



PIANO SANITARIO ANNUALE 2018

Novembre 2018

INDICE

| | |
|--|-----------|
| PRESENTAZIONE DEL PIANO | 3 |
| PARTE PRIMA | 3 |
| 1.GLI OBIETTIVI PROGRAMMATICI E I PROGETTI | 3 |
| 1.1 <i>Gli Obiettivi programmatici e i progetti dell'Assistenza Ospedaliera</i> | 3 |
| 1.2 <i>Gli Obiettivi programmatici e i progetti dell'Assistenza Distrettuale</i> | 6 |
| 1.2.1 <i>Assistenza territoriale dell'area delle cure primarie, dell'attività di specialistica ambulatoriale, dell'assistenza domiciliare, residenziale e di sanità penitenziaria.</i> | 6 |
| 1.2.2 <i>Assistenza territoriale della salute mentale e delle dipendenze</i> | 8 |
| 1.3 <i>Gli Obiettivi programmatici e i progetti dell'Assistenza Collettiva, Ambiente di vita e Lavoro</i> | 9 |
| 1.3.1 <i>La prevenzione e la promozione della salute</i> | 9 |
| 1.3.2 <i>La sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare</i> | 24 |
| 1.4 <i>Sintesi dei principali progetti e obiettivi programmatici 2018</i> | 30 |
| PARTE SECONDA | 31 |
| 2.LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, FINANZIARIA E PATRIMONIALE | 31 |
| 2.1 <i>Valore della produzione</i> | 32 |
| 2.2 <i>Costi di Produzione</i> | 33 |
| 2.3 <i>Target del Piano di rientro -Aggiornamento</i> | 34 |
| 2.4 <i>Maggiori costi su base annua 2018</i> | 34 |
| 2.5 <i>Conto Economico preventivo 2018</i> | 36 |

Presentazione del Piano

Il programma sanitario annuale è un documento che espone gli obiettivi programmatici, le risorse necessarie e le formule organizzative e gestionali funzionali al perseguimento degli obiettivi sanitari e socio-sanitari del Piano Regionale dei Servizi Sanitari e di altri eventuali atti e documenti di programmazione regionale, riferiti al contesto di competenza dell'azienda sanitaria e per un arco temporale corrispondente al primo anno del triennio di riferimento del **Programma Sanitario Triennale 2018-2020**.

PARTE PRIMA

1. Gli Obiettivi programmatici e i progetti

1.1 Gli Obiettivi programmatici e i progetti dell'Assistenza Ospedaliera

L'orientamento aziendale per il 2018 è rivolto alla riorganizzazione della rete dell'offerta di prestazioni ospedaliere con l'obiettivo prioritario di aumentare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere. L'esigenza di razionalizzazione della rete ospedaliera nasce dall'analisi dei volumi di attività specifici per processi assistenziali omogenei, degli esiti e dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni. Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure. Per alcune prestazioni sono definite soglie minime di volumi di attività, al di sotto delle quali si possono avere minori livelli di qualità in termini di esiti di cura (DM 70). Oggi molti centri ospedalieri non possono raggiungere queste soglie se non attraverso processi di aggregazione e accorpamento

Si rende necessario procedere alla progressiva riorganizzazione delle reti di cura, attraverso il preciso rispetto delle funzioni attribuite a ciascun presidio ospedaliero e stabilimento ospedaliero, dall'aggregazione dei centri di cura e dalla ridefinizione del ruolo dei piccoli ospedali. In particolare, il miglioramento dell'efficienza potrà essere conseguita attraverso la realizzazione delle seguenti azioni:

- costituzione di presidi unici di area omogenea, all'interno dei quali saranno eliminate le duplicazioni di strutture complesse;
- riconversione/ridefinizione del ruolo di alcuni piccoli ospedali;
- riduzione delle strutture complesse;
- revisione della rete regionale dei punti nascita;
- riduzione di ricoveri inappropriati in reparti per acuti e spostamento in reparti per post-acuti;
- potenziamento UU.OO. post-acuti pubbliche;
- dismissione di alcune strutture ospedaliere non riconvertibili.

La razionalizzazione della rete ospedaliera costituisce presupposto imprescindibile per la ridefinizione ed il potenziamento dell'offerta territoriale. Le risorse del territorio in un contesto di disavanzo strutturale sono assolutamente da ricercare nell'economie derivanti dalla razionalizzazione della rete ospedaliera.

Le azioni da porre in essere nell'area dell'assistenza ospedaliera per il 2018 saranno, funzionali al perseguimento dei specifici obiettivi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, connessi al riordino della rete ospedaliera regionale, consistenti, per come riportato nel documento di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera, approvato dal Consiglio Regionale nella seduta del 25.10.2017, in:

- 1) riduzione del tasso di ospedalizzazione al valore uguale o inferiore a 160 per mille abitanti;
- 2) riduzione dell'offerta di posti letto ospedalieri per acuti (-13,2%), utilizzati in modo non appropriato;
- 3) trasferimento delle attività di ricovero in piattaforme di degenza post-acuti con un incremento dei posti letto per post-acuti (+165%);
- 4) miglioramento dei valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera (ICM);
- 5) trasferimento di specifiche attività di ricovero programmato verso percorsi ambulatoriali organizzati.

Le azioni da porre in essere a livello ospedaliero debbono essere associate ad altre azioni derivanti da riflessioni sul fatto che:

- vi è spesso un utilizzo improprio dei letti di rianimazione, per gestione post-operatoria e a seguito di interventi complessi, per una insufficienza di servizi di sub intensiva;
- il tasso di ospedalizzazione, come anche gli indici di performance, sono fortemente condizionati dall'operatività del Pronto Soccorso in rapporto sia alla disponibilità di posti di osservazione breve intensiva nonché dalla possibilità di dimettere il paziente in condizioni di sicurezza verso altri livelli assistenziali quali riabilitazione intensiva e lungodegenza;
- un ricorso eccessivo ed improprio del Pronto Soccorso è da ritenersi conseguente anche ad un livello inadeguato di assistenza territoriale che deve essere potenziata al fine di assicurare la continuità delle cure nelle 24 ore e l'integrazione ed il raccordo funzionale fra i diversi servizi (Case della Salute, Ospedali di Comunità);
- il potenziamento delle dimissioni protette, secondo protocolli condivisi tra l'ospedale e i servizi territoriali organizzati a livello di distretto, è ritenuta un'efficace misura per migliorare l'efficienza dell'assistenza ospedaliera, consentendo di ridurre il numero di giornate di ricovero inappropriate;

Azioni da prevedere per il 2018

- **Garantire l'uso appropriato dell'ospedale attraverso:**
 - avvio/consolidamento organizzazione "week surgery";
 - avvio conversione in regime diurno di alcune attività attualmente erogate in modo inappropriato in regime di ricovero ordinario;
 - avvio conversione di alcune attività attualmente erogate in regime diurno in prestazioni ambulatoriali (Day Service, Percorsi Ambulatoriali Coordinati (PAC) e Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC));
 - attivazione/potenziamento posti letto osservazione breve intensiva nei Pronto Soccorso degli stabilimenti ospedalieri dei Presidi Unici di Area Omogenea;
 - attivazione/potenziamento posti letto di riabilitazione e lungodegenza negli stabilimenti ospedalieri dei Presidi Unici di Area Omogenea;
 - attivazione/ricollocazione di posti letto di terapia semintensiva negli stabilimenti ospedalieri dei Presidi Unici di Area omogenea;
 - consolidamento del sistema di monitoraggio delle attività erogate.

- **Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera attraverso:**
 - sperimentazione riorganizzazione dell'assistenza sulla base di modelli dipartimentali e di piattaforme omogenee di erogazione dell'assistenza secondo il modello di ospedale organizzato per livelli di assistenza e di intensità di cura;
 - organizzazione a rete delle strutture ospedaliere secondo il modello hub and spoke.
 - Definire e governare le reti di cura: ricognizione e progettazione per
 - avvio/consolidamento della organizzazione a rete con riconfigurazione dell'offerta in termini di tipologia di prestazioni, di volumi e di case-mix produttivi delle strutture interessate, condivisione di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, definizione di possibili percorsi di sviluppo professionale dei clinici.

- **Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio attraverso:**
 - attivazione negli stabilimenti ospedalieri di Unità di valutazione ospedaliera (UVO), come articolazione delle Unità di valutazione territoriale (UVT);

- **Migliorare la qualità e sicurezza delle cure attraverso:**
 - avvio procedimenti per accreditamento istituzionale degli stabilimenti ospedalieri dei Presidi Unici di Area Omogenea, per come ridefiniti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera, con parallelo sviluppo delle attività relative sia ai requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici sia organizzativi;
 - attivazione del sistema aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico;
 - sostegno alle attività di certificazione volontaria di parte terza;

- realizzazione/partecipazione a programmi regionali o nazionali o attivazione di progetti in materia di appropriatezza e umanizzazione delle cure;
- assicurare percorsi specifici per le vittime di violenza di genere in tutti i punti di ingresso del sistema emergenza urgenza;
- istituzione dei Comitati consultivi misti per il controllo da parte dei cittadini e degli utenti.

1.2 Gli Obiettivi programmatici e i progetti dell'Assistenza Distrettuale

1.2.1 Assistenza territoriale dell'area delle cure primarie, dell'attività di specialistica ambulatoriale, dell'assistenza domiciliare, residenziale e di sanità penitenziaria.

Le azioni da porre in essere per l'assistenza territoriale per l'anno 2018 sono così sintetizzabili:

CURE PRIMARIE

Nell'anno 2018 si prevede di attivare almeno un progetto per ASSL di presa in carico secondo il modello del Cronich Care Model promuovendo le aggregazioni funzionali di professionisti così da iniziare un percorso virtuoso che ponga le basi per un vero cambiamento nel verso auspicato.

SERVIZIO DI CONTINUITA ASSISTENZIALE

Nel corso dell'anno 2018 si ritiene possa essere valutata la rimodulazione dell'offerta concentrandola in una fascia oraria congrua rispetto alla domanda storica individuando i centri di assistenza per ambito territoriale di riferimento cui si potrà rivolgere il cittadino avendo comunque garanzia di continuità del servizio. Resta inteso che la Continuità Assistenziale parteciperà a pieno titolo alle aggregazioni funzionali nell'ambito dell'assistenza primaria.

LA MEDICINA SPECIALISTICA

Per il 2018 si prevede che ciascuna Area Socio Sanitaria Locale costituirà un numero di AFT pari o inferiore al numero dei distretti afferenti a ciascuna Area, e con riferimento ad un bacino di utenza da correlare alle Case delle Salute o altri presidi territoriali di salute definiti. In caso di distretti caratterizzati da particolari peculiarità demografiche o con una popolazione superiore del 20% rispetto alla media regionale della popolazione distrettuale, è possibile prevedere la presenza di più AFT.

LA CASA DELLA SALUTE

Per l'anno 2018 si prevede una riorganizzazione dei presidi territoriali in una logica di rete di servizi e opportunità per il cittadino utente che tenga conto della potenzialità dell'offerta (Hub e Spoke) e del livello di aggregazione di professionisti e d'integrazione socio sanitaria.

CURE DOMICILIARI E CURE PALLIATIVE

L'ATS procederà con il consolidamento dell'organizzazione dotando le UO di personale stabile e delle professionalità e specialità che consentano di erogare un'assistenza continua (compresa di pronta disponibilità) e di qualità attuando le seguenti azioni:

| Azioni |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ Consolidamento della procedura di dimissione protetta dai Presidi Ospedalieri del territorio di riferimento;○ Attivazione delle equipe di Cure palliative e della pronta disponibilità infermieristica/ medico palliativista;○ Perfezionamento degli accordi con il P.O di riferimento territoriali per posizionamento dei dispositivi quali PEG, CVC, PIIC etc nei pazienti inseriti in CDI di 3 livello e CP e malati terminali;○ Strutturazione degli accordi con i Presidi Ospedalieri del territorio per le consulenze specialistiche a domicilio in discipline non attualmente presenti nei servizi distrettuali; |

NUMERO UNICO 116 117

L'attivazione del numero 116 117 in ambito ATS è previsto gradualmente così da consentire l'armonizzazione del percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'urgenza emergenza e territoriale, avendo per la sua stessa natura una reale ricaduta nel sistema circolare dell'assistenza.

