etc. ai Dipartimenti Salute Mentale della Regione;
5. **Pianificazione Finanziaria**: "Il Piano Finanziario del Piano d'Azione Locale si compone: dei capitoli di spesa distrettuali per i servizi dell'Area della salute mentale adulti, della neuropsichiatria infantile e delle dipendenze patologiche e per tutti gli altri servizi aziendali correlati alla salute mentale previsti dal PAL; dai capitoli della spesa consolidata per i servizi residenziali privati accreditati contrattualizzati; dai capitoli della spesa consolidata per servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari gestiti dal privato-sociale in convenzione con gli Enti Locali; dai capitoli di spesa di tutti i servizi previsti dai Piani di Zona distrettuali correlati al PAL; da tutti i finanziamenti pubblici e privati alle azioni correlate al PAL di Ricerca Scientifica, Formazione Professionale, Inclusione Socio-Lavorativa e Partecipazione Sociale; dai cofinanziamenti diretti ed indiretti dell'utenza e delle Associazioni, delle Cooperative e delle Fondazioni che partecipano al PAL. La composizione del Budget Distrettuale viene riportata nel documento del Piano d'Azione Locale, e l'allocazione delle risorse sarà finalizzata alla realizzazione dei servizi rispondenti ai bisogni rilevati dal PAL".

Il piano proposto dal Dsm fa proprie le 10 aree tematiche indicate dal Piano Strategico per la Salute Mentale che, definite anche obiettivi strategici, sono riportate nella parte schematico – tabellare. Gli obiettivi strategici sono:

1. **Integrazione pubblico-privato per la presa in carico comunitaria**
2. **Aspetti giuridici e sociali della presa in carico istituzionale**
3. **Servizi per l'Adolescenza nelle fasi del ciclo di vita**
4. **Lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani**
5. **Doppia diagnosi e aree di confine**
6. **Salute mentale della popolazione migrante**
7. **Qualità della Governance Clinica**
8. **Servizi di Inclusione Socio-Lavorativa**
9. **Formazione per i sistemi di cura**
10. **Ricerca e Sistema Informativo**

Punto nevralgico del nuovo Piano Strategico è rappresentato dall'adozione del **Piano di Azione Locale** (v. punto 1 e 2) che dovrà essere redatto e approvato dal DSM, entro sei mesi dalla pubblicazione in decreto del Piano Strategico. Sul piano operativo comporterà un lavoro su base distrettuale con la partecipazione dei partners istituzionali e non per definire concretamente la salute mentale di comunità per i prossimi anni. Gli obiettivi stabiliti dal Piano Strategico ridisegnano in parte l'organizzazione e le attività del Dipartimento Salute Mentale. Alcune tra queste vengono già perseguite dai servizi del Dsm per cui occorrerà procedere ad una loro maggiore regolamentazione procedurale e organizzativa. Le indicazioni operative relative all'area della residenzialità e della semiresidenzialità sono demandate a successivi decreti e provvedimenti che saranno emanati dall'Assessorato della Salute. Tutto il Dipartimento sarà impegnato nel perseguimento degli obiettivi declinati nella parte schematico – tabellare. In particolare l'Area delle Dipendenze Patologiche concorrerà specificatamente per il raggiungimento dell'obiettivo n. 5: Doppia diagnosi e area di confine. Gli obiettivi e le azioni proprie dell'Area delle Dipendenze saranno definite dal Piano Strategico che dovrà essere emanato dall'Assessorato della Salute per il tramite del Coordinamento Regionale per le Dipendenze Patologiche (v. Piano della Salute 2011 – 2013 p. 167). Anche l'Area Neuropsichiatria Infantile concorrerà, oltre al perseguimento degli obiettivi propri dell'Area, anche a quelli di confine che comportano un coinvolgimento trasversale dei servizi del Dsm. In particolare dovrà raccordarsi con l'Area delle Dipendenze (CIC) per potenziare maggiormente l'attività di prevenzione nelle scuole, con i Csm per garantire la continuità terapeutica, con i servizi del Dsm per la presa in carico e la gestione dei pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare, etc. La definizione dei tempi non è definitiva e potrà essere soggetta a modifiche.

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	***1.*** **Integrazione pubblico – privato per la presa in carico comunitaria** **1.1** ***Il PTI e il mix gestionale:*** a. Piano di Azione Locale (PAL) della Salute Mentale	Il PAL sarà elaborato attraverso pratiche di concertazione locali con le risorse del territorio: enti locali, associazioni, distretti, imprese sociali e imprenditoriali, associazione dei familiari, etc.. Saranno promossi n. 6 gruppi di lavoro (uno per ciascun Distretto) coordinati dal Direttore del Dipartimento o da un suo delegato. I gruppi di lavoro comprenderanno anche i componenti del tavolo tecnico dei Piani di Zona di ciascun distretto socio sanitario.	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale, i Direttori dei MDSM	Il PAL dovrà essere approvato entro 6 mesi dalla data di pubblicazione del Piano Strategico della Salute Mentale
			b. Istituire a livello Aziendale e Distrettuale un fondo unico di integrazione socio-sanitaria per il finanziamento, anche attraverso il mix-gestionale, dei servizi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati, attraverso la pianificazione finanziaria comune con gli Enti Locali.	Istituzione del fondo	Direzione Strategica, Enti Locali, Direttore del Dipartimento Salute Mentale	2013
			c. Istituzione Albo aziendale delle imprese sociali	Saranno individuate le imprese sociali disponibili a collaborare con il Dsm (partnership di qualità) per la realizzazione di attività abitative, lavorative e formative (budget di salute)	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale	2013
			d. Definizione a livello distrettuale del fabbisogno di servizi sanitari e socio-sanitari, di tipo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.	I servizi afferenti ai MDSM produrranno una analisi del fabbisogno	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale, i Direttori dei MDSM	2013

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	e. Accordi di programma distrettuali con gli Enti Locali per il finanziamento delle CA, GA, servizi di sostegno domiciliare etc	Sarà istituita una cabina di regia presso la direzione del Dsm in modo da dare univocità ai modelli di accordo di programma da sottoscrivere con i Comuni di ciascuno ambito distrettuale. La definizione degli accordi di programma saranno implementati nel PAL	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale, i Direttori dei MDSM; Enti Locali	2014
			f. Il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) si realizza attraverso il Budget di Salute, sarà finanziato dall'Azienda Sanitaria per la componente sanitaria e dagli Enti Locali per la componente socio-sanitaria, con la compartecipazione dell'utenza come previsto dalla normativa vigente.	Sarà istituita una cabina di regia presso la direzione del Dsm in modo da dare univocità ai modelli di accordo di programma da sottoscrivere con i Comuni. La definizione degli accordi di programma saranno implementati nel PAL	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale, i Direttori dei MDSM, il Direttore Area NPI, il coordinatore Area Dipendenze, Enti Locali	2014
			g. Accordi di programma distrettuali tra ASP, Istituti Scolastici ed Enti Locali per il finanziamento ed il coordinamento dei Servizi di Sostegno e Inclusione Scolastica e di Prevenzione del Disagio Psichico	Sarà istituita una cabina di regia presso la direzione del Dsm in modo da dare univocità ai modelli di accordo di programma da sottoscrivere con i Comuni e gli istituti scolastici	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale, i Direttori dei MDSM, il Direttore Area NPI, il coordinatore Area Dipendenze	2013

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	**1.2** ***Sostegno abitativo: domiciliarità e residenzialità:*** a. **residenzialità alternativa alle ospedalizzazioni in acuto:** è demandata alle Comunità Terapeutiche ad Alta Protezione (CTAP). Tali strutture effettuano ricoveri con progetti personalizzati per un tempo ordinariamente di trenta giorni, prorogabili dal DSM ad un massimo di 60 giorni b. **residenzialità con finalità terapeutico-riabilitative:** destinate ai soggetti adulti con patologia psichiatrica, avranno un numero complessivo tendenziale di 3 posti per 10.000 abitanti ed un limite massimo di 20 posti letto per struttura; per l'ASP di Trapani si avrà la disponibilità di n. 131 posti letto; c. **strutture residenziali psichiatriche socio-riabilitative**: consistono nella residenzialità alternativa all'abitazione personale	Per quanto concerne la residenzialità e la semiresidenzialità viene tutto demandato a successivi decreti		Per quanto concerne la residenzialità e la semiresidenzialità viene tutto demandato a successivi decreti

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	Le residenzialità terapeutiche riabilitative si distinguono per i: - **Programmi terapeutico-riabilitativi intensivi**, con personale sanitario presente nelle 24 ore e durata della degenza non superiore a 18 mesi. - **Programmi terapeutico-riabilitativi estensivi**, con una durata di degenza non superiore a 36 mesi (eventualmente prorogabile in maniera motivata), con personale sanitario presente nelle 24 ore Infine, vengono individuate strutture residenziali dedicate al trattamento di soggetti con problematiche psicopatologiche specifiche (DCA, alcol, autismo, etc) con uno standard di 10pl ogni milione di abitanti (per l'ASP di Trapani dovrebbero essere attivati poco meno di 5 posti letto).	Per quanto concerne la residenzialità e la semiresidenzialità viene tutto demandato a successivi decreti		Per quanto concerne la residenzialità e la semiresidenzialità viene tutto demandato a successivi decreti
			2. **Aspetti giuridici e sociali della presa in carico istituzionale:**	Il Dsm attiverà una serie di incontri con gli istituti penitenziari per definire le modalità dei servizi da erogare	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale	2013

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	**2.1** ***integrazione con la sanità penitenziaria*** - Definizione dei servizi di salute mentale necessari per la tutela della salute mentale degli internati negli istituti penitenziari con sopravvenuta infermità mentale	Il Dsm attiverà una serie di incontri con gli istituti penitenziari per definire le modalità dei servizi da erogare	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale	2013
			2.2 ***Amministratore di sostegno*** - Costituzione di un gruppo di lavoro aperto alla collaborazione di tutti i soggetti coinvolti dalla normativa (appartenenti ai mondi associativo, giuridico, delle pubbliche amministrazioni, ecc.) con l'obiettivo di sviluppare attività formative e informative sulle pratiche di presa in carico dei pazienti con patologia mentale e connesso disagio psico-sociale, attraverso l'integrazione della funzione dell'Amministratore di Sostegno all'interno del lavoro multidisciplinare di cura	Il Dsm attiverà il gruppo di lavoro definendone i tempi e gli obiettivi	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale	2013

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	**2.3** ***Psichiatria di collegamento*** a. Attivare nel Piano d'Azione Locale la Psichiatria di Collegamento e Consultazione con protocolli operativi di collaborazione tra il DSM e le varie discipline mediche specialistiche ospedaliere e di medicina territoriale. b. Definire procedure di collaborazione e consultazione degli operatori del DSM con i medici di base ed i pediatri. c. Realizzare azioni formative congiunte tra pediatri, medici di base e specialisti delle vari discipline mediche e psicologiche.	Il Direttore del Dsm costituirà un gruppo di lavoro per la realizzazione di quanto previsto nei punti a., b., c. Il gruppo di lavoro sarà coordinato dal Direttore del Dsm o da un suo delegato. La definizione dei protocolli saranno implementati nel PAL	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale, Direttori Sanitari di presidi ospedalieri; Direttori dei Distretti Sanitari	2013
			3. Lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani **3.1** ***la gestione delle emergenze-urgenze psichiatriche*** **3.2**	Il Direttore del Dsm istituirà un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti previsti nei punti a. e b. Per la formazione sarà coinvolto il Nucleo Operativo per la Formazione	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale, Direttori dei MDSM	2013

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	a. Attivazione di una convenzione con il 118 per il trasporto dei pazienti b. azioni di collegamento e di formazione congiunta, mirata ad integrare ed ottimizzare gli interventi di emergenza, con i corpi dei Vigili Urbani, delle Forze dell'Ordine e delle altre agenzie impegnate nel lavoro sulle emergenze/urgenze ed a prevenire situazioni a rischio per gli operatori e per i pazienti.	Il Direttore del Dsm istituirà un gruppo di lavoro per la definizione dei compiti previsti nei punti a. e b. Per la formazione sarà coinvolto il Nucleo Operativo per la Formazione	Il Direttore del Dipartimento Salute Mentale, Direttori dei MDSM	2013
			3.3 ***Prevenzione dei suicidi*** a. Il DSM Integrato, in concertazione con le agenzie e le istituzioni locali (scuole, servizi sanitari di base, associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc.), deve attivare in ogni distretto azioni di formazione e sensibilizzazione sulle competenze di sostegno sociale e primo aiuto alla risoluzione del disagio a rischio suicidio.	La formazione sarà predisposta dal Nucleo Operativo per la Formazione con la collaborazione dell'U.O. Formazione Il Direttore del Dsm costituirà un gruppo di lavoro intradipartimentale per l'attivazione di una serie di azioni dirette alla prevenzione del suicidio	Direttore del Dsm; direttori dei MDSM; responsabile del nucleo operativo per la formazione; èquipe distrettuale integrata per l'adolescenza	2013 – 2014

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	b. l DSM Integrato, in concertazione con le agenzie e le istituzioni locali, deve redigere apposito regolamento in cui prevedere le modalità di integrazione di tutte le strutture dell'ASP per la prevenzione del suicidio, senza compromettere il diritto del paziente a scegliere autonomamente il professionista d'aiuto e la possibilità delle agenzie delle reti socio-sanitarie ed educative di base di attivare interventi specialistici.	La formazione sarà predisposta dal Nucleo Operativo per la Formazione con la collaborazione dell'U.O. Formazione Il Direttore del Dsm costituirà un gruppo di lavoro intradipartimentale per l'attivazione di una serie di azioni dirette alla prevenzione del suicidio	Direttore del Dsm; direttori dei MDSM; responsabile del nucleo operativo per la formazione; èquipe distrettuale integrata per l'adolescenza	2013 - 2014
			3.4 ***Terapia della patologie comuni*** a. Il DSM Integrato attiva iniziative, procedure e pratiche atte a favorire l'accesso all'utenza con patologia mentale lieve ed a destigmatizzare la percezione sociale dei servizi di Salute Mentale.	Il direttore del Dsm costituirà un gruppo di lavoro per delineare alcune procedure per facilitare l'accesso dell'utente ai servizi del Dsm e per destigmatizzare la percezione sociale dei servizi di salute mentale	Il direttore del Dsm, direttori dei MDSM, direttore dell'Area NPI, coordinatore dell'Area Dipendenze Patologiche	2013

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	b. Il DSM Integrato, in concertazione con i medici di base ed i pediatri di libera scelta, le strutture ospedaliere ed i servizi territoriali, attiva procedure ed azioni atte a sviluppare Servizi di Psicoterapia e Ambulatori dedicati, in risposta ai bisogni emersi dal PAL	Il direttore del Dsm costituirà un gruppo di lavoro per delineare alcune procedure per facilitare l'accesso dell'utente ai servizi del Dsm e per destigmatizzare la percezione sociale dei servizi di salute mentale	Il direttore del Dsm, direttori dei MDSM, direttore dell'Area NPI, coordinatore dell'Area Dipendenze Patologiche	2013
			3.5 ***Coinvolgimento delle famiglie e degli utenti*** a. Il DSM Integrato deve, in collaborazione con le agenzie e le istituzioni sociali del territorio, promuovere la costituzione e l'attivazione di gruppi di lavoro e di gruppi terapeutici di tipo familiare o indirizzati alle famiglie, tra cui: 1) Gruppi per familiari ispirati alla matrice dei gruppi di Auto-Aiuto 2) Gruppi di Uditori di Voci 3) Gruppi Multifamiliari 4) Gruppi psicoterapeutici o	a. Il direttore del Dsm costituirà un gruppo di lavoro per l'attivazione della Consulta Dipartimentale degli utenti e dei familiari per la salute mentale; b. ciascun MDSM provvederà a istituire dei gruppi di lavoro terapeutici indirizzati alle famiglie	Il Direttore del Dsm, direttori dei MDSM	2014

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	psicoeducazionali familiari. 5) Gruppi operativi di progettazione terapeutica personalizzata. 6) Gruppi-appartamento familiari. 7) Dispositivi di psicoterapia domiciliare d'appoggio e di psicoterapia familiare. 8) Dispositivi di consulenza fra pari e di affiancamento e sostegno reciproco tra familiari 9) Organizzazioni di Utenti e Familiari Esperti b. Il DSM Integrato attiva la Consulta Dipartimentale degli Utenti e dei Familiari per la Salute Mentale.	a. Il direttore del Dsm costituirà un gruppo di lavoro per l'attivazione della Consulta Dipartimentale degli utenti e dei familiari per la salute mentale; b. ciascun MDSM provvederà a istituire dei gruppi di lavoro terapeutici indirizzati alle famiglie	Il Direttore del Dsm, direttori dei MDSM	2014
			4. La salute mentale della popolazione migrante	In collaborazione con la Caritas Diocesana di Trapani, che gestisce il centro accoglienza per migranti, si definiranno delle procedure per la presa in carico di soggetti con problematiche psichiche	Direttore del Dsm, Direttori dei MDSM e Responsabile Stranieri	2012

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	**4.1** ***Attivazione di servizi ad integrazione sperimentale per la salute mentale transculturale*** Il DSM deve prevedere l'attivazione di servizi ad integrazione sperimentale per la Salute Mentale Transculturale, che abbiano come obiettivo quello di affrontare le problematiche psicosociali degli immigrati seguendo la traccia culturale di provenienza, utilizzando tutte le risorse organizzative istituzionali e del volontariato esistenti nel contesto territoriale	In collaborazione con la Caritas Diocesana di Trapani, che gestisce il centro accoglienza per migranti, si definiranno delle procedure per la presa in carico di soggetti con problematiche psichiche	Direttore del Dsm, Direttori dei MDSM e Responsabile Stranieri	2012
			5. Qualità della *governante* clinica **5.1** ***Gestione della qualità e della sicurezza del paziente*** I programmi di valutazione sulla qualità delle cure della grave patologia mentale dovranno essere sviluppati dal DSM Integrato, almeno nel numero di uno l'anno. Il programma di valutazione di qualità dovrà: - Essere in accordo con gli obiettivi e le procedure dei programmi di qualità	Sarà compito del Coordinamento Qualità e del Gruppo Qualità Territoriale definire le procedure per il perseguimento degli obiettivi indicati.	Il Responsabile del Coordinamento Qualità	2013 – 2014

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	- Essere elaborato e rivisto per la necessità di assicurare la loro efficacia Sviluppo di almeno uno dei seguenti obiettivi: accessibilità e tempestività, sicurezza del paziente, diritti e soddisfazione degli utenti, soddisfazione degli operatori	Sarà compito del Coordinamento Qualità e del Gruppo Qualità Territoriale definire le procedure per il perseguimento degli obiettivi indicati.	Il Responsabile del Coordinamento Qualità	2013 - 2014
			5.2 *Costituzione del Coordinamento Qualità* - Presso la Direzione del DSM Integrato è costituito il *Coordinamento Qualità*, con il supporto tecnico del Nucleo Operativo Miglioramento Qualità Inter-Aree e la partecipazione di tutti i Moduli Dipartimentali ed i coordinamenti professionali. Il Coordinamento è presieduto dal Direttore del DSM, o suo delegato, ed è aperto al contributo delle associazioni di utenti, familiari e volontariato, nonché a rappresentanze di enti locali interessati; - In ogni Modulo Dipartimentale del DSM Integrato è costituito il *Gruppo Qualità Territoriale*, con il supporto tecnico del referente qualità del modulo, la partecipazione di tutte le unità operative e il contributo delle diverse presenze professionali	- Costituzione del Coordinamento Qualità presso la direzione del Dsm e nomina del Responsabile; - Costituzione in ciascun MDSM del Gruppo Qualità Territoriale e nomina dei referenti.	Direttore del Dsm, direttori dei MDSM	2012

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	**6. Servizi di inclusione socio - lavorativa** - Il PAL deve prevedere la stipula di atti convenzionali tra il DSM Integrato e l' UPLMO (Ufficio Provinciale del Lavoro e della Massima Occupazione) e la presenza di tecnici della Salute mentale dell'ASP all'interno del "Comitato Provinciale per il Sostegno dei Disabili" per la valutazione delle residue capacità lavorative dei disabili psichici e per la definizione di strumenti di intervento. - Il DSM Integrato deve attivare almeno un Programma di Collocamento e Sostegno Individuaizzato (IPS) attraverso la formazione di operatori che affiancano l'utente nella ricerca del lavoro. - Il PAL deve costruire almeno un network locale di inclusione socio-lavorativa fra l'Azienda Sanitaria, gli Enti locali, gli Uffici Provinciali del Lavoro, la cooperazione	Ciascun MDSM si doterà di un gruppo di lavoro che dovrà interfacciarsi con il mondo dell'imprenditoria sociale esterno ma anche con gli Enti Locali per promuovere corsi di formazione, apprendistati, piccole commesse da assegnare alle cooperative sociali di tipo B, etc. Presso la Direzione del Dsm sarà formata una cabina di regia con il compito di coordinare le azioni di cui sopra.	Direttori dei MDSM, Direttore del DSM, Coordinatore Area Dipendenze	2013

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.1	**Salute Mentale**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	sociale di tipo A e B, le fattorie sociali ed i gruppi di acquisto solidale, le associazioni culturali e familiari, le associazioni imprenditoriali e di categoria, le agenzie di sviluppo locale e le Fondazioni di Microcredito e Bancarie.	Ciascun MDSM si doterà di un gruppo di lavoro che dovrà interfacciarsi con il mondo dell'imprenditoria sociale esterno ma anche con gli Enti Locali per promuovere corsi di formazione, apprendistati, piccole commesse da assegnare alle cooperative sociali di tipo B, etc. Presso la Direzione del Dsm sarà formata una cabina di regia con il compito di coordinare le azioni di cui sopra.	Direttori dei MDSM, Direttore del DSM, Coordinatore Area Dipendenze	2013
			7. Formazione per i sistemi di cura Istituzione del Nucleo Operativo per la Formazione presso la direzione del Dsm	Il nucleo operativo per la formazione sarà coordinato dal direttore del Dsm o da un suo delegato; sarà compito del nucleo operativo predisporre un piano annuale per la formazione seguendo le linee del piano strategico della salute mentale	Direttore del Dsm	2012
			8. La ricerca e il sistema informativo - Istituzione del Sistema Informativo Dipartimentale - Nomina del Responsabile Dipartimentale del Nucleo Operativo Sistema Informativo e dei Referenti delle articolazioni organizzative afferenti	Approvazione atto deliberativo	Direttore del Dsm	2012
III.9.2	**Dipendenze**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**,	**9. La doppia diagnosi e le patologie di confine** **9.1 *Area dipendenze patologiche*** Nell'ambito del territorio di competenza, attraverso il			

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
III.9.2	**Dipendenze**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**,	coordinamento dell'Area Dipendenze Patologiche organizzata ai sensi del D.A. 4 luglio 2011, il Dipartimento Salute Mentale Integrato, potrà attivare: a. Servizi per pazienti con doppia diagnosi, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali, sulla base delle analisi epidemiologiche; alcuni dei quali potranno prevedere una gestione mista pubblico (SerT, CSM, NPI), privato sociale, associazione utenti e famiglie. b. Servizi semiresidenziali e residenziali destinati a persone con dipendenza alcolica e problematiche alcol-correlate, secondo il fabbisogno distrettuale espresso dal PAL. c. Protocolli tra l'Area delle Dipendenze Patologiche e le strutture ospedaliere dell'ASP al fine di attivare servizi di Day Hospital per soggetti con compromissioni internistiche e con deterioramento psichico causate dall'alcool.	- I servizi residenziali e semiresidenziali vengono demandati a successivi provvedimenti. - Protocolli d'intesa tra l'Area delle dipendenze patologiche e le strutture ospedaliere per il ricovero di soggetti con deterioramento psichico causato dall'alcool - Attivazione servizi per le DAS	Il coordinatore dell'Area delle Dipendenze	2014

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.2	**Dipendenze**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**,	d. Servizi per le DAS, rivolti a persone con problematiche da Gioco d'Azzardo Patologico; Dipendenza da internet; Disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità).	- I servizi residenziali e semiresidenziali vengono demandati a successivi provvedimenti. - Protocolli d'intesa tra l'Area delle dipendenze patologiche e le strutture ospedaliere per il ricovero di soggetti con deterioramento psichico causato dall'alcool - Attivazione servizi per le DAS	Il coordinatore dell'Area delle Dipendenze	2014
			9.2 *Protocolli distrettuali per pazienti con doppia diagnosi* Il Dsm Integrato curerà la stesura di protocolli operativi per il trattamento di pazienti con doppia diagnosi, utili a definire: a. I modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei servizi allo stesso; b. I tempi e le modalità di definizione dei Progetti Terapeutici Individualizzati compresa la individuazione del servizio referente, del *case manager* e dell'eventuale stesura dei piani terapeutici per gli psicofarmaci ; c. Le modalità di gestione	Stesura rispettivi protocolli operativi	Il Coordinatore dell'Area delle dipendenze patologiche, i direttori dei MDSM	2014

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.2	**Dipendenze**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**,	dell'urgenza e di situazioni ad essa collegate compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera ; d. La metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi di cura residenziale; e. Le modalità di presa in carico e di verifica dei Progetti Terapeutici Individualizzati per i pazienti residenti in strutture; f. Le vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi servizi territoriali	Stesura rispettivi protocolli operativi	Il Coordinatore dell'Area delle dipendenze patologiche, i direttori dei MDSM	2014
		Consolidamento Osservatori Provinciali e corretta gestione del flusso informativo S.I.N.D. – NSIS (D:M: 11/07/10) con controllo della qualità dei dati	Invio annuale dati su record individuali sull'utenza SerT (copertura 100% SerT) - Aggiornamento del 100% personale Ser.T per l'utilizzo della piattaforma informatica Proteus, - Copertura dotazione informatica del 100% in tutti i Ser.T distrettuali	1) Aumento del numero di operatori addetti all'Osservatorio 2) Creazione ed implementazione di "Punti rete" 3) Adeguamento della dotazione dei computer, uno per operatore Ser.T 4) Formazione del personale dei Ser.T - ASP9 TP	- Referente Osservatorio Provinciale - Dirigenti Responsabili Ser.T Distrettuali - Ingegnere Responsabile Informatico Aziendale per consolidamento Rete Hardware e software nei cinque Ser.T ASP	Si veda cronoprogramma allegato

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.3	**Neuropsichiatria infantile**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	**10. Servizi per l'adolescenza nelle fasi del ciclo di vita (NPI)** **10.1** ***La presa in carico della patologia evolutiva:*** a. attivare procedure di individuazione precoce, con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, dei gravi disturbi neurologici e psicopatologici ad alto impatto sociale, per i quali la diagnosi tempestiva costituisce un sicuro criterio di prognosi più favorevole ed una premessa alla possibilità di ridurne le conseguenze invalidanti; b. attivare procedure di individuazione delle patologie sottosoglia, spesso non diagnosticate e curate, con frequente tendenza alla cronicizzazione e all'evoluzione sfavorevole, anche nelle età successive; c. prevedere pratiche di presa in carico dei minori vittime di trascuratezza, maltrattamento e abuso	Il Direttore del Area NPI provvederà a costituire 4-5 gruppi di lavoro: a. Informazione e Formazione permanente dei pediatri; b. Diagnosi precoce dei disturbi neurologici e psichiatrici; c. Tutela minori e abuso; d. Diversa abilità, abilitazione ed integrazione socio scolastica; e. i disturbi del comportamento alimentare e presa in carico del nucleo familiare si demandano all'equipe integrata per l'adolescenza;	Direttore Area NPI	Punti "a-b-c-d " 2012 Punto "e" 2013

