



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

RELAZIONE SULLA GESTIONE 2013

(REDATA IN APPLICAZIONE DELL'ART. 39, L.P. N. 16/2010
E DELLE LINEE GUIDA PER LA GESTIONE ECONOMICO-PATRIMONIALE)

APRILE 2014

INDICE

INTRODUZIONE	5
PARTE I – ATTIVITÀ, RISORSE, PRESTAZIONI E SERVIZI.....	6
L'ASSISTENZA DISTRETTUALE E SOCIO-SANITARIA.....	7
DISTRETTO OVEST	32
DISTRETTO CENTRO NORD	37
DISTRETTO CENTRO SUD	40
DISTRETTO EST.....	43
TABELLE LIVELLO ASSISTENZIALE: ASSISTENZA DISTRETTUALE	48
SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE.....	50
TABELLE LIVELLO ASSISTENZIALE: ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	53
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....	57
TABELLE LIVELLO ASSISTENZIALE: ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	68
INDICATORI.....	74
PARTE II – PIANI TRASVERSALI	77
PIANO DELLE ATTIVITÀ TRASVERSALI DI GOVERNANCE.....	78
PIANO DELLE STRUTTURE	98
PIANO DELLE ATTREZZATURE E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE	118
PIANO DEI SISTEMI INFORMATIVI	121
PIANO DI SVILUPPO DELLE PRESTAZIONI E COMPETENZE INDIVIDUALI	128
PIANO DEL PERSONALE	131
PIANO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA	143
PIANO DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE	151
PIANO DI SICUREZZA DEI LAVORATORI	154
PIANO DELLA GESTIONE AMBIENTALE.....	160
PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	163
PARTE III – ANDAMENTO DELLA GESTIONE.....	165
INTRODUZIONE	166
DINAMICA COMPLESSIVA DEI PRINCIPALI AGGREGATI ECONOMICI: TENDENZA NAZIONALE E CONFRONTO LOCALE.....	168
I RISULTATI FINALI DELLA GESTIONE ECONOMICA 2013: VALUTAZIONI DI SINTESI	170
AZIONI DI CONTROLLO SUI COSTI INTRAPRESE DALL'AZIENDA E RISULTATI OTTENUTI.....	172
LA GESTIONE ECONOMICA: I RICAVI TIPICI DI ESERCIZIO.....	174
LA GESTIONE ECONOMICA: I COSTI TIPICI DI ESERCIZIO.....	178
LA GESTIONE ECONOMICA: DIMOSTRAZIONI DEL RISULTATO D'ESERCIZIO	190
LA GESTIONE PATRIMONIALE.....	191
FATTI DI RILIEVO INTERVENUTI DOPO LA CHIUSURA DELL'ESERCIZIO	192
PARTE IV – OBIETTIVI PAT.....	199
OBIETTIVI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA ASSEGNATI DALLA PAT ALL'APSS PER L'ANNO 2013	200
PREMESSA.....	200
SINTESI DEI RISULTATI.....	201
OBIETTIVO N. 1 - MOBILITÀ SANITARIA	203
OBIETTIVO N. 2 – PIANO DI MIGLIORAMENTO APSS 2013-2015	206
OBIETTIVO N. 3A - PERCENTUALE DI FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO DUE GIORNI DALL'AMMISSIONE.....	207
OBIETTIVO N. 3B - PERCENTUALE DI DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: RICOVERI ORDINARI	209
OBIETTIVO N. 3C - PERCENTUALE DI RICOVERI IN DH MEDICO CON FINALITÀ DIAGNOSTICA	210
OBIETTIVO N. 3D - TRASFERIMENTO PRESTAZIONI DAL REGIME DI RICOVERO DIURNO AL REGIME AMBULATORIALE.	211
OBIETTIVO N. 3E: TASSO UTILIZZO DEI POSTI LETTO UU.OO. DI CHIRURGIA GENERALE, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.	213

OBIETTIVO N. 4A: CURE DOMICILIARI	214
OBIETTIVO N. 4B: ASSEGNO DI CURA	215
OBIETTIVO N. 4D: UNITA' DI VALUTAZIONE ALZHEIMER	217
OBIETTIVO N.5A: SCREENING ONCOLOGICI.....	218
OBIETTIVO N.5B: SISTEMI DI SORVEGLIANZA	221
OBIETTIVO N.5C: SICUREZZA ALIMENTARE	223
OBIETTIVO N.5D: COPERTURE VACCINALI	227
OBIETTIVO SUL CONTENIMENTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA ANNO 2013	229

INTRODUZIONE

La "Relazione sulla gestione" dà conto dell'andamento complessivo delle attività gestite dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), nel rispetto degli indirizzi strategici della politica sanitaria provinciale e degli obiettivi annuali specifici assegnati dalla Provincia Autonoma di Trento (PAT), per garantire l'erogazione dei livelli di assistenza. La "Relazione sulla Gestione" illustra strategie, processi, progetti, eventi di maggior rilievo e indicatori utili a descrivere la performance aziendale, sia per quanto riguarda la componente clinico-assistenziale che economico-organizzativa.

Il documento si articola in: Attività, Risorse, Prestazioni e Servizi (parte I), Piani Trasversali (parte II) Andamento della Gestione (parte III) e Obiettivi PAT (parte IV). Nelle quattro sezioni, la relazione presenta diversi livelli di analisi e dettaglio nel descrivere i principali ambiti di sviluppo dei processi posti in essere dall'APSS per realizzare la propria missione, ottemperare alle direttive e agli indirizzi della Giunta provinciale e rendere i servizi sempre più rispondenti alle istanze delle parti interessate.

Nella parte I ("Attività, Risorse, Prestazioni e Servizi") la Relazione sulla Gestione descrive sinteticamente le principali attività realizzate a supporto dei LEA a livello di Articolazione Organizzativa Fondamentale mentre nella parte II ("Piani Trasversali"), descrive le attività che l'APSS ha realizzato per attuare i piani settoriali di gestione impostati per l'esercizio 2013. L'illustrazione delle attività svolte e dei risultati conseguiti è stata articolata scegliendo modalità di presentazione specifiche per ciascun ambito di pianificazione e sviluppo delle attività. Si offre uno spaccato di strutture, assetti organizzativi, responsabilità, strumenti e procedure operative messe in atto per governare i processi aziendali nelle diverse aree di gestione dell'azienda; con particolare attenzione alle attività a maggiore impatto sul sistema sanitario, ai progetti innovativi e agli interventi di riqualificazione organizzativa, professionale e tecnologica che hanno caratterizzato l'esercizio in commento.

Nella parte III ("Andamento della Gestione") vengono riportati e commentati tutti i contenuti necessari a verificare l'andamento dell'esercizio sotto il profilo economico e finanziario. Nella parte IV ("Obiettivi PAT") vengono illustrate le modalità con le quali sono stati sviluppati i processi di sviluppo e miglioramento correlati agli obiettivi specifici della Giunta provinciale.

PARTE I – ATTIVITÀ, RISORSE, PRESTAZIONI E SERVIZI

L'ASSISTENZA DISTRETTUALE E SOCIO-SANITARIA

L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'assistenza distrettuale gestisce in modo integrato tutte le attività di assistenza dello specifico livello svolte in favore dei cittadini.