Si procederà individuando almeno tre aree territoriali che facciano riferimento alle due C. O. del 118 e dopo aver selezionato e formato il personale (medico e infermieristico) da destinare alla centrale operativa , si valuterà la possibilità di aprire alle comunità locali il servizio testandone le criticità ma anche le ricadute in termini di beneficio nel governo della domanda a bassa intensità di cura e nei rapporti con il servizio di continuità assistenziale e la rete di cure primarie e delle aggregazioni di professionisti in particolare.

MEDICINA PENITENZIARIA

Per l'anno 2018 si prevede il consolidamento dell'organizzazione a seguito di puntuale verifica delle esigenze di assistenza medico generica, specialistica e infermieristica.

Si prevede la stipula dei protocolli operativi di prevenzione del rischio auto lesivo e suicidario in tutti gli istituti. che però dovranno essere estesi e condivisi in tutti gli Istituti Penitenziari.

Altro obiettivo è quello di realizzare in ambito regionale i reparti detentivi ospedalieri così da garantire in sicurezza gli interventi non eseguibili all'interno del carcere.

1.2.2 Assistenza territoriale della salute mentale e delle dipendenze

Con la costituzione di tre grandi aree dipartimentali (Nord, Centro e Sud Sardegna) al cui interno confluiscono le Unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (U.O.N.P.I.A.), il Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Correlati all'Alcol e le nuove unità operative (Servizio per la Riabilitazione e Residenzialità, il Servizio di Psichiatria Forense, il Servizio di Psicologia e la R.E.M.S.), si rende necessario per il 2018 garantire il raccordo tra le diverse unità per definire i percorsi relativi alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e al relativo fabbisogno formativo secondo il nuovo assetto organizzativo. A tal fine si prevede la costituzione di un gruppo di progetto interdipartimentale per definire protocolli e procedure condivisi nei tre dipartimenti. Pertanto nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze l'obiettivo prioritario per il 2018 sarà quello di incrementare e sviluppare prassi di psichiatria di comunità e di favorire la partecipazione attiva di utenti, familiari ed associazioni ai percorsi di cura e riabilitazione. In particolare si promuoveranno attività di formazione, informazione ed educazione sanitaria finalizzate al contrasto dello stigma partendo dalla diffusione, nelle varie ASSL della regione, dei progetti già positivamente sperimentati. Particolare attenzione dovrà essere rivolta ai fabbisogni di percorsi riabilitativi in ambito residenziale; sulla base delle disposizioni regionali in merito alla tipologia di Strutture residenziali e delle caratteristiche indispensabili per l'accreditamento, si avvieranno azioni atte a ottimizzare i percorsi riabilitativi residenziali con l'obiettivo prioritario di favorire, nel rispetto delle tempistiche normate, il rientro degli ospiti nei propri contesti abitativi e lavorativi, anche attraverso la definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) e di un unico Progetto terapeutico individualizzato (PTI) da utilizzare nei tre dipartimenti che avranno risorse economiche e di personale dedicate alla realizzazione di *budget di salute*. La costituzione di un tavolo tecnico integrato tra operatori dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) ed operatori dei servizi territoriali avrà la finalità di creare una salda integrazione tra gli interventi di cura ospedalieri e la presa in carico territoriale e di elaborare procedure uniformi con le polizie municipali e le restanti forze dell'ordine per l'esecuzione dei Trattamenti sanitari obbligatori (TSO). Si costituiranno, inoltre, gruppi di progetto per la stesura di procedure atte a favorire il passaggio dai servizi per l'età evolutiva all'età adulta e specifici percorsi di cura rivolti a persone con coesistenti patologie psichiatriche e di dipendenza da sostanze e da comportamenti legali ed illegali. In considerazione dell'insufficiente offerta di cura per le persone con Disturbi del comportamento alimentare (DCA) si provvederà a creare percorsi terapeutici integrati in ambito territoriale e residenziale anche attraverso la specifica formazione di équipe multidisciplinari. In considerazione dei dati di incidenza emersi dall'analisi del disagio mentale delle persone detenute in tutte le carceri e le colonie penali della regione, si dovrà provvedere al potenziamento dell'assistenza psichiatrica in carcere, al fine di provvedere alla presa in carico territoriale precoce per le gravi patologie ed alla identificazione di strumenti sensibili di

rilevazione dei fattori di rischio suicidario in stato di detenzione. Nei tre DSMD, al fine di un più attento monitoraggio dei bisogni delle persone affette da disagio mentale e/o dipendenza ed una sempre più efficace programmazione dei servizi, dovrà essere esteso a tutte le unità operative l'utilizzo delle attuali piattaforme informatiche dipartimentale. Per il raggiungimento di tutti gli obiettivi evidenziati i DSMD riceveranno appositi fondi dedicati.

1.3 Gli Obiettivi programmatici e i progetti dell'Assistenza Collettiva, Ambiente di vita e Lavoro

1.3.1 La prevenzione e la promozione della salute

L'articolazione nei tre Dipartimenti di Prevenzione: Nord (che comprende le ASL di Sassari ed Olbia) Centro (con le ASL di Nuoro, Lanusei ed Oristano) e Sud (con Cagliari Carbonia e Sanluri), rappresenta un'innovazione organizzativa di notevole impatto per le sue potenzialità nella promozione della salute. Di fatto accoglie in sé anche l'esigenza di adeguare l'offerta al costante mutamento della domanda di salute, individuando sia nuovi ambiti di interesse che una più ampia collocazione in settori già esistenti ma in evidente crescita ed espansione operativa. Sono quelle che si intende denominare Aree Emergenti e sulle quali sarà necessario incidere con strategie organizzative ben precise e coerenti sia con gli obiettivi previsti nel PRP 2014/ 2018 che con l'impegno nell'applicazione dei nuovi LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017 (G.U. n° 65 del 18.3.2017, S.O. n° 15), capo II Art. 2: area prevenzione collettiva e sanità pubblica, che hanno confermato l'orientamento strategico secondo il quale la promozione della salute e la prevenzione delle malattie croniche rappresentano una priorità per la sanità pubblica.

Da quanto sopra ne deriva che a cominciare dall'anno 2018 l'impegno dell'ATS sarà incentrato su due direttrici parallele e complementari:

- Innovazione organizzativa;
- Omogeneizzazione delle procedure per il perseguimento degli obiettivi di Prevenzione
- Valorizzazione delle aree emergenti

Le tre linee richiederanno l'attivazione di tutti quei processi capaci di favorire una sempre maggiore condivisione ed omogeneizzazione dell'approccio nella gestione delle procedure organizzative e la convergenza delle azioni omologhe nelle diverse ASL, in particolare per l'attuazione del PRP. Sarà necessario pertanto un articolato lavoro di coordinamento trasversale tra le diverse ASL nell'ambito del singolo Dipartimento, e verticale in un'ottica interdipartimentale.

Gli interventi riorganizzativi riferiti ai nuovi Dipartimenti di Prevenzione dovranno pertanto riguardare oltre che la ridefinizione delle risorse, dei ruoli e delle competenze delle singole strutture, siano esse Semplici che Complesse, una nuova Vision che dovrà prevedere la semplificazione del quadro di governo aziendale e il rafforzamento del rapporto fiduciario tra la Direzione del Dipartimento e la Direzione Aziendale con interessi convergenti orientati al

successo della "Mission" e il potenziamento della capacità delle singole strutture nella partecipazione multidisciplinare e intersettoriale.

Sulla base di quanto sopra verranno individuati gli obiettivi appresso elencati:

1. Riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione
2. Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni
3. Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening
4. Prevenzione infortuni e malattie professionali
5. Salute e ambiente
6. Medicina dello Sport
7. Sorveglianza sindromica e assistenza sanitaria ai migranti
8. Registro Tumori

1 - RIORGANIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione rappresenta il modello ordinario di gestione delle attività proprie dell'assistenza collettiva, identificato come macrostruttura organizzativa Aziendale, dotata di autonomia tecnico-professionale e gestionale, così come disciplinato dai diversi riferimenti normativi, quali l'art. 7 quarter, comma 2, del D.Lgs 502/92, l'art. 17, comma 2, della L.R. n. 10/06, il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008.

L'articolazione nei tre Dipartimenti di Prevenzione: Nord (che comprende le ASL di Sassari ed Olbia) Centro (con le ASL di Nuoro, Lanusei ed Oristano) e Sud (con Cagliari Carbonia e Sanluri), rappresenta una innovazione organizzativa di notevole impatto per le sue potenzialità di promozione della salute. Al fine di avviare il processo di cambiamento si dovrà prevedere la ricognizione dell'esistente relativamente all'assetto organizzativo dei singoli Dipartimenti, successivamente si attiveranno gruppi di lavoro tematici sulle aree emergenti

2 - SVILUPPO E POTENZIAMENTO DELLE VACCINAZIONI

Tra le problematiche emergenti si è rilevato meritevole di particolare interesse, quella inerente le vaccinazioni gestite dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica. Tale ambito di attività è stata resa ancora più importante dalla recente approvazione della L. 119/17, recante norme sulla loro obbligatorietà, peraltro ulteriormente sostenuta dal recente Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017/2019. Così come scritto nello stesso, "L'attuale PNPV discende dal PNP 2014-2018 e si sviluppa sull'eredità del precedente Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014, con cui condivide l'obiettivo generale, ovvero l'armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socioculturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva, attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza. Nel 2017 è stato costituito un gruppo di lavoro, denominato GRUPPO VACCINI ATS Sardegna, composto dai Direttori dei

Servizi di Igiene e Sanità Pubblica ai quali, ferme restando le responsabilità proprie del ruolo ricoperto, è stato affidato il compito di affiancare l'attività di Coordinamento dell'Area Tematica di Promozione della Salute nella gestione complessiva della tematica come appresso descritto.

- Raggiungimento delle coperture del 75% della vaccinazione antiinfluenzale negli ultra 65enni. Inizio campagna di vaccinazione HPV nei maschi con Gardasil® 9-valente (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58) con chiamata attiva a partire dalla coorte 2006.
- Raggiungimento delle coperture vaccinali del 75% nel 2018 e 95% nel 2019. Mantenere lo stato di polio-free offerta della 5° dose di antipolio tra il 12°-18° anno di vita associata al richiamo di DTP con coperture vaccinali del 75% nel 2018 e del 95% nel 2019.
- Offerta gratuita del vaccino Men ACWY tra il 11°-18° anno di vita, con raggiungimento coperture vaccinali del 75% nel 2018 e del 95% nel 2019.
- Uniformazione del calendario vaccinale per il Men B con somministrazione delle 4 dosi a partire dal 3° mese di vita in offerta gratuita a partire dalla coorte 2017 (vedi calendario vaccinale PNPV 2017/2019) con raggiungimento coperture vaccinale del 75% nel 2018 e del 95% per il 2019.
- Uniformazione del calendario vaccinale per il vaccino antirotavirus con somministrazione della prima dose nel 3° mese di vita insieme al vaccino esavalente (DPT, IPV, Epatite B, Hib) e al vaccino PCV, la seconda dose entro e non oltre il 6° mese di vita insieme al vaccino esavalente e al vaccino PCV in offerta gratuita per tutti i nuovi nati, con coperture vaccinali del 75% per il 2018 e del 95% nel 2019.
- Recupero degli inadempienti per la 1° e 2° dose del vaccino MPRV e del vaccino MPR (vaccini obbligatori L.119/2017) con raggiungimento di coperture vaccinali del 95% per il 2018 e del 100% per il 2019 per raggiungere lo stato di morbillo-free e di rosolia-free.
- Recupero inadempienti della 1° e della 2° dose del vaccino antivaricella con raggiungimento coperture del 75% nel 2018 e del 95% nel 2019.

Raggiungimento e mantenimento delle coperture vaccinali \geq al 95% per le vaccinazioni anti DTPa, Poliomielite, Epatite B, Hib PCV nei nuovi nati, e per le vaccinazioni anti DTPa e Poliomielite a 5-6 anni.

- Copertura vaccinale per la vaccinazione antiinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una malattia cronica (ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, insufficienza renale, malattie respiratorie e asma bronchiale, tumori, malattie croniche del fegato, ecc.) per raggiungere nel 2019 il 100% di aumento.

- Raggiungimento coperture vaccinali per il vaccino antipneumococco (PCV13) con offerta gratuita, per gli ultra 65enni del 55% nel 2018 e del 75% nel 2019)
- Raggiungimento coperture vaccinali per il vaccino anti-Herpes zoster con offerta gratuita, per gli ultra 65enni, del 35% nel 2018 e del 50% nel 2019.
- Organizzazione di un adeguato intervento di immunizzazione attiva di tutti gli operatori sanitari suscettibili, per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili con vaccino (anti-epatite B, anti-influenzale, anti-morbillo, parotite, rosolia, varicella e anti-pertosse).