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.3	**Neuropsichiatria infantile**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	e delle loro famiglie; d. contrastare la tendenza alla emarginazione e alla istituzionalizzazione dei soggetti con psicopatologia maggiore, attraverso programmi di integrazione scolastica, lavorativa e sociale; e. attivare procedure per la diagnosi precoce e la presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare.	Il Direttore del Area NPI provvederà a costituire 4-5 gruppi di lavoro: a. Informazione e Formazione permanente dei pediatri; b. Diagnosi precoce dei disturbi neurologici e psichiatrici; c. Tutela minori e abuso; d. Diversa abilità, abilitazione ed integrazione socio scolastica; e. i disturbi del comportamento alimentare e presa in carico del nucleo familiare si demandano all'equipe integrata per l'adolescenza;	Direttore Area NPI	Punti "a-b-c-d " 2012 Punto "e" 2013
			10.2 ***La prevenzione secondaria:*** Implementare l'intervento di prevenzione secondaria con l'attivazione di servizi per l'adolescenza che intervengano sui soggetti a "rischio", attraverso: a. la collaborazione con i Centro di Informazione e Consulenza (CIC) le altre agenzie istituzionali e sociali per l'individuazione dei casi a rischio; b. l'istituzione di un centro	a. Il Coordinatore delle Dipendenze Patologiche di concerto con il Direttore del Area NPI, provvederà a regolamentare la collaborazione con i CIC; b. ampliamento dell'operatività esistente della rete Infanzia adolescenza e famiglia con il centro diurno adolescenti allocato dentro la cittadella della salute; creazione di spazi aggregativi con protocolli di continuità di intervento	Direttore Area NPI, Coordinatore Dipendenze Patologiche	2013

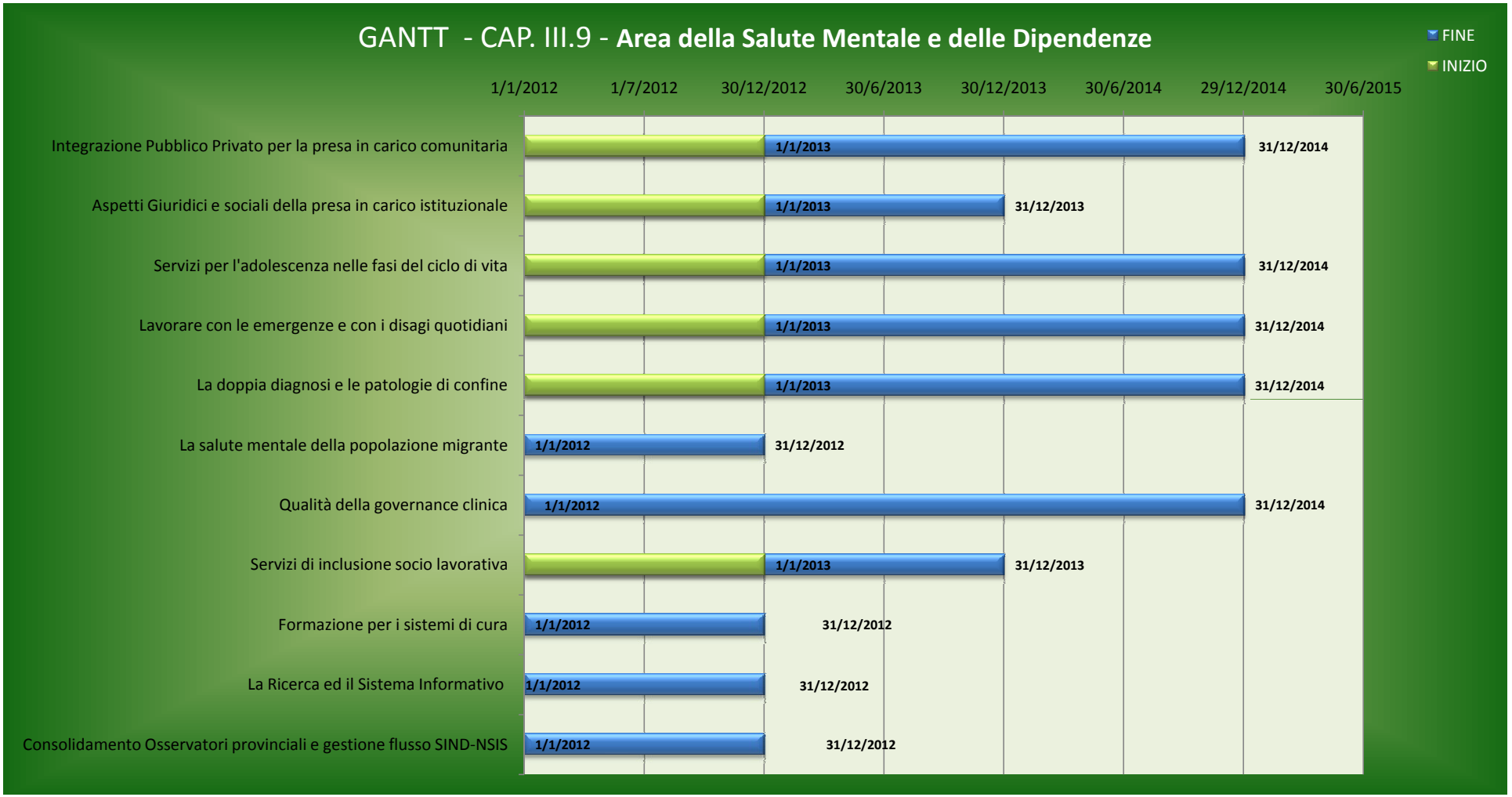
III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
III.9.3	**Neuropsichiatria infantile**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	adolescenti dipartimentale in cui convergano figure professionali di NPI, SERT e Salute Mentale. Attraverso le attività del centro (gruppi psicodinamici, psicodramma, laboratori di arteterapia, colloqui clinici…) si devono promuovere interventi sia a valenza preventiva, sia di tipo clinico, onde pervenire ad una eventuale diagnosi precoce di psicopatologia.	a. Il Coordinatore delle Dipendenze Patologiche di concerto con il Direttore del Area NPI, provvederà a regolamentare la collaborazione con i CIC; b. ampliamento dell'operatività esistente della rete Infanzia adolescenza e famiglia con il centro diurno adolescenti allocato dentro la cittadella della salute; creazione di spazi aggregativi con protocolli di continuità di intervento	Direttore Area NPI, Coordinatore Dipendenze Patologiche	2013
			10.3 *Èquipe distrettuale integrata per l'adolescenza:* Creare una équipe distrettuale integrata "dedicata" all'adolescenza, con l'obiettivo e il compito di coordinare le attività previste per gli adolescenti: a. attività clinica per gli adolescenti inseriti in percorsi "speciali": residenzialità, semiresidenzialità, DH psichiatrico, Centri per la gestione del periodo sub-acuto o di eventi	Istituzione di 5 centri di ascolto distrettuali dedicati alle problematiche degli adolescenti	Direttore Area NPI	2012

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
III.9.3	**Neuropsichiatria infantile**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	critici senza scompenso; b. collaborare con le équipe di tutto il DSM Integrato per la creazione di un modello diagnostico e di presa in carico dell'adolescente, condiviso attraverso procedure definite e protocolli diagnostici omogenei nel metodo e nella codifica; adottando le linee guida già approntate dalle società scientifiche;	Istituzione di 5 centri di ascolto distrettuali dedicati alle problematiche degli adolescenti	Direttore Area NPI	2012
			10.4 *Residenzialità e semiresidenzialità:* a. In accordo con quanto previsto dal PSR, sviluppare servizi di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica in età evolutiva; b. provvedere, analogamente a quanto avviene per gli adulti, a inserire in strutture comunitarie terapeutiche i minori che necessitano di tale intervento; c. inaugurare percorsi innovativi e sperimentali semiresidenziali e	Per quanto concerne la residenzialità e la semiresidenzialità viene tutto demandato a successivi decreti		2014

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
III.9.3	**Neuropsichiatria infantile**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	residenziali, nell'ottica dell'integrazione: inserimento di adolescenti con patologia psichiatrica in contesti aggregativi e/o residenziali che accolgono adolescenti che non presentano evidenza di psicopatologia.	Per quanto concerne la residenzialità e la semiresidenzialità viene tutto demandato a successivi decreti		2014
			10.5 ***Protocolli distrettuali per la continuità terapeutica di soggetti multiproblematici:*** Protocolli operativi, da elaborare in sinergia tra i vari servizi del Dipartimento Salute Mentale Integrato ed eventuali servizi di altri Dipartimenti, per la presa in carico globale e condivisa di soggetti e famiglie multiproblematiche, al fine di garantire la continuità terapeutica.	Partecipazione al gruppo di lavoro nominato dal Direttore del Dsm per la definizione dei protocolli operativi	Il Direttore dell'Area NPI, il direttore del Dsm, i direttori dei MDSM	2013
			10.6 ***Disturbi del comportamento alimentare in adolescenza:*** a. Elaborare ed adottare linee guida regionali per l'organizzazione dei servizi e la metodologia d'intervento per la diagnosi precoce e la	Partecipazione all'equipe integrata con Sert e Dsm per la gestione integrata con DCA, potenziamento dell'U.O. terapia familiare	Il Direttore dell'Area NPI, i direttori dei MDSM, il coordinatore dell'area dipendenze	2014

III.9 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA DELLA SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
III.9.3	**Neuropsichiatria infantile**	**Adesione al piano strategico Regionale per la salute Mentale**	presa in carico dei soggetti con DCA. b. Consolidare in ogni DSM Integrato l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia nell'ambito della NPI che dei SerT, estendendoli ad una gestione integrata del problema, alla quale partecipino psichiatri, neuropsichiatri infantili, tossicologi, dietologi, endocrinologi, psicologi, internisti, nutrizionisti, assistenti sociali, educatori, infermieri. c. Favorire la gestione comunitaria della problematica clinica mediante la partecipazione delle Associazioni interessate, delle Agenzie sociali coinvolte (in primo luogo la Scuola), dei professionisti e delle istituzioni del privato-sociale. d. Implementare opportuni protocolli che definiscano la fase dell'accoglienza, della diagnosi e del trattamento per una corretta presa in carico dei DCA, dei casi di insorgenza precoce in età infantile e preadolescenziale, alle fenomenologie cliniche dei casi giovani-adulti, tenendo al centro del discorso metodologico la fase evolutiva dell'Adolescenza.	Partecipazione all'equipe integrata con Sert e Dsm per la gestione integrata con DCA, potenziamento dell'U.O. terapia familiare	Il Direttore dell'Area NPI, i direttori dei MDSM, il coordinatore dell'area dipendenze	2014


GANTT - CAP. III.9 - Area della Salute Mentale e delle Dipendenze
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Integrazione Pubblico Privato per la presa in carico comunitaria
1/1/2013
31/12/2014
Aspetti Giuridici e sociali della presa in carico istituzionale
1/1/2013
31/12/2013
Servizi per l'adolescenza nelle fasi del ciclo di vita
1/1/2013
31/12/2014
Lavorare con le emergenze e con i disagi quotidiani
1/1/2013
31/12/2014
La doppia diagnosi e le patologie di confine
1/1/2013
31/12/2014
La salute mentale della popolazione migrante
1/1/2012
31/12/2012
Qualità della governance clinica
1/1/2012
31/12/2014
Servizi di inclusione socio lavorativa
1/1/2013
31/12/2013
Formazione per i sistemi di cura
1/1/2012
31/12/2012
La Ricerca ed il Sistema Informativo
1/1/2012
31/12/2012
Consolidamento Osservatori provinciali e gestione flusso SIND-NSIS
1/1/2012
31/12/2012

Capitolo IV : Qualità, Ricerca e Innovazione

IV.1 Il miglioramento della Qualità per l'attuazione del governo clinico e per la sicurezza dei pazienti

Il Governo Clinico viene definito "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi, garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*". Il Governo Clinico, sulla base di recenti esperienze regionali, ha necessità di applicare i seguenti elementi fondamentali:

- Il principio dell'accountability, ovvero del render conto di ciò che viene fatto;
- La collocazione del governo clinico nel contesto organizzativo di tipo dipartimentale;
- L'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali.

Il miglioramento della qualità per il cittadino passa attraverso la predisposizione di un sistema di autovalutazione a cui viene fatto seguire, sulle aree critiche, un coerente piano di miglioramento

IV.1.1 La sicurezza dei pazienti

La sicurezza dei pazienti è una delle fondamentali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Gli obiettivi specifici che l'ASP deve perseguire sono:

- Il monitoraggio degli eventi avversi e *near miss*;
- Il monitoraggio degli Indicatori *Patient Safety Indicator – AHRQ*;
- L'implementazione delle raccomandazioni, sulla sicurezza dei pazienti, del Ministero della Salute presenti sul web;
- L'implementazione degli standard regionali della Joint Commission International;
- L'applicazione del Piano Aziendale per la qualità e sicurezza dei pazienti;
- L'istituzione e l'inizio delle attività del Comitato aziendale valutazione sinistri (CAVS);

IV.1.2 Empowerment

L'ASP, su mandato della Regione, è impegnata ad attivare un programma per la promozione di una nuova cultura della sicurezza, che consideri il coinvolgimento dei pazienti quale componente fondamentale dei processi assistenziali. E' riconosciuto il ruolo attivo dei pazienti nella definizione delle procedure assistenziali, anche allo scopo di favorire una maggiore attenzione alla prevenzione dei rischi e rafforzare il rapporto di fiducia tra il cittadino ed il sistema sanitario. L'Azienda vuole in via prioritaria:

- Migliorare l'efficacia del consenso consapevole ed informato nei processi di cura;
- Migliorare la comunicazione dell'evento avverso da parte delle organizzazioni sanitarie verso i pazienti ed i loro familiari e verso i mass-media e l'opinione pubblica in generale;
- Migliorare la comunicazione nei confronti dei pazienti e loro familiari;
- Implementare un sistema di rilevazione della qualità percepita;
- Implementare le raccomandazioni del Ministero della Salute descritte nella guida "Uniti per la sicurezza".

Efficacia ed appropriatezza

L'efficacia e l'appropriatezza sono altre due fondamentali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria ed esprimono da un lato la capacità degli interventi sanitari di migliorare gli esiti delle condizioni cliniche a cui si riferiscono, dall'altro la possibilità di erogare le prestazioni sanitarie necessarie nel servizio più adatto, in un arco di tempo ragionevole e secondo criteri di economia. L'efficacia, come è noto, esprime il rapporto tra risultati ed obiettivi ed è dipendente principalmente dalle scelte tecniche (cliniche-assistenziali-riabilitative) degli operatori. La pratica clinica basata sulle evidenze consente ai professionisti di superare i limiti dell'autoreferenzialità e di ridurre la variabilità dei comportamenti, delle scelte e dei risultati. L'appropriatezza si distingue in clinica ed organizzativa:

- L'appropriatezza clinica riguarda l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario i cui benefici superino i potenziali rischi;
- L'appropriatezza organizzativa è intesa come erogazione di prestazioni sulla base: delle sedi dei servizi, dei tempi di attesa, delle modalità di erogazione, degli aspetti della sicurezza e delle valutazioni economiche.

Sui temi dell'efficacia e dell'appropriatezza l'Azienda vuole in via prioritaria:

- **IV.1.3** Implementare le raccomandazioni per la prevenzione del Tromboembolismo Venoso (TEV) con l'obiettivo di monitorare l'incidenza dei casi, attuazione degli interventi programmati in funzione della pianificazione e monitoraggio sistematico per un miglioramento della patologia all'interno delle Strutture sanitarie.

- **IV.1.4** Implementare Linee Guida sull'antibiotico profilassi perioperatoria; Obiettivo: incidenza dei casi, attuazione degli interventi programmati in funzione della pianificazione e monitoraggio sistematico per un miglioramento della patologia all'interno delle Strutture sanitarie. Previsto il piano di miglioramento secondo lo standard JCI corredato dall'audit che coinvolge il P. O. di Castelvetrano.

- **IV.1.5** Implementare Linee Guida sul taglio cesareo con l'Obiettivo: incidenza dei casi, attuazione degli interventi programmati in funzione della pianificazione e monitoraggio sistematico per un miglioramento della pratica intesa come ritorno al parto naturale così come previsto dal programma assessoriale all'interno delle Strutture sanitarie

- **IV.1.6** Valutare l'out-come come da programma nazionale esiti (PNE) al fine di promuovere un continuo processo di auditing teso al miglioramento della qualità

- **IV.1.7 Accreditamento:** Il processo di accreditamento istituzionale, avviato dal D.A. 890/2002, ha incontrato molteplici difficoltà e fattori ostacolanti al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Occorre avviare un nuovo percorso che affronti le diverse criticità emerse ed integri le politiche per la qualità, il governo clinico e la sicurezza dei pazienti. Sul tema dell'accreditamento verrà avviato un percorso di autovalutazione dei requisiti organizzativi, strutturali e specifici in attesa di direttive regionali in materia.

- **IV.1.8 Tempi di attesa:** A tutt'oggi il sistema di contenimento dei tempi d'attesa non ha trovato completa attuazione e presenta diverse criticità, che richiedono l'applicazione di soluzioni migliorative attraverso l'implementazione del Piano Attuativo Aziendale coerente con il PRGTA 2011-2013 che dovrebbe permettere il conseguimento di una sensibile diminuzione dei tempi di attesa in particolar modo a partire dal terzo quadrimestre 2012

IV.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
IV.1.1	**Sicurezza dei pazienti**	1)Monitoraggio eventi avversi e nearmissing	Report	1. Applicazione protocollo ministeriale sulla segnalazione degli eventi avversi e nearmissing. 2. Indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito. 3. Individuazione e implementazione di adeguate misure correttive 4. Segnalazione al ministero della salute degli eventi sentinella verificatisi, nonché le denunce di sinistri, attraverso flusso SIMES	U.O.C. Gestione Rischio Clinico Aziendale	Non è possibile la rappresentazione su Gantt in quanto la procedura descritta si attiva solo nel caso di evento sentinella
		2) Indicatori PatientSafety Indicator- AHRQ	Report	1. Valutazione sistematica del livello di rischio nelle aree individuate dagli standard per tutti i PP.OO. dell'ASP 2. Sviluppo di piani di miglioramento e misurazione della realizzazione e degli effetti 3. Diffusione all'interno dei Presidi ospedalieri della conoscenza degli standard e del sistema di valutazione del rischio attraverso l'adozione di specifici programmi formativi	U.O.C. Gestione Rischio Clinico Aziendale U.O.S. Qualità; Rete Aziendale Referenti Joint Commission; Rete Aziendale Qualità/Rischio Clinico Direttori U.O. Sanitarie U.O.S Formazione Aggiornamento del Personale	vedi cronoprogramma

IV.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
IV.1.1	**Sicurezza dei pazienti**	3)Implementazione raccomandazioni Ministero salute presenti sul web	Report Audit	1. Attivazione di un programma specifico per la diffusione ed implementazione delle raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza dei pazienti in tutti i Presidi dell'azienda 2. Attivazione percorsi di audit per la valutazione del grado di compliance	U.O. Rischio Clinico, U.O .Qualità, Direzioni mediche di presidio, rete referenti qualità/rischio clinico	vedi cronoprogramma
		4)Implementazione standard regionali Joint Commission International	Report su piattaforma SAT	1. Attivazione dei percorsi di autovalutazione nei presidi ospedalieri dell'ASP 2.Inserimento semestrale del grado di compliance rispetto agli standard su piattaforma SAT con relativi piani di miglioramento	U.O. Rischio Clinico, U.O. Qualità, Referenti Joint Commission aziendali Direttori Sanitari di presidio	vedi cronoprogramma
		5)Piano aziendale per la qualità e sicurezza dei pazienti	Report annuale	1. Predisposizione del piano annuale per la gestione del rischio clinico e per l'implementazione delle buone pratiche. Il piano conterrà gli obiettivi annuali e le modalità di verifica del raggiungimento degli stessi e sarà parte integrante del piano aziendale per la qualità. 2. Predisposizione di una relazione annuale sulle attività svolta e sui risultati raggiunti in riferimento agli obiettivi prefissati nel piano aziendale per la gestione del rischio clinico 3.Diffusione tramite Sito web	U.O. Rischio Clinico U.O. Qualità Responsabile Sito Web aziendale	vedi cronoprogramma

IV.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE
IV.1.1	**Sicurezza dei pazienti**	6)Istituzione e attività del Comitato aziendale valutazione sinistri CAVS	a) Report di analisi dei sinistri come da programma regionale b) Istituzione Comitato e partecipazione a formazione regionale	a) Applicazione protocollo regionale: 1. Segnalazione al ministero della salute delle denunce di sinistri, attraverso flusso SIMES 2. Indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili li abbiano causati o vi abbiano contribuito. 3. Individuazione e implementazione di adeguate misure correttive b). Report annuale 1.Istituito con deliberazione n. 566 del 22/02/2012 modificata da delibera n. 992 del 07/03/2012 2.Segnalati nominativi per figure Risk Manager e Claim Manager giusta nota prot. n. 15365 del 28/02/2012 (Formazione regionale componenti comitato come da cronoprogramma regionale)	U.O. Rischio Clinico U.O. Rischio Clinico Direttori Medici di presidio Direttori UU.OO Sanitarie U.O. Rischio Clinico	No cronoprogramma No cronoprogramma
IV.1.2	**Empowerment**	1.2.1 Implementazione sistema regionale Qualità percepita	a)Piano di Comunicazione aziendale sulla Qualità percepita per operatori e cittadini/utenti b)report verifica/audit qualità progettata	1. Predisposizione del piano annuale di Comunicazione aziendale sulla Qualità percepita per operatori e cittadini/utenti in conformità alle linee guida regionali.- Il piano conterrà gli obiettivi annuali e le modalità di verifica del raggiungimento degli stessi e sarà parte integrante del Piano di comunicazione aziendale 1.Valutazione sistematica del livello di adeguamento al protocollo regionale 2.Redazione di report annuale	U.O. Qualità e U.O. comunicazione istituzionale, Ufficio Stampa e URP U.O. Qualità, URP, rete aziendale customer, rete aziendale referenti qualità U.O. Qualità	vedi cronoprogramma

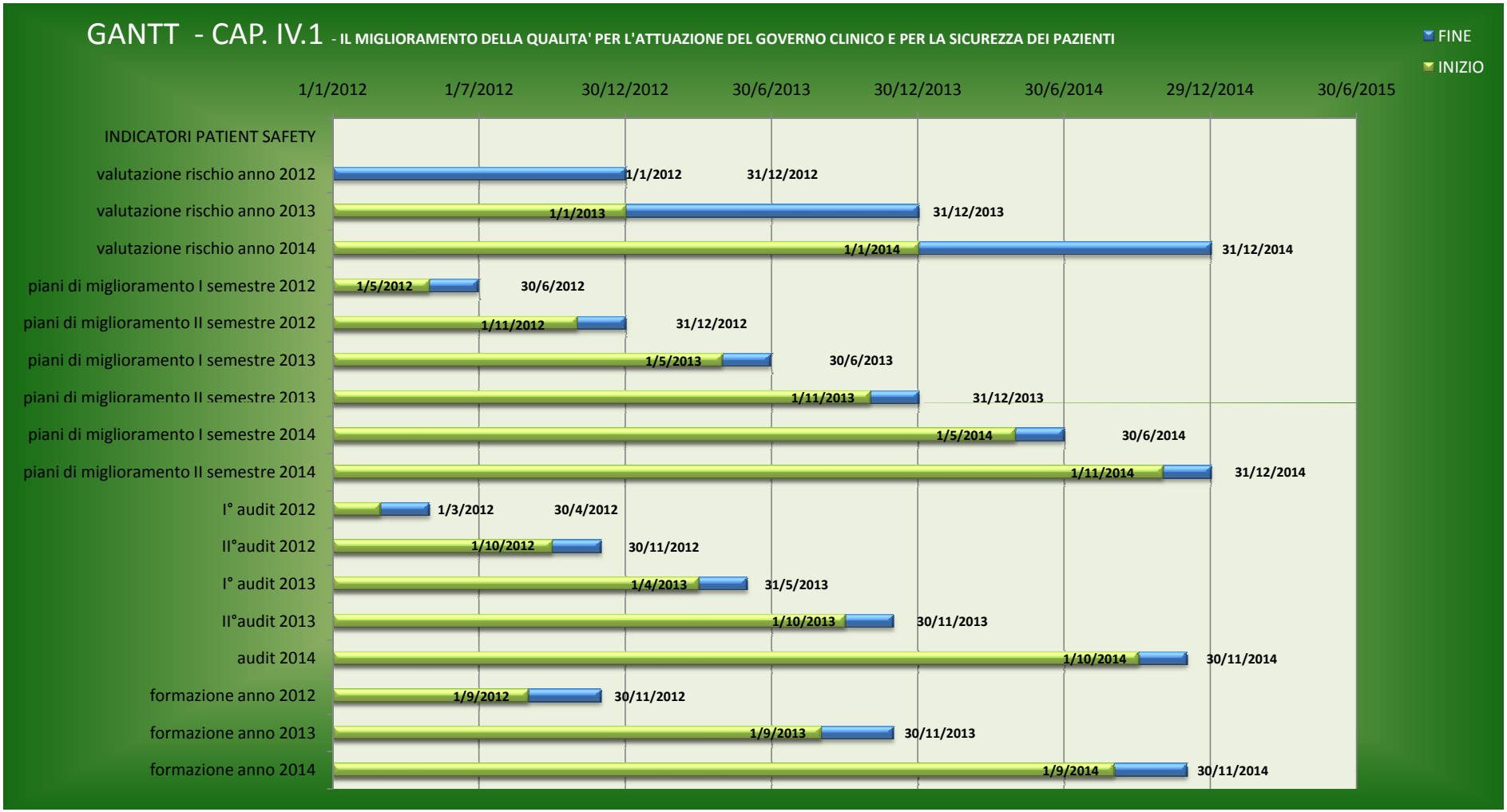
IV.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
IV.1.2	**Empowerment**	1.2.2 Raccomandazione ministero della salute guide "uniti per la sicurezza	Piano di Comunicazione aziendale sulle Guida "uniti per la sicurezza" per operatori e utenti/cittadini	Predisposizione del Piano di Comunicazione aziendale sulle Guida "uniti per la sicurezza" per operatori e utenti/cittadini, parte integrante del Piano di Comunicazione aziendale	U.O. Comunicazione istituzionale, Ufficio stampa e URP U.O. Qualità U.O. Rischio Clinico	vedi cronoprogramma
IV.1.3	**Efficacia Appro priatezza**	Implementazione Raccomandazione Per la prevenzione Del TEV	Report Audit	1. Implementazione delle linee guida 2. Elaborazione ed introduzione dei percorsi diagnostico terapeutici 3. Monitoraggio	U.O. Rischio clinico Direzioni mediche di presidio Direttori UU.OO. dei PP.OO.	vedi cronoprogramma
IV-1.4	**Efficacia Appro priatezza**	Implementazione Linee Guida Antibiotico Profilassi perioperatoria	Report Audit	1)Implementazione delle linee guida 2)Elaborazione ed introduzione dei percorsi diagnostico terapeutici 3)Monitoraggio	U.O. Rischio clinico Direzioni mediche di presidio Direttori UU.OO Chirurgiche	vedi cronoprogramma
IV.1.5	**Efficacia Appro priatezza**	Implementazione linee guida taglio cesareo	Report Audit	1)Implementazione delle linee guida 2)Elaborazione ed introduzione dei percorsi diagnostico terapeutici 3)Monitoraggio	U.O. Rischio clinico Capo dipartimento materno infantile Direttori UU.OO. Ginecologia e ostetricia Direzioni mediche di presidio	vedi cronoprogramma
IV.1.6	**Efficacia Appro priatezza**	Valutazione outcome come Piano nazionale Esiti	a)Partecipazione a formazione regionale sugli Audit b)Report annuale auditing	1. Formazione regionale 2. Implementazione percorsi 3. Monitoraggio 4. Report	U.O. Rischio Clinico U.O. Qualità Direzioni Sanitarie PP.OO. Dipartimento Materno infantile Dipartimento chirurgico Dipartimento medicina Dipartimento emergenza urgenza	vedi cronoprogramma