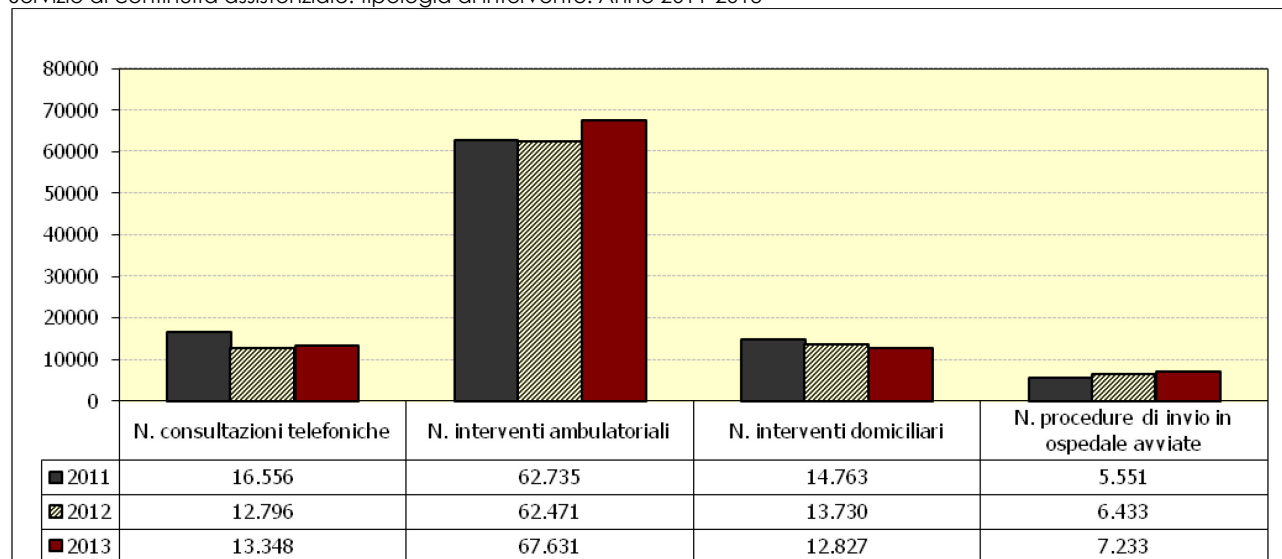
Assicura inoltre, attraverso le strutture aziendali, le attività di: assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale, assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza consultoriale, assistenza alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie, assistenza alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, assistenza alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o da alcool, assistenza a pazienti nelle fasi terminali della vita ed inoltre garantisce l'assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale rivolta alle persone anziane non autosufficienti, alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool, alle persone con problemi psichiatrici, con disabilità fisica, psichica e sensoriale ed ai pazienti nelle fasi terminali della vita.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Per quanto riguarda la continuità assistenziale è a regime l'utilizzo del sistema informativo territoriale (SIT) modulo continuità assistenziale per la gestione dell'attività. Nel 2013 è stato attivato il nuovo sistema di reportistica Qlik-view per l'estrazione degli indicatori di attività della continuità assistenziale. I dati riportati nella figura n.1 sono stati estratti con il nuovo sistema di reportistica e validati dai Distretti.

Il numero delle sedi del servizio di continuità assistenziale rimane uguale allo scorso anno vale a dire n. 32. Nel Piano di miglioramento dell'APSS è stata proposta la revisione del numero di dette sedi di attività. Il numero totale di ore di apertura del servizio è stato pari a 221.359. Le tipologie di interventi erogati, periodo 2011-2013, del Servizio Continuità assistenziale sono riportati in figura n.1; come si evince dalla figura nel 2013 si rileva una diminuzione del numero di visite a domicilio (-6,58% rispetto al 2012) e un aumento delle visite ambulatoriali (+8,26% rispetto al 2012) e delle consulenze telefoniche (+4,31%).

Servizio di continuità assistenziale: tipologia di intervento. Anno 2011-2013



*Il totale N.procedure di invio in ospedale avviate comprende gli invii al PS, l'attivazione di Trentino emergenza-118 e le proposte di ricovero.

CURE DOMICILIARI

Le cure domiciliari, che comprendono l'assistenza medica ed infermieristica domiciliare, sono classificate, a livello aziendale in n. 5 livelli di complessità progressiva: assistenza infermieristica occasionale (AIO), assistenza domiciliare infermieristica (ADInf), assistenza domiciliare programmata (ADP), assistenza domiciliare integrata (ADI) e Assistenza Domiciliare Integrata Cure Palliative (ADICP).

Non è possibile fornire i dati aggregati per distretto sanitario (L. 16/2010) in quanto non sono ancora stati attivati i criteri di raggruppamento dei dati secondo i nuovi distretti nel Sistema Informativo Territoriale (SIT) modulo cure domiciliari. L'alimentazione del SIT risulta a regime in tutti i distretti.

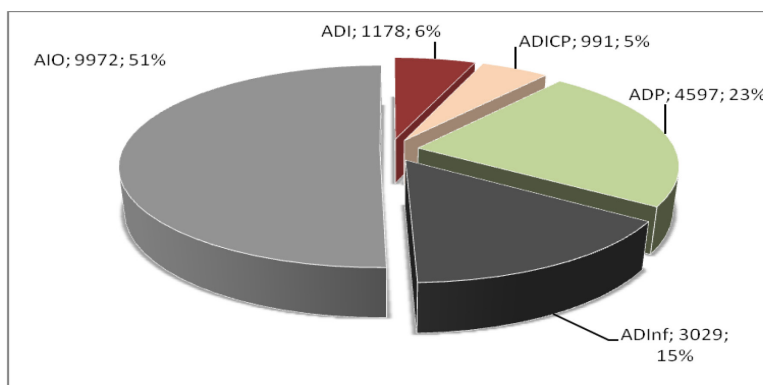
Nel 2013 è stato attivato il nuovo sistema di reportistica per le cure domiciliari Qlik-view, è continuata l'attività di "pulitura" per migliorare la qualità dei dati presenti nel gestionale.

I principali dati di attività e gli indicatori più significativi relativi all'attività delle cure domiciliari sono riportati nelle figure n. 2-3-4.

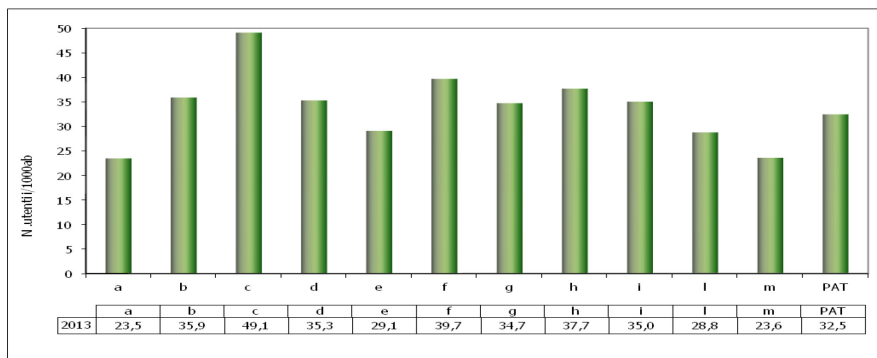
La figura n. 2 illustra il numero di utenti assistiti dalle cure domiciliari suddiviso per tipologia di cure domiciliari attivate. Come si può notare dalla figura, la somma degli utenti in carico, per singola tipologia di cure domiciliari, risulta maggiore del totale degli utenti; questa difformità è dovuta al fatto che uno stesso utente può aver usufruito di più tipologie di cure domiciliari nel corso dello stesso anno.

Il tasso degli utenti seguiti a domicilio distribuito per ex distretto sanitario viene illustrato in figura 3. La figura n.4 riporta il tasso specifico di utenti con età maggiore o uguale a 65 anni assistiti dalle cure domiciliari nel 2013 riferito a 1000 residenti della stessa fascia di età.