Le stesse vaccinazioni sono fortemente raccomandate anche per gli studenti dei corsi di laurea dell'area sanitaria.

3- IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI TUMORI OGGETTO DI SCREENING

Lo stato dei Programmi organizzati di screening oncologico nelle diverse Aree Socio Sanitarie Locali della Sardegna è ancora oggi incompleto e disomogeneo. Coerentemente a quanto già previsto da Piano regionale di Prevenzione e dal Piano Sanitario Triennale ATS questa Azienda prevede di proseguire le attività finalizzate alla omogeneizzazione delle azioni nelle diverse ASSL, all'aumento della copertura della popolazione bersaglio dei programmi di screening e alla promozione dell'adesione all'invito a partecipare ai singoli programmi.

4- PREVENZIONE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI

I Servizi SPreSAL dovranno garantire nel 2018 quanto previsto nel Piano operativo integrato di vigilanza e prevenzione, che verrà definito dall'Ufficio operativo e adottato dal Comitato regionale di Coordinamento ex art. 2 D.P.C.M. 21 dicembre 2007.

Specificatamente i servizi SPreSAL dovranno realizzare le attività di vigilanza nelle aziende dei vari settori, secondo criteri di efficacia, privilegiando i profili sostanziali di sicurezza e salute, orientando tale attività di controllo e prevenzione principalmente nei settori a maggior rischio, e adottando quale strumento per la eliminazione delle situazioni di rischio, anche l'attività di polizia giudiziaria sia su iniziativa che su delega della Procura.

Fra i comparti produttivi sottoposti a controllo ispettivo, devono essere compresi il settore Agricoltura in cui devono essere realizzati almeno 460 controlli, di cui alcuni anche in modalità congiunta con ITL, INAIL, VVF e INPS, tesi a rafforzare trasversalità e integrazioni, oltre che con le suddette istituzioni e con il partenariato economico sociale, anche con gli altri Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, SIAN Servizi Veterinari, dedicando particolare attenzione ai lavoratori stranieri immigrati, spesso occupati nelle aziende zootecniche.

Il comparto Edilizia, in forma coordinata con altri Enti, attraverso un'efficace ed efficiente funzionamento degli Organismi Provinciali, dovrà attuare i controlli in almeno 1471 cantieri notificati e "a vista".

L'attività di vigilanza dovrà raggiungere complessivamente un numero tale che garantisca nel 2018 il raggiungimento del 5% delle unità locali presenti nel territorio. Sarà garantito l'esame di

tutti i piani di lavoro e il controllo delle aziende impegnate negli interventi di bonifica amianto in misura pari ad almeno il 20% dei Piani di lavoro esaminati per rimozione di amianto compatto e 100% per rimozione di amianto friabile. (nel 2016 sono stati presentati 3001).

A decorrere da gennaio 2018, sarà dato avvio alla sorveglianza sanitaria degli ex esposti, con l'applicazione in maniera uniforme su tutto il territorio regionale, del nuovo Protocollo approvato con DGR 13.6.2017. Saranno sostenuti i due centri regionali, per la lettura e classificazione in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, degli accertamenti radiologici secondo metodo e tempi standardizzati, da parte di specialisti qualificati.

Saranno implementati il Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo." e l'utilizzo del Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf", il flusso informativo dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL.

Il Servizio SPreSAL per l'anno 2018 dovrà garantire la piena operatività degli Sportelli Informativi per la Sicurezza attivi in ciascuno SPreSAL per tutte le tematiche di sicurezza e salute sul lavoro e attuare tutte le iniziative informative previste nel PRP 2014-2018, rivolte ad associazioni di categoria, agli RLS, RLST ed Enti Bilaterali organismi paritetici, lavoratori, medici competenti, medici di MMG, specialisti, agli addetti al controllo della sicurezza stradale, ai soggetti della prevenzione nel settore edilizia, del comparto agricolo-forestale, sulla materia generale e specifica delle malattie professionali e adempimenti correlati, sulla corretta valutazione dei rischi da sovraccarico biomeccanico e la riduzione dell'esposizione al rischio, per il miglioramento dell'approccio alla valutazione e gestione del rischio da stress lavoro correlato. I servizi SPreSAL individuati quale capofila dovranno organizzare i corsi di formazione rivolti agli operatori dei servizi, nella materia specifiche delle neoplasie professionali, amianto, edilizia e sicurezza macchine agricole.

5- SALUTE E AMBIENTE

La realizzazione dei Piani Nazionali e Regionali per i controlli ufficiali previsti dai Regolamenti Comunitari REACH e CLP necessita di una formazione specifica, sulla base di quanto previsto dal PRP 2014-2018. Obiettivo prioritario affidato alla SSD Salute e Ambiente è la prosecuzione della formazione regionale rivolta al personale appartenente a tutti i Dipartimenti di Prevenzione della ATS (Attività P-8.3.1.2 del PRP 2014-2018)

L'Assessorato Sanità ha affidato alla SSD Salute e Ambiente l'obiettivo di realizzare il percorso di formazione regionale, previsto dal PRP 2014-2018 nell'Attività P-8.2.2.2, finalizzato all'acquisizione di conoscenze, capacità e competenze, sui temi di integrazione ambiente-salute, da parte della rete dei referenti sanitari di tutti i Dipartimenti di Prevenzione della ATS.

Al fine di garantire l'approccio multidisciplinare nella valutazione degli effetti sulla salute degli inquinanti ambientali l'obiettivo da raggiungere in questo trimestre è rappresentato dalla realizzazione dell'integrazione programmatica e operativa della rete integrata ATS - ARPAS,

istituita con Determinazione del Direttore Generale Sanità n. 1369 del 17.11.2016, attraverso l'effettuazione di attività che troveranno riscontro in documenti comuni.

Le modifiche ambientali possono avere degli effetti sulla salute della popolazione, pertanto è indispensabile poter valutare tali ricadute e disporre di strumenti efficaci per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute.

La partecipazione degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione alle conferenze di servizi riguardanti progetti con impatti ambientali, potenzialmente in grado di determinare effetti sulla popolazione e sulla salute umana, ha comportato la necessità di avviare un percorso formativo specifico rivolto agli operatori dei Dipartimenti dell'ATS chiamati ad esprimere i pareri in tali conferenze. La SSD si propone di portare a termine tale percorso formativo, iniziato nel 2015, con l'attuazione di eventi finalizzati all'applicazione pratica delle procedure acquisite (Attività P-8.2.3.4 del PRP 2014-2018).

6- MEDICINA DELLO SPORT

Nell'assetto organizzativo nazionale del Servizio Sanitario, la medicina dello sport afferisce, ai sensi del Decreto Legislativo 28.07.2000 n. 254, art. 8, lettera s) e della Legge 14.12.2000, n. 376, art. 5, al Dipartimento di Prevenzione delle ASL.

Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari della Sardegna 2006-2008 individua la medicina dello sport come area di bisogno di particolare rilevanza e promuove l'istituzione ed il potenziamento delle strutture di medicina dello sport, con la finalità di garantire la tutela della salute della popolazione.

La Deliberazione della Giunta Regionale Sardegna 53/50 del 04-12-2009 (Indirizzi operativi in materia di medicina dello sport e di certificazione di idoneità medico sportiva per lo svolgimento di attività agonistica e non agonistica nella Regione Sardegna) indicava la necessità che l'Atto aziendale delle ASL prevedesse, all'interno del Dipartimento di Prevenzione, una struttura organizzativa di Medicina dello sport articolata in uno o più ambulatori su base distrettuale, in base alle caratteristiche territoriali della ASL.

La Deliberazione della Giunta Regionale 44/34 del 22/09/2017 (indirizzi operativi sulla promozione/prescrizione dell'attività fisica e sulla prescrizione dell'esercizio fisico a persone con patologie croniche, in attuazione dell'Azione P-1.3.3 del PRP 2014-2018) indica che la promozione e la prescrizione dell'attività fisica e dell'esercizio fisico in tutte le fasce d'età nella popolazione con MCNT è ritenuta strategica ai fini del miglioramento complessivo della salute dei cittadini.

Le funzioni di Medicina dello sport sono garantite nell'ambito territoriale dell'ATS in tutte le Aree Socio Sanitarie. Gli accertamenti per la corretta prescrizione dell'attività fisica nelle fasce di popolazione individuate dai progetti del PRP, gli esami clinico strumentali previsti dalla normativa vigente relativa all'accertamento dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica e non, nonché tutti gli esami supplementari ed integrativi previsti dai protocolli delle Federazioni

Sportive Nazionali, vengono erogati avvalendosi delle Strutture specialistiche territoriali o ospedaliere:

A) Centri pubblici di Medicina dello sport, preposti alla funzione di certificazione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica e alla promozione e alla prescrizione dell'attività fisica.

B) Centri privati autorizzati e/o accreditati di Medicina dello sport, preposti alla certificazione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica.

In ATS ad oggi sussistono solo tre strutture di Medicina dello sport con personale strutturato presso le ASL di Sassari, Sanluri e Carbonia.

Il personale è rappresentato da quattro Dirigenti medici (due nella ASL di Carbonia, uno nella ASL di Sassari ed uno nella ASL di Sanluri) e da otto specialisti ambulatoriali che rispondono solo funzionalmente alle tre strutture di Medicina dello sport, mentre dal punto di vista organizzativo sono in carico al Distretto di appartenenza.

La tutela sanitaria delle attività sportive rientra pienamente nell'ambito della tutela della salute e ne assume i principi e le regole, sia per quanto riguarda la certificazione di idoneità alla pratica sportiva, sia per le attività più in generale rivolte alla salute dei praticanti attività sportiva (contrasto al fenomeno del doping, eccessiva precocità nell'avvio allo sport agonistico, ecc.), sia, infine, per i programmi di prevenzione di patologie legate alla sedentarietà attraverso la promozione di stili di vita sani incentrati su una corretta attività fisica. In ambito di promozione e prescrizione l'esercizio fisico adeguatamente somministrato previene le malattie cronico-degenerative e favorisce il recupero funzionale di soggetti affetti da "patologie sensibili", che possono beneficiare dell'"esercizio-terapia" quali:

- Il diabete
- L'obesità
- La sindrome metabolica
- L'ipertensione arteriosa
- Le malattie cardiovascolari
- L'osteoporosi
- Gli stati d'ansia e depressivi
- Le neoplasie della mammella e del colon
- Alcune malattie neurologiche

Numerose evidenze scientifiche dimostrano in modo inequivocabile gli effetti preventivi e terapeutici dell'attività fisica e dell'esercizio fisico su molte patologie, con evidenti ripercussioni positive in termini di riduzione della morbilità e della mortalità.

7- SORVEGLIANZA SINDROMICA E ASSISTENZA SANITARIA AI MIGRANTI

A seguito dell'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Unificata nel luglio 2014, i migranti giunti in Italia sono assegnati alle varie regioni sostanzialmente in base alla partecipazione al Fondo

nazionale per le politiche sociali e tenuto conto delle quote relative alla effettiva permanenza sui territori e non alle assegnazioni iniziali. La Sardegna concorre al Piano Nazionale di Distribuzione, condiviso in Conferenza Unificata tra Stato, Regioni ed Enti Locali nel luglio 2014, nella misura del 2,96% del totale della popolazione migrante presente sull'intero territorio nazionale. Secondo i dati forniti dalla Prefettura di Cagliari, nell'ultimo triennio - dal 20 giugno 2014 (data di avvio del Piano) alla fine del 2016 - sono giunti nell'Isola n.17.230 migranti, di cui 8.907 nel corso del 2016. Nella tabella che segue è riportato il dato complessivo degli arrivi in Sardegna, comprensivo degli sbarchi diretti, che sono aumentati in maniera esponenziale nello scorso anno durante il quale il numero dei migranti approdati sulle nostre coste ha oltrepassato il migliaio di unità.