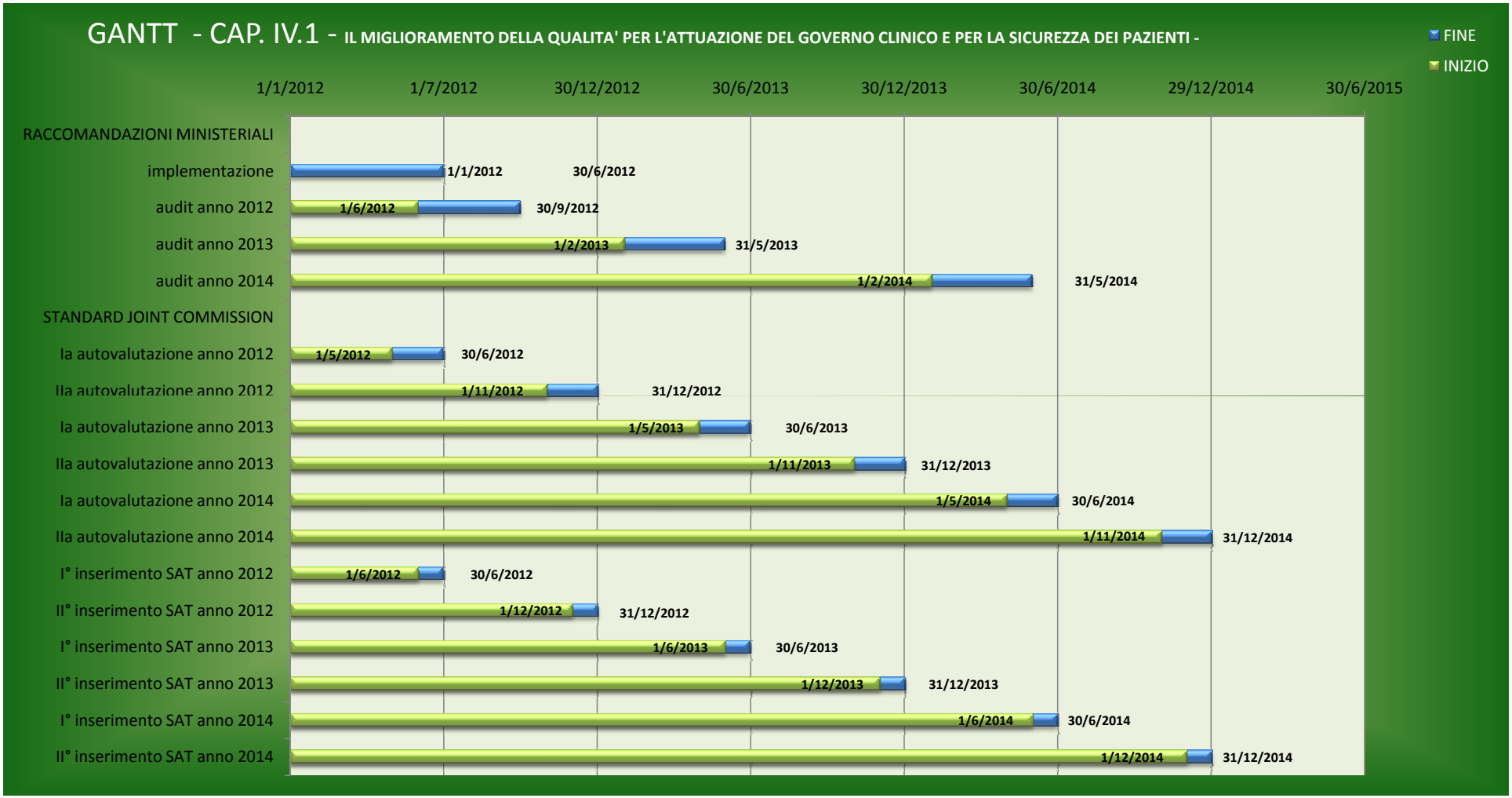
IV.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
			Report su piattaforma informatica			
IV. 1.7	**Accreditamento Istituzionale**	Autovalutazione dei requisiti organizzativi, strutturali, specifici	Piano di adeguamento sulla base delle indicazioni regionali	l'U.O. di Accreditamento istituzionale ha la funzione di verificare il mantenimento dei requisiti di cui al D.A. 890/02 delle strutture già accreditate, e il verificare il possesso dei suddetti requisiti per le nuove strutture. Nell'anno 2011 l'U.O. ha svolto una indagine di verifica delle strutture private già accreditate al fine di constatare il mantenimento dei requisiti di cui al sopra citato decreto. Per quanto attiene l'anno 2012 l'U.O. ha già iniziato un piano delle indagini di verifica a campione delle strutture già verificate al fine di verificare l'ottemperamento delle prescrizioni fatte, mentre contestualmente si è proceduto ad una analisi delle condizioni strutturali e di qualità delle strutture sanitarie analizzate per il territorio di trapani, al fine di migliorare gli standard di qualità previsti dal D.A. 890/02.	Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione e Referente Accreditamento	Le strutture accreditate già verificate nel 2011 sono 168 mentre nel 2012 le verifiche a campione eseguite presso le strutture accreditate sono state 35 e ne saranno eseguite 90.
IV.1.8	**Tempi di attesa**	Implementazione dei Piani Attuativi Aziendali secondo il PRGTA 2011-2013	Report Annuale n. di prestazioni critiche (dal n° 15 al n° 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo i codici di priorità/numero di prestazioni critiche totali prenotate [<= 10% nel terzo quadrimestre 2012]	Dal mese di Luglio 2010 è stato avviato in via sperimentale, in ossequio alle direttive Assessoriali in materia, il CUP unico provinciale; detta sperimentazione, iniziata presso il CUP del Presidio Ospedaliero di Trapani, si è conclusa nel mese di ottobre del 2010; data in cui l'intera provincia di Trapani dispone di un CUP unico provinciale. Le liste di attesa presentano un quadro variegato. In alcune realtà, soprattutto a livello	Responsabile U.O.S. CUP	**NOTE:** a. Dare impulso alla riqualificazione organizzativa e professionale dei presidi ambulatoriali promuovendo un approccio alla medicina basata sull'evidenza; b. Potenziare il ricorso al regime

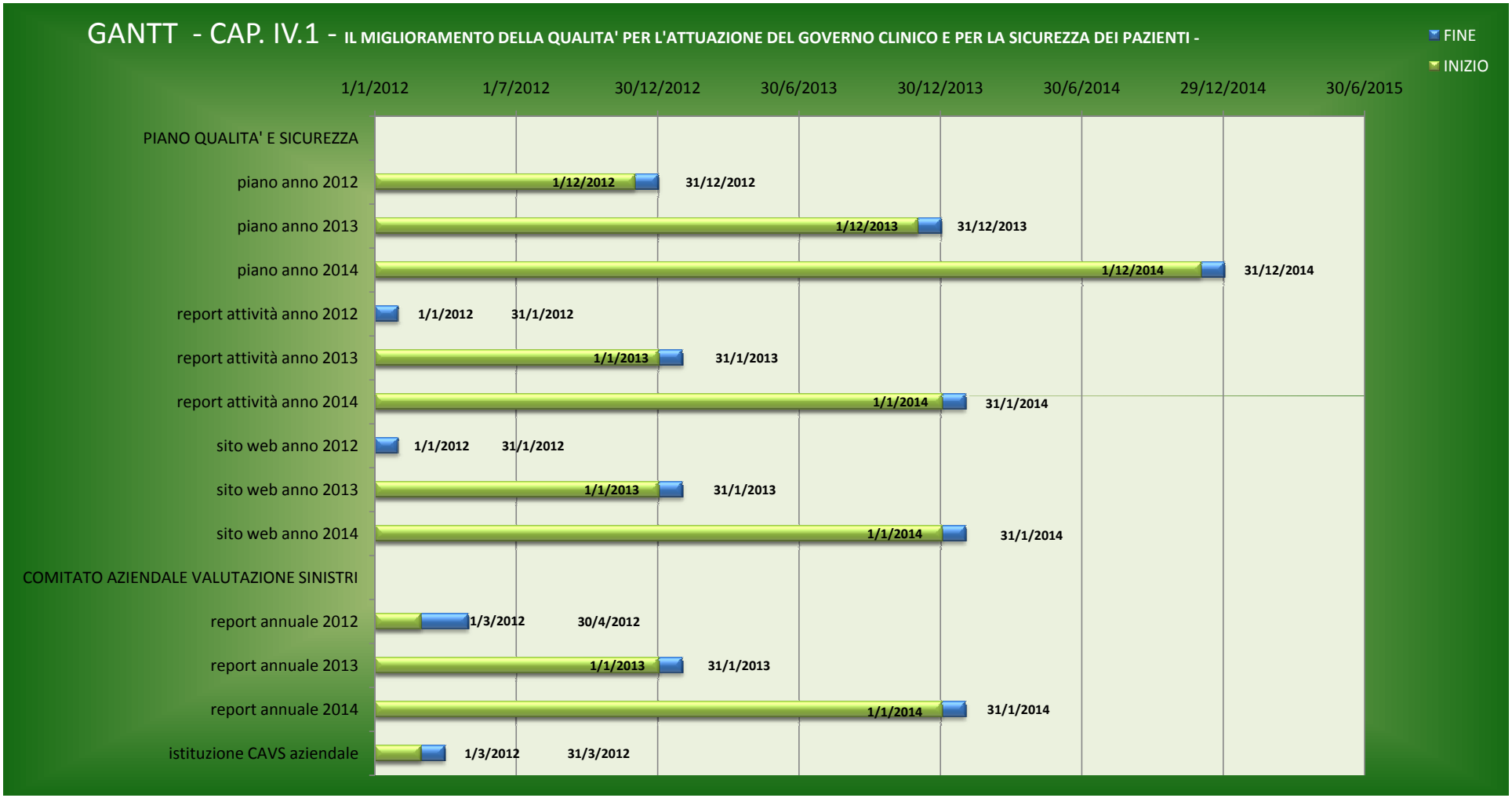
IV.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
IV.1.8	**Tempi di attesa**	Implementazione dei Piani Attuativi Aziendali secondo il PRGTA 2011-2013	Report Annuale n. di prestazioni critiche (dal n° 15 al n° 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo i codici di priorità/numero di prestazioni critiche totali prenotate [<= 10% nel terzo quadrimestre 2012]	distrettuale, la lista di attesa è legata al singolo sanitario e, comunque, non si hanno lunghe liste di attesa; discorso diverso per i presidi ospedalieri dove le liste di attesa risultano in media maggiori e ciò per diverse ragioni: 1) Presenza di specialisti che non sono presenti sul territorio; 2) Presenza di specialisti con un maggiore indice di attrazione per cui i pazienti preferiscono un centro, anche con una maggiore lista di attesa, rispetto ad un altro; 3) Presenza della maggior parte delle apparecchiature diagnostiche nei presidi ospedalieri; 4) Presenza di apparecchiature diagnostiche di alta tecnologia solo in pochi presidi;	Responsabile U.O.S. CUP	ambulatoriale, in sintonia con il piano di deospedalizzazione della Regione, incrementando i volumi di assistenza diagnostica ambulatoriale ed implementando/rafforzando l'assistenza diagnostica domiciliare per target di pazienti fragili; c. Erogare prestazioni diagnostiche e specialistiche con tempi di attesa congrui ai bisogni; d. Facilitare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali mediante sistemi informatici collegati in rete; e. Integrare l'offerta della specialistica ambulatoriale attraverso una rete intraterritoriale ed ospedale-territorio, riservando agli

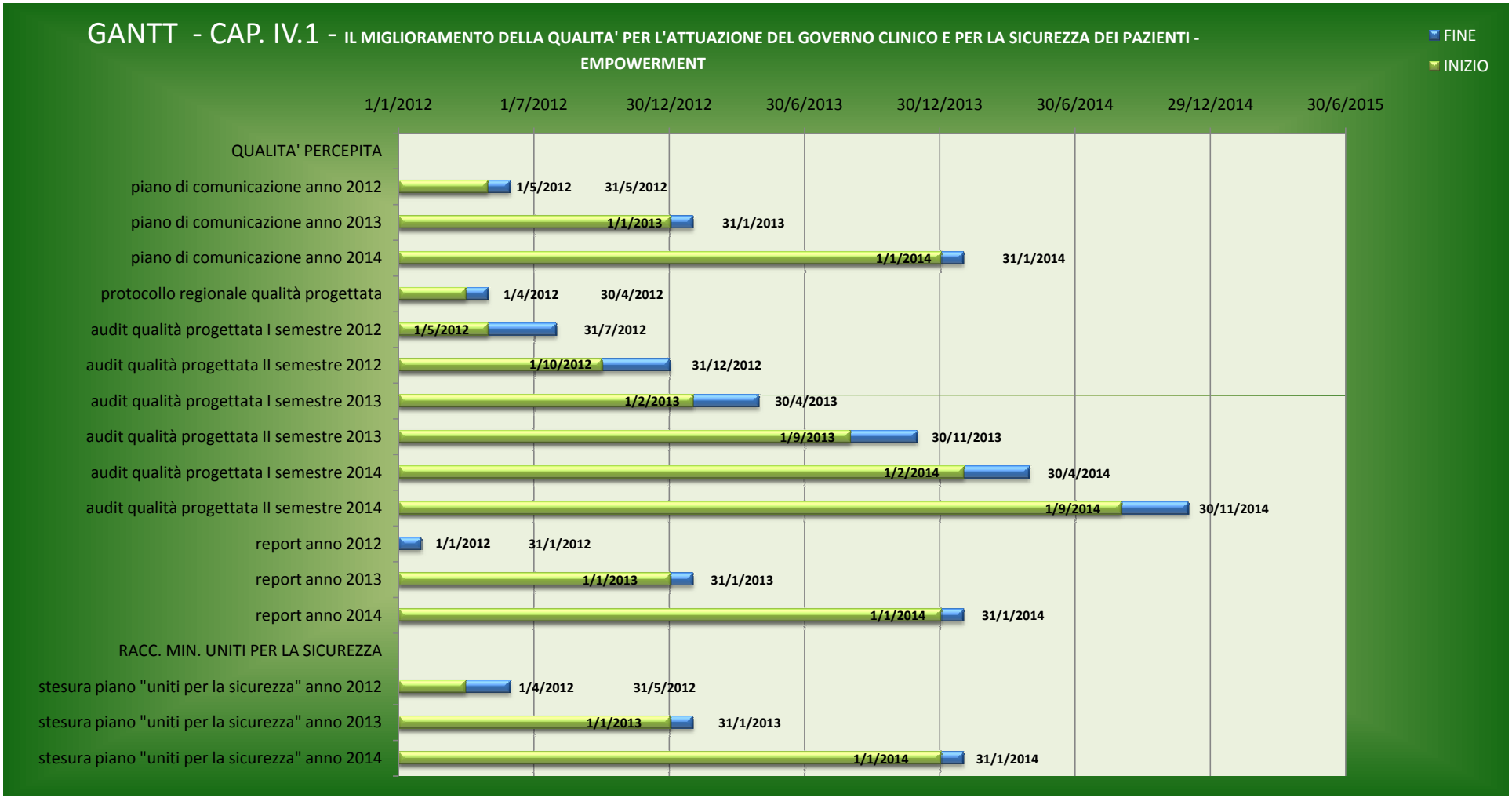
IV.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
IV.1.8	**Tempi di attesa**	Implementazione dei Piani Attuativi Aziendali secondo il PRGTA 2011-2013	Report Annuale n. di prestazioni critiche (dal n° 15 al n° 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo i codici di priorità/numero di prestazioni critiche totali prenotate [<= 10% nel terzo quadrimestre 2012]	Dal mese di Luglio 2010 è stato avviato in via sperimentale, in ossequio alle direttive Assessoriali in materia, il CUP unico provinciale; detta sperimentazione, iniziata presso il CUP del Presidio Ospedaliero di Trapani, si è conclusa nel mese di ottobre del 2010; data in cui l'intera provincia di Trapani dispone di un CUP unico provinciale. Le liste di attesa presentano un quadro variegato. In alcune realtà, soprattutto a livello distrettuale, la lista di attesa è legata al singolo sanitario e, comunque, non si hanno lunghe liste di attesa; discorso diverso per i presidi ospedalieri dove le liste di attesa risultano in media maggiori e ciò per diverse ragioni: 1) Presenza di specialisti che non sono presenti sul territorio; 2) Presenza di specialisti con un maggiore indice di attrazione per cui i pazienti preferiscono un centro, anche con una maggiore lista di attesa, rispetto ad un altro; 3) Presenza della maggior parte delle apparecchiature diagnostiche nei presidi ospedalieri; 4) Presenza di apparecchiature diagnostiche di alta tecnologia solo in pochi presidi;	Responsabile U.O.S. CUP	ambulatori ospedalieri le prestazioni specialistiche di secondo livello e/o quelle a maggior complessità ed indirizzare agli ambulatori distrettuali quelli di primo livello ed a minor complessità; f. Spostare risorse e tempi/operatore in favore delle prestazioni appropriate o più rilevanti per precisi bisogni assistenziali ricorrendo al personale medico ospedaliero che non ha più la completa idoneità per l'attività ospedaliera utilizzando le economie di scala offerte dal D.A.1150/2009; g. Utilizzo della libera professione per abbattere le liste di attesa soprattutto per quelle prestazioni specialistiche a più lunga lista di attesa e per le apparecchiature

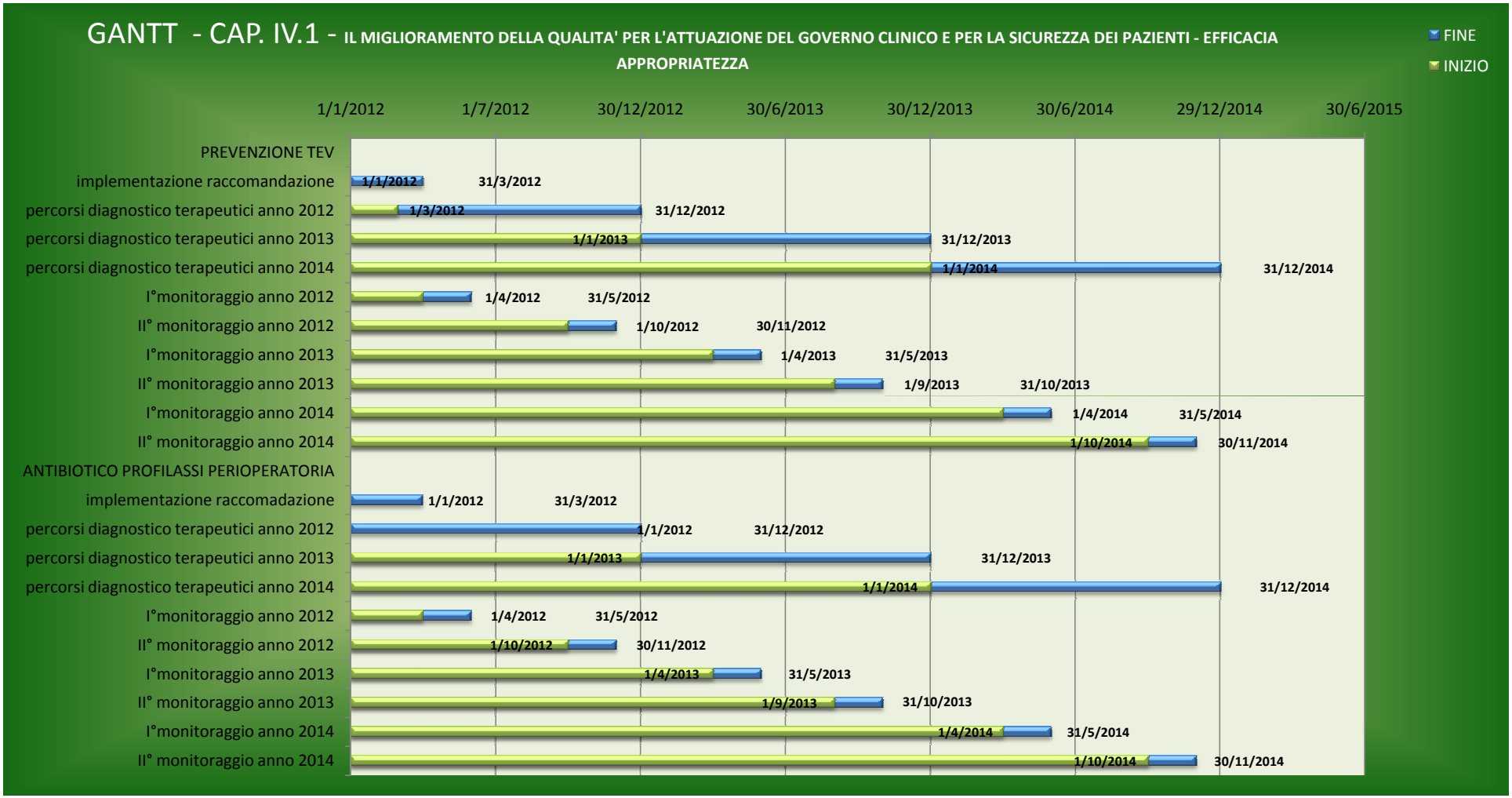
IV.1 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
IV.1.8	**Tempi di attesa**	Implementazione dei Piani Attuativi Aziendali secondo il PRGTA 2011-2013	Report Annuale n. di prestazioni critiche (dal n° 15 al n° 43 dell'elenco indicato nel PRGTA 2011-2013) prenotate oltre i tempi stabiliti secondo i codici di priorità/numero di prestazioni critiche totali prenotate [<= 10% nel terzo quadrimestre 2012]	Dal mese di Luglio 2010 è stato avviato in via sperimentale, in ossequio alle direttive Assessoriali in materia, il CUP unico provinciale; detta sperimentazione, iniziata presso il CUP del Presidio Ospedaliero di Trapani, si è conclusa nel mese di ottobre del 2010; data in cui l'intera provincia di Trapani dispone di un CUP unico provinciale. Le liste di attesa presentano un quadro variegato. In alcune realtà, soprattutto a livello distrettuale, la lista di attesa è legata al singolo sanitario e, comunque, non si hanno lunghe liste di attesa; discorso diverso per i presidi ospedalieri dove le liste di attesa risultano in media maggiori e ciò per diverse ragioni: 1) Presenza di specialisti che non sono presenti sul territorio; 2) Presenza di specialisti con un maggiore indice di attrazione per cui i pazienti preferiscono un centro, anche con una maggiore lista di attesa, rispetto ad un altro; 3) Presenza della maggior parte delle apparecchiature diagnostiche nei presidi ospedalieri; Presenza di apparecchiature diagnostiche di alta tecnologia solo in pochi presidi;	Responsabile U.O.S. CUP	a più alto grado tecnologico; h. Diversificare l'acquisto di prestazioni specialistiche attraverso la convenzionata esterna orientandosi verso quelle prestazioni che possano incidere maggiormente sulle liste di attesa **CRONOPROGRAMMA:** Anno 2012 Adeguamento dei tempi di attesa