Numero di utenti assistiti a domicilio distribuzione per tipologia di cure domiciliari attivate. Anno 2013

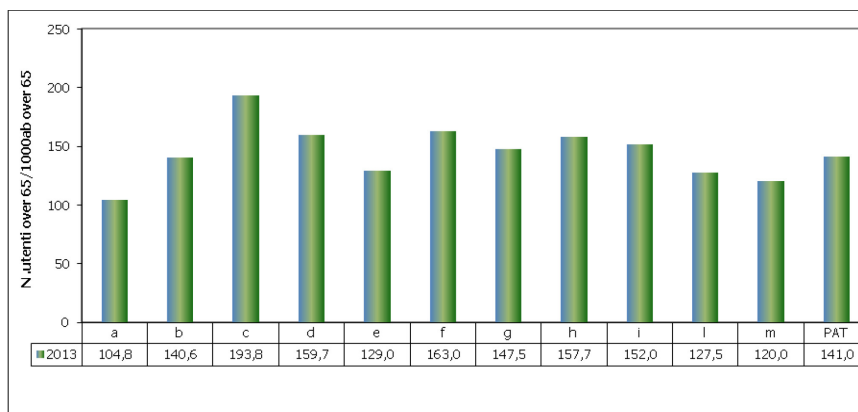


Utenti in Cure domiciliari ogni 1000 abitanti. Anno 2013. Popolazione di riferimento: popolazione al 1 gennaio 2013; fonte dato Servizio Statistica PAT.



Legenda ambiti: a: Fiemme; b: Primiero; c: Bassa Valsugana e Tesino; d: Alta Valsugana; e: Trento, Valle dei Laghi, Rotaliana, Paganella, Cembra; f: Valle di Non; g: Valle di Sole; h: Giudicarie e Rendena; i: Alto Garda e Ledro; l: Vallagarina; m: Fassa. *Fonte dati Nuova reportistica da Qlik-view Cure domiciliari

Utenti con età ≥65 anni assistiti dalle Cure domiciliari ogni 1000 abitanti con età ≥65 anni Anno 2013. Popolazione di riferimento: popolazione ≥65 anni al 1 gennaio 2013 fonte dato: Servizio statistica PAT.



Legenda ambiti: a: Fiemme; b: Primiero; c: Bassa Valsugana e Tesino; d: Alta Valsugana; e: Trento, Valle dei Laghi, Rotaliana, Paganella, Cembra; f: Valle di Non; g: Valle di Sole; h: Giudicarie e Rendena; i: Alto Garda e Ledro; l: Vallagarina; m: Fassa. *Fonte dati Nuova reportistica da Qlik-view Cure domiciliari

Il tempo d'attesa, giorni intercorsi tra la richiesta e l'attivazione delle cure domiciliari, fissato dalle normative contrattuali e dalle direttive aziendali rispettivamente in n.3 giorni per l'ADI e l'ADICP, n.15 giorni l'ADP e n.5 giorni per il piano ADInf è stato rispettato in tutti i distretti. Gli attori coinvolti nel sistema cure domiciliari (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri e Medici Specialisti delle Cure Palliative) hanno effettuato, nel 2013, n. 294.645 accessi domiciliari, pari a una media di circa n. 807 accessi al giorno (sabato, domenica e festivi compresi).

L'APSS è entrata a parte dell'Osservatorio delle Buone Pratiche nelle Cure Palliative domiciliari presso Agenas.

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'area dell'integrazione socio sanitaria, dopo la fase di assunzione di nuove competenze per l'Azienda Sanitaria nell'anno 2012, è stata interessata da azioni di implementazione e consolidamento dei principali processi e affinamento di strumenti, che data l'elevata complessità delle materia ed il numero di interlocutori ed operatori coinvolti sono ancora in corso di completamento e piena attuazione.

L'attività svolta in attuazione alle disposizioni provinciali ha dovuto tenere conto di alcuni elementi connessi a profondi cambiamenti che richiedono un arco di tempo pluriennale per poter trovare un nuovo assetto nei processi organizzativi e nelle prassi operative coerente con le finalità che la norma ha inteso attribuire all'integrazione socio sanitaria. In particolare vanno considerati:

- la variabilità delle tipologie di servizi assunti in carico che vanno dalle prestazioni orarie di assistenza domiciliare, a servizi semiresidenziali e residenziali; risulta del tutto evidente che i setting nei quali i citati servizi si realizzano sono molto differenziati e abbisognano di specifiche competenze e modalità organizzative, anche tenuto conto della "novità" di gestire servizi con forte valenza sociale e socio educativa;
- la necessità di ricostruire, per ciascun soggetto erogatore di servizi, nuove modalità di approccio che consentano di orientare i servizi/prestazioni erogati secondo i criteri irrinunciabili della appropriatezza, della efficacia, della misurazione dei risultati;
- la necessità di inserire consapevolmente ciascun soggetto erogatore in un sistema a rete, di forte integrazione fra servizi, operando in una logica di sistema che consenta a tutti i soggetti coinvolti di svolgere il proprio ruolo istituzionale;
- la necessità di modificare/integrare i sistemi informativi per adeguarli a nuovi processi e nuovi percorsi, alla cui attivazione concorrono operatori sanitari e sociali con competenze, culture e prassi operative diverse;

- la necessità di rivedere le attività amministrative e di supporto, spesso in collaborazione con le Comunità di Valle;
- la numerosità di soggetti con i quali l'Azienda sanitaria è subentrata nei rapporti contrattuali precedentemente in essere con le Comunità di valle, dovendo per ciò gestire clausole contrattuali differenti a parità di servizi erogati;
- l'esigenza di introdurre sistemi informatizzati di governo dei servizi/prestazioni (ai quali devono partecipare ovviamente anche i gestori) per consentire da un lato la corretta gestione economico-amministrativa e dall'altro di contare su una raccolta sistematica di dati ai fini di ri-orientamento/ programmazione delle attività.

Le azioni realizzate sono state quelle relative all'applicazione dell'art. 21 della Legge 16/2010 in materia di integrazione socio sanitaria e delle deliberazioni della Giunta Provinciale n. 2617/11, n. 2010/11, n. 2207/2012, n. 2996/2012, n. 106/2013 e n. 1233/2013.

Le principali attività realizzate nel 2013 sono riassumibili in:

- attivazione di un Punto Unico di Accesso (PUA) in ogni Comunità di Valle;
- operatività in tutti i Distretti delle UVM nelle 5 aree di fragilità individuate dalla norma (anziani, disabili, età evolutiva, salute mentale e dipendenze);
- applicazione della legge 15/2012 (Assegno di cura) dando continuità al processo avviato nel mese di novembre 2012, (DGP n. 2207 del 15/10/12) ed applicazione del nuovo disciplinare approvato con DGP n. 1233/2013;
- consolidamento delle competenze sulle attività Servizio assistenza domiciliare (SAD) in ADI e ADI CP, Centri diurni per anziani, Centri socio educativi per disabili, Comunità socio sanitarie per adulti e minori e interventi socio sanitari (interventi economici).

E' stato avviato ed è ancora in corso un importante lavoro di implementazione di sistemi informativi per la gestione delle attività e delle strutture che afferiscono all'integrazione socio sanitaria. Proprio a seguito dei cambiamenti organizzativi che si sono resi necessari per assumere le nuove competenze sono state attivate una serie di azioni per uniformare la documentazione dei processi e migliorare la qualità dei dati inseriti nei sistemi informatici. Di seguito sono presentati alcuni dati che si ritengono rilevanti per rendere conto delle attività realizzate.

I PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA)

Il Piano di miglioramento della APSS (adottato con delibera della Giunta Provinciale 1493/2013) riconosce nel distretto il luogo di regia della presa in carico delle persone in condizioni di fragilità/cronicità ed evidenzia il ruolo fondamentale del PUA come funzione organizzativa integrata che assicura l'ordinato succedersi delle fasi necessarie all'assistenza per la presa in carico delle situazioni complesse.

Le funzioni previste dalla norma per il PUA sono:

- Accoglienza e ascolto
- Informazioni sui servizi/ prestazioni/ benefici e sulle modalità di attivazione, nei confronti dei cittadini/ famiglie/ operatori
- Orientamento per semplificare l'accesso alla rete dei servizi.