Totale arrivi in Sardegna – Anni 2014 - 2016

| Anno | Provincia | Arrivi | Sbarchi diretti | Altri arrivi | Totale |
|-------------|---|---------------|------------------------|---------------------|---------------|
| 2014 | Cagliari- Carbonia Iglesias - Medio Campidano | 869 | 159 | 0 | 1.028 |
| | Oristano | 413 | 0 | 0 | 413 |
| | Nuoro- Ogliastra | 451 | 0 | 0 | 451 |
| | Sassari- Olbia Tempio | 726 | 0 | 0 | 726 |
| | TOTALI | 2.459 | 159 | 0 | 2.618 |

| | | | | | |
|------|---|-------|-----|---|-------|
| 2015 | Cagliari- Carbonia Iglesias - Medio Campidano | 2.712 | 291 | 0 | 3.003 |
| | Oristano | 511 | 0 | 0 | 511 |
| | Nuoro- Ogliastra | 626 | 0 | 0 | 626 |
| | Sassari- Olbia Tempio | 1.565 | 0 | 0 | 1.565 |
| | TOTALI | 5.414 | 291 | 0 | 5.705 |

| | | | | | |
|------|---|-------|-------|-----|-------|
| 2016 | Cagliari- Carbonia Iglesias - Medio Campidano | 3.600 | 977 | 97 | 4.674 |
| | Oristano | 732 | 13 | 27 | 772 |
| | Nuoro- Ogliastra | 991 | 18 | 11 | 1.020 |
| | Sassari- Olbia Tempio | 2.303 | 98 | 40 | 2.441 |
| | TOTALI | 7.626 | 1.106 | 175 | 8.907 |

Fonte: Prefettura di Cagliari

Ciascuna Prefettura provvede poi alla distribuzione dei migranti nei rispettivi territori provinciali di competenza. Come già precisato precedentemente, l'attuale normativa prevede che i migranti siano collocati prioritariamente presso i centri SPRAR, ovvero, qualora questi risultassero insufficienti, nei Centri di Accoglienza Straordinari (CAS)

Progetti territoriali SPRAR

Alla data attuale, in Sardegna si contano nove Progetti territoriali SPRAR. Nel corso del 2016 alle tre strutture SPRAR già attive presso la Provincia di Cagliari (ora Città Metropolitana di Cagliari), il Comune di Villasimius e il Comune di Quartu Sant'Elena si sono infatti aggiunte quelle di

nuova istituzione presso i Comuni di Capoterra, Uta, Iglesias, San Gavino, Alghero e Porto Torres per complessivi n.208 posti.

L'accoglienza straordinaria in Sardegna

Laddove il sistema SPRAR risulti insufficiente rispetto al fabbisogno, le Prefetture sono tenute ad identificare ulteriori strutture di accoglienza temporanea attraverso procedure ad evidenza pubblica. Al 31 Dicembre 2016 si contavano sul territorio regionale n. 125 strutture attive, quasi il doppio rispetto all'anno precedente, dislocate a livello provinciale come riportato nella tabella che segue:

C.A.S. attivi in Sardegna – Anni 2014-2016

| Provincia | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Cagliari- Carbonia Iglesias - Medio Campidano | 19 | 50 | 77 |
| Sassari- Olbia Tempio | 5 | 17 | 22 |
| Nuoro - Ogliastra | 4 | 8 | 11 |
| Oristano | 5 | 10 | 15 |
| Totale | 33 | 85 | 125 |

Fonte: Prefettura di Cagliari

Le presenze nei C.A.S. nel triennio di riferimento hanno fatto registrare un significativo incremento: nel 2015 la variazione rispetto all'anno precedente è stata del 116% circa, mentre nel 2016 l'aumento ha oltrepassato oltre i 330 punti percentuali.

Accoglienza nei C.A.S. in Sardegna – Anni 2014-2016

| Provincia | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Cagliari Carbonia Iglesias - Medio Campidano | 595 | 1.228 | 2.475 |
| Sassari Olbia Tempio | 403 | 987 | 1.967 |
| Nuoro - Ogliastra | 212 | 344 | 694 |
| Oristano | 107 | 286 | 542 |
| Totale | 1317 | 2845 | 5678 |

Fonte: Prefettura di Cagliari

Tali dati rilevano una concentrazione di richiedenti asilo nel sud della Sardegna, condizione di cui occorre tener conto in relazione alla programmazione dell'attività per l'esercizio 2018 e della riorganizzazione complessiva in funzione della imminente applicazione del nuovo Atto Aziendale. A tal fine verranno in primo luogo individuate le linee di attività e le procedure necessarie per la corretta programmazione dell'attività 2018.

PERCORSI OPERATIVI

A) Percorso operativo "Prima assistenza agli sbarchi dei richiedenti asilo"

Linee di Attività:

- 1. visite di primo livello;*
- 2. primo soccorso, assistenza ed eventuale ricovero ospedaliero;*
- 3. attivazione percorsi di presa in carico patologie trasmissibili;*

Ad oggi (compreso il 2017), il numero dei migranti sbarcati sulle coste sarde, e/o dirottati dagli scali di altre regioni, è di circa 20 mila persone e si prevede che il loro flusso sia destinato a proseguire, nonostante ci sia stata una significativa diminuzione nel corso degli ultimi mesi estivi. Per far fronte a tale emergenza, l'Assessorato regionale Igiene e Sanità, a suo tempo, ha emanato le "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie Locali in merito alle procedure per l'inserimento dei migranti in collettività e applicazione del protocollo di sorveglianza sindromica", le quali richiedevano che le vecchie AASSLL della Sardegna (oggi ASSL della ATS Sardegna) attivassero i percorsi utili a verificare lo stato di salute del migrante e , nel contempo, ponessero in essere tutte le azioni necessarie per la tutela della salute pubblica .

Tali linee di indirizzo, emanate con nota n. 7621 del 24/03/2015, si inserivano perfettamente nel contesto operativo coordinato dalla Prefettura di Cagliari riguardo alla accoglienza e prima assistenza al momento degli sbarchi. Infatti, la Prefettura di Cagliari, con il coinvolgimento di tutti gli Enti ed Istituzioni, ha elaborato un protocollo di intervento da attivarsi all'occorrenza, al fine di consentire di portare a termine con celerità e sicurezza le operazioni di sbarco dei richiedenti asilo.

Le visite di primo livello debbono essere effettuate immediatamente dopo lo sbarco nelle tende appositamente attrezzate sulla banchina del porto di Cagliari, mentre, per quanto riguarda quelle di 2° livello, le citate "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie Locali in merito alle procedure per l'inserimento dei migranti in collettività e applicazione del protocollo di sorveglianza sindromica" prevedono che queste siano effettuate dalle ASL nei centri di accoglienza in cui vengono ospitati i richiedenti asilo, distribuiti in tutto il territorio Regionale.

Il modello organizzativo così proposto, oramai, sperimentato sul campo, in particolare dalla cessata ASL di Cagliari (oggi ASSL di Cagliari), si è rivelato, una risposta tempestiva ed efficace a tale problematica, in quanto consente un adeguato coordinamento di tutti gli attori sanitari coinvolti nella gestione delle emergenze in maniera tale da evitare possibili duplicazioni di competenze e consente di definire criteri di intervento che anticipino eventuali scenari di criticità prevedibili.

B) Percorso operativo "Sorveglianza sindromica nei centri di accoglienza".

Linee di attività:

- 1. visite di secondo livello e monitoraggio dei fattori di rischio relativi alla permanenza nei centri di accoglienza*
- 2. attivazione percorsi di presa in carico pazienti con patologie trasmissibili;*
- 3. valutazione iniziale e la verifica della sussistenza della condizione di "vulnerabilità" e supporto assistenziale e psicologico.*

Visite di secondo livello e monitoraggio fattori di rischio relativi alla permanenza nei centri di accoglienza

I migranti, dopo lo sbarco e nella fase di prima accoglienza, vengono ospitati in centri di accoglienza straordinaria (CAS) individuati di volta in volta dalle Prefetture competenti per territorio e affidati a gestori esterni che devono garantire servizi ed oneri regolamentati con Decreto del Ministero dell'Interno del 21 novembre 2008.

Le altre strutture che ospitano richiedenti asilo e rifugiati esistenti sul territorio della Sardegna sono gli Sprar dal punto di vista organizzativo e gestionale rimangono quelle previste dall'art. 1-sexies del D.L. 416/1989, convertito dalla legge n. 39/1990, e dai relativi decreti ministeriali di attuazione, quale da ultimo il DM 7 agosto 2015 i cui ospiti, per quel che riguarda l'assistenza sanitaria godono dell'iscrizione obbligatoria al SSR (art. 34 Legge 289/98).

In coerenza con tali disposti normativi, l'Assessorato regionale Igiene e Sanità, come già accennato, ha emanato le già citate "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie Locali in merito alle procedure per l'inserimento dei migranti in collettività e applicazione del protocollo di sorveglianza sindromica", le quali richiedono che vengano attivato i percorsi utili a verificare lo stato di salute del migrante e, nel contempo, pongano in essere tutte le azioni necessarie per la tutela della salute pubblica.

Allo stato attuale l'attività risulta varia e frammentata tra i vari ambiti territoriali della Sardegna, infatti a fronte di talune situazioni in cui si è riusciti a dare una risposta efficace alla problematica, certe realtà risultano ancora in una fase di attesa di ulteriori specifiche direttive da parte degli organismi preposti.

E' necessario pertanto che tutti gli ambiti territoriali della ATS Sardegna, qualora non fossero dotati di struttura finalizzata all'assistenza sanitaria per gli immigranti, individuino una propria struttura operativa in cui opereranno adeguate professionalità medico infermieristiche scelte tra il personale che abbia maturato particolare esperienza nell'ambito della medicina delle migrazioni.

Quanto sopra, anche in considerazione del fatto che il fenomeno migratorio ha perso oramai la caratteristica di "natura emergenziale" e deve essere inquadrato quale "processo organizzativo sistematico" nell'ambito delle attività istituzionali delle AASSLL.

Valutazioni condizioni di vulnerabilità e supporto assistenziale e psicologico

In tale ambito, bisogna tener conto che oggi ci troviamo di fronte agli ulteriori obblighi istituzionali e normativi previsti dal recente disposto di cui al DECRETO LEGISLATIVO 18 agosto 2015, n. 142, entrata in vigore il 30 settembre 2015, relativo alla "Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale".

Il decreto prevede che le ASL debbano collaborare, per la parte di loro competenza, alla attuazione dei servizi speciali di accoglienza delle persone "vulnerabili" portatrici di esigenze particolari, ospiti dei centri di accoglienza, così come definiti dal comma 1 del medesimo art. 17: "minori; minori non accompagnati; disabili, anziani, donne in stato di gravidanza, genitori singoli con figli minori, vittime della tratta di esseri umani, persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali; persone per le quali è accertato che abbiano subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, vittime di mutilazioni genitali;".

Tali servizi, posti dalla norma a carico dei centri di accoglienza con la collaborazione delle AASSLL, debbono garantire la valutazione iniziale e la verifica della sussistenza della condizione di "vulnerabilità", oltre che misure assistenziali particolari e un adeguato supporto psicologico.

Tra le condizioni di vulnerabilità descritte, giova richiamare quelle riguardanti:

- l'accertamento dell'effettiva età cronologica, attraverso protocolli di provata validità scientifica, di chi - tra i richiedenti asilo, privo di identità - dichiara di essere minorenne;
- il problema dell'accertamento iniziale, attraverso certificazione medico legale, della condizione di persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale e vittime di mutilazioni genitali.

C) Percorso Operativo "Assistenza sanitaria ai richiedenti asilo e ai migranti privi di permesso di soggiorno".

Linee di attività:

- 1. assistenza di base, presa in carico pazienti e accoglienza;*
- 2. valutazione età anagrafica SMNA;*
- 3. visite esonero test di lingua italiana ai fini del rilascio del permesso di soggiorno di lungo periodo;*

Assistenza di base e presa in carico pazienti e accoglienza

Sulla base delle necessità di fornire risposte al bisogno della salute degli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno in attuazione delle disposizioni previste dalla normativa vigente (Decreto Lgs. Del 25.07.1998 n. 286, D.P.R. del 31.08.1999, n. 394, Circolare n. 5 del 24.03.2005 del Ministero della Sanità, Accordo Stato regioni 20 dicembre 2012), è necessario garantire a tutti i migranti una adeguata assistenza sanitaria, tenuto conto che gli utenti di cui trattasi hanno la peculiarità di appartenere ad una fascia di assistiti particolarmente deboli a causa del disagio economico e sociale da loro vissuto.

La Regione Sardegna fin dal 2005 ha disposto che in tutte le cessate AASSLL della Sardegna venissero attivati dei servizi ambulatoriali dedicati alla assistenza sanitaria ai migranti irregolari e/o clandestini, così come ribadito ulteriormente con le già citate linee guida assessoriali n. 7621 del 24/03/2015.