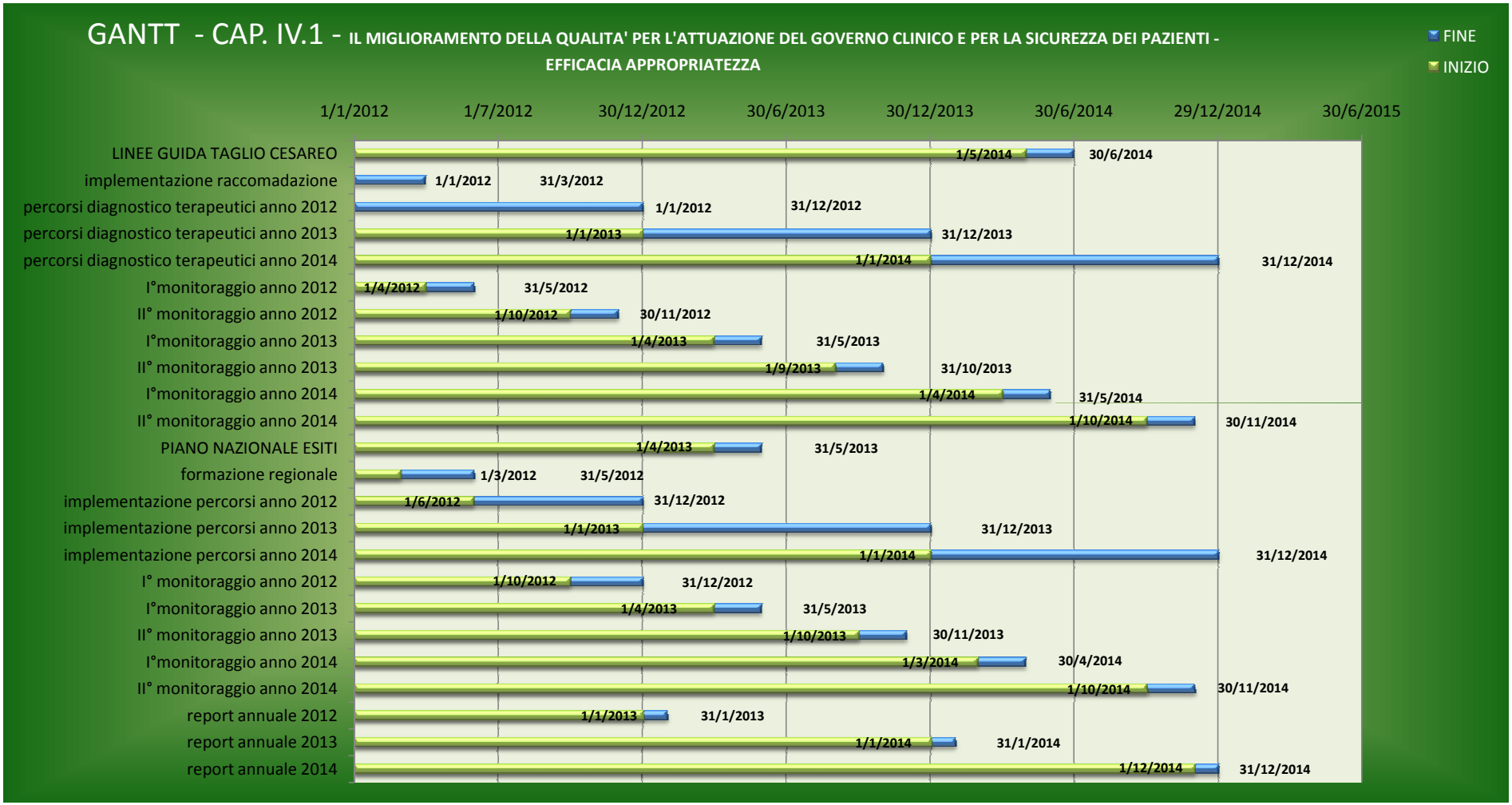

GANTT - CAP. IV.1 - IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
INDICATORI PATIENT SAFETY
valutazione rischio anno 2012
1/1/2012
31/12/2012
valutazione rischio anno 2013
1/1/2013
31/12/2013
valutazione rischio anno 2014
1/1/2014
31/12/2014
piani di miglioramento I semestre 2012
1/5/2012
30/6/2012
piani di miglioramento II semestre 2012
1/11/2012
31/12/2012
piani di miglioramento I semestre 2013
1/5/2013
30/6/2013
piani di miglioramento II semestre 2013
1/11/2013
31/12/2013
piani di miglioramento I semestre 2014
1/5/2014
30/6/2014
piani di miglioramento II semestre 2014
1/11/2014
31/12/2014
I° audit 2012
1/3/2012
30/4/2012
II°audit 2012
1/10/2012
30/11/2012
I° audit 2013
1/4/2013
31/5/2013
II°audit 2013
1/10/2013
30/11/2013
audit 2014
1/10/2014
30/11/2014
formazione anno 2012
1/9/2012
30/11/2012
formazione anno 2013
1/9/2013
30/11/2013
formazione anno 2014
1/9/2014
30/11/2014


GANTT - CAP. IV.1 - IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI -
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI
implementazione
1/1/2012
30/6/2012
audit anno 2012
1/6/2012
30/9/2012
audit anno 2013
1/2/2013
31/5/2013
audit anno 2014
1/2/2014
31/5/2014
STANDARD JOINT COMMISSION
Ia autovalutazione anno 2012
1/5/2012
30/6/2012
IIa autovalutazione anno 2012
1/11/2012
31/12/2012
Ia autovalutazione anno 2013
1/5/2013
30/6/2013
IIa autovalutazione anno 2013
1/11/2013
31/12/2013
Ia autovalutazione anno 2014
1/5/2014
30/6/2014
IIa autovalutazione anno 2014
1/11/2014
31/12/2014
I° inserimento SAT anno 2012
1/6/2012
30/6/2012
II° inserimento SAT anno 2012
1/12/2012
31/12/2012
I° inserimento SAT anno 2013
1/6/2013
30/6/2013
II° inserimento SAT anno 2013
1/12/2013
31/12/2013
I° inserimento SAT anno 2014
1/6/2014
30/6/2014
II° inserimento SAT anno 2014
1/12/2014
31/12/2014


GANTT - CAP. IV.1 - IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI -
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
PIANO QUALITA' E SICUREZZA
piano anno 2012
1/12/2012
31/12/2012
piano anno 2013
1/12/2013
31/12/2013
piano anno 2014
1/12/2014
31/12/2014
report attività anno 2012
1/1/2012
31/1/2012
report attività anno 2013
1/1/2013
31/1/2013
report attività anno 2014
1/1/2014
31/1/2014
sito web anno 2012
1/1/2012
31/1/2012
sito web anno 2013
1/1/2013
31/1/2013
sito web anno 2014
1/1/2014
31/1/2014
COMITATO AZIENDALE VALUTAZIONE SINISTRI
report annuale 2012
1/3/2012
30/4/2012
report annuale 2013
1/1/2013
31/1/2013
report annuale 2014
1/1/2014
31/1/2014
istituzione CAVS aziendale
1/3/2012
31/3/2012


GANTT - CAP. IV.1 - IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI - EMPOWERMENT
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
QUALITA' PERCEPITA
piano di comunicazione anno 2012
1/5/2012
31/5/2012
piano di comunicazione anno 2013
1/1/2013
31/1/2013
piano di comunicazione anno 2014
1/1/2014
31/1/2014
protocollo regionale qualità progettata
1/4/2012
30/4/2012
audit qualità progettata I semestre 2012
1/5/2012
31/7/2012
audit qualità progettata II semestre 2012
1/10/2012
31/12/2012
audit qualità progettata I semestre 2013
1/2/2013
30/4/2013
audit qualità progettata II semestre 2013
1/9/2013
30/11/2013
audit qualità progettata I semestre 2014
1/2/2014
30/4/2014
audit qualità progettata II semestre 2014
1/9/2014
30/11/2014
report anno 2012
1/1/2012
31/1/2012
report anno 2013
1/1/2013
31/1/2013
report anno 2014
1/1/2014
31/1/2014
RACC. MIN. UNITI PER LA SICUREZZA
stesura piano "uniti per la sicurezza" anno 2012
1/4/2012
31/5/2012
stesura piano "uniti per la sicurezza" anno 2013
1/1/2013
31/1/2013
stesura piano "uniti per la sicurezza" anno 2014
1/1/2014
31/1/2014


GANTT - CAP. IV.1 - IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI - EFFICACIA APPROPRIATEZZA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
PREVENZIONE TEV
implementazione raccomandazione
1/1/2012
31/3/2012
percorsi diagnostico terapeutici anno 2012
1/3/2012
31/12/2012
percorsi diagnostico terapeutici anno 2013
1/1/2013
31/12/2013
percorsi diagnostico terapeutici anno 2014
1/1/2014
31/12/2014
I°monitoraggio anno 2012
1/4/2012
31/5/2012
II° monitoraggio anno 2012
1/10/2012
30/11/2012
I°monitoraggio anno 2013
1/4/2013
31/5/2013
II° monitoraggio anno 2013
1/9/2013
31/10/2013
I°monitoraggio anno 2014
1/4/2014
31/5/2014
II° monitoraggio anno 2014
1/10/2014
30/11/2014
ANTIBIOTICO PROFILASSI PERIOPERATORIA
implementazione raccomadazione
1/1/2012
31/3/2012
percorsi diagnostico terapeutici anno 2012
1/1/2012
31/12/2012
percorsi diagnostico terapeutici anno 2013
1/1/2013
31/12/2013
percorsi diagnostico terapeutici anno 2014
1/1/2014
31/12/2014
I°monitoraggio anno 2012
1/4/2012
31/5/2012
II° monitoraggio anno 2012
1/10/2012
30/11/2012
I°monitoraggio anno 2013
1/4/2013
31/5/2013
II° monitoraggio anno 2013
1/9/2013
31/10/2013
I°monitoraggio anno 2014
1/4/2014
31/5/2014
II° monitoraggio anno 2014
1/10/2014
30/11/2014


GANTT - CAP. IV.1 - IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PER L'ATTUAZIONE DEL GOVERNO CLINICO E PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI - EFFICACIA APPROPRIATEZZA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
LINEE GUIDA TAGLIO CESAREO 1/5/2014 30/6/2014
implementazione raccomadazione 1/1/2012 31/3/2012
percorsi diagnostico terapeutici anno 2012 1/1/2012 31/12/2012
percorsi diagnostico terapeutici anno 2013 1/1/2013 31/12/2013
percorsi diagnostico terapeutici anno 2014 1/1/2014 31/12/2014
I°monitoraggio anno 2012 1/4/2012 31/5/2012
II° monitoraggio anno 2012 1/10/2012 30/11/2012
I°monitoraggio anno 2013 1/4/2013 31/5/2013
II° monitoraggio anno 2013 1/9/2013 31/10/2013
I°monitoraggio anno 2014 1/4/2014 31/5/2014
II° monitoraggio anno 2014 1/10/2014 30/11/2014
PIANO NAZIONALE ESITI 1/4/2013 31/5/2013
formazione regionale 1/3/2012 31/5/2012
implementazione percorsi anno 2012 1/6/2012 31/12/2012
implementazione percorsi anno 2013 1/1/2013 31/12/2013
implementazione percorsi anno 2014 1/1/2014 31/12/2014
I° monitoraggio anno 2012 1/10/2012 31/12/2012
I°monitoraggio anno 2013 1/4/2013 31/5/2013
II° monitoraggio anno 2013 1/10/2013 30/11/2013
I°monitoraggio anno 2014 1/3/2014 30/4/2014
II° monitoraggio anno 2014 1/10/2014 30/11/2014
report annuale 2012 1/1/2013 31/1/2013
report annuale 2013 1/1/2014 31/1/2014
report annuale 2014 1/12/2014 31/12/2014

IV.2 La partecipazione alla rete formativa regionale, l'attuazione del piano aziendale di comunicazione, la partecipazione civica

IV.2.1 La partecipazione alla rete formativa regionale:

- Elementi da sviluppare in relazione alle priorità declinate nel PSR

La Regione Siciliana con decreto 1050 dell'8 giugno 2011, ha approvato le "Linee guida sul riordino del Sistema siciliano di Formazione Continua in Medicina" con le quali si dà avvio al sistema di accreditamento regionale dei provider. L'A.S.P. di Trapani, attraverso l'U.O.S. Formazione del Personale ed Aggiornamento ed E.C.M. il 31/10/2011 ha presentato domanda di accreditamento secondo le modalità previste dal citato decreto (Istanza apertura posizione/Compilazione ed invio documentazione elettronica/Chiusura posizione e richiesta esame posizione) ed attende la verifica dei requisiti ed il successivo inserimento nell'elenco dei provider.

- Lo scenario strategico dell'azienda nel quadro dei singoli ambiti di intervento

Le risorse umane sono fondamentali per l'organizzazione delle attività dell'Azienda e per la corretta gestione delle stesse. Il principio guida nella programmazione del Piano di Formazione annuale sarà il dare priorità alla formazione in house, utilizzando le professionalità interne, alle quali associare anche massime esperienze scientifiche e professionali di livello nazionale ed internazionale, favorendo collaborazioni con l'Università e con altri Centri di riconosciuta valenza scientifico/assistenziale e scientifico/gestionale come già realizzato in occasione dei due Corsi di formazione Manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa e dei tre Moduli integrativi, conclusi nel mese di marzo 2012.

- Il contesto organizzativo-strutturale

In atto è stato predisposto, in rapporto agli obiettivi del Piano della Salute 2011-2013, il piano di formazione aziendale E.C.M. per il personale dell'Area Sanitaria ed il piano di formazione per il personale dell'Area Amministrativa e Tecnica. I piani sono stati approvati dal Comitato Tecnico per la formazione istituito con delibera n. 5277 del 23 novembre 2011, e condivisi con i Direttori delle Macrostrutture sanitarie ed Amministrative e sono stati individuati i Referenti (Responsabili di Struttura Complessa) per ogni singolo progetto formativo i quali, in un'ottica di sistema, coadiuveranno il Responsabile dell'U.O.S. Formazione nella progettazione di ogni evento e nella valutazione dell'impatto delle attività formative sui processi lavorativi.
Attualmente sono in servizio presso l'U.O.S. Formazione: un Dirigente Sanitario (Responsabile), un Collaboratore Professionale Amministrativo titolare di posizione organizzativa, un Assistente Amministrativo, un L.S.U.

IV.2.2 L'attuazione del piano aziendale di comunicazione

La comunicazione sulla salute è un processo estremamente articolato che può essere definito come "il complesso delle strategie di costruzione e diffusione dei messaggi che riguardano la salute dei singoli e della collettività". La comunicazione dunque entra nel rapporto diretto fra operatore e paziente, nell'educazione e nell'organizzazione sanitaria, nella pubblicità dei servizi offerti. Attraverso una corretta e completa comunicazione pubblica si può orientare la domanda, creare il consenso, "rendere conto" alla collettività. Risulta dunque necessaria l'adozione del Piano Aziendale di Comunicazione in aderenza alle linee guida regionali.

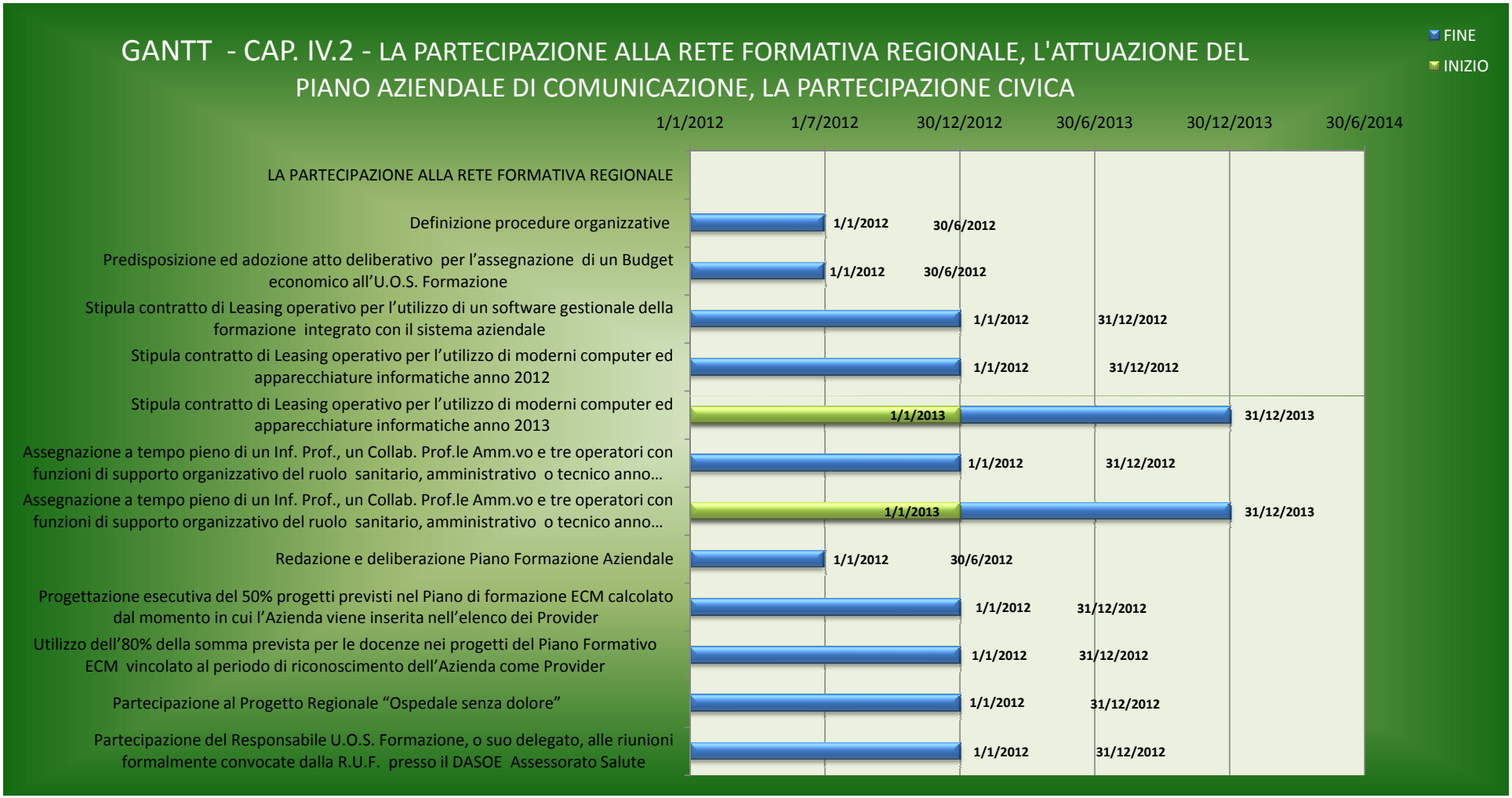
IV.2.3 La partecipazione alla Rete civica della salute

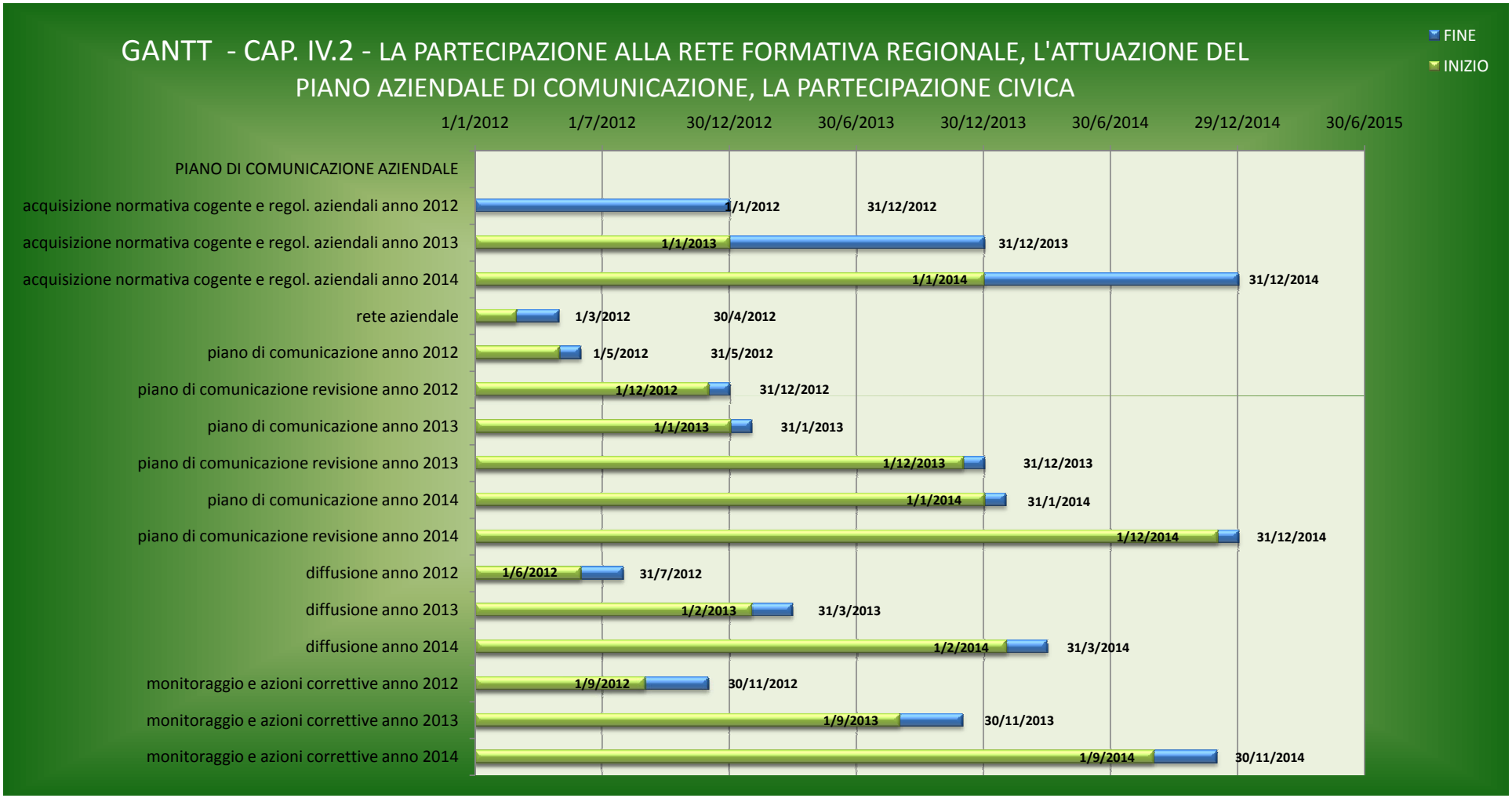
L'Azienda intende promuovere, tra le iniziative per la valutazione dell'appropriatezza, dell'efficienza e della qualità dei servizi sanitari, finalizzate anche a rendere il sistema sanitario più trasparente per i suoi fruitori, lo strumento dell'Audit Civico, estendendo in tal modo i sistemi di valutazione, oltre che agli esperti del settore, ai cittadini, rendendoli compartecipi dei processi di miglioramento del servizio stesso. In tale ottica, con il potenziamento delle funzioni del Comitato Consultivo Aziendale, le organizzazioni civiche e di volontariato potranno contribuire, rendendo disponibili ulteriori elementi di valutazione, a riorientare la pianificazione sanitaria.

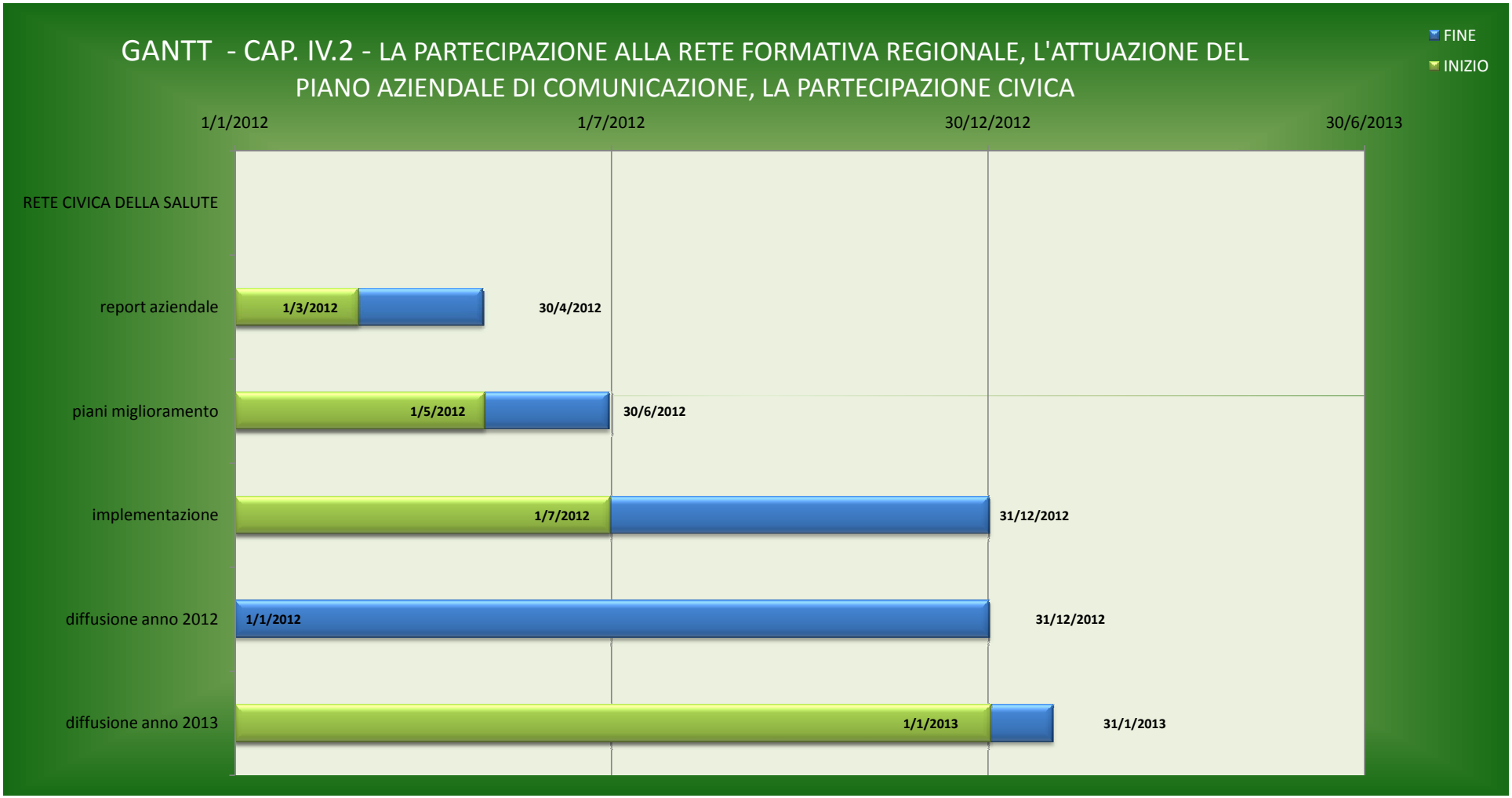
IV.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE ALLA RETE FORMATIVA REGIONALE, ATTUAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE ALLA RETE CIVICA						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
IV.2.1	La partecipazione alla rete formativa regionale	Accreditamento in qualità di Provider ECM al Sistema Regionale di Educazione Continua in Medicina	Accreditamento SI/NO In fase di accreditamento	Definizione procedure organizzative	U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del personale ed E.C.M.	Giugno 2012
		Assegnazione Risorse Umane e finanziarie (Budget) alla struttura formazione ai sensi della normativa vigente e adeguata agli obiettivi aziendali	Assegnazione di un Budget economico	Predisposizione ed adozione atto deliberativo per l'assegnazione di un Budget economico all'U.O.S. Formazione. Centro di costo: "Area Formazione permanente ed aggiornamento del personale " (12AD99999)	U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del personale ed E.C.M. U.O.C. Coordinamento Staff	Giugno 2012
			Informatizzazione U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del Personale ed E.C.M.	Stipula contratto di Leasing operativo per l'utilizzo di un software che integri in un unico sistema le differenti tappe dei processi gestionali-organizzativi e di erogazione della formazione e che possa essere integrato con il sistema gestionale aziendale	U.O. Servizio Informatico Settore Patrimoniale U.O.C. Coordinamento Staff	Dicembre 2012
				Stipula contratto di Leasing operativo per l'utilizzo di moderni computer ed apparecchiature informatiche	U.O. Servizio Informatico Settore Patrimoniale U.O.C. Coordinamento Staff	Dicembre 2013
			Integrazione delle Risorse Umane	Assegnazione a tempo pieno di un Infermiere professionale, un Collaboratore professionale amministrativo con esperienza nelle problematiche giuridico-amministrative e tre operatori con funzioni di supporto organizzativo del ruolo sanitario, amministrativo o tecnico	U.O.C. Personale Contratti e Convenzioni	Dicembre 2013