I destinatari dell'attività svolta nei PUA sono le persone che richiedono una presa in carico integrata sociale e sanitaria, l'intervento strutturato, coordinato e sinergico di più servizi, professionalità e interventi, nonché supporto alle loro famiglie.

Il PUA - frutto di un'intesa forte PAT-Comunità di Valle-APSS - rappresenta lo strumento per razionalizzare e coordinare l'accesso ai servizi esistenti sul territorio con questi obiettivi specifici:

- allocazione delle risorse pubbliche secondo un ordine di priorità basato su criteri di efficacia/efficienza ed equità;
- appropriatezza degli interventi e dei percorsi assistenziali proposti;
- coerenza tra domanda e offerta di servizi;
- copertura del servizio in relazione alle dimensioni del territorio;
- omogeneità nella qualità e negli standard di servizio resi;
- garanzia al cittadino di vedersi proposto un percorso diagnostico - clinico - assistenziale che tenga conto della sua situazione complessiva, dei suoi bisogni e dell'insieme delle prestazioni/interventi a cui ha diritto;
- sostenibilità finanziaria delle scelte operate e del loro impatto sul sistema complessivo.

Nel 2013 è stato attivato un PUA in ogni Comunità di Valle dove viene garantito l'apporto professionale dell'infermiere, del medico e del personale amministrativo dell'UO Cure Primarie del Distretto e dell'assistente sociale della Comunità di Valle secondo un accordo formalizzato tra Comunità e Distretto.

L'assunzione delle funzioni previste per il PUA è progressiva. Nel 2013 sono state create le condizioni organizzative per avviare il funzionamento: individuazione degli operatori, della sede e degli orari di apertura. Alla fine del 2013, il PUA è stato dotato di un sistema informatico (ATLANTE PUA) che consente di tracciare gli accessi, di registrare gli interventi programmati, di verificare gli impegni assunti nei casi presi in carico. Non sono ancora disponibili dati strutturati di attività dei PUA.

Le attività prevalenti sono l'assunzione delle competenze svolte dalle segreterie UVM, la valutazione gestione integrata di alcune situazioni che non richiedono l'attivazione UVM ed attività di informazione ed orientamento.

La piena realizzazione dell'operatività del PUA come funzione strategica distrettuale richiede il riconoscimento da parte di tutti gli interlocutori del ruolo rilevante per l'accesso alla rete dei servizi e la conseguente assunzione di precisi impegni di riorganizzazione dei percorsi dei pazienti e delle prassi di lavoro dei servizi sociali e sanitari, l'investimento in sistemi informativi che consentano ai PUA una visione complessiva ed integrata dei percorsi dei pazienti e l'investimento in formazione per sostenere lo sviluppo di una cultura di integrazione socio sanitaria.

PUA : sedi, giornate e orari di apertura

	Giornate di apertura	Orario	Sede	Modalità di contatto (diretto, telefono, mail, ecc)
DISTRETTO CN TERRITORIO VAL D'ADIGE	lunedì - mercoledì - venerdì	8.30-12.30	Trento, c/o sede UOCP Open Center v.le Verona 190/5	tel 0461 - 902484 fax 0461 - 902485
DISTRETTO CN VALLE DEI LAGHI	venerdì	8.00-10.00	Vezzano, c/o Poliambulatorio, via Roma , 37	tel 0461 - 864570 fax 0461 - 340857 tel 0461 340163 int. 4 segreteria servizio sociale per appuntamenti
DISTRETTO EST BASSA VALSUGANA E TESINO	lunedì- mercoledì	09.00-11.00	Borgo c/o UOCP Palazzina rosa viale Vicenza,9	tel. 0461/ 755604/242 fax 0461/755693
DISTRETTO EST COMUNITA' ALTA VALSUGANA	martedì	martedì 8.30-12.00	Pergine, c/o UOCP via San Pietro n. 2	tel 0461 - 515165/166 fax 0461-515262
DISTRETTO EST COMUNITA' FIEMME	mercoledì	09.00-11.00	Cavalese, c/o UOCP via Piano Dossi, 4	tel 0462 - 242237/162 fax 0462 - 242178

	Giornate di apertura	Orario	Sede	Modalità di contatto (diretto, telefono, mail, ecc)
DISTRETTO EST COMUNITA' FASSA	giovedì	10.00 -12.00	Pozza di Fassa, c/o Poliambulatorio Strada di Prè de Gejia, 4	tel 0462 - 761000 fax 0462 - 761042
DISTRETTO EST COMUNITA' PRIMIERO	venerdì	10.00-12.00	Tonadico c/o Ufficio UVM, Distretto sanitario Via Roma 1	tel 0439-764424/5 fax 0439-764455
DISTRETTO OVEST COMUNITA' VAL DI CEMBRA	mercoledì	14.00-15.00	Cembra c/o sede UOCP Piazza Marconi	tel 0461 - 683711 fax 0461 - 680067
DISTRETTO OVEST COMUNITA' DELLA PAGANELLA	martedì	09.30 - 10.30	Andalo c/o sede UOCP Piazzale Paganella, 3	tel 0461 - 611109 fax 0461 - 611140
DISTRETTO OVEST COMUNITA' ROTALIANA	mercoledì	10,00 - 12.00	Mezzolombardo, c/o UOCP via Manzoni, 1	tel 0461 - 611109 fax 0461 - 611140
DISTRETTO OVEST COMUNITA' VALLE DI SOLE	mercoledì	9.00-11.00	Malè c/o Poliambulatorio via 4 Novembre, 8	Tel 0463 - 909442 Fax 0463 - 909432
DISTRETTO OVEST COMUNITA' VALLE DI NON	giovedì	09.00 - 11.00	Cles c/o Palazzina geriatrico viale Degasperi, 43	Tel 0463 - 660100 Fax 0463 - 660180
DISTRETTO CS COMUNITA' VALLAGARINA	giovedì lunedì	giovedì 10.30- 12.00 Comune di Rovereto lunedì 10,30- 12.00 Comunità Vallagarina	Rovereto c/o sede UOCP Poliambulatorio via S. Giovanni Bosco	Tel 0464-403643 Fax 0464-403635 mail: UVMVallagarinaSegreteria@apss.tn.it
DISTRETTO CS COMUNITA' GIUDICARIE	lunedì - giovedì - venerdì	lunedì 10.30- 12.30 giovedì 13.00- 14.00 venerdì 8.30- 10.30	Tione c/o sede UOCP via Presanella, 16	tel 0465 331425/422/417 fax 0465 331410 mail: SegreteriaPUATione@apss.tn.it
DISTRETTO CS MAGNIFICA COMUNITA' ALTOPIANI CIMBRI	2° e 4° mercoledì del mese	11.00-11.30	Folgaria c/o sede UOCP via Cesare Battisti, 24	tel 0464/721991
DISTRETTO CS COMUNITA' ALTO GARDA E LEDRO	lunedì - mercoledì - venerdì	11.00-12.30	Riva del Garda c/o sede UOCP via Rosmini, 5/b	Tel 0464-582638 Fax 0464-582695 mail: UVM Alto Garda e Ledro

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARI (UVM)

Nel 2013 è stata mantenuta l'operatività delle UVM nelle 5 aree di fragilità: Anziani, Età Evolutiva, Disabilità, Salute Mentale Adulti e Dipendenze.

Si riportano di seguito i dati relativi alle attività realizzate nell'anno 2013, estratti con il nuovo sistema di reportistica Qlik view Atlante sviluppato nel corso dell'anno.

Per permettere una lettura più approfondita delle aree di fragilità, considerato che l'attività dell'area anziani è numericamente prevalente, i dati sono presentati in maniera separata tra UVM anziani e UVM della altre 4 aree di fragilità.