Dovranno quindi essere individuate strategie efficaci per dare risposte ai bisogni della popolazione immigrata, non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività.

E' indispensabile quindi dotare tutti i territori di strutture ambulatoriali deputate all'assistenza alla popolazione immigrata irregolare, attuando una semplificazione dell'accesso ai servizi, attraverso la **realizzazione di percorsi di presa in carico del paziente**, nel rispetto della equità ed interventi mirati di offerta attiva dei servizi.

L'esigenza nasce dalla necessità di contrastare le diseguaglianze nell'accesso alle cure e le conseguenti ricadute negative sulla loro salute, oltre che dell'intera collettività, in quanto è noto, che **gli immigrati incontrano maggiori difficoltà** ad accedere ai servizi socio-sanitari a causa delle barriere burocratiche e culturali.

Valutazione età anagrafica

Tra gli sbarcati nelle nostre coste rileva il fatto che una gran parte di essi dichiara di essere minorenni e di conseguenza, tra i molti problemi che questo fenomeno pone alle Amministrazioni centrali e periferiche vi è certamente quello dell'accertamento dell'identità e della età, soprattutto in considerazione delle ripercussioni che esso può implicare sul minore.

La questione dell'accertamento dell'effettiva età anagrafica di chi – privo di identità – dichiara di essere minorenne ha rilievo giuridico sotto molti aspetti. Non sfugge infatti che il compimento della maggiore età sottrae il giovane al diritto alla non espellibilità, riconosciuto, invece, ai minori secondo quanto previsto dalla convenzione dei diritti del fanciullo di New York, come recepita dalla normativa nazionale la legge n. 176 del 27 maggio 1991.

Occorre pertanto procedere all'attribuzione della età anagrafica, poiché senza l'identificazione del minore non possono essere messe in atto le politiche di protezione e di tutela a cui hanno diritto, quale l'accoglienza in luogo sicuro, la non espulsione, la concessione di un permesso di soggiorno per minore età, la possibilità di essere affidati a un parente entro il terzo grado, maggiorenne e regolarmente presente in Italia oppure a una famiglia terza o ad una comunità per minori.

A tal riguardo è intervenuto l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità che con determinazione n. 631 del 23/05/2017 e determinazione n. 669 del 03/07/2017, ha approvato un protocollo teso a garantire l'uniformità del percorso per l'accertamento dell'età anagrafica del minore straniero non accompagnato (MSNA) in tutto il territorio regionale.

Il documento frutto di un lungo e condiviso lavoro è stato elaborato da un Tavolo Tecnico Regionale appositamente costituito, coordinato dall'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità, con il contributo dei rappresentanti di tutte le Aree della ATS Sardegna.

Si tratta quindi di un testo unitario contenente le modalità operative di tutti i soggetti coinvolti nei processi di accertamento dell'età del minore e si configura come uno strumento utile per dare concreta attuazione alla normativa vigente.

La condizione di vulnerabilità riguardante i minori non accompagnati è di notevole rilievo e con importanti ripercussioni di ordine giuridico e sociale. Infatti, lo stato della minore età, secondo quanto previsto dalla convenzione dei diritti del fanciullo di New York, come recepita dalla normativa nazionale Legge n. 176 del 27 maggio 1991, determina la condizione di inespellibilità e rende questi soggetti titolari del diritto alla tutela.

Pertanto è determinante procedere all'attribuzione dell'età anagrafica, poiché senza l'identificazione del minore non possono essere messe in atto le politiche di protezione e di tutela a cui gli stessi hanno diritto.

Le linee guida di indirizzo di cui trattasi recepiscono l'attuale orientamento normativo nazionale volto, sia alla riduzione del termine massimo di trattenimento dei minori nelle strutture di prima accoglienza, sia alla garanzia di attuazione dei servizi speciali di accoglienza delle persone "vulnerabili", così come previsto dall'art. 17 del D.Lgs. 142/2015.

Esonero test lingua italiana

Il DM 4 Giugno 2010, all'art 1, comma 3, lett. b) e art. 4, stabilisce le modalità per l'esonero dall'obbligo di sostenere il test di lingua italiana per gli stranieri affetti da limitazioni psicotiche, a tal riguardo è necessario che i servizi promozione della Salute dei 3 dipartimenti di prevenzione si dotino di omogenei strumenti di valutazione collegiali al fine di individuare le persone esonerabili da test.;

Individuazione Obiettivi programmatici 2018

Nell'ambito dell'attuale processo di standardizzazione delle procedure in funzione dell'attuazione del nuovo atto aziendale della ATS Sardegna, è necessaria, allo stato attuale, una profonda riorganizzazione e distribuzione dei compiti e delle funzioni negli ambiti territoriali pertinenti ai Dipartimenti di Prevenzione territoriali e alle 3 Strutture Complesse per Promozione della Salute che ricomprende tra i propri compiti istituzionali quello dell'assistenza alle popolazioni migranti.

Naturalmente, tale processo di riorganizzazione deve tener conto che, allo stato attuale e salvo differenti condizioni venissero a crearsi nel futuro, il percorso operativo riguardante l'assistenza agli sbarchi riguarda solo l'area del sud Sardegna, in quanto risulta interessato il solo porto di Cagliari, mentre tutte le altre linee di attività dovranno essere organizzate in tutte le strutture "Promozione della Salute" dei 3 Dipartimenti di Prevenzione territoriali.

Strumenti

E' necessario, a tal fine un analitico esame delle condizioni esterne ed interne in cui i servizi preposti si troveranno ad operare una volta applicato l'atto aziendale a cui seguirà la fase di riorganizzazione generale delle strutture ATS deputate alla assistenza ai migranti tenuto conto degli strumenti e risorse disponibili. Attraverso la costituzione dell'apposito gruppo di progetto individuato secondo quanto disposto dall'atto aziendale verranno conseguentemente evidenziati

i temi strategici da affrontare (Swot analysis) e le criticità da superare, ma anche le opportunità da cogliere e le sfide da affrontare nell'immediato futuro.

Il Gruppo di progetto denominato "Assistenza Migranti" dovrà essere costituito in forma trasversale ed è finalizzato alla individuazione di specifiche soluzioni per il perseguimento di obiettivi, mediante la predisposizione di idonei piani e programmi specifici aziendali.

Obiettivi programmatici prioritari per l'esercizio 2018, risultano quindi:

- Ridefinire l'assetto organizzativo aziendale in relazione all'attuazione dell'atto aziendale;
- Implementazione dell'attività sanitaria ai cittadini migranti;
- Standardizzazione delle procedure e protocolli a livello regionale.

8- REGISTRO TUMORI. INQUADRAMENTO GENERALE

La Legge regionale 7 novembre 2012, n. 21 ha istituito il registro regionale tumori.

Il Piano Regionale di prevenzione 2014-2018 prevede, all'interno del programma P-8.1 "Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali", l'Azione P-8.1.1.4 "attivazione Registro Regionale Tumori (RTUM)". Il Consiglio Regionale della Sardegna ha approvato, nella seduta dell'8 novembre 2016, il regolamento "*Norme per il funzionamento del Registro tumori della Regione Sardegna, istituito con la legge regionale 7 novembre 2012, n. 21*".

Il modello di registro è quello federato (ai sensi dell'art. 4 del regolamento succitato), costituito da tre registri corrispondenti ciascuno a una macro-area territoriale:

- Registro tumori di Sassari, comprendente il territorio delle ASL di Sassari e Olbia-Tempio (già in attività);
- Registro tumori di Nuoro, comprendente il territorio delle ASL di Nuoro, Lanusei (già in attività) e Oristano;
- Registro tumori di Cagliari, comprendente il territorio delle ASL di Cagliari, Carbonia e Sanluri.

Una specifica struttura unitaria denominata "Coordinamento regionale registro tumori" sovrintende e coordina le tre sedi locali.

Obiettivo finale del Registro Regionale Tumori è l'accreditamento ai massimi livelli istituzionali del registro federato (i registri di Sassari e Nuoro sono già accreditati Airtum e IARC).

Le azioni e gli obiettivi relativi alla messa in regime del Registro Regionale tumori sono strettamente dipendenti dal rispetto delle azioni del PRP summenzionato, dipendendo le stesse dalla piena osservazione dei tempi stabiliti dall'azione P-8.1.1.4 in capo all'OER, ai Sistemi informativi e Affari legali dell'Assessorato Sanità, con cui l'ATS collaborerà attraverso il Gruppo Tecnico Regionale Registro Tumori, istituito con determinazione del Direttore Generale della Sanità n. 940 del 21/09/2017.

1.3.2 La sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Con riferimento all'Area della sanità pubblica e sicurezza alimentare, le azioni da porre in essere per l'anno 2018 sono relative a:

- 1) Implementare le anagrafiche degli OSA ai fini della corretta programmazione dei controlli ufficiali;
- 2) Garantire copertura e qualità dei flussi informativi in tema di sanità animale e alimenti;
- 3) Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza delle zoonosi;
- 4) Consolidare il Sistema di AUDIT in Sardegna;
- 5) Creazione del Sistema Aziendale per la gestione delle allerte alimentari;
- 6) Standardizzazione procedure documentate ambito Controlli Ufficiali sulla "condizionalità
- 7) Prevenire il randagismo;
- 8) Contrasto all'antibiotico resistenza;
- 9) Standardizzazione procedure documentate ambito Controlli Ufficiali sulla "Esportazione di prodotti lattiero caseari verso Paesi Terzi";
- 10) Controllo ufficiale degli alimenti.

1. Implementare le anagrafiche degli OSA ai fini della corretta programmazione dei controlli ufficiali

Le UU.OO. di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche, di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione delle ASL della Sardegna, successivamente alla entrata in vigore dei Regolamenti CE 852 e 853/04 hanno provveduto a documentare l'avvenuto riconoscimento/registrazione degli Operatori del Settore degli Alimenti (OSA) inserendo i dati anagrafici delle ditte e delle attività da queste effettuate, in documenti informatici o cartacei di autonoma progettazione e realizzazione. Solo dopo l'avvio delle attività del sistema informativo regionale SISaR, ha avuto avvio l'attività di caricamento dei dati degli OSA nello stesso sistema; in questa fase, causa la mancanza di precise linee guida operative, è possibile che le attività relative ad alcuni OSA siano state caricate nel sistema informativo in modo errato od incompleto.

Per l'anno 2018 è previsto l'aggiornamento delle anagrafiche delle ex ASL, la verifica dei format esistenti e l'inizio della trascrizione e dell'aggiornamento in un unico format.

2. Garantire copertura e qualità dei flussi informativi in tema di sanità animale e alimenti

La capacità di rendere disponibili i dati di attività prodotti al fine di costruire informazioni è un elemento distintivo delle aziende più avanzate. Gestire adeguatamente i flussi informativi richiede però una serie di interventi sia sul piano tecnologico che sul piano organizzativo e procedurale.

La necessità di avere questa conoscenza risponde inoltre ad una esigenza nazionale di

adempimento di alcune informazioni che oggi le strutture Sanitarie sono obbligate a fornire ad Enti Nazionali e Regionali.