IV.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE ALLA RETE FORMATIVA REGIONALE, ATTUAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE ALLA RETE CIVICA						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
IV.2.1	La partecipazione alla rete formativa regionale	Piano di formazione aziendale/1	Realizzazione del 50% delle attività inserite nel Piano di Formazione ECM, calcolato dal momento in cui l'Azienda viene inserita nell'elenco dei Provider	Redazione e deliberazione Piano Formazione Aziendale	U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del personale ed E.C.M. Comitato Tecnico Scientifico Formaz.	Giugno 2012
				Progettazione esecutiva del 50% progetti previsti nel Piano di formazione ECM calcolato dal momento in cui l'Azienda viene inserita nell'elenco dei Provider	U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del personale ed E.C.M. Resp. UU.OO. Referenti dei Progetti Formativi	Dicembre 2012
		Piano di formazione aziendale/2	Utilizzo del budget assegnato alla formazione > o = all'80%	Utilizzo dell'80% della somma prevista per le docenze nei progetti del Piano Formativo ECM vincolato al periodo di riconoscimento della Azienda come provider	U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del personale ed E.C.M.	Dicembre 2012
		Partecipazione ai progetti formativi regionali	Percentuale di partecipazione ai progetti / progetti totali > o = al 50%	Partecipazione al Progetto Regionale "Ospedale senza dolore"	U.O.S. Formazione ed Aggiornam. del personale ed E.C.M. Dipartimento di Emergenza Urgenza U.O. Cure palliative (Hospice di Salemi)	Dicembre 2012
		Partecipazione del referente della formazione aziendale ai lavori della rete dei referenti	Percentuale di presenza alle riunioni convocate > o = al 70%	Partecipazione del Responsabile U.O.S. Formazione, o suo delegato, alle riunioni formalmente convocate dalla R.U.F. presso il DASOE Assessorato Salute	U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del personale ed E.C.M. U.O.C. Coordinamento Staff	Dicembre 2012

IV.2 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE ALLA RETE FORMATIVA REGIONALE, ATTUAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE ALLA RETE CIVICA						
N°	**AREA**	**OBIETTIVI SPECIFICI**	**RISULTATI ATTESI e INDICATORI**	**PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI**	**RESPONSABILITA'**	**CRONOPROGRAMMA (allegare diagramma di Gantt) e NOTE**
IV.2.2	L'attuazione del piano aziendale di comunicazione	Adozione del Piano aziendale di comunicazione in aderenza alle linee guida regionali	Piano di comunicazione aziendale	1.Recepimento linee guida regionali. 2.Aquisizione normativa cogente nazionale e regionale inerente la comunicazione nelle P.A.; acquisizione regolamenti e atti di programmazione aziendali (atto aziendale; documento di organizzazione, Piano attuativo aziendale), individuazione linee d'intervento da PSR 3.Costituzione Rete aziendale della Comunicazione 4. Redazione del Piano aziendale. Il piano conterrà gli obiettivi annuali e definirà gli strumenti per la loro realizzazione 5. Diffusione interna ed esterna 6. Monitoraggio e pianificazione eventuali azioni correttive delle varie azioni	U.O. Comunicazione istituzionale, Ufficio stampa,URP U.O.C. Coordinamento Staff U.O. Comunicazione, Ufficio stampa URP; U.O. Qualità; Ufficio Stampa Ufficio Stampa U.O.C. Coordinamento Staff U.O. Comunicazione U.O. Qualità	Vedi cronoprogramma
IV.2.3	La partecipazione alla rete civica della salute	Partecipazione al progetto regionale di Audit Civico e potenziamento delle funzioni del Comitato Consultivo Aziendale	Implementazione programma audit civico a livello aziendale come da cronoprogramma regionale. Partecipazione attiva del CCA nella definizione dei percorsi di miglioramento	1. Elaborazione report aziendale in seguito a monitoraggio indicatori avviato nel 2011 2. Definizione piano di miglioramento sulle criticità rilevate e approvazione. 3. Implementazione piano 4. Diffusione pubblica del progetto	Gruppo locale audit civico Gruppo locale audit civico, CCA, U.O. Comunicazione istituzionale, ufficio stampa, URP	Vedi cronoprogramma


GANTT - CAP. IV.2 - LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE FORMATIVA REGIONALE, L'ATTUAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE, LA PARTECIPAZIONE CIVICA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE FORMATIVA REGIONALE
Definizione procedure organizzative
1/1/2012
30/6/2012
Predisposizione ed adozione atto deliberativo per l'assegnazione di un Budget economico all'U.O.S. Formazione
1/1/2012
30/6/2012
Stipula contratto di Leasing operativo per l'utilizzo di un software gestionale della formazione integrato con il sistema aziendale
1/1/2012
31/12/2012
Stipula contratto di Leasing operativo per l'utilizzo di moderni computer ed apparecchiature informatiche anno 2012
1/1/2012
31/12/2012
Stipula contratto di Leasing operativo per l'utilizzo di moderni computer ed apparecchiature informatiche anno 2013
1/1/2013
31/12/2013
Assegnazione a tempo pieno di un Inf. Prof., un Collab. Prof.le Amm.vo e tre operatori con funzioni di supporto organizzativo del ruolo sanitario, amministrativo o tecnico anno…
1/1/2012
31/12/2012
Assegnazione a tempo pieno di un Inf. Prof., un Collab. Prof.le Amm.vo e tre operatori con funzioni di supporto organizzativo del ruolo sanitario, amministrativo o tecnico anno…
1/1/2013
31/12/2013
Redazione e deliberazione Piano Formazione Aziendale
1/1/2012
30/6/2012
Progettazione esecutiva del 50% progetti previsti nel Piano di formazione ECM calcolato dal momento in cui l'Azienda viene inserita nell'elenco dei Provider
1/1/2012
31/12/2012
Utilizzo dell'80% della somma prevista per le docenze nei progetti del Piano Formativo ECM vincolato al periodo di riconoscimento dell'Azienda come Provider
1/1/2012
31/12/2012
Partecipazione al Progetto Regionale "Ospedale senza dolore"
1/1/2012
31/12/2012
Partecipazione del Responsabile U.O.S. Formazione, o suo delegato, alle riunioni formalmente convocate dalla R.U.F. presso il DASOE Assessorato Salute
1/1/2012
31/12/2012


GANTT - CAP. IV.2 - LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE FORMATIVA REGIONALE, L'ATTUAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE, LA PARTECIPAZIONE CIVICA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
PIANO DI COMUNICAZIONE AZIENDALE
acquisizione normativa cogente e regol. aziendali anno 2012
1/1/2012
31/12/2012
acquisizione normativa cogente e regol. aziendali anno 2013
1/1/2013
31/12/2013
acquisizione normativa cogente e regol. aziendali anno 2014
1/1/2014
31/12/2014
rete aziendale
1/3/2012
30/4/2012
piano di comunicazione anno 2012
1/5/2012
31/5/2012
piano di comunicazione revisione anno 2012
1/12/2012
31/12/2012
piano di comunicazione anno 2013
1/1/2013
31/1/2013
piano di comunicazione revisione anno 2013
1/12/2013
31/12/2013
piano di comunicazione anno 2014
1/1/2014
31/1/2014
piano di comunicazione revisione anno 2014
1/12/2014
31/12/2014
diffusione anno 2012
1/6/2012
31/7/2012
diffusione anno 2013
1/2/2013
31/3/2013
diffusione anno 2014
1/2/2014
31/3/2014
monitoraggio e azioni correttive anno 2012
1/9/2012
30/11/2012
monitoraggio e azioni correttive anno 2013
1/9/2013
30/11/2013
monitoraggio e azioni correttive anno 2014
1/9/2014
30/11/2014


GANTT - CAP. IV.2 - LA PARTECIPAZIONE ALLA RETE FORMATIVA REGIONALE, L'ATTUAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE, LA PARTECIPAZIONE CIVICA
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
RETE CIVICA DELLA SALUTE
report aziendale
1/3/2012
30/4/2012
piani miglioramento
1/5/2012
30/6/2012
implementazione
1/7/2012
31/12/2012
diffusione anno 2012
1/1/2012
31/12/2012
diffusione anno 2013
1/1/2013
31/1/2013

IV.3 La partecipazione a programmi ed azioni per lo sviluppo della ricerca, cooperazione internazionale, innovazione e gestione delle tecnologie sanitarie

IV.3.1 La ricerca e la cooperazione internazionale

- Elementi da sviluppare in relazione alle priorità declinate nel PSR

La partecipazione ai finanziamenti europei di sanità e di ricerca, costituisce, per il Sistema sanitario italiano, come recita il PSN 2011 – 2013, " un vero valore aggiunto sia culturale che scientifico". Lo stesso Piano precisa che «L'Unione Europea, con il Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'Ue per il periodo 2008-2013" e con il Programma "Europa 2020", indica la necessità di rafforzare, in un quadro strategico unico, la cooperazione a livello comunitario nei settori nei quali gli Stati membri non possono agire soli e di garantire una maggior comprensione della salute a livello europeo e globale attraverso la previsione di un adeguato spazio alla salute nell'insieme delle politiche dei governi degli Stati Membri.» In questa prospettiva europea ed internazionale, la Regione Siciliana, con decreto con Decreto Assessoriale n. 2694 dell'8 novembre 2010, ha istituito la rete dei referenti per la ricerca e l'internazionalizzazione nel settore sanitario. I compiti principali della rete sono i seguenti: promuovere lo scambio di informazioni con l'Assessorato e con le strutture che, all'interno delle Aziende e Strutture Sanitarie dislocate nel territorio siciliano, possano cogliere le opportunità di finanziamento offerte dai bandi regionali, nazionali e comunitari; diffondere le direttive nazionali e regionali di settore; partecipare alla costituzione di banche dati informatizzate; agevolare la diffusione delle buone pratiche; promuovere reti internazionali di partenariato. L'A.S.P. di Trapani ha già partecipato, in qualità di partner, nel 2011, al progetto A.I.D.A. in corso di valutazione ed ha costituito un Nucleo di progettazione aziendale.

- Lo scenario strategico dell'azienda nel quadro dei singoli ambiti di intervento

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, in attuazione delle linee programmatiche europee, nazionali e regionali, intende cogliere le opportunità di finanziamento offerte dagli Avvisi Pubblici per la presentazione di progetti finanziati a valere sul Fondo Europeo per costruire azioni finalizzate a rispondere alle problematiche relative alla salute, rispondendo ai suddetti avvisi con proposte progettuali. L'Amministrazione ha scelto di avviare la propria adesione alle proposte progettuali in partenariato con enti di provata e pluriennale esperienza operativa negli ambiti specifici, con i quali intende realizzare una progettazione condivisa degli interventi. La costruzione di un partenariato orizzontale interistituzionale (università/ ospedali/ stabilimenti di sanità/ tecnopoli) e verticale (regione/ provincia/ Università/ ASP) favorisce la messa in atto di un sistema di governance dell'innovazione nel quadro di una cooperazione attiva tra l'amministrazione pubblica e gli attori qualificati della ricerca e della produzione. Nell'anno 2011 l'A.S.P. di Trapani ha partecipato in qualità di partner al Progetto "Auto-Immunité: Diagnostic Assisté par ordinateur - A.I.D.A." Il progetto nello specifico mira al miglioramento della diagnosi delle malattie autoimmuni (MAI) realizzata tramite Immuno-Fluorescenza Indiretta (IFI), grazie all'installazione e alla validazione di un sistema informatico di acquisizione di immagini e di trattamento di dati.
L'A.S.P. di Trapani è stata ammessa al finanziamento del progetto e svolgerà i seguenti compiti: Presa dati per l'acquisizione del database; supporto biomedico del progetto; studi epidemiologici sulla base dati raccolta.
Capo Fila è l'Università degli Studi di Palermo-Polo Didattico di AG e Partner sono:

1. DASOE Assessorato salute regione Sicilia
2. Provincia Regionale di Agrigento
3. A.S.P. Trapani U.O.C. di Patologia Clinica. P.O. di Trapani, Italia.
4. Ministero della Sanità Pubblica, Tunisi, Tunisia
5. Università di Tunisi, Lab. d'Immunologia e Genetica delle Patologie Umane, Tunisi, Tunisia
6. Institute Pasteur, Tunisi, Tunisia
7. Ospedale Charles Nicolle, Tunisi, Tunisia.

- Il contesto organizzativo-strutturale

L'ASP di Trapani, con nota D.G. n. 65073 del 07/12/2011 ha costituito il Nucleo di progettazione aziendale il cui Coordinatore è la Dott.ssa Antonella La Commare, Responsabile dell'U.O.S. Formazione, inserita nello Staff della Direzione Generale. Il Nucleo è altresì composto da un Collaboratore Professionale Amministrativo e da un Assistente Amministrativo. Nell'espletamento delle sua attività, il Nucleo potrà avvalersi anche dei responsabili delle diverse articolazioni organizzative aziendali. E' intendimento comunque di questa Amministrazione arricchire la composizione dell'organismo attraverso l'inserimento stabile di nuove figure professionali. I componenti il Nucleo partecipano con regolarità ai laboratori organizzati in materia di progettazione e ricerca con il POAT Salute 2007-2013, partnership Formez PA. Con deliberazione D.G. n. 5277 del 23 novembre 2011, successivamente integrata dalla deliberazione D.G. n. 803 del 29 febbraio 2012, è stato altresì istituito il Comitato Tecnico per la formazione (CTS) che risulta così composto:

- Dott.ssa Maria Concetta Martorana, Direttore Sanitario Aziendale, (con funzioni di Coordinatore);
- Dott.ssa Antonina La Commare, Resp.le U.O.S. "Formazione ed Aggiornamento del personale ed ECM";
- Dott. Vincenzo Garaffa, U.O.S. "Terapia Medica non Convenzionale di Agopuntura – Moxibustione";
- Dott.ssa Rosanna Oliva, Resp.le "Dipartimento Amministrativo";
- Dott. Danilo Faro Palazzolo, Resp.le U.O.C. "Coordinamento Staff"
- Dott. Vittoriano Di Simone, Resp.le "Distretto di Mazara del Vallo"
- Dott. Salvatore Fiorino, Resp.le "SPRESAL"
- Dott.ssa Anna Nuccio, Resp.le Servizio Infermieristico

Il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) aziendale per la formazione continua ed aggiornamento professionale svolge, tra gli altri, i seguenti compiti:

- promozione e sviluppo di eventi formativi a contenuto scientifico;
- incentivazione di attività per la consultazione e pubblicazione di studi e ricerche scientifiche di riviste nazionali e internazionali.

IV.3.2 L'innovazione

La diffusione delle innovazioni tecnologiche è stata individuata quale leva strategica di miglioramento dei servizi sanitari, sia in termini di modernizzazione e crescita della qualità, che di accessibilità all'offerta dei servizi sanitari. Risultano particolarmente coerenti l'implementazione delle seguenti attività:

1. Partecipazione qualificata al network regionale di telemedicina ed ai laboratori sulla Telemedicina, organizzati con il POAT Salute 2007-2013, partnership Formez PA;
2. Adozione dei provvedimenti or**g**anizzativi/tematici connessi alle Linee guida regionali;
3. Partecipazione ai progetti TELETAC – SETT – Teleradiologia – EOLIENET.

Inoltre l'ASP ha individuato come elemento di innovazione e modernizzazione l'uso delle risorse energetiche alternative. Nel corso del 2012 verrà predisposto un Piano di Efficientamento energetico.

IV.3.3 La gestione delle tecnologie sanitarie

La valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment – HTA) costituisce un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi, basata sulle evidenze scientifiche, sulle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali delle tecnologie, intese nell'ampia accezione che comprende le apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, così come modelli organizzativi, programmi di prevenzione e promozione della salute. Le tecnologie sanitarie diventano oggetto di una valutazione di più dimensioni, mirata all'analisi ed alla conoscenza degli effetti reali/potenziali assistenziali, economici, organizzativi, sociali ed etici, a breve e a lungo periodo, che la loro adozione comporta. L'Azienda dovrà perseguire i seguenti obiettivi operativi:

- Partecipazione qualificata ai laboratori in materia di HTA organizzati con il POAT Salute 2007-2013, partnerschip AGENAS;
- Adozione dei provvedimenti organizzativi/tematici connessi alle Linee guida regionali;

Attuazione del Piano regionale di Sviluppo dell'HTA 2010-2012.

IV.3 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI SVILUPPO DELLA RICERCA, COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, INNOVAZIONE E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA E NOTE
IV.3.1	La ricerca e la cooperazione internazionale	Costituzione dei Nuclei di progettazione aziendali	R.1: Nuclei Costituiti entro il 2012 in funzione del numero delle aziende (17 Aziende = 17 Nuclei oppure Nuclei di progettazione interaziendali costituiti) R. 2: Il coordinatore del nucleo di progettazione è inserito nello staff della direzione generale I. 1: Atto formale con cui si evince la costituzione del Nucleo I. 2: Atto formale con cui si evince che il coordinatore del nucleo di progettazione è inserito nello staff della direzione generale	A.1: Mappatura e selezione del personale idoneo a svolgere per l'azienda un ruolo di unità di progettazione (ad esempio, personale con competenze linguistiche inglese e francese, abilità tecniche ed esperienze pregresse in materia di progettazione)	U.O.C. Personale Contratti e Convemzioni U.O.C. Coordinamento Staff	Giugno 2012
				A. 2: Comunicazione all'Assessorato della Salute e alle strutture interne all'azienda dell'avvenuta selezione del personale e della costituzione del nucleo.	U.O.C. Coordinamento Staff	Giugno 2012
		Partecipazione ai laboratori organizzati in materia di progettazione di sanità e ricerca con il POAT Salute 2007-2013, partnership Formez PA	R. 1: 12 Laboratori di assistenza tecnica per progetti in ambito sanità e ricerca partecipati dai componenti dei Nuclei di progettazione nell'ambito del POAT Salute I. 1: Liste dei referenti aziendali presenti ad ogni laboratorio + schede di iscrizione pervenute	A. 1: Autorizzazione da parte della Direzione Generale dell'azienda a far partecipare i propri referenti	Direzione Strategica Aziendale	Dicembre 2012
				A. 2: Redazione di un breve report da parte dei referenti aziendali sulle attività svolte durante i laboratori	Nucleo di progettazione aziendale	Dicembre 2013
				A. 3: Organizzazione e realizzazione di uno spazio web sul sito aziendale dove divulgare i report dei laboratori	UOC Facility Management	Dicembre 2013
				A. 4: Organizzazione e realizzazione di una mailing list specifica attraverso la quale divulgare in dettaglio le informazioni ricevute rispetto ai bandi nazionali e internazionali mettendo a conoscenza l'Assessorato della salute	UOC Facility Management	Dicembre 2014

IV.3 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI SVILUPPO DELLA RICERCA, COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, INNOVAZIONE E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA E NOTE
IV.3.1	La ricerca e la cooperazione internazionale	Presentazione di progetti aziendali/interaziendali/partnership internazionali a valere sui bandi regionali, nazionali ed internazionali	R.1: Numero di progetti elaborati e presentati su bandi regionali, nazionali ed internazionali pari ad almeno 6 progetti per ASP e A.O e pari ad almeno 30 progetti per le Aziende Ospedaliere Universitarie R 2: Numero ed evidenza delle reti create tra le aziende sanitarie con altre Regioni italiane e, nell'ambito di progetti internazionali, con partner stranieri ed organizzazioni internazionali R. 3 Comunicazione alla Regione Siciliana da parte del Responsabile del Nucleo di Progettazione di ogni Progetto Finanziato all'Azienda all'indirizzo ricercasanitaria@regione.sicilia.it I.1: Numero di Formulari di progetto presentati di cui occorre dare informazione all'Assessorato della salute tramite l'iscrizione ad una apposita banca dati dedicata ai progetti presentati I. 2: Lettere di adesione ai progetti e di partenariato prodotte e disponibili	A. 1: Organizzare Giornate informative sui bandi all'interno della azienda	U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del personale ed E.C.M. Nucleo di progettazione aziendale	Dicembre 2013
				A. 2: Diffondere attraverso il web aziendale i contenuti dei bandi	UOC Facility Management	Dicembre 2013
				A. 3: Organizzare Meeting interni presso le aziende per discutere i progetti specifici e le strategie	Nucleo di progettazione aziendale	Dicembre 2013
				A. 4: Autorizzare ed organizzare le missioni per la stesura dei progetti e la ricerca dei partner nazionali, regionali ed internazionali da coinvolgere nei progetti specifici	Nucleo di progettazione aziendale	Dicembre 2014
				A. 5: Autorizzare le missioni per la partecipazione alle giornate informative dedicate al lancio dei Bandi organizzate dalle autorità di gestione dei programmi, Commissione Europea, Ministero, ecc., ecc.	Nucleo di progettazione aziendale	Dicembre 2013
				A. 6: Partecipare alle visite- studio presso istituzioni ed enti nazionali ed internazionali e/o altre iniziative formative	Nucleo di progettazione aziendale	Dicembre 2014
				A. 7: Monitorare i progetti	Responsabili dei progetti	Dicembre 2014

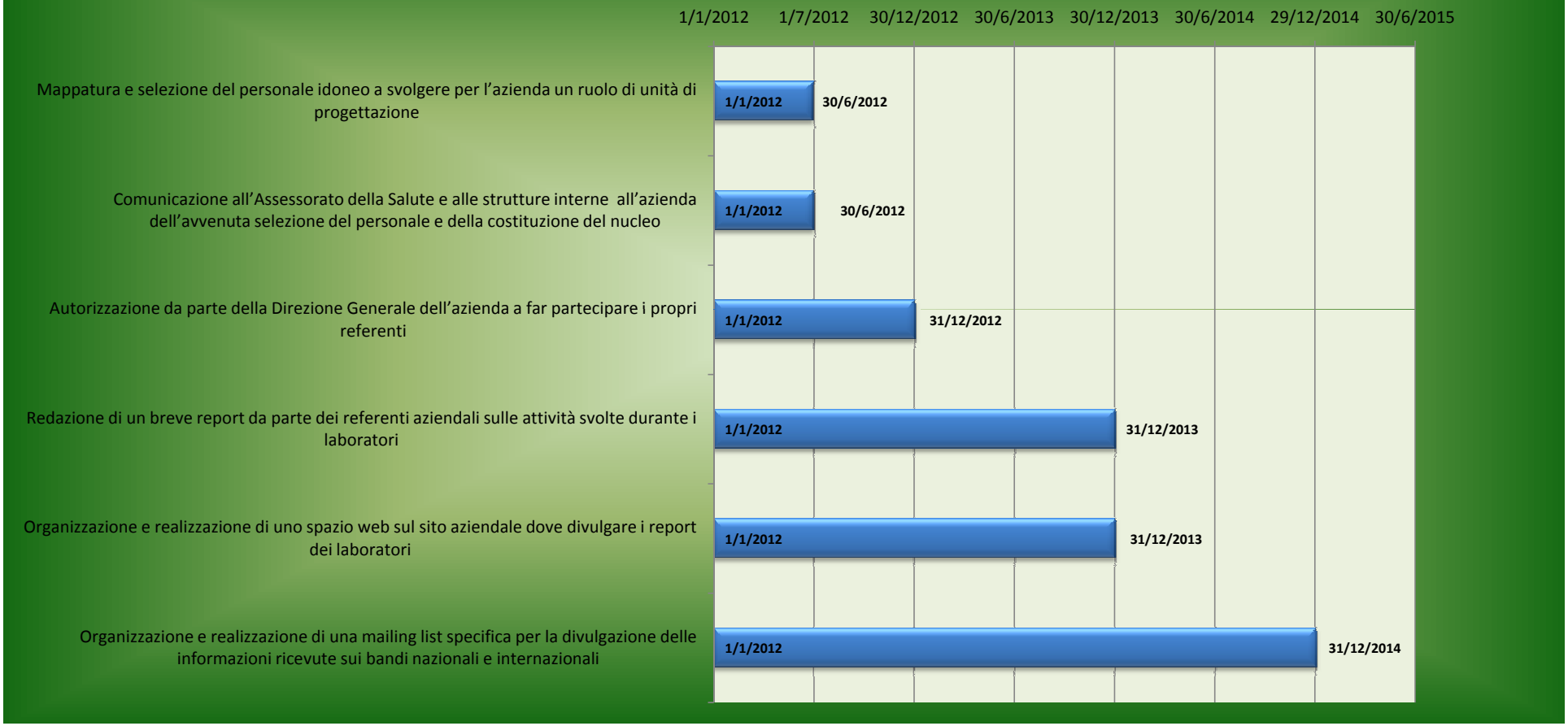
IV.3 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI SVILUPPO DELLA RICERCA, COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, INNOVAZIONE E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA E NOTE
IV.3.1	La ricerca e la cooperazione internazionale	Implementazione della banca dati dei progetti di ricerca e cooperazione internazionale	R.1: Numero di progetti inseriti (incremento del numero dei progetti rispetto a quelli già inseriti nella banca dati nell'anno 2011) , corrispondenti al 100% dei progetti finanziati I. 1.: Report della Banca dati per la rilevazione dei progetti	A. 1: Diffusione attraverso la comunicazione ed il sito web delle aziende dei contenuti della banca dati e delle esigenze relative alla sua implementazione	UOC Facility Management	Dicembre 2014
				A. 2: Inserimento dei progetti nella banca dati e contestuale comunicazione all'Assessorato della Salute	Responsabili dei progetti; Nucleo di progettazione aziendale	Dicembre 2014
IV.3.2	**L'innovazione**	Partecipazione qualificata al network regionale di telemedicina ed ai laboratori sulla Telemedicina, organizzati con POAT Salute 2007-2013, partnership FORMEZ PA	Partecipazione qualificata al network regionale di telemedicina ed ai laboratori tematici	A.1: Selezione del personale idoneo a svolgere per l'azienda un ruolo di unità di progettazione (ad esempio, personale con competenze linguistiche inglese e francese, abilità tecniche ed esperienze pregresse in materia di progettazione)A.2: Partecipazione ai laboratori, network regionale di telemedicina ed ai laboratori sulla Telemedicina, organizzati con il POAT Salute 2007-2013, partnership Formez PA	U.O.C. Gestione Tecnica Direzione Strategica Aziendale	Giugno 2013
		Adozione dei provvedimenti organizzativi/tematici connessi alle Linee guida regionali	Provvedimenti aziendali	A. 1: individuazione dei soggetti specializzati A. 2: Autorizzazione da parte della Direzione Generale dell'azienda a far partecipare i propri referenti	Direzione Strategica Aziendale	Dicembre 2012
		Partecipazione ai progetti TELETAC – SETT – Teleradiologia - EOLIENET	Incremento delle prestazioni di telediagnosi e teleconsulto richieste/erogate con i sistemi TELETAC (30%) – SETT Teleradiologia – EOLIENET . in modo funzionale allo sviluppo delle reti assistenziali avuto particolare riguardo ad assicurare i collegamenti tra i diversi livelli della rete e le condizioni oro geografiche di alcune aree disagiate (isole e località montane etc.)	A. Consentire a tutti gli ospedali dell'azienda la possibilità di richiedere tele consulenze neurochirurgiche B. Progetto di fattibilità per la realizzazione di un host per la tele radiologia e tele cardiologia	UU.OO.CC. di Radiodiagnostica U.O.C. Gestione Tecnica	Dicembre 2013

IV.3 TABELLA RIEPILOGATIVA AREA PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI SVILUPPO DELLA RICERCA, COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, INNOVAZIONE E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