UVM Anziani

Numero utenti valutati in UVM

Distretto/anno	2012	2013
CENTRO-SUD	1.346	1.361
EST	1.004	1.081
CENTRO-NORD	1.092*	781*
OVEST	230*	510*
FUORI PAT	-	7
totale	3.672	3.740

(nota: * gli utenti dei territori delle Comunità Rotaliana- Konisberg; Paganella e Valle di Cembra nel 2012 sono conteggiati nel Distretto Centro Nord e nel 2013 nel Distretto Ovest)

Numero valutazioni UVM effettuate

Distretto/anno	2012	2013
CENTRO-SUD	1549	1616
EST	1206	1286
CENTRO-NORD	1235*	918*
OVEST	268*	580*
totale	4258	4400

(nota: * le valutazioni relative agli utenti dei territori delle Comunità Rotaliana- Konisberg; Paganella e Valle di Cembra nel 2012 sono conteggiate nel Distretto Centro Nord e nel 2013 nel Distretto Ovest)

Il confronto viene effettuato sul biennio 2012/2013, a partire cioè dall'applicazione delle disposizioni in materia di integrazione socio sanitaria anche relativamente al processo UVM. Rispetto al triennio precedente (2009/2011) è presente un costante aumento del numero di valutazioni effettuate (2009=3.955; 2010=3.925; 2011=3.855).

I dati relativi alla codifica del progetto assistenziale di seguito presentati evidenziano come il progetto prevalente sia di carattere residenziale, con una composizione tra accoglienza in RSA e offerta di posto sollievo, nonché di assistenza domiciliare a diversi livelli di intensità, da quella programmata medica infermieristica, all'ADI con o senza SAD.

UVM AREE ETÀ EVOLUTIVA, DISABILITÀ, SALUTE MENTALE ADULTI E DIPENDENZE

Il numero di utenti valutati dalle UVM delle nuove aree di fragilità è tuttora contenuto.

Per l'area delle Dipendenze, l'attivazione della UVM è legata quasi esclusivamente alla proposta di inserimento in una comunità terapeutica, in particolare, per il primo inserimento. L'intenso lavoro di rete con i servizi territoriali socio sanitari non viene documentato in Atlante ma sugli specifici sistemi informativi, Sistema informativo Territoriale (SIT) per il servizio di Alcologia ed Ippocrate per il SerD. Quanto detto è valido sostanzialmente anche per le altre aree.

Dai dati rilevati si evidenziano alcune difformità tra distretti che possono essere dovute in parte a motivi organizzativi, ad esempio per l'area dipendenze l'attuale organizzazione del SerD porta all'attribuzione al distretto Centro Nord dell'attività UVM anche per utenti residenti in altri territori e in parte ad una non omogenea classificazione dell'area (ad esempio per il distretto Est disabilità vs Salute mentale).

Al fine di migliorare l'utilizzo dello strumento UVM nell'area dell'età evolutiva che presenta delle criticità in termini di utilizzo è stata avviata una progettualità formativa che coinvolgerà i professionisti nel corso del 2014.

Numero utenti valutati in UVM delle aree Età Evolutiva, Disabilità, Salute Mentale Adulti e Dipendenze

	TOTALE	Distretto Centro nord	Distretto Centro sud	Distretto Est	Distretto Ovest
Età Evolutiva	43	25	7	8	3
Disabilità	166	65	16	59	26
Salute Mentale Adulti	65	12	39	2	12
Dipendenze	77	49	19	5	4

Numero valutazioni UVM delle aree Età Evolutiva, Disabilità, Salute Mentale Adulti e Dipendenze

	TOTALE	Distretto Centro nord	Distretto Centro sud	Distretto Est	Distretto Ovest
Età Evolutiva	51	30	8	10	3
Disabilità	185	66	17	71	31
Salute Mentale Adulti	88	15	55	2	16
Dipendenze	89	60	17	7	5

Di seguito sono presentati alcuni dati che danno evidenza dell'integrazione tra professionisti e servizi sanitari e sociali nella gestione del processo UVM. La partecipazione della persona interessata e della famiglia copre un numero significativo di casi, il sistema traccia le effettive presenze in seduta UVM e non le azioni di coinvolgimento, ascolto, ricerca di soluzioni condivise, che accompagnano il lavoro sia preparatorio che successivo alla riunione UVM.

Professionista che ha richiesto l'attivazione UVM	n.	Distretto Centro nord	Distretto Centro sud	Distretto Est	Distretto Ovest
Professionista Sanitario (medici dell'UOCP, MMG, PLS, infermiere,...)	339	90	104	79	66
Assistente Sociale	150	57	44	28	21
Entrambi	63	14	33	1	15

Partecipanti UVM	n°
Coordinatore UVM	462
Infermiere	452
Medico MMG/PLS	380
Altro Medico specialista	337
Assistente Sociale	302
Altri professionisti sanitari (psicologo, educatore	184
Familiare	221
Persona interessata	128
Rappresentante privato sociale/struttura	204
Altro	159

Case manager	n°
Assistente sociale	59
Infermiere / Coordinatore	57
Medico di medicina generale / PLS	30
Educatore professionale/TeRP	14
Medico specialista	21
Altro	17
Non rilevato	62

Per quanto riguarda l'individuazione del case manager, dai dati risulta una interessante differenziazione tra i ruoli professionali che testimonia una scelta di volta in volta definita sulle competenze che è necessario spendere per la gestione delle funzioni proprie del case manager. L'elevato numero di casi nei quali il case manager non è rilevato danno evidenza delle necessità di investire fortemente nella formazione degli operatori, sia nel permettere di interiorizzare l'importanza del ruolo sia nel declinare operativamente le funzioni richieste.

Codifica progetto assistenziale	n°
Strutture residenziali	165
Accoglienza in residenza (R.S.A.)	55
Accoglienza Temporanea in R.S.A. (posti di sollievo)	21
Strutture semiresidenziali	36
Assistenza domiciliare (ADI, ecc...)	50
Intervento Servizio Sociale	33
Intervento Serv Salute Mentale	18
Progetto NPI	13
Intervento Alcologia	10
Altro	97

Come già esplicitato tra i progetti proposti prevale l'ingresso in struttura residenziale, che il più delle volte è la motivazione per la richiesta di attivazione UVM. L'accorpamento in un'unica tabella delle codifiche dei progetti assistenziali delle 4 aree di fragilità, molto diverse tra loro, consente uno sguardo orientativo alla tipologia dei progetti individuati. D'altra parte la differenziazione per un numero così esiguo di casi è di fatto poco rappresentativa. Sarà necessaria la disponibilità di un numero maggiore di dati per poter valutare una tendenza nella gestione della progettualità per le persone, che di fatto consiste in una composizione personalizzata di servizi ed interventi che i sistemi possono tracciare solo parzialmente.

ASSEGNO DI CURA

Nel 2013 ha preso pieno avvio ed è stato portato a regime il processo di gestione dell'assegno di cura finalizzato all'erogazione del beneficio economico. Lo sforzo degli operatori dei Distretti è stato elevatissimo, si riassumono i principali impegni portati avanti su diversi piani, delle competenze, organizzativo, relazionale, amministrativo, di integrazione con altri enti:

- sviluppo di nuove competenze,
- revisione dei processi organizzativi per assumere le nuove attività senza incremento di risorse,
- relazione con utenti e famiglie, nella gestione di aspettative elevate rispetto all'entità del beneficio economico,
- orientamento di molte situazioni problematiche complesse ad una diversa gestione dell'assistenza,
- configurazione e diffusione a tutti gli operatori coinvolti (parte medica, infermieristica e amministrativa) del sistema informativo Atlante Assegno di cura. Per la complessità del sistema (che prevede flussi di dati in entrata dai Patronati, dalla UO di Medicina Legale e flussi di dati in uscita verso APAPI), per le modifiche apportate in corso d'anno (nuovo disciplinare), per la gestione di casistiche particolari, il sistema è stato in costante evoluzione durante tutto l'anno. Parallelamente è stata garantita la gestione della reportistica sul neo nato qlik per assegno di cura.