Peraltro lo scenario nazionale e regionale oggi si sta progressivamente orientando verso la linea di una condivisione integrata delle informazioni tra più livelli: le ASL, la Regione ed il Ministero della Salute. I flussi di dati, che sono le sintesi delle attività di ogni area individuata all'interno di un'azienda sanitaria, non sono solo patrimonio informativo aziendale, ma devono unirsi con altri dati territoriali, regionali e nazionali per la produzione di un'informazione integrata. Per il 2018 gli obiettivi prevedono la verifica degli eventuali scostamenti nella tempistica di trasmissione del flusso e/o nella completezza e/o qualità del dato richiesto rispetto al piano di riferimento e lo sviluppo di un progetto per tutta l'ATS che individui interventi di tipo strutturale – tecnologico e di risorse umane per rimuovere le criticità evidenziate e consentire raggiungimento dell'obiettivo. Al fine del raggiungimento di questi obiettivi vengono proposte le seguenti azioni strategiche:

- Verifica delle criticità del sistema e rimozione delle stesse.
- Individuazione degli interventi di tipo strutturale, tecnologico e delle risorse umane necessari a rimuovere le criticità presenti.
- Elaborazione di un protocollo operativo unico dell'ATS
- Verifica della conformità al protocollo operativo elaborato

3. Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza delle zoonosi

La salute degli animali ha un impatto diretto sulla salute pubblica, sia perché alcune malattie animali sono trasmissibili all'uomo, sia per problemi di sicurezza alimentare. La buona salute degli animali è anche un requisito basilare per il settore alimentare dell'UE che pertanto, da molti anni attua una vasta gamma di misure per proteggere la salute degli animali. Se le misure esistenti non funzionano correttamente, affrontare le emergenze e le patologie può comportare costi significativi per la perdita dei mercati interni e di esportazione, costi per la lotta contro le malattie per i bilanci dell'UE e degli Stati membri, nonché costi per i sistemi sanitari degli Stati membri per la cura delle malattie zoonotiche (patologie trasmissibili agli esseri umani). L'attività di sorveglianza sulle popolazioni animali, svolta anche nell'ambito dei piani di eradicazione e che ha riguardato patologie importanti ha permesso di valutare l'andamento epidemiologico delle singole malattie e, quindi, di analizzare e valutare il rischio sanitario sull'intero territorio nazionale soddisfacendo anche al debito informativo nei confronti degli organismi internazionali (OIE, EU, EFSA). Per il 2018 gli obiettivi prevedono l'applicazione puntuale e completa dei Piani di eradicazione e/o controllo dalle malattie degli animali al fine di:

1. Mantenere la qualifica di regione U.I. per Brucellosi.
2. Ridurre la prevalenza della tubercolosi.

3. Aumentare la % di aziende suinicole con qualifica "certificata" rispetto al piano 2017.
4. Attuare la sorveglianza nei confronti della WND.
5. Controllare la BT attraverso l'immunizzazione animali sensibili.

4. Consolidare il Sistema di AUDIT in Sardegna

L'Audit come tecnica di controllo prevista dal Regolamento n. 882 del 29/4/2004 (a far data dal 14/12/2019 verrà abrogato e sostituito dal Regolamento 2017/625) è definito come "un esame sistematico e indipendente per accertare se determinate attività e i risultati correlati siano conformi alle disposizioni previste, se tali disposizioni siano attuate in modo efficace e siano adeguate per raggiungere determinati obiettivi. L'Audit sarà quella forma di Controllo Ufficiale rispondente maggiormente alla esigenza/obbligo di garantire la Sicurezza Alimentare. Esso è un metodo innovativo che necessita, però di essere potenziato da parte dei Servizi preposti alla Sicurezza Alimentare.

L'azione di potenziamento, per il 2018, si esplicherà attraverso la crescita delle seguenti attività: Individuazione del personale formato, formazione e addestramento del personale non formato, formazione del personale in previsione dell'adozione del Reg. 625/2017 che abroga i Reg. 854 e 882/2004 CE a far data dal 14/12/2019, la ricognizione delle procedure esistenti ai fini della realizzazione della procedura unica aziendale attraverso la verifica interna, il sistema di rintracciabilità ed il sistema documentale.

5. Creazione del Sistema Aziendale per la gestione delle allerte alimentari.

Il Sistema Rapido di Allerta Comunitario per gli alimenti ed i mangimi (Rapid Alert System for Food and Feed- RASFF), trova il fondamento giuridico nella Direttiva 92/59/ CEE del consiglio europeo recepita col decreto legislativo 115/95, relativa alla sicurezza generale dei prodotti e nel Regolamento CE 178/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio, che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare. L'obiettivo strategico per il 2018 prevede la ricognizione delle risorse umane, tecniche e finanziarie impiegate per la gestione delle Allerte RASFF in ambito regionale (EX ASL) e la ricognizione delle procedure esistenti ai fini della realizzazione della procedura aziendale. Si provvederà inoltre alla formazione del personale sulla nuova procedura.

6. Standardizzazione procedure documentate ambito Controlli Ufficiali sulla "condizionalità"

La nascita dell'ATS, generata dall'accorpamento delle otto ex ASL, dovrà naturalmente prevedere un percorso di ricerca delle "migliori pratiche" in essere per procedere successivamente all'adozione di procedure documentate uniformi per le attività di pianificazione,

di programmazione e per lo svolgimento dei controlli ufficiali nei territori delle varie ASL. L'obiettivo strategico per il 2018 prevede l'analisi delle procedure di selezione del campione (allevamenti target) e di programmazione dei controlli ufficiali relativi ai controlli degli allevamenti in ambito condizionalità e l'individuazione delle migliori pratiche adottate.

Tale obiettivo si attuerà attraverso le seguenti azioni:

- Analisi delle procedure di selezione del campione (allevamenti target) e di programmazione dei controlli ufficiali in ambito condizionalità.
- Individuazione delle migliori pratiche adottate.
- Predisposizione bozza procedura unificata

7. Prevenire il randagismo

Questo obiettivo intende porre in essere varie attività che permettano di controllare il fenomeno del randagismo e mitigare le serie conseguenze (diffusione malattie zoonotiche e non, casi di aggressione alle persone ed agli animali da reddito, incidenti stradali, incidenza negativa sull'igiene urbana, maltrattamento e/o scarsa attenzione nella detenzione degli animali da affezione) che ogni anno comportano alla collettività una serie di conseguenze, che vanno da quelle sanitarie a quelle economiche, passando per quelle sociologiche, che non si possono più ignorare.

Il raggiungimento di questo prevede il coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali, della popolazione scolastica, delle associazioni di volontariato ed enti protezionistici, dei proprietari dei cani e dei veterinari libero professionisti.

Per l'anno 2018 si intendono realizzare vari interventi formativi/informativi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione scolastica, corsi di formazione destinati ai proprietari dei cani (patentino), corsi di formazione destinati alla Polizia Municipale e alle Guardie Zoofile ed organizzare incontri con veterinari libero professionisti, realizzazione corsi di formazione per gestori e operatori dei canili e incontri con personale delle associazioni di volontariato.

Si procederà anche a rafforzare le attività sanitarie di identificazione dei cani mediante aumento della fruibilità del servizio attraverso orari diversificati, prenotazioni telefoniche, informazioni specifiche sul sito web aziendale ed a incrementare le attività di identificazione elettronica dei cani da pastore.

8. Contrasto all'antibiotico resistenza

Con il presente progetto si intende contribuire alla riduzione del fenomeno dell'antibiotico resistenza, attraverso un miglioramento della gestione del farmaco veterinario da parte di tutti i soggetti interessati. Le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria saranno orientate alla ottimizzazione del sistema informativo esistente (SISARVET). Tale strumento è, infatti, indispensabile per la tracciabilità del farmaco e la programmazione e rendicontazione dei controlli ufficiali. Inoltre si procederà alla elaborazione dei dati già raccolti,

anche con altre finalità, al fine di approfondire la conoscenza del fenomeno nel territorio regionale. Il tutto in attesa dell'entrata in vigore della normativa inerente la "ricetta elettronica" che faciliterà tutte le suddette fasi. Accertato che l'utilizzo appropriato degli antimicrobici dipende da un cambio di atteggiamento e di prassi prudenti ed appropriate da parte dei veterinari prescrittori, degli OSA (allevatori), farmacisti, grossisti e somministratori, risulta indispensabile implementare una collaborazione multisettoriale unitamente ad una attività di sensibilizzazione, formazione ed informazione destinata a tutti i portatori di interesse. La comunità scientifica concorda sul fatto che per ridurre il più possibile l'utilizzo di antimicrobici sono necessarie campagne di sensibilizzazione riguardo ai rischi della resistenza antimicrobica provocata da un loro uso eccessivo ed inappropriato ed alle conseguenze della resistenza per l'individuo e la società in generale, così come eventi di **formazione continua** per i professionisti in relazione a diagnosi, trattamento e prevenzione delle malattie infettive ed a utilizzo appropriato degli antimicrobici.

Nel settore degli animali da reddito, il corretto utilizzo degli antimicrobici, oltre a prevenire la presenza di residui negli alimenti, è indispensabile per garantire l'efficacia delle terapie e limitare l'insorgenza di germi resistenti che potrebbero in seguito contaminare le derrate alimentari di origine animale. Anche il settore degli animali da compagnia gioca un ruolo importante nella riduzione e nella prevenzione della diffusione della resistenza.

L'obiettivo 2018 si attuerà con la pianificazione e realizzazione di specifici eventi formativi.

9. Standardizzazione procedure documentate ambito Controlli Ufficiali sulla "Esportazione di prodotti lattiero caseari verso Paesi Terzi"

Per il 2018 è prevista l'analisi delle procedure per la programmazione dei controlli ufficiali relativi alla verifica del sistema di gestione dell'operatore e della sua impresa, tale da dare garanzie immediate e nel tempo, che i prodotti lattiero caseari rispettino gli standard sanitari del Paese Terzo verso il quale si intende esportare. Questo importante obiettivo verrà attuato attraverso l'analisi delle procedure per la programmazione dei controlli ufficiali relativi alla verifica del sistema di gestione dell'operatore e della sua impresa, tale da dare garanzie immediate e nel tempo, che i prodotti lattiero caseari rispettino gli standard sanitari del Paese Terzo verso il quale si intende esportare, tramite l'individuazione delle migliori pratiche adottate, l'adozione di una unica procedura in tutto il territorio della ATS che assicuri una totale uniformità nell'effettuazione dei controlli ufficiali, al fine di garantire, nei confronti del Paese Terzo la presenza, la sussistenza e permanenza dei requisiti richiesti per effettuare l'esportazione nell'ambito degli accordi sottoscritti dall'Italia o dalla Unione Europea ed il Paese Terzo ed infine tramite la verifica dell'efficacia delle attività di controllo ufficiale con particolare riferimento al rispetto della nuova procedura.

10. Controllo ufficiale degli alimenti

Per il 2018 gli obiettivi sono quelli previsti nel PRP al Programma P- 10.1. E' di fondamentale importanza l'individuazione di aree di cooperazione ed integrazione tra servizi dipartimentali ATS, autorità ambientale, agenzie Assess. Agricoltura, altre autorità/amministrazioni (NAS, Corpo forestale, Capitanerie Porto, Gdf) che effettuano controlli a vario titolo nella filiera degli alimenti, attraverso la stesura e l'adozione di linee guida, protocolli omogenei condivisi, procedure operative.

A livello di ATS la funzione di integrazione saranno garantite dai nuovi modelli organizzativi dipartimentali, in particolare dai gruppi di progetto, preposti al coordinamento dell'attività interdisciplinare tra le strutture afferenti e le attività trasversali.

1.4 Sintesi dei principali progetti e obiettivi programmatici 2018

| GRUPPO DI PROGETTO SANITA' PUBBLICA E VETERINARIA E IGIENE DEGLI ALIMENTI | |
|--|--|
| N. Progetto | Descrizione del Progetto |
| 1 | Implementazione delle anagrafiche degli OSA ai fini della corretta programmazione dei controlli ufficiali. |
| 2 | Garantire copertura e qualità dei flussi informativi in tema di sanità animale e alimenti |
| 3 | Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza delle zoonosi. |
| 4 | Sistema ATS gestione e controllo AUDIT nei Controlli Ufficiali |
| 5 | Creazione del Sistema Aziendale per la gestione delle allerte alimentari. |
| 6 | Standardizzazione delle procedure – C.U. sulla “condizionalità” |
| 7 | Prevenire e contrastare il fenomeno del randagismo |
| 8 | Concorrere a ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco veterinario |
| 9 | Standardizzazione delle procedure – C.U. sulla esportazione di prodotti lattiero caseari verso Paesi Terzi |
| 10 | Integrazione dei controlli sicurezza alimentare: migliorare il livello di coordinamento tra Autorità Competente e altri Organi di Controllo |
| GRUPPO DI PROGETTO PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE | |
| N. Progetto | Descrizione del Progetto |
| 1 | Riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione |
| 2 | Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni |
| 3 | Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening |
| 4 | Prevenzione infortuni e malattie professionali |
| 5 | Salute e ambiente |
| 6 | Medicina dello sport |
| 7 | Sorveglianza sindromica e assistenza sanitaria ai migranti |
| 8 | Registro regionale tumori |
| GRUPPO DI PROGETTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE | |
| N. Progetto | Descrizione del Progetto |
| 1 | Individuare azioni atte a facilitare il coordinamento interno tra le strutture afferenti ai DSMD, il loro raccordo e l'integrazione con le altre strutture aziendali nell'ambito clinico, della formazione, della prevenzione, della riabilitazione e della ricerca. |
| 2 | Promuovere la diversificazione e l'integrazione degli interventi sociali e sanitari all'interno di progetti personalizzati (PTAI e PDTA) idonei a garantire il pieno diritto di cittadinanza delle persone con l'esperienza del disturbo mentale e di dipendenza. |
| 3 | Promuovere azioni atte a ottimizzare gli inserimenti, i percorsi clinici e le dimissioni nell'ambito dei percorsi in comunità terapeutiche secondo le recenti disposizioni regionali e/o ministeriali |
| 4 | Ottimizzare lo sviluppo di prassi di psichiatria di comunità; -favorire la partecipazione di utenti e familiari alla riflessione e alla programmazione dei servizi; -promuovere attività di informazione, educazione sanitaria e di contrasto allo stigma. |
| 5 | Passaggio dai servizi per l'età evolutiva all'età adulta. |
| 6 | Integrazione SERD- Centro per i Disturbi Psichiatrici Alcool Correlati -CSM-UONPIA: definizione e applicazione di un protocolli operativo per i percorsi di cura e guarigione rivolti a persone con problemi psichiatrici e di dipendenza. |
| 7 | Potenziamento dei percorsi terapeutici integrati per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare. |
| 7bis | Uniformità nei criteri di accesso ai servizi territoriali di NPIA |
| 8 | Riduzione del rischio suicidario nelle carceri e nelle colonie penali. |