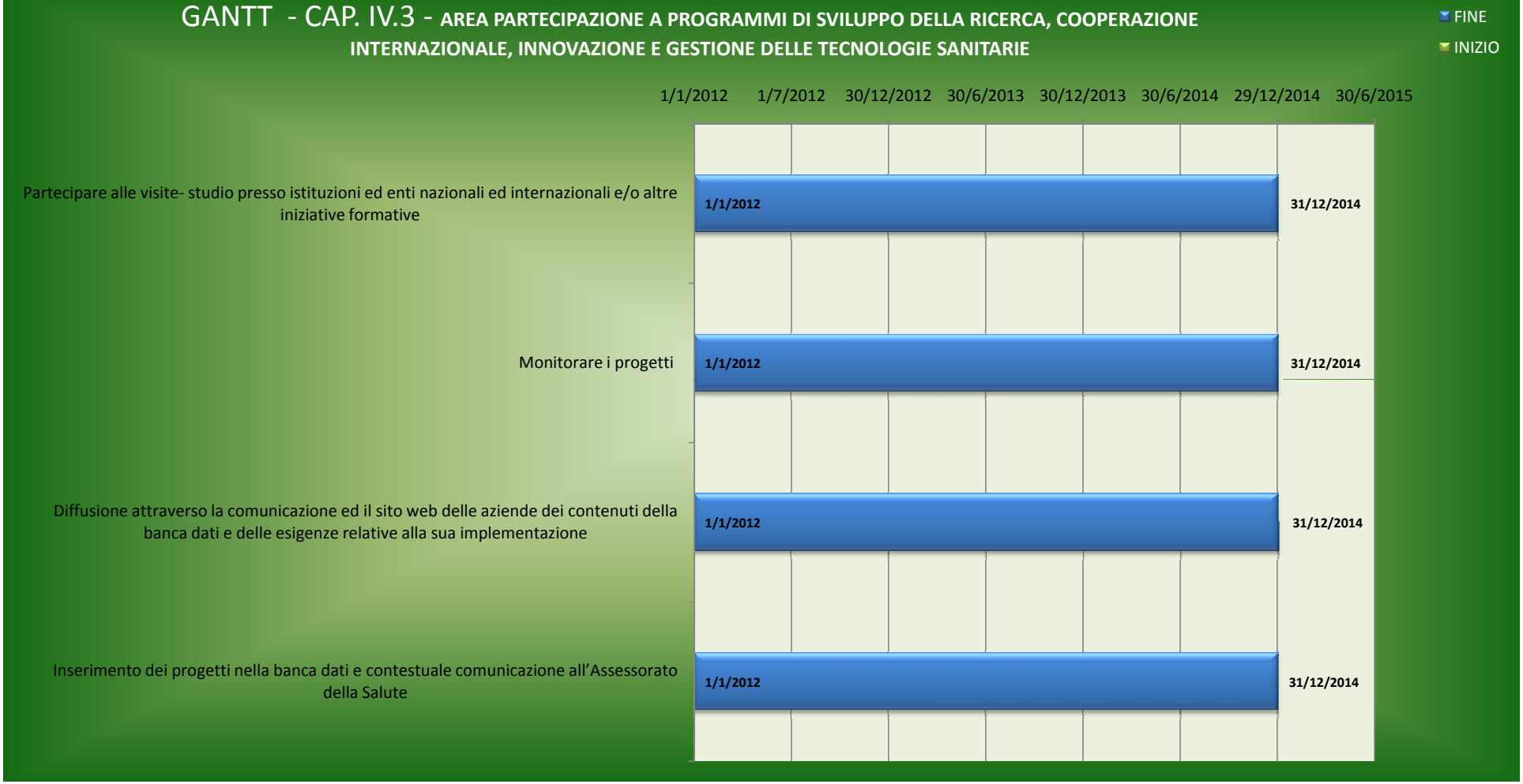
N°	AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	RISULTATI ATTESI e INDICATORI	PIANO DETTAGLIATO DELLE AZIONI	RESPONSABILITA'	CRONOPROGRAMMA E NOTE
IV.3.3	**La gestione delle tecnologie sanitarie**	Partecipazione qualificata ai laboratori in materia di HTA organizzati con il POAT Salute 2007-2013, partnership AGENAS	Partecipazione ai laboratori	A. 1: Individuazione dei soggetti qualificati	Direzione Strategica Aziendale U.O.S. Formazione e Aggiornamento del Personale	Dicembre 2012
		Adozione dei provvedimenti organizzativi/tematici connessi alle Linee guida regionali	Provvedimenti aziendali	A. 1: Analisi delle linee guida regionali e loro divulgazione A.2. individuazione dei soggetti responsabili A.3. applicazione delle linee guida regionali	Direzione Strategica Aziendale U.O.C. Gestione Tecnica	Dicembre 2013
		Attuazione del Piano regionale di Sviluppo dell'HTA 2010-2012	Adozione in ambito aziendale delle iniziative/provvedimenti richiesti	A.1 individuazione dei soggetti responsabili A.2. valutazione multidisciplinare e multidimensionale delle apparecchiature , nella previsione e nella valutazione delle ricadute, in termini costi benefici. A.3. realizzazione di un software denominato "coswin" che consente l'inventariazione ed una analisi programmata dei futuri investimenti sul parco apparecchiature elettromedicali.	U.O.C. Gestione Tecnica	Dicembre 2012

GANTT - CAP. IV.3 - AREA PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI SVILUPPO DELLA RICERCA, COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, INNOVAZIONE E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE



GANTT - CAP. IV.3 - AREA PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI SVILUPPO DELLA RICERCA, COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, INNOVAZIONE E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE
FINE
INIZIO
1/1/2012
1/7/2012
30/12/2012
30/6/2013
30/12/2013
30/6/2014
29/12/2014
30/6/2015
Organizzare Giornate informative sui bandi all'interno della azienda
1/1/2012
31/12/2013
Diffondere attraverso il web aziendale i contenuti dei bandi
1/1/2012
31/12/2013
Organizzare Meeting interni presso le aziende per discutere i progetti specifici e le strategie
1/1/2012
31/12/2014
Autorizzare ed organizzare le missioni per la stesura dei progetti e la ricerca dei partner nazionali, regionali ed internazionali da coinvolgere nei progetti specifici
1/1/2012
31/12/2014
Autorizzare le missioni per la partecipazione alle giornate informative dedicate al lancio dei Bandi organizzate dalle autorità di gestione dei programmi
1/1/2012
31/12/2013

GANTT - CAP. IV.3 - AREA PARTECIPAZIONE A PROGRAMMI DI SVILUPPO DELLA RICERCA, COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, INNOVAZIONE E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE



Capitolo V : Risorse e Investimenti

V.1 Le Risorse e la Programmazione degli Investimenti dell'Azienda

-Risorse Umane

Alle Aree di intervento del Piano Attuativo aziendale saranno destinate anche le risorse umane dell'Azienda con rapporto di lavoro subordinato di cui alla relativa dotazione organica rideterminata in applicazione delle linee di indirizzo regionale di cui al D.A n. 1868/2010, così composta:

	DIRIGENZA	COMPARTO
RUOLO SANITARIO	N. 948	N. 1515
RUOLO PROFESSIONALE	N. 6	N. -
RUOLO TECNICO	N. 9	N. 675
RUOLO AMMINISTRATIVO	N. 23	N. 489

TOTALE N. 3665

Al fine di adeguare la dotazione organica al fabbisogno specifico in linea con il Piano Attuativo Aziendale, fermo restando il numero complessivo dei posti in dotazione organica pari a 3665 unità di personale, ed il limite di spesa , pari ad Euro **183.977.000,00** giusta D.A. n. 2322/11 del 16 novembre 2011, l'Amministrazione procederà, nel rispetto delle relazioni sindacali, a modifiche qualitative parziali della dotazione organica.

Ove richiesta una specifica professionalità non reclutabile secondo le normali procedure concorsuali, si procederà, in presenza dei presupposti di legge di cui all'art. 7 del decreto legislativo n. 165/2001, anche al reclutamento di personale a tempo determinato, con rapporto di lavoro autonomo.

-Attrezzature

L'innovazione tecnologica è un fattore chiave del miglioramento della performance clinica. Presso questa Azienda negli ultimi anni sono stati attuati importanti investimenti tecnologici, in particolare relativamente agli ambiti della diagnostica per immagini, a quelli cui afferiscono le attività di sala operatoria e delle terapie intensive, nonché quelli necessari all'apertura di PTA, PPI, RSA, per favorire l'integrazione ospedale-territorio.
Nel medio periodo, compatibilmente alle risorse economiche disponibili e nel rispetto degli obiettivi aziendali, si riportano di seguito gli interventi più significativi che si intendono realizzare:

- Sviluppare l'attuale attività diagnostica per immagini, di produzione, gestione, archiviazione e trasmissione di dati ed immagini (sistema RIS- PACS) già attiva presso il

Distretto TP1, con l'acquisizione di ulteriori sistemi da destinare al Distretto TP2, mediante fornitura a noleggio quinquennale. In relazione all'imaging cardiologico si acquisterà un secondo angiografo per l'attivazione della seconda sala di emodinamica del P.O. di Trapani. Sempre in ambito della diagnostica radiologica , è previsto l'acquisto di un nuovo amplificatore di brillanza con acquisizioni di immagini di tipo bidimensionale e tridimensionale, con ricostruzione volumetrica, da allocare nella seconda sala operatoria del P.O. di Trapani al fine di elevare gli standard di sicurezza dell'attività chirurgica ortopedica;

- Continuare la modernizzazione tecnologica radiologica mediante l'acquisto di alcune importanti attrezzature , anche attraverso fondi appositamente destinati dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, quali la PET, attualmente non presente in nessuno dei PP.OO. dell'ASP;
- Acquisire nuove attrezzature per le terapie intensive aziendali fra cui n.10 apparecchiature di Anestesia, il sistema di monitoraggio e alcuni ventilatori per il rinnovo tecnologico della Anestesia e Rianimazione del P.O. di Castelvetrano e nuovi sistemi di monitoraggio ECG secondo Holter per i PP.OO. di Trapani e Castelvetrano;
- Acquisire attrezzature per la messa in sicurezza e l'ottemperanza ai *requisiti previsti dalle norme di riferimento dei punti nascita e dei PP.SS. aziendali;*
- Implementare la lungodegenza di Alcamo , la RSA di Salemi e l'attività di riabilitazione presso i Presidi di Castelvetrano e Salemi mediante l'acquisto degli arredi e ausili necessari a tale attività;
- Potenziare l'attività di screening oncologici con l'acquisizione di sistemi ecotomografici digitali per la Senologia e la Radiologia del P.O. di Marsala e sistemi di videogastroscopia e colonscopia per presidi afferenti al TP1 (Alcamo e Marsala);
- Rinnovare il parco Ambulanze attrezzate per l'emergenza mediante l'acquisizione di n. 10 nuovi mezzi;
- Assicurare il rinnovo delle tecnologie sanitarie presenti in Azienda sulla base di precisi e codificati criteri di obsolescenza attraverso metodiche proprie del "Health Technology Assessment." In questo contesto si terrà conto, per la necessaria ottimizzazione le risorse, dell'attuale dotazione tecnologica, al fine di dislocare le risorse presenti e disponibili alla luce della riorganizzazione della rete ospedaliera. Si segnalano alcune degli acquisti più rilevanti per il potenziamento di alcune strutture aziendali quali una colonna video laparoscopica e una colonna endoscopica per ORL per il P.O. di Marsala,una colonna di artroscopia per Ort. di Tp un ecografo per la Ginecologia di Mazara (attualmente allocata a Castelvetrano), nonché un ecografo multidisciplinare per il P.O. di Pantelleria;
- Avviare, presso il P.O. di Marsala, dell'attività di Chirurgia vertebrale mediante l'acquisto di un microscopio operatorio e di strumentario idoneo;
- Sostituire il sistema di litotrissia in dotazione all'Urologia del P.O. di Trapani mediante fornitura a noleggio quinquennale;

Nel biennio 2013-2014, concentrare le risorse per realizzare l'arredamento tecnico-sanitario del nuovo Presidio Ospedaliero di Mazara, finanziato con risorse del PO-FERS, che dovrebbe essere definito entro la fine del 2013;

- Procedere al rinnovo tecnologico dell'UTIC del P.O. di Trapani mediante l'acquisto di una nuova centrale di monitoraggio, di monitor e di un nuovo Ecocardiografo.

RISORSE E INVESTIMENTI

N	ATTEZZATURE	2012	2013	2014
1	noleggio RIS-PACS TP2	€ 800.000,00	€ 800.000,00	€ 800.000,00
2	CT/PET		€ 3.400.000,00	
3	angiografo per seconda sala emodinamica		€ 800.000,00	
4	amplificatore di brillanza 3D ort. Tp	€ 150.000,00		
5	sistema monitoraggio Anestesia e ventilatori per P.O. di Castelvetrano	€ 490.000,00		
6	stazioni di Anestesia per tutti PP.OO.	€ 540.000,00		
7	monitoraggio ECG secondo Holter P.O. di Tp e Castelvetrano	€ 40.000,00	€ 40.000,00	
8	adeguamento punti nascita(lettini di rianimazione e termoculle)		€ 300.000,00	
9	adeguamento PP.SS aziendali (monitor multipar., sistemi di gestione e ECG diagnostici, sistemi per enzimi cardiaci)	€ 450.000,00		
10	letti e arredi per lungodegenza Alcamo e RSA di Salemi	€ 170.000,00		
11	attrezzature per riabilitazione per P.O. di Castelvetrano e Salemi	€ 25.000,00		
12	ecotomografi digitali per Senologia e Radiologia di Marsala	€ 250.000,00		
13	sistemi di videocolonscopia Alcamo e Marsala	€ 170.000,00		
14	10 Ambulanze attrezzate	€ 828.000,00		
15	colonna endoscopica ORL P.O. Marsala	€ 180.000,00		
16	ecografo Ginecologia Mazara, ecografo per Anestesia Castelvetrano	€ 190.000,00		
17	ecografo Radiologia Pantelleria	€ 60.000,00		
18	colonna videolaparoscopica Ch. Gen. Mazara	€ 65.000,00		
19	colonna artroscopia P.O. Trapani	€ 85.000,00		
20	motorizzato Ort. Castelvetrano	€ 50.000,00		
21	Arredi per stanze degenza Ort. E CH. P.O. Tp e Pantelleria	€ 130.000,00		
22	microscopio operatorio per ORL	€ 60.000,00		
23	microscopio operatorio per CH. Vertebrale		€ 150.000,00	
24	ARREDI Tecnico- Sanitari per nuovo P.O. di Mazara			€ 1.000.000,00
25	Litotritore Urologia P.O. di Tp		€ 200.000,00	€ 200.000,00
26	Rinnovo Tecnologico UTIC P.O. Trapani			€. 450.000,00
TOTALE		**€ 4.733.000,00**	**€ 5.690.000,00**	**€ 2.450.000,00**

-Adeguamenti strutturali ed impiantistici

Proseguendo nella realizzazione dei programmi stilati negli anni precedenti delle ex A.U.S.L. n.9 e dall'Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate", l'odierna Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani intende perseguire nel triennio 2011/2013 la realizzazione dell'obiettivo prioritario dell'adeguamento delle proprie strutture sanitarie ai requisiti minimi previsti dal D.A. Sanità n. 890 del 17/06/2002 e s.m.i., il quale ha recepito in ambito regionale il D.P.R. 14/01/97.

Tali adeguamenti riguardano tutti gli aspetti strutturali ed impiantistici, a partire dai requisiti di ordine generale di seguito elencati:

- adeguamento alle norme di prevenzione incendi, con particolare riguardo alla regola tecnica per le strutture sanitarie approvata con D.M. 18/09/2002;
- protezione acustica;
- adeguamento degli impianti elettrici;
- sicurezza anti-infortunistica;
- igiene del luoghi di lavoro;
- protezione dai rischi di radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- adeguamento delle condizioni microclimatiche;
- adeguamento degli impianti di distribuzione dei gas medicali;
- protezione antisismica.

Tra tali interventi assumono una rilevanza preponderante gli interventi di adeguamento strutturale legati alla protezione antisismica, cui dovranno essere sottoposti tutti gli edifici "sensibili" ai sensi dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20/03/2003 e la successiva circolare del Dipartimento della Protezione Civile del 04/06/2003, che hanno fissato nuove e più stringenti norme in materia di costruzioni in zona sismica.

Accanto a tali interventi di ristrutturazione, manutenzione o ampliamento del patrimonio esistente, è previsto anche la realizzazione del nuovo presidio sanitario di Alcamo, in sostituzione dell'attuale edificio ospedaliero.

La copertura finanziaria degli interventi è assicurata, in parte con risorse di bilancio dell'A.S.P. ed in parte con fondi derivanti dal redigendo Programma poliennale di interventi ex art. 20 Legge n. 67/88 (ammessi a finanziamento dall'Assessorato regionale della Salute), o dall'Asse 6 PO FESR 2007/2013 linea 6.1.2.3..

Per tutti gli interventi inseriti nel piano si riportano di seguito alcune note illustrative.

1) **Lavori per l'abbattimento delle barriere architettoniche dell'ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani.**

Il progetto dei lavori per l'abbattimento delle barriere architettoniche del P.O. S. Antonio Abate, finanziato nell'ambito del piano poliennale ex art. 20 Legge n. 67/88, così come rielaborato da questa Azienda in adeguamento alle vigenti norme di prevenzione incendi e di costruzioni i zona sismica, prevede la realizzazione di due vani di corsa con struttura autoportante di tipo metallico con tamponatura esterna ventilata con pannelli prefabbricati per permettere la collocazione di due ascensori **"montalettighe antincendio"**, di cui uno da utilizzarsi quale ascensore di soccorso per il personale dei VV.F., delle dimensioni tali da consentire l'accesso di un letto di degenza anche se con arti in trazione transcheletrica, da installarsi sul lato sinistro del fronte principale del complesso ospedaliero e di esclusivo utilizzo da parte del personale interno per il trasferimento dal pronto soccorso ai reparti ovvero dai vari piani da e per i complessi operatori del secondo, quinto e settimo piano. Data la notevole corsa degli ascensori, superiore a mt. 20,00, essi saranno del tipo

elettromeccanico a funi ed ai vari piani, in corrispondenza degli sbarchi, saranno dismessi gli infissi esistenti, e sarà demolita parte della muratura a prospetto, per permettere il collegamento degli ascensori con i corridoi esistenti.
Limitatamente ai piani primo, secondo e ottavo, si collocheranno, in quanto attualmente mancanti, nuove porte REI, e precisamente:

- ai piani primo, secondo, tra la zona filtro prospiciente i nuovi ascensori e la zona di arrivo della scala e degli ascensori già esistenti;
- al piano ottavo, per creare la zona filtro tra i nuovi ascensori ed i corridoi esistenti.

Ai piani, dal primo al settimo, si provvederà all'ampliamento delle zone filtro ove avverrà lo sbarco dei nuovi ascensori antincendio. Zone già esistenti che saranno adeguatamente ampliate mediante il necessario ed indispensabile spostamento di alcune porte REI, anche con il fine di creare l'aerazione e l'illuminazione naturale della zona e precisamente:

- verranno spostate di pochi metri le porte REI site sul lato dx della zona filtro (ossia le porte che danno accesso all'ala centrale del complesso ospedaliero), fino all'allineamento con la parete posteriore della struttura degli ascensori esistenti, previa dismissione della porta REI esistente e la demolizione della tramezzatura. Sarà eseguito il rifacimento della nuova tramezzatura e la collocazione della porta REI;
- Al piano nono, ossia nel terrazzo, lo sbarco degli ascensori avverrà direttamente su spazio aperto mediante la dismissione della ringhiera in ferro esistente nel tratto interessato.

Il progetto prevede inoltre la realizzazione dei seguenti interventi:
Opere di protezione della struttura dei vani di corsa degli ascensori, da urti anche accidentali da parte dei veicoli, con realizzazione di aiuole da costruirsi in calcestruzzo leggermente armato. Impianto elettrico per l'alimentazione degli ascensori che saranno dotati di idonei impianti di alimentazione elettrica nel rispetto della normativa vigente in materia. Si procederà anche all'adeguamento del quadro elettrico principale posto al piano seminterrato del complesso principale, e alla sistemazione del locale tecnico posto al nono piano dove sarà alloggiato il quadro generale ascensori.
L'importo dei lavori previsti ammonta ad € 1.631.448,89, compresi degli oneri per la sicurezza inclusi e speciali di € 76.657.85, oltre ad € 668.551,11 per somme a disposizione dell'Amministrazione, per un importo complessivo del progetto di € 2.300.000,00. E' già stato completato l'iter di appalto dei lavori, sottoscritto il contratto d'appalto con il raggruppamento temporaneo di imprese aggiudicatario e consegnati i lavori, che avranno concreta esecuzione nel corso del 2012.

Progettista: Ing. Santi Marchese – professionista esterno;
Importo complessivo: € 2.300.000,00;
Fonte di finanziamento: Piano poliennale ex art. 20 Legge n. 67/88 per € 2.020.798,16 – fondi di bilancio aziendale per € 279.201,84;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012

2) **Lavori di adeguamento della cabina elettrica di trasformazione dell'ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani.**

La cabina di trasformazione dell'ospedale di Trapani, di vetusta concezione, necessita oggi di un radicale rifacimento e ridimensionamento. Si prevede la realizzazione di una nuova cabina di trasformazione prefabbricata da installare in un'area disponibile all'interno del complesso ospedaliero di Trapani. I lavori sono già stati affidati alla Società che in atto esegue il contratto di gestione e manutenzione degli impianti tecnologi dell'intero complesso ospedaliero, con contratto comprensivo di una quota destinata alla realizzazione di interventi di riqualificazione e/o adeguamento della componente impiantistica gestita. Ha già avuto inizio la fase dei lavori di consolidamento dell'area dove verrà collocata la nuova cabina di trasformazione. L'esecuzione dei lavori avverrà nel corso del 2012.

Progettista: Ing. Favuzza – professionista esterno;
Importo complessivo: € 1.200.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012

3) **Lavori urgenti di manutenzione straordinaria per la rifunzionalizzazione dei locali destinati ad uffici della sede centrale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani.**

Le molteplici attività sanitarie ambulatoriali storicamente presenti presso la sede centrale dell'Azienda Sanitaria Provinciale, sita in Trapani, nella via Mazzini, sono state in gran parte trasferite presso la nuova sede del Distretto Sanitario di Trapani, allocato all'interno della Cittadella della Salute. Nelle prossime settimane tale trasferimento riguarderà anche le ultime attività sanitarie ancora presenti presso la sede centrale, ossia il Servizio di radiologia, il Laboratorio d'analisi ed il Servizio di fisioterapia.
Con il completamento del trasferimento delle residue attività sanitarie, si renderanno disponibili, all'interno della sede centrale, numerose aree oggi indispensabili per l'ottimale e razionale sistemazione della Direzione aziendale e dei diversi Settori amministrativi, le quali, prima della nuova utilizzazione, dovranno essere opportunamente rifunzionalizzate per essere adeguate alla nuova destinazione d'uso.
In particolare le aree che si rendono disponibili dal trasferimento delle attività sanitarie sono le seguenti:

- Piano terra: aree già destinate ad ambulatori ed al Servizio di fisioterapia;
- Piano primo: aree già destinate ad ambulatori;
- Piano terzo: aree già destinate al Servizio di radiologia;
- Piano quarto: aree già destinate al Laboratorio d'analisi.

La presente relazione tecnica riguarda il progetto di rifunzionalizzazione delle aree che si rendono disponibili, del quale, per ciascuno dei piani interessati, si allegano le planimetrie descrittive sia dello stato di fatto che di quello di progetto.
Il progetto elaborato dal Settore Tecnico e Patrimoniale intende perseguire i seguenti obiettivi:
Razionalizzazione degli spazi destinati alla Direzione aziendale.
La Direzione aziendale occupa attualmente una porzione del quarto piano dell'edificio, accessibile unicamente attraverso il corpo scala con accesso dalla via G. Mazzini. La restante parte del quarto piano è occupata dal Laboratorio d'analisi, che sarà presto trasferito presso la nuova sede del Distretto di Trapani. La situazione attuale, caratterizzata da un unico punto di accesso ai locali della Direzione, rende particolarmente complessa la possibilità di operare un'azione di filtro tra la Direzione stessa e la numerosa utenza esterna.
La disponibilità dei locali già occupati dal Laboratorio d'analisi, permetterà di operare una ridistribuzione degli spazi e consentirà di utilizzare anche il secondo corpo scala che serve il piano. Ciò consentirà di filtrare adeguatamente i flussi del personale e degli utenti diretti la Direzione aziendale.
In particolare il progetto prevede di trasferire l'intera Direzione generale all'interno degli spazi attualmente utilizzati dal Laboratorio d'analisi, da sottoporre ad una necessaria rifunzionalizzazione. Si prevede di utilizzare il corpo scala posto su Piazza Umberto I per l'accesso degli utenti esterni, per i quali è prevista la realizzazione un un'ampia sala d'attesa dotata di servizi igienici. Qui gli accessi saranno regolati e filtrati da un commesso che controllerà e regolamenterà gli accessi verso un'ulteriore sala d'attesa, e, in sequenza, verso la Segreteria della Direzione generale, prima di giungere nella stanza del Direttore Generale. Nell'intorno della Direzione generale è prevista la realizzazione di tre ulteriori locali destinati agli Uffici di Staff. La parte restante del quarto piano sarà destinata alla Direzione sanitaria ed alla Direzione amministrativa, che potranno disporre complessivamente di sedici stanze e di un gruppo di servizi igienici distinti per sesso.

L'intera Direzione aziendale potrà accedere al quarto piano attraverso il corpo scala con accesso su via Mazzini, il cui utilizzo sarà precluso all'utenza esterna.
Il progetto prevede inoltre la netta separazione del percorso destinato agli utenti esterni da quello destinato alla Direzione aziendale.

Realizzazione delle aree destinate al Settore Tecnico e Patrimoniale.

Il Settore Tecnico e Patrimoniale è attualmente l'unica struttura complessa amministrativa non allocata all'interno della sede amministrativa dell'Azienda. Ciò determina evidenti difficoltà operative e di collegamento con le restanti strutture amministrative e con la Direzione aziendale, che si traducono in un appesantimento e rallentamento dell'attività amministrativa. L'attuale sede del Settore Tecnico, posta all'interno della Cittadella della Salute, è inoltre sottodimensionata rispetto ai più gravosi compiti cui è chiamato il Settore nella nuova organizzazione prevista dall'A.S.P. (nuovo Servizio di Ingegneria Biomedicale e Servizio Informatico). Per le suddette motivazioni, obiettivo prioritario del presente progetto, è pertanto quello della realizzazione della nuova sede del Settore Tecnico, per il si prevede di utilizzare la porzione del piano terra già destinata ad ambulatori ed al Servizio di fisioterapia.
A tal fine il progetto prevede la rifunzionalizzazione degli spazi disponibili, rimodulando il corpo triplo oggi suddiviso tra corridoio-sale d'attesa-ambulatori nella nuova configurazione costituita da uffici-corridoi-uffici. Il recupero degli spazi destinati del piano terra permetterà la realizzazione di alcuni locali destinati ai manutentori (operatori tecnici) attualmente presenti presso la Cittadella della Salute, i quali saranno anch'essi trasferiti presso la sede centrale, sotto il diretto controllo e coordinamento del Settore Tecnico.