Si sottolinea inoltre che l'approvazione da parte della Giunta di un nuovo disciplinare nel mese di giugno ha comportato il riadeguamento dei processi, la rivalutazione di utenti e la revisione di PAI, nonché l'adozione di azioni di diffusione delle informazioni tra tutti gli operatori coinvolti.

Nell'anno 2013 hanno fatto richiesta di assegno di cura 2.566 persone così distribuite per fascia d'età:

Numero utenti con richiesta di assegno di cura

classe età	n°	%
<=5	44	1,7%
6-17	155	6,0%
18-65	439	17,1%
>=66	1928	75,1%
Totale	2.566	100%

Le valutazioni effettuate sono state 2713 (alcuni utenti sono stati valutati più volte ad esempio per aggravamento, per ricorso, ecc).

Distribuzione assegno di cura per livello di gravità

Livello 1	867	32%
Livello 2	758	28%
Livello 3	465	17%
Livello 4	363	13%
Casi di incompatibilità/rinuncia	260	10%
	2.713	100%

Distribuzione per Distretto di residenza degli utenti con richiesta di assegno di cura

CENTRO-NORD	615	24%
CENTRO-SUD	912	35,5%
EST	543	21%
OVEST	496	19,5%
Totale	2.566	100%

L'assegno di cura è stato utilizzato come nella tabella seguente, considerando che è possibile il coinvolgimento di più soggetti nello stesso PAI.

Tipologia di soggetti coinvolti nell'assistenza

Gruppo soggetti coinvolti	%
Familiari	85,47%
Persone fisiche "assistenti familiari"	29,77%
Compartecipazione al costo dei servizi assistenziali pubblici	18,11%
Soggetti accreditati	16,38%

Casa manager: distribuzione per profili professionali

Case manager	%
Infermiere	58,2%
Ass. Sociale	29,9%
Medico	6,7%
Altro	2,2%

Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) per assistenza domiciliare integrata – ADI e assistenza domiciliare integrata cure palliative – ADI-CP

Dal 1 gennaio 2012 i Distretti sono subentrati nella gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) dei pazienti ADI e ADI CP definendo specifiche procedure di gestione con i referenti delle cooperative. Il subentro nei contratti è stato prorogato anche per l'anno 2013. La necessità prevista dalla norma di dover subentrare nel contratto ha imposto l'adeguamento a quanto previsto nei contratti stessi, creando situazioni di difformità tra i vari territori che si sono mantenute anche nell'anno 2013.

La gestione dell'assistenza domiciliare SAD è valutata dagli interessati, dai familiari e dagli operatori come un importante strumento di sostegno alla domiciliarità nei casi più complessi.

Nell'anno 2013 il finanziamento per ente gestore è rimasto invariato tranne che per l'ambito Alta Valsugana e l'ambito Alto Garda e Ledro, per i quali è stato deliberato dalla Giunta Provinciale un aumento per coprire il fabbisogno di ore aggiuntive.

Il monte ore complessivamente disponibile a parità di finanziamento ha subito delle modifiche in diminuzione dovute agli adeguamenti ISTAT del costo orario previsti nei singoli contratti (il cui calcolo è inoltre indicato con modalità non omogenee tra i vari contratti).

Nei casi di servizi SAD erogati con personale delle Comunità di Valle (Val di Non, Val di Sole, Val di Fassa e Primiero) il monte ore è rimasto invariato rispetto all'anno precedente.

Sintesi budget ore SAD- anno 2013

DISTRETTO DI RIFERIMENTO	SOGGETTO		FINANZIAMENTO ANNO 2012	FINANZIAMENTO ANNO 2013	ORE (come da nota PAT 7/12/2011)	ore risultanti dal finanziamento diviso costo orario ivato	ore risultanti dal finanziamento diviso costo orario ivato
	GESTORE	AFFIDATARIO				ANNO 2012	ANNO 2013
EST	LA STRADA Società Cooperativa Sociale + Personale della Comunità	Comunità Valsugana e Tesino	€ 286.463,00	€ 286.463,00	9.889,00	9.892,00	9.892,00
	LA STRADA Società Cooperativa Sociale + Personale della Comunità	Comunità Alta Valsugana e Bersntol	€ 141.558,00	€ 261.558,00	5.134,00	5.131,00	9.487,00
	COMUNITA'	Comun general de fascia	€ 0,00	€ 0,00	2.044,00	2.044,00	2.044,00
	COMUNITA'	Primiero	€ 0,00	€ 0,00	1.889,00	1.889,00	1.889,00
	Cooperativa sociale Assistenza	Comunità Territoriale della Val di Fiemme	€ 16.624,00	€ 16.624,00	576,00	554,00	576,00
CENTRO SUD	ARCOBALENO Società Cooperativa Sociale + Personale della Comunità	Comunità Alto Garda e Ledro	€ 46.057,00	€ 57.746,00	1.781,00	1.712,00	2.232,00
	Cooperativa LA CASA S.o.a.r.l.	Comunità della Vallagarina	€ 228.657,00	€ 228.657,00	7.663,50	7.907,00	7.655,00
	Cooperativa LA CASA S.o.a.r.l.	Comune di Rovereto	€ 343.025,00	€ 343.025,00	12.440,50	12.542,00	12.216,00
	Cooperativa LA CASA S.o.a.r.l.	Folgaria Lavarone, Lusema	€ 1.328,00	€ 1.328,00	44,50	45,00	45,00
	Cooperativa sociale Assistenza	Comunità delle Giudicarie	€ 102.610,00	€ 102.610,00	3.686,00	3.684,00	3.599,00
CENTRO NORD	ATI tra FAI, SAD e Delfino	Comune di Trento	€ 609.287,00	€ 609.287,00	25.434,00	25.561,00	24.768,00
	Cooperativa sociale Antropos s.o.	Comunità della Valle dei Laghi	€ 39.945,00	€ 39.945,00	1.829,00	1.829,00	1.829,00
OVEST	Cooperativa sociale S.A.D.	Comunità della Valle di Cembra	€ 23.863,00	€ 23.863,00	989,00	989,00	989,00
	Cooperativa sociale S.A.D.	Comunità Retallana - Konigsberg	€ 23.887,00	€ 23.887,00	990,00	990,00	990,00
	Cooperativa sociale Antropos s.o.	Comunità della Paganella	€ 17.324,00	€ 17.324,00	743,00	743,00	743,00
	COMUNITA'	Comunità della Val di Sole	0,00	0,00	1718,00	1718,00	1718,00
	COMUNITA'	Comunità della Val di Non	0,00	0,00	3736,00	3736,00	3736,00
Totale			€ 1.880.628,00	€ 2.012.317,00	80.586,50	80.966,00	84.408,00

La collaborazione con le Comunità di Valle è valutata positivamente da parte di tutti i Distretti. Vengono effettuati incontri di verifica organizzativa con i referenti tecnici delle cooperative con periodicità diverse, orientativamente bimestrali e più frequentemente incontri di verifica sui singoli casi.

Nell'anno 2013 il servizio è stato attivato per 446 persone. Il servizio è stato attivato dalle UVM come indicato di seguito nella tabella.

Distribuzione per UVM dei servizi attivati di SAD ADI e ADI CP

UVM Trento	93
UVM Vallagarina	81
UVM Giudicarie e Rendena	67
UVM Alto Garda e Ledro	50
UVM Pergine	36
UVM Borgo Valsugana	27
UVM Fiemme	27
UVM Mezzolombardo	20
UVM Malè	19
UVM Cles	18
UVM Tonadico	12
UVM Lavis	12

Nel 2013 è stata sperimentata una forma di assistenza domiciliare specializzata per persone con demenza. La sperimentazione è stata realizzata nei comuni di Trento e Rovereto secondo le indicazioni contenute nelle deliberazioni della Giunta Provinciale 662/12, 158/2013 e 1352/2013 che hanno previsto anche uno specifico finanziamento.