| | |
|----|--|
| 9 | Miglioramento dei percorsi clinico-organizzativi nel contesto degli SPDC 1) procedura di ammissione/dimissione nel/dal SPDC; 2) procedura per la gestione dei ricoveri in mancanza di posti-letto negli SPDC territoriali di riferimento; 3) linee per l'abbattimento delle pratiche di contenzione fisica in SPDC. |
| 10 | Definizione di una procedura regionale con la Polizia Municipale e le Forze dell'Ordine inerente l'applicazione in modo uniforme delle procedure per il TSO e l'ASO, già determinate da leggi nazionali e linee guida regionali. |
| 11 | Migliorare la qualità dei dati relativi a struttura, processi ed esiti nel campo delle attività dipartimentali. |

PARTE SECONDA

2.La Programmazione economica, finanziaria e patrimoniale

Il presente Bilancio Economico Preventivo per l'anno 2018 è stato redatto secondo gli schemi ed in conformità alle disposizioni contenute nella d.G.R. n. 34/23 del 07/07/2015 recante gli indirizzi in merito all'applicazione alle aziende sanitarie del Titolo II del D. Lgs. 118/2011 e del Decreto del Ministero della Salute del 20 marzo 2013 (G.U.R.I. n. 88 del 15 aprile 2013). In particolare, il citato provvedimento regionale regola l'adeguamento delle direttive regionali di programmazione e rendicontazione (di cui alla d.G.R. 50/19 del 2007) specificatamente all'art. 25 e all'art. 32 del già richiamato D.Lgs. 118/11., attraverso l'adozione del nuovo impianto documentale e dei nuovi schemi di redazione coerenti con la normativa nazionale. Tale documentazione si compone del Bilancio di previsione, che include un conto economico preventivo (a cui è allegato il conto economico dettagliato secondo lo schema CE).

Il CE di Previsione è stato redatto tenendo conto della normativa in materia di contabilità e bilancio dettata da:

- norme civilistiche, di cui agli articoli 2423 e seguenti del codice civile, e principi contabili emanati da OIC;
- Decreto Legislativo n. 118/2011, avente ad oggetto "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi";
- nonché in ottemperanza a quanto previsto dalle comunicazioni assessoriali pervenute sulla tematica oggetto del presente documento.

Considerato che il BEP 2017 è stato aggiornato a settembre (deliberazione del Direttore Generale della ATS n. 838 del 13/09/2017) dato il valore programmatico, i relativi valori sono stati assunti come base per l'effettuazione dei calcoli previsionali del bilancio 2018.

Nella predisposizione del bilancio di previsione si è tenuto conto di quanto definito con la d.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015 concernente "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio

sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della legge" così come integrata ed aggiornata con d.G.R. n. 39/04 del 09/08/2017 di pari oggetto.

Nella stesura del presente documento, inoltre, si è tenuto conto di quanto stabilito con d.G.R. n. 39/05 del 09/08/2017 avente ad oggetto "Aggiornamento degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in coerenza con la programmazione regionale. L.R. n. 10/2006, art. 16, comma 1, lettera a)."

Le seguenti previsioni sono state elaborate in coerenza di quanto previsto dallo schema di programma triennale dei lavori pubblici 2018/2020 e dall'elenco annuale dei lavori per il 2018, previsti dall'art. 21 del D.Lgs. 50 del 18 aprile 2016 (piano degli investimenti) di cui alla d.D.G.n. 1103 del 27/10/2017.

La presente documentazione è stata predisposta includendo anche le previsioni di spesa e di ricavo della costituenda AREUS al fine di assicurare la confrontabilità dei dati e anche nella considerazione che l'assetto istituzionale e organizzativo della stessa sarà definito nei prossimi mesi. Per tali motivi, ci si riserva di ridefinire i valori relativi alla presente previsione in esito alle operazioni conseguenti all'attivazione della Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna

Si precisa infine che nel 2018 si completeranno le procedure finalizzate all'integrazione del sistema contabile, ciò consentirà di rafforzare ed allineare i sistemi di contabilità generale e di programmazione e controllo.

2.1 Valore della produzione

Il valore della produzione previsto per il 2018 registra un incremento complessivo di oltre €/mgl 53.000

| CODICE | BEP17 | BEP18 | Delta | Delta % |
|------------------------------------|-----------|-----------|--------|---------|
| Totale valore della produzione (A) | 2.947.373 | 3.000.918 | 53.545 | 1,8% |

Le variazioni sono sostanzialmente riconducibili ad:

- incrementi di assegnazioni per FSR (circa €/mgl 46.000);
- incrementi di contributi in c/esercizio extrafondo riconosciuti per l'avvio del servizio di elisoccorso di cui alla d.G.R. n. 67/09 del 2016 (circa €/mgl 11.260)
- riduzioni di contributi in c/esercizio extralea per finanziamento della vigilanza armata ai punti di guardia medica (-€/mgl 5.000);
- riduzione del ricorso a c/esercizio per finanziamento di investimenti (circa €/mgl 1.500).

Si riporta di seguito una sintetica analisi dei principali scostamenti rispetto alle corrispondenti voci di ricavo definite in sede d BEP 2017 aggiornato.

Ricavi da contributi in c/esercizio

| CODICE | BEP17 | BEP18 | Delta | Delta % |
|--|--------------|--------------|--------------|----------------|
| A) Valore della produzione | | | | |
| A.1) Contributi in c/esercizio | 2.835.850 | 2.888.121 | 52.271 | 1,84% |
| A.1.A) Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale | 2.722.861 | 2.768.872 | 46.011 | 1,69% |
| A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo) | 112.989 | 119.249 | 6.260 | 5,54% |

Altri ricavi

| CODICE | BEP17 | BEP18 | Delta | Delta % |
|--|--------------|--------------|--------------|----------------|
| A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | -13.988 | -12.509 | 1.479 | -10,58% |
| A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi | 18.443 | 18.000 | -443 | -2,40% |
| A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | 19.269 | 19.300 | 31 | 0,16% |
| A.9) Altri ricavi e proventi | 4.793 | 5.000 | 207 | 4,31% |

Per l'aggregato relativo agli altri ricavi si sottolinea in particolare la previsione di riduzione del ricorso ad utilizzo delle risorse correnti per il finanziamento di investimenti in relazione a:

- o pieno svolgimento degli effetti della gara sulla protesica maggiore che prevede, fra l'altro, un lotto specificatamente dedicato al riutilizzo di ausili protesici, contribuendo in tal modo a contenere l'acquisto di attrezzature sanitarie con fondi correnti;
- o avvio della gestione dipartimentale accentrata degli acquisti e della logistica all'interno del quale, fra le altre, opererà la SC logistica e valorizzazione del patrimonio, che consentirà una reingegnerizzazione dei processi di gestione dei fabbisogni e di programmazione centralizzata degli interventi per tutte le aree della ATS.

Ovviamente, anche per quanto riguarda i costi della produzione i riferimenti più attuali presi in considerazione per le presenti elaborazioni sono le previsioni contenute nel BEP 2017, nella versione recentemente aggiornata con D.D.G. n. 838 del 13/09/2017.

2.2 Costi di Produzione

Di seguito si riporta un confronto di estrema sintesi dei costi della produzione

TABELLA 1 : COSTI DELLA PRODUZIONE

| CODICE | BEP17 | BEP18 | Delta | Delta % |
|--|------------------|------------------|----------------|----------------|
| Totale costi della produzione (B) | 3.090.133 | 3.076.983 | -13.151 | -0,4% |

Il dato finale atteso, come si può evincere dalla tabella sopra esposta, è in riduzione sulla previsione 2017 nonostante sullo stesso incidano i maggiori costi (€/mgl 11.260) determinati da variabili esogene aggiuntive come l'avvio del servizio regionale di elisoccorso (d.G.R. n. 67/09 del 2016 e d.D.G. n. n. 490 del 27/06/2017), i maggiori accantonamenti per rinnovi contrattuali dei dipendenti (€/mgl 9.428).

In estrema sintesi, ricalcolando l'effetto atteso della gestione propria della azienda, al netto dei maggiori costi derivanti dalle variabili esterne ed aggiuntive alla stessa, la riduzione dei costi della produzione si attesta intorno ai €/mgl 34.000

TABELLA 2 : TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (AL NETTO DI COSTI ESOGENI)

| Voce Modello CE | BEP17 | BEP18 (netto di costi esogeni)* | Delta |
|---------------------------------|-----------|---------------------------------|---------|
| Tot. costi della produzione (B) | 3.090.133 | 3.056.295 | -33.838 |

* costi legati a variabili esogene aggiuntive quali servizio elisoccorso e accantonamenti rinnovi contrattuali

2.3 Target del Piano di rientro -Aggiornamento

La tabella che segue espone i target assegnati all'ATS con DGR 39-4 del 9 agosto 2017.

TABELLA 3 : TARGET PIANO DI RIENTRO

| Area Tematica | Descrizione Voce | Quota ATS | Azioni |
|---------------|--|---------------|--------------------------|
| | Macroazione | | |
| 6 | Riorganizzazione della Rete ospedaliera | | Azione a regia regionale |
| 8 | Ridefinizione delle regole di sistema | 34.350 | |
| | Governo processi gestionali | 12.100 | |
| | Revisione sistema acquisti | 11.050 | |
| | Riorganizzazione logistica fornitura farmaci (Hub unico) del SSR | | Azione a regia regionale |
| | Azioni sistematiche profili prescrittivi | 10.000 | |
| | altri risparmi sulla farmaceutica | | |
| | Altri risparmi | 1.200 | |
| 4 | Rapporto con erogatori | 2.500 | |
| | Riqualficazione rete assistenziali (laboratorio e Radiologia) | 1.500 | |
| | Revisione tariffe e decurtazione Budget | | Azione a regia regionale |
| | Dialisi | 1.000 | |
| | Totale risparmi Piano di rientro 2018 | 36.850 | |

2.4 Maggiori costi su base annua 2018

Nel seguito sono evidenziate le principali circostanze che determineranno un incremento dei costi e che costituiscono variabili esogene rispetto alla gestione:

- Maggiori costi per la gara relativa all'elisoccorso di cui alla d.G.R. 67/9-2016 per un importo completamente finanziato e rilevato in compensazione nel valore della produzione (+ €/mgl 11.260).
- Maggiori costi per incremento acquisto farmaci in distribuzione per conto (+ €/mgl 2.500) riconducibili ad un aumento generalizzato delle terapie con farmaci riconducibili al PHT ed in particolare i NAO e, per quanto riguarda la cura delle patologie diabetologiche, le

insuline ed analoghi per iniezione ad azione lenta, gli ipoglicemizzanti escluse le insuline e le eparine a basso peso molecolare.

- Necessità di utilizzare quota parte del Fondo Sanitario Regionale a fronte di investimenti non coperti da contributi in c/capitale (per circa 12 mln di euro);
- Costo per i farmaci oncologici e per la cura della sclerosi;
- Maggiori accantonamenti per rinnovi contrattuali come previsto da del DPCM 27.02.2017 così come chiarito nella circolare del MEF MEF n. 18 del 13.04.2017.