Realizzazione di un presidio di Guardia medica.

Il progetto prevede l'utilizzazione di una porzione del piano terra, per la realizzazione di un Presidio di Guardia Medica. L'agglomerato urbano di Trapani è attualmente servito da due Presidi di guardia medica: il primo posto all'interno dell'Ospedale di Trapani, in territorio del Comune di Erice, ed il secondo nella Via Martiri di Nassyria, nel quartiere periferico di Fontanelle Sud. Il popoloso centro storico cittadino, meta di un consistente movimento turistico, nonché sede del porto, è privo di un presidio sanitario. Si ritiene opportuno colmare questa grave mancanza con la realizzazione di un Presidio di Guardia medica, notturna e festiva, al piano terra della sede centrale, con accesso da Piazza Umberto I.
Come può evincersi dagli elaborati grafici, la Guardia medica disporrà di una sala d'attesa con servizi igienici distinti per sesso, di una sala medica, di una stanza di riposo del medico dotata di un proprio servizio igienico. L'accesso esterno è inoltre privo di barriere architettoniche. Il progetto prevede inoltre la realizzazione delle opere occorrenti ad impedire l'accesso ai corpi scala-ascensori agli utenti esterni diretti verso la Guardia medica, scongiurando in tal modo l'accesso incontrollato verso le parti della struttura destinate alle attività amministrative.

Mantenimento di un punto di prenotazione (CUP).

Il progetto prevede inoltre la realizzazione a piano terra di un locale da utilizzare quale punto di prenotazione delle prestazioni sanitarie (CUP), così da offrire all'utenza una soluzione ulteriore, alternativa a quella operante presso la Cittadella della Salute, così da soddisfare le molteplici e variegate esigenze della numerosa utenza.

Rifunzionalizzazione dei piani primo e terzo.

Il progetto prevede infine la rifunzionalizzazione degli spazi già destinati ad attività sanitarie dei piani primo e terzo, che potranno essere utilizzati per una opportuna razionalizzazione dei Settore amministrativi già presenti presso la sede centrale.
E' già stato completato l'iter di appalto dei lavori ed è in fase di stipula il contratto d'appalto con l'impresa aggiudicataria. L'esecuzione dei lavori avverrà nel corso del 2012.

Progettista: Geom. Leonardo Lisciandra - interno;
Importo complessivo: € 500.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012

4) **Lavori di manutenzione straordinaria del palazzo pesco della Cittadella della Salute per il trasferimento della nuova sede del Servizio Farmaceutico.**

Uno dei pochi padiglioni dell'ex Ospedale Psichiatrico di Trapani ancora non oggetto di ristrutturazione ed inutilizzato, è quello della ex Residenza Sanitaria per disabili. Il padiglione, a due elevazioni fuori terra, è stato oggetto di limitati interventi di carattere ordinario e necessita oggi della parziale riorganizzazione interna degli spazi, dell'adeguamento e potenziamento dell'impianto elettrico, della realizzazione di un impianto di climatizzazione e dell'abbattimento delle barriere architettoniche. Sono previsti anche interventi di manutenzione degli infissi interni ed esterni, dei servizi igienico sanitari e dei prospetti esterni.

Progettista: Geom. Leonardo Lisciandra;
Importo complessivo: € 340.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012

5) **Lavori di adeguamento ai requisiti di cui al d.a. sanità n. 890/2002 dell'ospedale "Abele Ajello" di Mazara del Vallo.**

L'Ospedale è stato realizzato in diverse fasi tra gli anni '60 e i primi anni '80. La distribuzione dell'impianto, presenta uno schema a pettine, con un corpo longitudinale (contenente collegamenti verticali), realizzato con strutture portanti in muratura continua negli anni 60 su cui si innestano quattro corpi a spina, trasversali, realizzati negli anni 70. Il corpo principale originario con struttura portante in muratura, si dimostra poco flessibile agli adattamenti, i corpi aggiunti con struttura portante in c.a. sono più facilmente adattabili. Attualmente l'Ospedale, dal punto di vista organizzativo–funzionale, come si evince dalla relazione generale, non soddisfa in alcun caso le esigenze richieste dai più recenti indirizzi in ambito sanitario e dalle vigenti norme in materia. In particolare l'ospedale nella sua attuale configurazione non presenta né aree funzionali sufficientemente adeguate e fruibili, né considera il rispetto degli Standards dimensionali minimi per le camere di degenza (9 mq./P.L). I servizi igienici sono in gran parte non attigui alle camere da letto, i supporti sanitari (bagno assistito, soggiorni pazienti ecc) sono insufficienti o inesistenti. Il gruppo operatorio e il blocco parto non presentano i requisiti di igienicità richiesti: separazione dei percorsi sporco e pulito. Il pronto soccorso, allocato in locali esigui e poco funzionali, non ha i requisiti minimi richiesti. La cardiologia con annessa U.T.I.C. è totalmente insufficiente. ecc. Dal punto di vista strutturale il complesso non soddisfa le nuove norme di cui al D.M. 14.01.2008. Dal punto di vista della prevenzione incendi, l'edificio non soddisfa le norme di cui al D.M. 18.09.2002 e ss. mm. e ii.

Descrizione del progetto definitivo

L'intervento, di ristrutturazione e ampliamento, prevede il complessivo adeguamento della struttura ospedaliera ai requisiti minimi del D.A. Sanità n. 890/2002, comportante, tra l'altro, anche la realizzazione di nuovi corpi di fabbrica (pronto soccorso, complesso operatorio, psichiatria e farmacia), l'inserimento di nuove strutture (scale esterne di sicurezza), la realizzazione di nuovi impianti e la riorganizzazione interna dei fabbricati esistenti. Il progetto, inoltre, nell'ambito della verifica del requisito di sicurezza antisismica, prevede la realizzazione di opere di adeguamento strutturale, finalizzate al raggiungimento di tale requisito in tutti i fabbricati.

In particolare la distribuzione delle diverse unità operative nei vari piani da progetto è la seguente:

Livello a quota – 4,50 (corpo 7)

Piano interrato di nuova costruzione, completamente destinato alle attività impiantistiche e tecnologiche;

1° livello a quota -1,50

Diagnostica per immagine, (zona da ristrutturare ed ampliare) con due sale per Rx, due per la TAC, una per la Mammografia, una per l'Ecografia e tutti i servizi di supporto;
Blocco Operatorio, (nuova costruzione), con tre sale operatorie, di cui una destinata al Day-Surgery, locali filtri per pazienti e personale, locali preparazione e risveglio e tutti gli altri servizi di supporto;
Attività riabilitativa e servizi annessi;
Morgue completa degli spazi destinati ai vari usi e dei servizi necessari;
Spogliatoi per il personale, depositi, archivi e locali tecnici dislocati in zona baricentrica;
Spazio destinato alla distribuzione dei pasti con accesso diretto dalle aree esterne;
L' attuale zona dell'auditorium verrà destinata al dipartimento d'immagine.

2° livello a quota 0,00

L'edificio (nuova costruzione) sulla via Novara, al piano terra prevede:
L'accesso alla farmacia ed alla salute mentale dalla via Novara in maniera autonoma e dall'area interna per i collegamenti con il nosocomio;

2° livello a quota 2,10

L'atrio principale di accesso all'ospedale (nuova costruzione) dalla via Salemi – all'esterno sul piazzale la portineria ed il locale ristoro;
L'atrio d'ingresso al dipartimento materno-infantile;
La direzione Sanitaria ed Amministrativa poste sul fronte tra l'atrio d'ingresso principale e quello destinato al Dipartimento materno-infantile;
Il pronto soccorso (con accesso e percorso autonomo direttamente collegato con l'esterno sulla via Novara) con sale visita, locali per l'emergenza,attese per i parenti, pazienti ambulanti e barellati, servizi igienici, studi medici e quattro posti letto in osservazione;
L'area degli ambulatori, laboratori e prelievi;
Il PTA – Presidio Territoriale di Assistenza con ingresso dedicato all'esterno;
La radioterapia con annessi servizi e accesso autonomo e diversificato dall'esterno:

3° livello a quota 4,50

L'edificio (nuova costruzione) sulla via Novara

- La farmacia;

3° livello a quota 6,10

Il terzo livello nel suo complesso prevede:

- Cardiologia 13 posti letto;
  U.T.I.C. 06 posti letto
- Attività ed indagini cardiologiche specifiche;
- Pediatria 10 posti letto;
- Quartiere medico;
- Ambulatori strumentali;
- Chirurgia generale 15 posti letto;
- Con annessa oftalmologia 04 posti letto;
- Con annessa ortopedia 04 posti letto.

4° livello a quota 8,00

L'edificio (nuova costruzione) sulla via Novara prevede:

- La psichiatria 15 posti letto;

4° livello a quota 10,10

Tale livello prevede i seguenti servizi:

- Malattie apparato respiratorio 12 posti letto;
- Ostetricia e Ginecologia, 12 posti letto;
- Blocco Parto con due sale parto, una sala travaglio (con tre posti letto) osservazione post-partum – una sala operatoria dotata di preparazione pazienti e medici, sterilizzazione

Nido per neonati sani e protetti:

- Quartiere medico

- Ambulatori strumentali
- Endoscopia
- Riabilitazione 12 posti letto

5° livello a quota 11,50

L'edificio (nuova costruzione) su via Novara prevede:

- Le centrali di alimentazione (idrica e frigorifera) e servizi annessi

5° livello a quota 14,10

Questo livello prevede nel suo complesso:

- Medicina generale, 20 posti letto;
  con annessa oncologia 04 posti letto;
- Lungodegenza 16 posti letto.

Totale **143 posti letto**

Tutte le diverse unità operative previste in progetto presentano i requisiti strutturali ed impiantistici minimi individuati dal D.A. Sanità n. 890/2002 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

I dati urbanistico-edilizi più significativi del progetto sono i seguenti:

Superficie fondiaria	mq	11.017,40	
Superficie coperta	mq	5.147,50	
Superficie "utile lorda"	mq	17.583,40	
Superficie spazi tecnici e di servizio	mq	2.272,90	
Superficie centrali d'alimentazione	mq	1.253,30	
Superficie complessiva	mq	21.111,60	
Superficie "utile netta"	mq	14.901,15	
Cubatura	mq	82.685,60	
Strade e piazzali	mq	5.031,00	
Spazi attrezzati:	mq	540,40	
Rapporto di copertura:			mq/mq 0,49
Rapporto di cubatura:			mc/mq 7,50
Posti letto			143
Rapporto area per degente			77,04 MQ/PL
Rapporto superficie lorda per degente			122,96 MQ/PL
Rapporto superficie netta per degente			104,20 MQ/PL

Nell'ambito del progetto è prevista la realizzazione di nuovi corpi di fabbrica (pronto soccorso, complesso operatorio, psichiatria, farmacia e nuove scale esterne di sicurezza). I corpi di fabbrica esistenti saranno invece adeguati dal punto di vista sismico alle previsioni del D.M. 14 gennaio 2008.

E' previsto inoltre il completo rifacimento dei seguenti impianti tecnologici:

- Impianti elettrici, telefonici e trasmissione dati;
- Impianto di produzione di acqua calda per usi igienico sanitari;
- Impianto di trattamento acqua con addolcitori ed osmosi inversa;
- Impianto idrico sanitario ed antincendio;
- Impianto di depurazione delle acque nere;
- Impianto di irrigazione delle aree verdi;
- Impianto di climatizzazione ambientale estivo ed invernale;
- Impianti di trattamento aria tali da garantire gli adeguati ricambi e l'adeguata filtrazione degli ambienti a particolare rischio (complessi operatori, terapie intensive, laboratori, ecc.);
- Impianto di rilevazione incendi;
- Impianto di allarme sonoro;
- Impianto di distribuzione dei gas medicali (ossigeno, protossido d'azoto, vuoto, aria medicale);
- Impianto di chiamata infermieri;

E' attualmente in corso la procedura di appalto dei lavori che si concluderà nella prima parte del 2012.

Progettista: SAIR geie di Forlì;

Importo complessivo: € 32.400.000,00;
Fonte di finanziamento: PO FESR 2007/2013 linea 6.1.2.3;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012 – 2013

6) **Lavori di adeguamento del complesso operatorio di v piano dell'ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani.**
L'Ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani è stato realizzato nella prima metà degli anni '60 ed è stato posto in attività all'indomani del terremoto del 1968 che aveva reso inutilizzabile il vecchio ospedale di Trapani. L'odierno ospedale presenta pertanto un'età di oltre 40 anni e, nonostante l'accettabile stato di conservazione determinato dalla costante attività di manutenzione svolta dalle diverse Amministrazioni succedutesi nella gestione, presenta oggi numerose difformità dai requisiti minimi strutturali ed impiantistici definiti dal D.A. Sanità n. 890/2002 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie nell'ambito della Regione siciliana. Zone di particolare criticità si riscontrano nei complessi operatori dell'Ospedale (che ne possiede tre: il principale destinato alla chirurgia generale ed altri due destinati alla Ostetricia e Ginecologia ed all'Oculistica), che necessitano di urgenti opere di adeguamento e messa a norma.
In particolare, oggetto del presente intervento sono i lavori di adeguamento del complesso operatorio posto al quinto piano dell'edificio a monoblocco, utilizzato per le attività di Ostetricia e Ginecologia.
L'ex Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate", confluita nell'odierna Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, aveva già proceduto al conferimento di un apposito incarico di progettazione e direzione dei lavori di adeguamento del complesso operatorio, destinando allo scopo un finanziamento di € 1.000.000,00 a valere sul proprio bilancio. L'entità e la complessità dell'intervento richiedono tuttavia una spesa maggiore, quantificata dal progettista incaricato in complessivi € 2.000.000,00, come riportato nel seguente quadro di spesa.
Nel dettaglio l'intervento è mirato alla ristrutturazione dell'intero complesso operatorio al fine di adeguarlo alle nuove disposizioni legislative in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie di cui al D.A. 17/06. Il progetto prevede la realizzazione del nuovo blocco parto costituito da due sale operatorie, tre sale travaglio-parto, una isola neonatale, locali di servizi annessi. Una delle due sale operatorie ha caratteristiche idonee per l'utilizzo, in emergenza, in sostituzione delle sale operatorie del secondo piano.
Durante l'esecuzione dei lavori il complesso operatorio non sarà utilizzabile e pertanto le attività di pertinenza del Reparto di Ostetricia e Ginecologia dovranno essere effettuate nel complesso operatorio di chirurgia posto al secondo piano dell'edificio.
Il progetto esecutivo dovrà acquisire i pareri igienico sanitario, e l'attestazione di conformità urbanistica, prima di procedere alla sua definitiva approvazione ed all'avvio delle procedure di gara per l'appalto dei lavori, che dovranno svolgersi col sistema del pubblico incanto.
Progettista: Ing. Adriana Stillone;
Importo complessivo: € 2.800.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012 – 2013

7) **Realizzazione delle scale di sicurezza in struttura metallica presso il p.o. di Trapani**
Per il pieno adeguamento alle norme di prevenzione incendi è necessario realizzare tre scale esterne. I progetti sono già stati predisposti dal Settore Gestione Tecnica, col supporto dell'Ing. Salvatore Castaldo, appositamente incaricato dell'esecuzione del calcolo strutturale. Sono già state avviate le procedure di gara per l'appalto dei lavori relativi alle due scale poste in corrispondenza del prospetto principale, a servizio dei due corpi di fabbrica avanzati caratterizzati da due elevazioni fuori terra. La terza scala, posta

posteriormente a servizio del corpo di fabbrica ospitante i complessi operatori, è particolarmente impegnativa dal punto di vista strutturale, avendo un'altezza di otto piani, struttura autoportante e dovendo avere la sua fondazione in corrispondenza dell'attuale scala di collegamento tra il monoblocco e la palazzina ex alloggio suore. Il progetto è stato completato con una previsione di spesa di circa € 1.200.000,00.
Progettista: Settore Gestione Tecnica – Ing. Salvatore Castaldo (calcolista strutturale);
Importo complessivo: € 1.200.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012 – 2013

8) **Lavori connessi con al realizzazione del PTA di Marsala**
L'intervento riguarda le opere connesse col recupero e riattivazione dell'ala nuova dell'ex Ospedale S. Biagio di Marsala, che, sulla base delle valutazioni espresse dal gruppo di lavoro nominato dalla Direzione aziendale, dovrà ospitare le seguenti Unità Operative:
- Ufficio invalidi civili e Medicina legale e fiscale;
- Modulo amministrativo del Distretto di Marsala;
- Centro salute mentale e neuropsichiatria infantile;

Gli interventi riguarderanno anche il trasferimento del Sert nei locali resi liberi dall'Ufficio di medicina legale e fiscale e il trasferimento della postazione 118 nei locali dell'ex rianimazione.
Progettista: Settore Gestione Tecnica;
Importo complessivo: € 500.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012 – 2013

9) **Riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione**
In vista dell'implementazione delle attività del Dipartimento di prevenzione, SPRESAL e SIA di Trapani è necessario procedere al completamento del piano primo del padiglione Psicologia della Cittadella della Salute.
Progettista: Settore Gestione Tecnica;
Importo complessivo: € 500.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012 – 2013

10) **completamento dell'adeguamento antincendi del po di Salemi**
Per il completamento dei lavori di adeguamento antincendi del PO di Salemi, rispettando le prescrizioni dei VV.F., si è reso necessario adeguare tutto l'impianto di climatizzazione con serrande tagliafuoco.
Progettista: Settore Gestione Tecnica;
Importo complessivo: € 350.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012

11) **Adeguamento dei Centri Trasfusionali dell'ASP**
Da attuarsi obbligatoriamente entro il 2012 nel rispetto delle risultanze dell'Accordo Stato Regioni del dicembre 2010. Per l'ospedale di Marsala occorrono pochi interventi, cosa ben diversa per il PO di Trapani.
Progettista: Settore Gestione Tecnica;
Importo complessivo: € 350.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012 - 2013

12) **Lavori di riconversione dell'ex alloggio suore dell'ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani per attività sanitarie.**

L'Ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani è stato realizzato nella prima metà degli anni '60 ed è stato posto in attività all'indomani del terremoto del 1968 che aveva reso inutilizzabile il vecchio ospedale di Trapani. L'odierno ospedale presenta pertanto un'età di oltre 40 anni e presenta oggi una condizione di complessivo congestionamento, a causa della ingente presenza di unità operative di degenza, diagnosi e cura. Oggi l'Ospedale, ai sensi del D.A. Salute del 25/05/2010, deve ospitare discipline per complessivi 349 posti letto tra acuti e day hospital. L'attuale struttura non è in grado di ospitare i servizi previsti dal D.A. Salute 25/05/2010 nel pieno rispetto degli standards minimi strutturali dettati dal precedente D.A. Sanità n. 890/2002. È pertanto necessario pensare ad un ampliamento dell'ospedale con la realizzazione di nuovi corpi di fabbrica o all'utilizzazione per attività sanitarie di edifici già esistenti. La nascita dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani ha determinato l'accorpamento tra l'ex Azienda Sanitaria Locale n. 9 e l'ex Azienda Ospedaliera di Trapani, con l'accentramento di tutte le attività direzionali presso la sede centrale dell'ex A.U.S.L. n.9. Ciò ha determinato ha reso disponibili all'interno dell'Ospedale di Trapani le aree e le strutture che venivano utilizzate dalle attività direzionali dell'ex Azienda Ospedaliera, che potranno essere riconvertite per un utilizzo a fini sanitari.

L'intervento in oggetto riguarda appunto la riconversione dell'interno corpo di fabbrica destinato all'ex alloggio suore (palazzina F) per un uso sanitario. L'immobile era stato utilizzato dall'ex Azienda ospedaliera per la sede dei servizi tecnici ed amministrativi che oggi possono essere tutti concretati nell'edificio della Direzione sanitaria, liberando spazi utili per attività sanitarie. In particolare il progetto prevede l'allocazione nella palazzina dell'Unità operativa di oncologia (che consentirà di liberare gli spazi destinati al Servizio PET) e l'Unità Operativa di Dermatologia (liberando spazi nel monoblocco che saranno utilizzati per ampliare l'Unità operativa di Cardiologia). L'intervento, oltre all'adeguamento distributivo e impiantistico interno, richiederà anche la realizzazione di un impianto elevatore monta letti e di un servo scala che consentiranno l'abbattimento delle barriere architettoniche ed il collegamento dell'edificio col monoblocco anche per i soggetti barellati o portatori di handicap.

Progettista: Ufficio tecnico Ospedale "S. Antonio Abate";
Importo complessivo: € 350.000,00;
Fonte di finanziamento: Bilancio A.S.P.;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012

13) **Lavori di adeguamento della cabina elettrica di trasformazione del vecchio ospedale "Vittorio Emanuele II" di Castelvetrano.**

La cabina di trasformazione annessa alla vecchia sede dell'Ospedale di Castelvetrano alimenta attualmente la nuova Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani, oltre alle attività del Distretto Sanitario di Castelvetrano, allocate in alcune porzioni del vecchio ospedale. L'impianto, di vetusta concezione, necessita oggi di un radicale rifacimento e ridimensionamento. Si prevede la realizzazione di una cabina di trasformazione prefabbricata da installare in adiacenza all'esistente, che sarà mantenuta in attività fino all'entrata in funzione della nuova.

Progettista: Ing. Alberto Santoro;
Importo complessivo: € 150.000,00;
Fonte di finanziamento: Piano poliennale ex art. 20 Legge n. 67/88 – quota parte del ribasso d'asta conseguito nell'appalto dei lavori di riconversione del vecchio ospedale di Castelvetrano in Residenza Assistenziale Sanitaria per anziani;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012

14) **Demolizione e ricostruzione del Presidio Sanitario di Salaparuta.**

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani ha condotto una dettagliata campagna di indagini sismiche per valutare il grado di sicurezza dei propri edifici destinati a servizi sanitari. Dalle verifiche condotte è emerso le indagini strutturali e le verifiche sismiche condotte sull'intero edificio ospitante il presidio sanitario di Salaparuta hanno evidenziato un condizione di complessiva inadeguatezza strutturale. Di tale situazione è stato prontamente informato il Sindaco di Salaparuta che, in spirito di collaborazione, ha posto a disposizione dell'A.S.P. l'edificio comunale destinato a "centro comunale di aggregazione giovanile", sito nella via Nicolò Macchiavelli, angolo Via Regione Siciliana.

L'A.S.P. ha già iniziato l'esecuzione dei lavori necessari all'adeguamento dei locali alle necessità della guardia medica (per la quale è stata prevista un sala d'attesa con servizi igienici anche per i portatori di handicap, una sala visita, una stanza per il medico con propri servizi igienici) e degli uffici amministrativi e sanitari in atto presenti a Salaparuta. Detti lavori saranno ultimati entro il corrente mese di novembre così da consentire il rapido trasferimento di tutte le attività dell'A.S.P. presenti nel presidio sanitario di via Palermo.

Contestualmente l'A.S.P. ha richiesto ed ottenuto da parte del Dipartimento di Protezione Civile un finanziamento di € 1.186.117,77, destinato alla demolizione e ricostruzione del Presidio Sanitario di Salaparuta.

Il progetto prevede la ricostruzione in situ dell'edificio, che sarà dimensionato per ospitare le attività sanitarie in atto erogate nella città di Salaparuta: Guardia Medica, Ufficio di Igiene Pubblica, Ufficio Vaccinazioni, Postazione ambulanze del 118, Archivi.

Progettista: Esterno da incaricare;

Importo complessivo: € 1.186.117,77;

Fonte di finanziamento: Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 novembre 2010 n. 3907;

Periodo di esecuzione dei lavori: 2012 - 2013

15) **Lavori di realizzazione del servizio di radioterapia ed ampliamento dell'ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani.**

L'Ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani è stato realizzato nella prima metà degli anni '60 ed è stato posto in attività all'indomani del terremoto del 1968 che aveva reso inutilizzabile il vecchio ospedale di Trapani. L'odierno ospedale presenta pertanto un'età di oltre 40 anni e, nonostante l'accettabile stato di conservazione determinato dalla costante attività di manutenzione svolta dalle diverse Amministrazioni succedutesi nella gestone, presenta oggi numerose difformità dai requisiti minimi strutturali ed impiantistici definiti dal D.A. Sanità n. 890/2002 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie nell'ambito della Regione siciliana.

Oggi la struttura ospedaliera è fortemente congestionata. Si rende necessario procedere alla realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica, inserito all'interno dell'area ospedaliera, nel quale trasferire una parte delle attività sanitarie in atto ospitate nel monoblocco principale. L'A.S.P. ha recentemente acquisito la proprietà del tratto viario della Via Europa che separa l'area ospedaliera da un lotto di terreno posto a monte, di proprietà della stessa A.S.P. e destinato urbanisticamente a parcheggio. Il progetto prevede la realizzazione all'interno di tale area di un nuovo corpo di fabbrica di superficie lorda pari a circa 1.400 mq a pianta rettangolare, insieme alla riperimetrazione dell'intera area ospedaliera, così da inglobare il tratto di Via Europa recentemente acquisito e realizzare un'unica grande area ospedaliera. L'edificio di nuova costruzione sarà caratterizzato da quattro elevazioni ed ospiterà alla prima (piano seminterrato) il servizio di radioterapia, dotato di un acceleratore lineare totalmente posto entro terra e la possibilità di realizzarne un secondo, oltre al reparto di oncologia con 10 posti letto. Il servizio di Radioterapia sarà aperto sia agli utenti di tale reparto che agli utenti esterni. Le elevazioni superiori potranno essere oggetto di una successiva realizzazione. La seconda elevazione, con accesso dalla via Principe di Lampedusa ospiterà il nuovo complesso operatorio con quattro sale chirurgiche e servizi annessi. Le elevazioni terza e quarta ospiteranno i reparti di degenza

dell'area chirurgica e potranno ospitare fino a 70 posti letto. L'edificio sarà realizzato con struttura portante in cemento armato, adeguata a schermare le radiazioni provenienti dall'attività di radioterapia. È prevista anche la prosecuzione del tunnel interrato che in atto collega il monoblocco con l'edificio del pronto soccorso e rianimazione, fino al collegamento col nuovo edificio di cui al presente intervento. Il presente piano triennale prevede la possibilità che la prima elevazione, destinata al servizio di radioterapia ed oncologia, entrambi servizi indipendenti dalle unità operative previste alle elevazioni superiori, possa essere realizzata con l'apporto di finanza privata.
Progettista: Esterno;
Importo complessivo: € 25.000.000,00 di cui € 3.500.000,00 per il solo servizio di radioterapia;
Fonte di finanziamento: Piano poliennale ex art. 20 Legge n. 67/88 e/o possibilità di finanza di progetto;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2014

16) **Lavori di adeguamento ai requisiti di cui al d.a. sanità n. 890/2002 dell'ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani.**
L'Ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani è stato realizzato nella prima metà degli anni '60 ed è stato posto in attività all'indomani del terremoto del 1968 che aveva reso inutilizzabile il vecchio ospedale di Trapani. L'odierno ospedale presenta pertanto un'età di oltre 40 anni e, nonostante l'accettabile stato di conservazione determinato dalla costante attività di manutenzione svolta dalle diverse Amministrazioni succedutesi nella gestone, presenta oggi numerose difformità dai requisiti minimi strutturali ed impiantistici definiti dal D.A. Sanità n. 890/2002 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie nell'ambito della Regione siciliana.
Tra i requisiti di carattere generale è necessario ed indifferibile adeguare la struttura alle norme in materia di sicurezza sismica e di sicurezza antincendi.
L'ex Azienda Ospedaliera di Trapani, ha condotto una dettagliata campagna di indagini strutturali, per accertare le caratteristiche meccaniche dei materiali costituenti le strutture portanti dell'edificio principale.
I valori ottenuti sono stati utilizzati dal prof. Ing. Nunzio Scibilia, incaricato dall'Amministrazione, per effettuare una verifica dell'adeguatezza delle strutture portanti in due distinte ipotesi:
- Una prima fase di verifica condotta secondo il Regio Decreto Legislativo 16/11/1939 n° 2229, vigente all'epoca della realizzazione dell'opera. Le armature ottenute dal progetto così simulato saranno confrontate con quelle accertate in sito;
- In una seconda fase è prevista la progettazione degli interventi di adeguamento considerando la struttura in campo elastico, in modo non rendere necessari i dettagli costruttivi atti garantire la duttilità che contraddistingue le nuove costruzioni.