Sulla base della sperimentazione condotta da una cooperativa capofila e governata dalle UVM di Trento e Rovereto, è stato elaborato un documento progettuale di proposta alla PAT per l'estensione del servizio su tutto il territorio provinciale e relativo protocollo operativo per la gestione (nota APSS prot. 69160 del 6/6/2013) nonché un questionario di gradimento somministrato alle famiglie coinvolte nel progetto (i cui risultati sono stati inviati con nota APSS prot. 139078 del 15/11/2013). Sulla base dei positivi esiti raggiunti la Giunta Provinciale, con delibera n. 2790 del 30/12/2013, ha approvato il modello a regime del servizio "Assistenza Domiciliare per persone con demenza" su tutto il territorio provinciale e dato mandato all'APSS di bandire la relativa gara di appalto.

Centri diurni per anziani

Dal 1 gennaio 2012 i Distretti sono subentrati nelle convenzioni/contratti esistenti. Come previsto dalle direttive Provinciali, i nuovi inserimenti avvengono previa valutazione UVM mentre gli ingressi avvengono secondo procedure operative definite a livello locale con i Servizi Sociali delle Comunità ed i referenti degli enti gestori.

Nel 2013 è stato elaborato il documento (nota prot. 0044667 del 10/04/13) di proposta dei criteri di ingresso e uscita dal servizio, di esclusione per motivi di inappropriata e di ordinamento delle persone in lista di attesa, come richiesto dalle direttive PAT 2013.

E' stato altresì definito lo schema da utilizzare per le verifiche tecnico sanitarie amministrative.

Le tabelle 17, 18 e 19 riportano rispettivamente i dati relativi ai pazienti complessivamente presenti nell'anno 2013, i nuovi inseriti dalle UVM nel corso dell'anno 2013 ed i corrispondenti profili UVM.

Distribuzione per Centri Diurni di pazienti presenti anno 2013

Numero pazienti presenti nei centri diurni anno 2013

Centri diurni anziani e Alzheimer	Totale complessivo
CD "Il Girasole" di Trento	37
CD APSP "C. Vanetti" di Rovereto	34
CD APSP "Cesare Benedetti" di Mori	26
CD APSP "Città di Riva"	27
CD APSP "Civica di Trento"	45
CD APSP "Fondazione Comunità di Arco"	16
CD APSP "Fondazione Montel" di Pergine	40
CD APSP "Giacomo Cis" di Ledro	14
CD APSP "Margherita Grazioli" di Povo	50
CD APSP "Opera Romani" di Nomi	17
CD APSP "Rosa dei Venti" di Condino	31
CD APSP "Santa Maria" di Cles	21
CD APSP Brentonico	12
CD APSP S. Valentino Città di Levico Terme	38
CD Assistenza Scarl di Tione	22
CD ATI S.A.D. Scarl di Mattarello	21

CD Comunità delle Giudicarie	19
CD Comunità di Vallagarina	23
CD F.A.I. Scarl di Ravina	32
CD Istit Piccole Suore della Sacra Famiglia	22
CD Kaleidoscopio Scarl di Gardolo	55
CD La Casa Scarl di Cinte Tesino	15
CD La Casa Scarl di Rovereto	34
CD Avio	2
CD Male'	4
Cd Folgaria	2
Totale	659

Distribuzione per Centro Diurno dei pazienti inseriti anno 2013

CD Kaleidoscopio Scarl di Gardolo	19
CD APSP "Civica di Trento"	18
CD APSP "Fondazione Montel" di Pergine	17
CD APSP S. Valentino Città di Levico Terme	16
CD APSP "Città di Riva"	11
CD APSP "Margherita Grazioli" di Povo	11
CD "Il Girasole" di Trento	10
CD F.A.I. Scarl di Ravina	9
CD Comunità di Vallagarina	9
CD Assistenza Scarl di Tione	8
CD APSP "Santa Maria" di Cles	8
CD APSP "Fondazione Comunità di Arco"	8
CD APSP "Giacomo Cis" di Ledro	7
CD APSP Brentonico	7
CD APSP "Opera Romani" di Nomi	6
CD ATI S.A.D. Scarl di Mattarello	6
CD APSP "C. Vanetti" di Rovereto	6
CD Comunità delle Giudicarie	6
CD Istit Piccole Suore della Sacra Famiglia	6
CD APSP "Rosa dei Venti" di Condino	6
CD La Casa Scarl di Rovereto	5
CD Male'	4
CD APSP "Cesare Benedetti" di Mori	3
CD La Casa Scarl di Cinte Tesino	3
CD APSP "Casa Laner" di Folgaria	1
Totale	210

Profili SVM dei pazienti inseriti anno 2013 e 2012

profili SVM	2013		2012	
	n.	%	n.	%
01-Lucido, autonomo	45	22,06	72	31,72
07-Confuso, deambulante	31	15,20	17	7,49
08-Confuso, deambula, assistito	30	14,71	23	10,13
06-Confuso, deambulante, autonomo	26	12,75	29	12,78
02-Lucido, in parte dipendente	19	9,31	21	9,25
11-Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	18	8,82	12	5,29
03-Lucido, deambula assistito	17	8,33	19	8,37
05-Lucido, gravemente dipendente	10	4,90	10	4,41
Altro	8	4%	24	10,5
Totale	204*	100%	227	100%

* di n.6 utenti non è disponibile il profilo

Il confronto tra i profili SVM dell'anno 2012 e 2013 mette in evidenza i cambiamenti che sono intercorsi nei due anni di gestione degli accessi da parte delle UVM, con una riduzione del profilo 1 (utenti autonomi e cognitivamente integri) a favore di profili di media elevata dipendenza nelle attività di vita e rappresentativi di pazienti con medio/elevato decadimento cognitivo. Questi elementi depongono a favore di una gestione orientata ad una maggiore appropriatezza nell'uso dei servizi, in linea con quanto previsto dalle direttive della Giunta Provinciale in materia di centri diurni.

I tassi di occupazione rilevati dalle UVM (in quanto non ancora tracciati informaticamente) evidenziano complessivamente un incremento nell'uso dei posti disponibili, ad eccezione di alcuni centri molto periferici e con un limitato bacino di utenza. Nel 2014 è previsto l'interfacciamento tra i sistemi informativi di APSS e quelli dei centri diurni per la rilevazione delle presenze dei pazienti. Ciò consentirà di attivare un flusso di dati per monitorare in modo costante il tasso di occupazione ed avere il governo più puntuale dei posti da parte delle UVM.

CENTRI DIURNI SOCIO RIABILITATIVI PER DISABILI, COMUNITÀ SOCIO SANITARIE PER MINORI, COMUNITÀ SOCIO SANITARIE PER ADULTI E CENTRI RESIDENZIALI PER DISABILI.

Nel corso del 2013 è stata rinnovata e rinforzata l'azione di approfondimento delle conoscenze sui percorsi dei pazienti, sulle modalità operative e le esperienze delle diverse aree per poi definire, condividendole con le parti interessate, le azioni organizzative da mettere in atto.

Con i centri diurni e residenziali per disabili sono stati effettuati specifici incontri informativi rivolti a tutti i professionisti dell'area sociale e sanitaria coinvolti nella possibile attivazione e gestione di progetti di presa in carico della disabilità nell'età adulta, sia in ambito distrettuale che ospedaliero.

In particolare con i centri residenziali per disabili è stato iniziato un percorso di valutazione delle priorità di accesso, dei criteri di accesso e di uscita dalle strutture residenziali.