Si riportano, inoltre, di seguito altre situazioni al momento indeterminati nei loro valori economici, che comunque potrebbero determinare un incremento dei costi nel corso dell'esercizio 2018:

- Costi per l'attivazione di nuovi servizi (RSA, Hospice, Mater olbia)
- Costi per rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato (MM.M.G., PP.L.S., GG.MM., specialisti convenzionati), per la quota non coperta dagli accantonamenti effettuati secondo indicazioni regionali (per le eventuali eccedenze si ipotizza un incremento delle assegnazioni);

La tabella che segue riassume le fattispecie sopra richiamate (Tabella 4).

TABELLA 4 : STIMA COSTI AGGIUNTIVI

| Descrizione | Stima costi aggiuntivi 2018 | Note |
|---|------------------------------------|------------------------|
| Gara elisoccorso | + 11.260.000 | Interamente finanziati |
| Distribuzione per conto | + 2.500.000 | |
| Acc.ti rinnovi contrattuali dipendenti | +9.500.000 | |
| Totale | +23.260.000 | |

2.5 Conto Economico preventivo 2018

Al fine di fornire un maggior dettaglio delle voci di composizione del bilancio si fornisce il dettaglio delle voci di costo per l'anno 2018 divise per trimestre:

| SCHEMA DI BILANCIO | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | ATS BEP 2018 |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| VALORE DELLA PRODUZIONE | | | | | |
| 1) Contributi in c/esercizio | €722.030 | €722.030 | €722.030 | €722.030 | € 2.888.121 |
| a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale | €692.218 | €692.218 | €692.218 | €692.218 | € 2.768.872 |
| b) Contributi in c/esercizio - extra fondo | € 29.812 | € 29.812 | € 29.812 | € 29.812 | € 119.249 |
| 1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati | € 12.437 | € 12.437 | € 12.437 | € 12.437 | € 49.746 |
| 2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA | € 7.815 | € 7.815 | € 7.815 | € 7.815 | € 31.260 |
| 3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA | € 3.382 | € 3.382 | € 3.382 | € 3.382 | € 13.526 |
| 4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro | € 5.805 | € 5.805 | € 5.805 | € 5.805 | € 23.221 |
| 5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo) | € 23 | € 23 | € 23 | € 23 | €93 |
| 6) Contributi da altri soggetti pubbl. | € 351 | € 351 | € 351 | € 351 | €1.403 |

| SCHEMA DI BILANCIO | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | ATS BEP 2018 |
|---|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| c) Contributi in c/esercizio - per ricerca | €- | €- | €- | €- | € - |
| 1) da Ministero della Salute per ricerca corrente | €- | €- | €- | €- | € - |
| 2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata | €- | €- | €- | €- | € - |
| 3) da Regione e altri soggetti pubblici | €- | €- | €- | €- | € - |
| 4) da privati | €- | €- | €- | €- | € - |
| d) Contributi in c/esercizio - da privati | €- | €- | €- | €- | € - |
| 2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti | -€ 3.127 | -€ 3.127 | -€ 3.127 | -€ 3.127 | -€ 12.509 |
| 3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti | € 4.659 | € 4.659 | € 4.659 | € 4.659 | € 18.636 |
| 4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria | € 7.098 | € 7.098 | € 7.098 | € 7.098 | € 28.393 |
| a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche | € 3.929 | € 3.929 | € 3.929 | € 3.929 | € 15.718 |
| b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia | € 1.588 | € 1.588 | € 1.588 | € 1.588 | €6.351 |
| c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro | € 1.581 | € 1.581 | € 1.581 | € 1.581 | €6.325 |
| 5) Concorsi, recuperi e rimborsi | € 4.500 | € 4.500 | € 4.500 | € 4.500 | € 18.000 |
| 6) | € 4.825 | € 4.825 | € 4.825 | € 4.825 | € 19.300 |

| SCHEMA DI BILANCIO | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | ATS BEP 2018 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) | | | | | |
| 7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio | € 8.994 | € 8.994 | € 8.994 | € 8.994 | € 35.977 |
| 8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni | €- | €- | €- | €- | € - |
| 9) Altri ricavi e proventi | € 1.250 | € 1.250 | € 1.250 | € 1.250 | €5.000 |
| Totale A | € 750.229 | € 750.229 | € 750.229 | € 750.229 | € 3.000.918 |
| COSTI DELLA PRODUZIONE | €- | €- | €- | €- | |
| 1) Acquisti di beni | € 90.796 | € 90.796 | € 90.796 | € 90.796 | € 363.183 |
| a) Acquisti di beni sanitari | € 88.604 | € 88.604 | € 88.604 | € 88.604 | € 354.416 |
| b) Acquisti di beni non sanitari | € 2.192 | € 2.192 | € 2.192 | € 2.192 | €8.767 |
| 2) Acquisti di servizi sanitari | €376.225 | €376.225 | €376.225 | €376.225 | € 1.504.901 |
| a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base | € 48.215 | € 48.215 | € 48.215 | € 48.215 | € 192.859 |
| b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica | € 63.133 | € 63.133 | € 63.133 | € 63.133 | € 252.534 |
| c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale | € 47.654 | € 47.654 | € 47.654 | € 47.654 | € 190.616 |
| d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa | € 13.076 | € 13.076 | € 13.076 | € 13.076 | € 52.303 |
| e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa | € 9.411 | € 9.411 | € 9.411 | € 9.411 | € 37.645 |
| f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica | € 5.405 | € 5.405 | € 5.405 | € 5.405 | € 21.619 |
| g) Acquisti di servizi sanitari per | €107.894 | €107.894 | €107.894 | €107.894 | € 431.577 |

| SCHEMA DI BILANCIO | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | ATS BEP 2018 |
|---|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| assistenza ospedaliera | | | | | |
| h) Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e semiresidenziale | € 5.204 | € 5.204 | € 5.204 | € 5.204 | € 20.815 |
| i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F | € 40.964 | € 40.964 | € 40.964 | € 40.964 | € 163.857 |
| j) Acquisti prestazioni termali in convenzione | € 685 | € 685 | € 685 | € 685 | € 2.741 |
| k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario | € 6.240 | € 6.240 | € 6.240 | € 6.240 | € 24.961 |
| l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria | € 20.729 | € 20.729 | € 20.729 | € 20.729 | € 82.918 |
| m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia) | € 1.184 | € 1.184 | € 1.184 | € 1.184 | € 4.734 |
| n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari | € 2.515 | € 2.515 | € 2.515 | € 2.515 | € 10.058 |
| o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie | € 2.974 | € 2.974 | € 2.974 | € 2.974 | € 11.897 |
| p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria | € 942 | € 942 | € 942 | € 942 | € 3.767 |
| q) Costi per differenziale Tariffe TUC | € - | € - | € - | € - | € - |
| 3) Acquisti di servizi non sanitari | € 47.552 | € 47.552 | € 47.552 | € 47.552 | € 190.207 |
| a) Servizi non sanitari | € 44.564 | € 44.564 | € 44.564 | € 44.564 | € 178.255 |
| b) Consulenze | € 2.289 | € 2.289 | € 2.289 | € 2.289 | € 9.157 |

| SCHEMA DI BILANCIO | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | ATS BEP 2018 |
|--|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| e, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie | | | | | |
| c) Formazione | € 699 | € 699 | € 699 | € 699 | €2.795 |
| 4) Manutenzione e riparazione | € 10.689 | € 10.689 | € 10.689 | € 10.689 | € 42.756 |
| 5) Godimento di beni di terzi | € 5.695 | € 5.695 | € 5.695 | € 5.695 | € 22.782 |
| 6) Costi del personale | €203.365 | €203.365 | €203.365 | €203.365 | € 813.459 |
| a) Personale dirigente medico | € 86.578 | € 86.578 | € 86.578 | € 86.578 | € 346.313 |
| b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico | € 9.003 | € 9.003 | € 9.003 | € 9.003 | € 36.012 |
| c) Personale comparto ruolo sanitario | € 72.443 | € 72.443 | € 72.443 | € 72.443 | € 289.771 |
| d) Personale dirigente altri ruoli | € 2.492 | € 2.492 | € 2.492 | € 2.492 | €9.967 |
| e) Personale comparto altri ruoli | € 32.849 | € 32.849 | € 32.849 | € 32.849 | € 131.395 |
| 7) Oneri diversi di gestione | € 2.616 | € 2.616 | € 2.616 | € 2.616 | € 10.463 |
| 8) Ammortamenti | € 11.746 | € 11.746 | € 11.746 | € 11.746 | € 46.984 |
| a) Ammortamenti immobilizzazioni imm. | € 598 | € 598 | € 598 | € 598 | €2.392 |
| b) Ammortamenti dei Fabbricati | € 5.345 | € 5.345 | € 5.345 | € 5.345 | € 21.379 |
| c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali | € 5.803 | € 5.803 | € 5.803 | € 5.803 | € 23.213 |
| 9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti | € 15 | € 15 | € 15 | € 15 | €58 |
| 10) Variazione delle rimanenze | -€ 2.715 | -€ 2.715 | -€ 2.715 | -€ 2.715 | -€ 10.860 |

| SCHEMA DI BILANCIO | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | ATS BEP 2018 |
|--|--------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| a) Variazione delle rimanenze sanitarie | -€ 2.731 | -€ 2.731 | -€ 2.731 | -€ 2.731 | -€ 10.922 |
| b) Variazione delle rimanenze non sanitarie | € 16 | € 16 | € 16 | € 16 | €62 |
| 11) Accantonamenti | € 23.263 | € 23.263 | € 23.263 | € 23.263 | € 93.050 |
| a) Accantonamenti per rischi | € 8.814 | € 8.814 | € 8.814 | € 8.814 | € 35.258 |
| b) Accantonamenti per premio operosità | € 670 | € 670 | € 670 | € 670 | €2.679 |
| c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati | € 8.021 | € 8.021 | € 8.021 | € 8.021 | € 32.083 |
| d) Altri accantonamenti | € 5.758 | € 5.758 | € 5.758 | € 5.758 | € 23.030 |
| Totale B | € 769.246 | € 769.246 | € 769.246 | € 769.246 | € 3.076.983 |
| DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B) | -€ 19.016 | -€ 19.016 | -€ 19.016 | -€ 19.016 | -€ 76.065 |
| C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI | €- | €- | €- | €- | |
| 1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari | € 6 | € 6 | € 6 | € 6 | €26 |
| 2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari | € 799 | € 799 | € 799 | € 799 | €3.197 |
| Totale C | -€793 | -€793 | -€793 | -€793 | -€3.171 |
| D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE | €- | €- | €- | €- | |
| 1) Rivalutazioni | €- | €- | €- | €- | € - |
| 2) Svalutazioni | €- | €- | €- | €- | € - |
| Totale D | € - | € - | € - | € - | € - |
| E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI | €- | €- | €- | €- | |
| 1) Proventi straordinari | €- | €- | €- | €- | € - |
| a) | €- | €- | €- | €- | € - |

| SCHEMA DI BILANCIO | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre | ATS BEP 2018 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Plusvalenze | | | | | |
| b) Altri proventi straordinari | €- | €- | €- | €- | € - |
| 2) Oneri straordinari | €- | €- | €- | €- | € - |
| a) Minusvalenze | €- | €- | €- | €- | € - |
| b) Altri oneri straordinari | €- | €- | €- | €- | € - |
| Totale E | € - | € - | € - | € - | € - |
| RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E) | -€ 19.809 | -€ 19.809 | -€ 19.809 | -€ 19.809 | -€ 79.236 |
| 1) IRAP | € 14.912 | € 14.912 | € 14.912 | € 14.912 | € 59.650 |
| a) IRAP relativa a personale dipendente | € 13.241 | € 13.241 | € 13.241 | € 13.241 | € 52.963 |
| b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente | € 1.576 | € 1.576 | € 1.576 | € 1.576 | € 6.306 |
| c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoemia) | € 87 | € 87 | € 87 | € 87 | € 348 |
| d) Irap relativa ad attività commerciali | € 8 | € 8 | € 8 | € 8 | € 33 |
| 2) Ires | € 176 | € 176 | € 176 | € 176 | € 705 |
| 3) Accantonamento a fondo imposte (Accantonamenti, condoni) | € 1 | € 1 | € 1 | € 1 | € 6 |
| Totale Y | € 15.090 | € 15.090 | € 15.090 | € 15.090 | € 60.360 |
| UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO | -€ 34.899 | -€ 34.899 | -€ 34.899 | -€ 34.899 | -€ 139.597 |