A tal riguardo tra le tecniche di intervento ipotizzabili dal D.M. 14/01/2008 rientrano:
- l'isolamento sismico degli edifici;
- l'inserimento di dispositivi ad alta dissipazione di energia.

Come è noto, l'intervento di isolamento consiste nel tagliare i pilastri del primo livello e nell'inserire opportuni dispositivi di isolamento, in grado di elevare i periodi di vibrazione delle strutture al di sopra di valori per cui si riducono sensibilmente le azioni trasmesse alla sovrastruttura.
L'isolamento appare promettente, anche in relazione alla insufficiente dimensione dei giunti che separano i corpi di fabbrica, che impone di limitare gli spostamenti relativi tra gli edifici contigui ed alla possibilità di ridurre gli interventi ai piani superiori, garantendo la massima operatività della struttura sanitaria, ma presenta costi elevati.
Anche l'inserimento di dissipatori consente di abbattere le azioni sulla struttura, operando con spettri elastici di progetto notevolmente ridotti rispetto a quello standard, corrispondente ad una dissipazione del 5%.

Trattasi di dissipatori a fluido viscoso da montare all'interno di pantografi in acciaio, aventi il compito di amplificare le velocità di spostamento relativo tra un piano e l'altro, proporzionali all'energia dissipata.
Sulla base di interventi progettati per edifici ospedalieri in c.a. da adeguare (Policlinico Paolo Giaccone di Palermo) si ritiene che il costo dell'intervento di adeguamento del complesso edilizio ammonti a circa € 3.300.000,00 per lavori, oltre le somme a disposizione dell'amministrazione.
Per quanto attiene l'adeguamento alle norme di prevenzione incendi, l'ex Azienda Ospedaliera ha eseguito parzialmente le opere necessarie, ma è ancora indispensabile procedere alla realizzazione delle scale esterne, al completamento della compartimentazione della struttura ed all'adeguamento degli impianti elettrico, rilevazione incendi, illuminazione di sicurezza, ascensori, ecc..
L'ex Azienda ospedaliera aveva proceduto alla redazione di un progetto definitivo (oggi da adeguare all'attuale D.M. 18/09/2002), che prevedeva costi per ulteriori € 3.500.000,00 oltre somme a disposizione dell'Amministrazione.
Le diverse Unità operative dell'Ospedale di Trapani necessitano inoltre di un complessivo adeguamento ai requisiti specifici di cui al D.A. Sanità n. 890/2002, a partire dai complessi operatori, fino ai reparti di degenza ed ai diversi Servizi. Gli interventi riguardano sia gli aspetti edilizi che quelli impiantistici (climatizzazione). Tutti i suddetti interventi devono oggi essere previsti in conformità alle previsioni del D.A. n. 0754/10 del 12/03/2010 che ha riorganizzato e rimodulato la rete ospedaliera dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani.
Progettista: esterno;
Importo complessivo: € 14.000.000,00, oltre a € 1.620.000,00 provenienti dall'alienazione di immobili ex art. 6, c.4 della L.R. n. 12/2011;
Fonte di finanziamento: Piano poliennale ex art. 20 Legge n. 67/88;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2013 - 2014

17) **Lavori di completamento di completamento dell'elisuperficie dell'ospedale "S. Antonio Abate" di Trapani.**
L'intervento prevede il completamento di una elisuperficie di tipo H.E.M.S. (Helicopter Emergency Medical Service) per i trasferimenti veloci da e per l'ospedale di Trapani, in considerazione dell'importanza strategica della struttura nel contesto ambientale del territorio trapanese. Quest'ultima opera, le cui procedure autorizzative sono in itinere, verrà realizzata in un lotto di terreno acquisito dall'ex Azienda ospedaliera "S. Antonio Abate" mediante permuta di immobili con il Comune di Trapani.
Progettista: Ing. Ticali;
Importo complessivo: € 600.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012 - 2013

18) **Lavori di adeguamento e messa a norma della sede del Dipartimento di Prevenzione di Trapani – Via Ammiraglio Staiti.**
Il Dipartimento di prevenzione ha sede nell'edificio di proprietà aziendale sito in Trapani, nella Via Ammiraglio Staiti. L'edificio, realizzato nella prima metà del '900 necessita oggi di consistenti interventi di adeguamento e messa a norma, principalmente legati agli impianti elettrici, agli impianti idrico-sanitari, ed all'abbattimento delle barriere architettoniche. Il progetto, predisposto dall'Ufficio tecnico aziendale, riguarda anche il rifacimento degli infissi esterni e delle opere interne di finitura.
Progettista: Ufficio tecnico aziendale;
Importo complessivo: € 250.000,00;
Fonte di finanziamento: Fondi di bilancio aziendale;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2012 - 2013

19) **Lavori di realizzazione del nuovo Presidio Sanitario di Alcamo.**

Le attività sanitarie attualmente espletate dall'A.S.P. nella città di Alcamo, si svolgono nelle seguenti strutture:

	Superfici mq
Ospedale "S. Vito e S. Spirito":	5.100,00
Poliambulatori ed Igiene Pubblica*:	1.350,00 (locali in affitto)
Archivio cartelle cliniche:	150,00 (locali in affitto)
Servizio di neuropsichiatria:	400,00 (locali in affitto)
Magazzino ospedaliero:	100,00 (locali in affitto)
Servizio farmaceutico e deposito:	400,00 (locali in affitto)
Postazione 118 – veterinari uffici amministrativi Distretto:	750,00
Consultorio familiare:	550,00 (locali in affitto)
Totale:	8.800,00 mq

I locali in affitto, che incidono per oltre il 33% sull'intera superficie totale occupata (2.950 mq su un totale di 8.800 mq), determinando una spesa annua a carico dell'A.S.P. di € 213.242,58, aggiornata al 2010.

Le recenti disposizioni normative in materia di riordino del Servizio sanitario regionale ed, in particolare, il D.A. Salute n. 0754/10 del 12/03/2010 ha profondamente ridisegnato l'assetto organizzativo del P.O. di Alcamo, prevedendo una dotazione complessiva di 93 posti letto (65 per acuti, 12 per riabilitazione, 16 per lungodegenza), ma introducendo anche la presenza di una Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani, da non meno di 20 posti letto, che porterebbe la dotazione complessiva ad almeno 113 posti letto (la previsione di venti posti letto per la R.S.A. ad Alcamo è molto probabilmente sottostimata. Infatti secondo la programmazione sanitaria attualmente in fase di studio, la provincia di Trapani dovrebbe infatti disporre di circa 100 posti letto per R.S.A., dei quali 30 già realizzati a Castelvetrano e i restanti, come esplicitamente previsto dal D.A. Salute n. 0754/10 del 12/03/2010, da realizzare nelle strutture ospedaliere di Alcamo, Salemi e Pantelleria, quest'ultimo con 20 posti letto. Ne consegue che nelle strutture di Alcamo e Salemi, complessivamente, dovranno realizzarsi 70 posti letto per R.S.A., da ripartirsi, si ritiene, in base alla distribuzione demografica).

L'Azienda sta attualmente realizzando i lavori di ristrutturazione e adeguamento dell'Ospedale "S. Vito e S. Spirito" di Alcamo, finanziati nell'ambito del Piano poliennale ex art. 20 Legge n. 67/88. I lavori, che hanno finora riguardato opere di adeguamento e messa a norma edile ed impiantistica dell'edificio esistente, prevederebbero anche la realizzazione di opere importanti di ampliamento, con la realizzazione di nuovi corpi fabbrica da edificarsi nei pochi spazi disponibili all'interno della già congestionata area dove sorge l'Ospedale di Alcamo (per una maggiore superficie utile di circa 580 mq).

L'attuale struttura dell'Ospedale, senza i previsti ampliamenti, è in grado di ospitare i 93 posti letto per acuti, lungodegenza e riabilitazione previsti dal D.A. Salute n. 0754/10, anche se bisognerà prevedere la realizzazione dei servizi connessi con i posti letto di riabilitazione (locali e palestra per le terapie riabilitative, complete dei necessari spogliatoi, oltre ai servizi igienici adeguati per portatori di handicap).

Sulla base degli standards indicati dal D.P. 25 ottobre 1999, in materia di R.S.A., i nuovi corpi in ampliamento potrebbero ospitare non oltre 14 posti letto (il progetto prevedeva infatti ulteriori 13 posti letto nei nuovi corpi di fabbrica), molto al di sotto degli standards minimi che prevedono moduli di non meno di 20 posti letto.

Pertanto il progetto di ampliamento del P.O. di Alcamo, sospeso dall'ex A.U.S.L. n.9, si dimostra non in linea con la nuova programmazione regionale in materia di rete ospedaliera (D.A. n. 0754/10 del 12/03/2010). La rinuncia alle opere in ampliamento

dell'ospedale, al netto dei riconoscimenti in favore dell'Impresa appaltatrice dei lavori, consentirebbe di conseguire un'economia di circa € 1.500.000,00.
Si consideri inoltre che l'Ospedale di Alcamo è caratterizzato da una configurazione planimetrica e da una struttura portante complesse ed articolate, fortemente intersecate con le costruzioni adiacenti, costituita da successivi ampliamenti a partire da un nucleo originario di origine seicentesca con struttura in muratura portante. Successivamente sono stati realizzati due ampliamenti con strutture portanti di tipo misto o intelaiato, fino a giungere all'attuale configurazione. L'Ospedale è situato in pieno centro storico, in una posizione interna alla cortina edilizia e fortemente congestionata.
L'attuale ospedale necessiterebbe ancora dell'adeguamento alle norme sismiche, con una spesa stimabile di € 3.000.000,00.
Infine, anche volendo ipotizzare il completamento degli attuali lavori di ampliamento e la realizzazione delle opere di adeguamento sismico (da finanziare per una previsione di spesa di € 3.000.000,00), si otterrebbe una struttura non in grado di erogare tutti i servizi sanitari oggi presenti nella città di Alcamo, costringendo l'A.S.P. a perpetuare il ricorso ad immobili di proprietà privata, con una spesa annua già oggi superiore a € 210.000,00.
Tutte le superiori considerazioni inducono a ritenere indispensabile, e non più differibile, la realizzazione di una nuova struttura sanitaria ad Alcamo che, da sola sia in grado di concentrare tutti i servizi oggi erogati, partendo dalle attività ospedaliere previste dal D.A. 0754/10, fino alle restanti attività ambulatoriali ed amministrative.
Lo strumento urbanistico di Alcamo prevede un'area destinata ad attrezzature sanitarie, posta in zona periferica, non congestionata da traffico e molto vicina ai collegamenti autostradali. Tale area ha una superficie di circa 40.000 mq e potrebbe ospitare la nuova struttura sanitaria. I relativi costi di esproprio possono cautelativamente stimarsi in € 2.000.000,00.
La nuova struttura dovrebbe disporre di una superficie di circa 9.000 mq, con una cubatura di circa 36.000 mc. Ipotizzando un costo unitario di costruzione di €/mc 370, si giunge ad un costo complessivo di costruzione € 13.320.000,00. Aggiungendo le restanti somme a disposizione dell'Amministrazione, comprese quelle necessarie alla dotazione di arredi ed attrezzature, si giungerebbe ad una spesa complessiva di € 21.000.000,00, che questa Azienda intende richiedere a valere sul Programma poliennale ex art. 20 Legge n. 67/88, triennio 2010/2012.
La validità della proposta è ulteriormente ribadita se si considerano i seguenti elementi:
- economia di € 1.500.000,00 ottenibile dalla diminuzione dell'attuale intervento ex art. 20 Legge n. 67/88;
- mancata necessità di finanziare ulteriori opere di adeguamento sismico dell'attuale ospedale;
- economia di gestione derivante dalla eliminazione degli affitti di immobili privati (€ 210.000,00 annui).

In considerazione del fatto che l'opera prevede la realizzazione di servizi (lavanderia, cucina) suscettibili di una gestione da parte di soggetti esterni all'Azienda, si prevede la possibilità di project financing nella realizzazione di parte dell'opera.
Progettista: Esterno;
Importo complessivo: € 21.000.000,00;
Fonte di finanziamento: Piano poliennale ex art. 20 Legge n. 67/88 e/o possibilità di finanza di progetto;
Periodo di esecuzione dei lavori: 2013 - 2014

20) **Adeguamenti per la realizzazione di PTA nella provincia di Trapani.**
Il PTA è un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente facilitando l'accesso ai servizi e l'iter assistenziale complessivo. Questa nuova modalità organizzativa è orientata prioritariamente all'integrazione delle diverse componenti assistenziali e alla stretta collaborazione con le Amministrazioni Locali.

Gli obiettivi primari del PTA sono:
- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie a lungo termine, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;
- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

Il PTA assume come riferimento portante la concentrazione dei servizi territoriali e si traduce in soluzioni coerenti con il contesto in cui si colloca. La sede fisica del PTA può essere il presidio ospedaliero rifunzionalizzato, la sede di un poliambulatorio o altre soluzioni alternative in grado di garantire l'integrazione organizzativo-operativa tra le diverse componenti del sistema assistenziale territoriale.
Il PTA è la "porta di ingresso" del cittadino ai servizi territoriali di assistenza. Esso si pone l'obiettivo di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale.
Esso, in particolare, si articola in:
1. Accesso unico alle cure: è il punto cruciale del PTA, attraverso il quale si creano i collegamenti con tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nel presidio, sia quelli non-aggregati.
2. Assistenza sanitaria di base, specialistica e diagnostica: quest'area include l'attività amministrativa legata all'assistenza di base (scelta del medico, esenzioni, patenti speciali, etc.), l'attività erogativa riguardante le protesi, gli ausili, i presidi, i farmaci ad erogazione diretta, etc. e la gestione delle cure primarie. Particolarmente importante è il collegamento del PTA con l'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dai Medici di Continuità Assistenziale (MCA), dagli Specialisti convenzionati interni ed esterni.
3. Punti di Primo Intervento (PPI): il PPI rappresenta la modalità organizzativa attraverso il quale il PTA potrà offrire un punto di riferimento alternativo all'ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi). I PPI sono gestiti attraverso la rete delle cure primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale), secondo le indicazioni dell'accordo integrativo regionale e secondo le diverse potenzialità del contesto locale, e sono supportati dagli infermieri e dagli specialisti poliambulatoriali ivi operanti. La presenza, quindi, della diagnostica essenziale e della possibilità di consulenza specialistica ed infermieristica costituiscono una potenzialità significativa per la gestione dei casi.
4. Rete delle cure domiciliari: il "punto unico di accesso alle cure domiciliari" sarà integrato alla rete CUP. Le cure a domicilio costituiscono un'ampia area di assistenza sia sanitaria che sociale. E' importante evidenziare in questa sede anche la necessaria integrazione di tale area con il circuito dell'assistenza erogata dai Comuni nell'ambito della L. 328/00 (Legge di integrazione socio-sanitaria), con i quali si potranno realizzare sportelli unici di accesso all'assistenza domiciliare.
5. Altre forma di assistenza territoriale: la L.R. 5/2009 fa riferimento alla stretta connessione del PTA con gli altri servizi assistenziali del territorio, come l'ambito della prevenzione, l'area consultoriale, la salute mentale e tutti gli altri servizi del distretto. Come già detto, il grado di accorpamento dei servizi sarà definito dalle singole ASP sulla base di un'attenta analisi delle strutture di offerta presenti e dei dati di produzione, ma in ogni caso il PTA dovrà garantire l'accesso e la risposta uniforme anche per servizi non fisicamente aggregati con cui sarà mantenuta una stretta integrazione di natura organizzativa-operativa.

In conformità alle indicazioni contenute nel D.A. Salute n. 0754/10 del 12/03/2010 e nel successivo D.A. Salute del 25/05/2010, la rete dei PTA dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani si articola nelle seguenti sedi:

- Alcamo – rifunzionalizzazione del P.O. “S. Vito e Spirito”;
- Salemi – rinfunzionalizzazione del P.O. “Vittorio Emanuele III”;
- Pantelleria – rifunzionalizzazione del P.O. “Bernardo Nagar”;
- Marsala;
- Castelvetrano;
- Mazara del Vallo;
- Trapani.

L’A.S.P. di Trapani ha già provveduto alla realizzazione ed attivazione dei PTA di Trapani e Pantelleria, utilizzando le strutture recentemente realizzate sulla base di finanziamenti concessi nell’ambito dei precedenti programmi pluriennali ex art. 20 Legge n. 67/88. Analogamente sono stati attivati i PTA nei presidi ospedalieri di Salemi ed Alcamo, i quali necessitano tuttavia di ulteriori interventi per il potenziamento dei rispettivi requisiti tecnologici, mediante l’acquisizione di nuove apparecchiature medicali o di nuovi arredi. Devono invece essere avviati gli interventi strutturali, impiantistici e tecnologici necessari alla realizzazione dei PTA di Castelvetrano, Marsala e Mazara del Vallo, presso le strutture poliambulatoriali già esistenti.

Il Finanziamento

Le diverse sedi di PTA sopra elencate presentano esigenze profondamente diverse dal punto di vista degli adeguamenti strutturali, impiantistiche e tecnologiche secondo le indicazioni presenti nel D.A. Salute n. 890/2002. Per quanto sopra, si ritiene opportuno disarticolare il finanziamento di complessivi € 5.000.000,00, previsto nel redigendo programma pluriennale ex art. 20 Legge n. 67/88 – 2010/2012, in tanti distinti interventi quanti sono i PTA sopra elencati, ripartendo le risorse proporzionalmente all’entità degli interventi da porre in essere.

Lo stato di adeguatezza strutturale ed impiantistico delle diverse sedi è il seguente.

PTA di Trapani

La sede del PTA di Trapani è stata recentemente realizzata nell’ambito della Cittadella della Salute di Trapani, sulla base di un finanziamento concesso nel primo triennio di interventi ex art. 20 Legge n. 67/88. I requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici sono già adeguati al D.A. Sanità n. 890/2002. L’A.S.P. ha anche curato l’aggiornamento degli arredi e delle apparecchiature medicali, e pertanto il PTA di Trapani non necessita di ulteriori investimenti.

PTA di Pantelleria

La sede del PTA di Pantelleria è stata recentemente realizzata nell’ambito del P.O. “Bernardo Nagar” di Pantelleria ed, in particolare, in nuovo corpo di fabbrica realizzato sulla base di un finanziamento concesso nel precedente triennio di inteventi ex art. 20 Legge n. 67/88. I requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici sono già adeguati al D.A. Sanità n. 890/2002. L’Azienda intende procedere alla ristrutturazione del corpo di fabbrica esistente, già destinato ad alloggio delle suore, ed oggi del tutto inutilizzato, da destinarsi a foresteria per il personale sanitario non residente a Pantelleria, da impegnarsi nelle attività del PTA. Il recupero di tali locali, posti in adiacenza a quelli del PTA, consentirebbe all’ASP di conseguire un considerevole risparmio nelle spese di alloggio del personale sanitario non residente a Pantelleria.

La superficie interessata è pari a 320 mq, articolata su due elevazioni fuori terra. La struttura portante è di tipo misto, con murature portanti e solai in struttura latero cementizia.

I locali necessitano dell’integrale adeguamento strutturale ed impiantistico e per la sua realizzazione si prevede una spesa pari a € 500.000,00.

PTA di Salemi

In conformità alle indicazioni contenute nel D.A. Salute n. 0754/10 del 12/03/2010 e nel successivo D.A. Salute del 25/05/2010 il PTA di Salemi è stato già attivato attraverso la parziale rifunzionalizzazione del P.O. "Vittorio Emanuele III". I locali destinati al PTA risultano in parte ristrutturati nell'ambito dell'intervento di messa a norma dell'Ospedale di Salemi, il cui primo stralcio è stato finanziato nell'ambito del precedente programma pluriennale ex art. 20 Legge n. 67/88. Restano ancora da eseguire interventi di adeguamento degli impianti elettrici, abbattimento delle barriere architettoniche, rifacimento delle controsoffittature e di ulteriori elementi di finitura, realizzazione della segnaletica interna di orientamento, oltre alla realizzazione di opere di sistemazione della recinzione esterna e dei piazzali destinati al parcheggio delle autovetture.
La superficie interessata dai lavori di sistemazione è pari a circa 1.800 mq, corrispondente ad un intero piano dell'edificio ospedaliero. La struttura portante è del tipo intelaiata in cemento armato, con solai in struttura mista latero-cementizia.
Si prevede una spesa complessiva di € 1.000.000,00.

PTA di Alcamo

In conformità alle indicazioni contenute nel D.A. Salute n. 0754/10 del 12/03/2010 e nel successivo D.A. Salute del 25/05/2010 il PTA di Alcamo è stato già attivato attraverso la parziale rifunzionalizzazione del P.O. "S. Vito e S. Spirito". I locali destinati al PTA risultano in parte ristrutturati nell'ambito dell'intervento di messa a norma dell'Ospedale di Alcamo, il cui primo stralcio è stato finanziato nell'ambito del precedente programma pluriennale ex art. 20 Legge n. 67/88, opportunamente ridotto e rimodulato. Il redigendo programma pluriennale ex art. 20 Legge n. 67/88 prevede la realizzazione di un nuovo presidio sanitario polifunzionale nella città di Alcamo, al cui interno è previsto il PTA. Per tale motivo il finanziamento di che trattasi non sarà utilizzato per interventi presso il PTA di Alcamo.

PTA di Mazara del Vallo

Il PTA di Mazara del Vallo è allocato nei locali del poliambulatorio di Mazara del Vallo, realizzati negli anni '90. La struttura si articola in due distinti edifici dove sono presenti le attività sanitarie ed amministrative afferenti al PTA. Gli edifici, sebbene di recente realizzazione, necessitano oggi dei seguenti interventi:
- Ristrutturazione e adeguamento dei piani semicantinati da destinarsi alle attività sanitarie (radiologia, attività riabilitative);
- Adeguamento alle norme di prevenzione incendi e al D.A. Sanità n. 890/2002.

La superficie complessivamente interessata è pari a circa 900 mq, articolata su tre piani, ciascuno di 300 mq. La struttura portante è del tipo intelaiata in cemento armato, con solai in struttura mista latero-cementizia.
Si prevede una spesa di complessivi € 700.000,00.

PTA di Marsala

L'Azienda intende realizzare il PTA di Marsala ristrutturando a tal fine una porzione della vecchia sede dell'Ospedale "S. Biagio" di Marsala. In particolare i locali individuati allo scopo sono quelli della cosiddetta "ala nuova" dell'ex ospedale, ossia il più recente ampliamento dello stesso, già destinato ad ospitare i reparti di cardiologia, pediatria, radiologia e diabetologia. Si tratta di un corpo di fabbrica realizzato negli anni '80 con struttura intelaiata in cemento armato. Esso è strutturalmente distinto e indipendente dai restanti corpi di fabbrica della vecchia sede ospedaliera. L'edificio necessita tuttavia di una complessiva ristrutturazione ed adeguamento alle nuove esigenze del PTA. L'intervento consentirà la realizzazione di un valido presidio sanitario all'interno del centro della città di Marsala.

La superficie complessivamente interessata è pari a circa 1.200 mq, articolata su quattro piani, ciascuno di 300 mq. La struttura portante è del tipo intelaiata in cemento armato, con solai in struttura mista latero-cementizia.
Per la realizzazione dell'intervento si prevede una spesa di complessivi € 700.000,00.

PTA di Castelvetrano

L'Azienda intende realizzare il PTA di Castelvetrano ristrutturando a tal fine la porzione della vecchia sede dell'Ospedale di Castelvetrano, già utilizzata come poliambulatorio. La restante parte del vecchio ospedale è stata di recente riconvertita in RSA per anziani non autosufficienti.
L'edificio destinato al PTA necessita di una complessiva opera di ristrutturazione ed adeguamento alle nuove esigenze del PTA, coinvolgendo tutti gli aspetti strutturali ed impiantistici (elettrico, idrico sanitario, climatizzazione, prevenzione incendi, barriere architettoniche).
La superficie complessivamente interessata è pari a circa 1.400 mq, articolata su due piani, ciascuno di 700 mq. La struttura portante è del tipo intelaiata in cemento armato, con solai in struttura mista latero-cementizia.
Per la realizzazione dell'intervento si prevede una spesa di complessivi € 1.100.000,00.

ADEGUAMENTI TECNOLOGICI

L'intervento di adeguamento dei PTA dell'ASP di Trapani deve infine essere completato dal potenziamento tecnologico delle diverse strutture di cui sopra. Si tratta di interventi finalizzati al potenziamento o all'aggiornamento della dotazione di apparecchiature elettromedicali, ma anche al rifacimento degli arredi, spesso vetusti e tali da non assicurare un adeguato livello di confort agli utenti ed al personale sanitario. Si prevede a tal fine una spesa di € 1.000.000,00.

Articolazione degli interventi

Per quanto sopra il finanziamento di complessivi € 5.000.000,00 destinato alla realizzazione di adeguamenti per la realizzazione delle PTA nella provincia di Trapani, sarà disarticolato in sei distinti interventi, come di seguito riportato:

1) Lavori di adeguamento del PTA di Pantelleria:	€ 500.000,00
2) Lavori di adeguamento PTA di Salemi:	€ 1.000.000,00
3) Lavori di adeguamento del PTA di Mazara del Vallo:	€ 700.000,00
4) Lavori di adeguamento del PTA di Marsala:	€ 700.000,00
5) Lavori di adeguamento del PTA di Castelvetrano:	€ 1.100.000,00
6) Adeguamento tecnologico dei PTA della provincia di Trapani	€ 1.000.000,00
Totale:	€ 5.000.000,00

Periodo di esecuzione dei lavori: 2013 – 2014

IL DIRETTORE GENERALE
(*Dott. Fabrizio De Nicola*)