Ulteriore impulso è stato dato alla gestione dei posti di sollievo in queste strutture, nell'ottica di sostenere maggiormente le famiglie con servizi di tregua, di accoglienza sia per situazioni di urgenza sia per periodi di prova.

Per quanto riguarda le comunità sociosanitarie per adulti, si segnala che l'approfondimento delle conoscenze ha portato ad un maggior utilizzo delle comunità, seppure sono possibili ulteriori incrementi dell'occupazione nell'area delle dipendenze e anche da parte dei servizi sociali.

Sono stati raggiunti buoni livelli di integrazione e collaborazione tra i professionisti e gli operatori delle comunità. L'atto di indirizzo in materia di tutela della salute mentale approvato dalla Giunta Provinciale nel settembre 2013 costituisce un importante riferimento per la ridefinizione complessiva della residenzialità psichiatrica della quale fanno parte anche queste strutture.

Anche per quanto riguarda la comunità per minori APPM, in maniera particolare nella seconda metà del 2013, a seguito di specifici incontri tra la struttura e i professionisti delle UU.OO. di Neuropsichiatria Infantile (NPI), sono in fase di progressivo miglioramento i dati di occupazione della struttura.

Proprio per le sue caratteristiche e per la necessità di conoscere in modo approfondito i bisogni degli utenti già inseriti in percorsi di presa in carico, quest'area richiede di sviluppare ulteriori e più approfonditi rapporti di collaborazione finalizzati a conoscere e progressivamente riorientare mission e processi secondo le indicazioni normative. Per questi servizi la costruzione dell'integrazione socio sanitaria è particolarmente impegnativa a causa della necessità di far interiorizzare obiettivi e metodi nuovi rispetto alle modalità tradizionali di gestione, accompagnando anche utenti e famiglie beneficiari di percorsi di presa in carico che si sviluppano nell'arco di intere fasi della vita (spesso in carico da molto tempo) e per i quali si è cercato di non introdurre elementi di incertezza o discontinuità.

Comunità socio sanitarie per adulti	posti	utenti	ingressi	uscite	presenze
Comunità res. Maso toffa - Carano	4+ 8 semi	19	12	14	2718
Comunità res. Piccolo principe-Transacqua	6+ 5 semi	13	6	4	2242
Comunità res. Valle aperta - Faver	8	132	350	350	1917
Centro diurno Bersone	16	19	3	2	4333
Comunità res. Bersone	6	8	2	1	1521
Comunità res. App semiprotetto- Bolognano	5	4	0	0	1456
Comunità res. Girasole - Rovereto	9	13	9	7	2378
Comunità res. Villa Argia - Mori	10	12	3	3	1150

Comunità per minori – APPM Campotrentino	7+ 3 semi	14	4	4	1707
--	-----------	----	---	---	------

Centro diurni socio educativi	posti	utenti
Cd socio riabilitativo per disabili Anffas Paese di Oz - Trento	75	47
Cd socio riabilitativo per disabili F. Martini - Atsm - Trento	75	276
Cd socio riabilitativo per disabili – Agsat - Rovereto	20	13

Centri residenziali per disabili	posti	utenti	ingressi	uscite	presenze
Ist. Disabili Centro Don Ziglio	96	103	6	5	33663
Ist. Disabili Casa Serena	57	68	90	88	20836
Ist. Disabili Villa Maria	35	37	4	5	22396

PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE AGGIUNTIVE

In relazione agli interventi di sostegno economico già disciplinati dalla DGP n. 2617/2012, è stata effettuata nel 2013 un'azione di accorpamento e allineamento alle vigenti direttive provinciali in materia di prestazioni sanitarie aggiuntive, finalizzata, in particolare, all'eliminazione delle duplicazioni fra il settore sanitario e il settore sociale.

Anche sulla base dell'istruttoria condotta dall'APSS, sono state introdotte alcune modifiche alle modalità di effettuazione dei rimborsi agli invalidi civili per l'effettuazione di cure termali e di cure

climatiche. Sono stati, inoltre, eliminati gli interventi di sostegno economico per i soggiorni di cure termali in favore di soggetti affetti da psoriasi, nonché per i soggiorni terapeutici degli invalidi civili. Sono state eliminate le duplicazioni di interventi nei confronti dei soggetti affetti da fibrosi cistica e displasia ectodermica con l'individuazione dei fabbisogni assistenziali per le due diverse patologie. Sono stati, infine, accorpati gli interventi di sostegno economico nei confronti dei nefropatici cronici e sottoposti a trapianto renale ed è stato eliminato l'anacronistico contributo per le spese di riscaldamento in favore dei nefropatici cronici.

Per quanto riguarda la prestazione aggiuntiva "progetto di vita indipendente", essa è stata mantenuta invariata nell'anno 2013; le UVM hanno dato continuità ai circa 30 progetti esistenti a livello provinciale, provvedendo in pochi limitati casi ad attivare nuovi progetti in occasione della cessazione di altri. Di particolare rilevanza, anche nell'ottica di una futura revisione di tale prestazione, l'adesione dell'APSS ad un progetto sperimentale di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, tramite l'ammissione ad uno specifico finanziamento messo a disposizione dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, che verrà erogato nel corso del 2014.

CONSULTORIO FAMILIARE

Per quello che riguarda le attività rivolte alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione volontaria della gravidanza è utilizzato in tutte le sedi del consultorio il sistema informativo SIT. Nel 2013 è stato attivato il nuovo sistema di reportistica Qlik-view che ha permesso l'estrazione dei dati di attività presenti nelle tabelle che seguono.

Gli utenti che hanno ricevuto almeno una prestazione sono stati n. 14.193, di questi n. 11.172 pari a circa il 79% erano nuovi utenti. L'utenza straniera, cittadinanza non italiana, rappresenta circa il 19% del totale. Sono state erogate n. 78121 prestazioni, i corsi pre-parto effettuati sono stati n. 125 con un numero medio di 12,0 partecipanti per corso, i corsi post-parto sono stati n. 142, con un numero medio di 7,7 partecipanti per corso (tabella).

Dati di attività Consultori familiari Anno 2013

Indicatore	Borgo Vals	Cavalese	Cles	Fiera di Primiero	Malè	Mezzolombardo	Pergine e Valsugana	Riva del Garda	Rovereto	Tione	Trento	Totale
N. totale utenti	858	956	1.208	789	255	516	2.403	1.505	2.693	877	2.441	14.193
N. totale nuovi utenti	585	845	866	593	229	357	1.998	1.343	2.154	775	1.621	11.172
N. utenti con età ≤ 25 anni	167	163	303	91	20	277	412	247	520	181	1.214	3.492
N. nuovi utenti con età ≤ 25 anni	126	126	211	72	20	184	330	217	392	164	726	2.514
N. utenti stranieri	152	149	326	51	31	99	311	381	584	175	460	2.644
N. totale prestazioni	6.833	2.865	6.671	7.054	399	4.669	8.010	3.759	14.043	4.153	19.665	78.121
N. corsi preparto	7	7	12	6	1	6	13	12	24	10	27	125
N. i corsi postparto	11	2	2	12	1	7	13	10	23	10	51	142
N. medio di partecipanti per corso preparto	15,06	8,60	8,38	8,74	9,89	14,50	11,50	11,27	11,84	8,50	15,12	11,98
N. medio di partecipanti ai corsi postparto	12,06	3,60	8,00	6,65		10,50	6,94	7,69	6,51	5,05	8,29	7,69

Fonte dei dati: Qlik view (Servizio Sistemi Informativi)

ALCOLOGIA

I Servizi di Alcolologia costituiscono una rete diffusa capillarmente su tutto il territorio provinciale. Sono in numero di 11 e lavorano in stretto contatto con le organizzazioni del privato (Club Alcolologici Territoriali e gruppi di Alcolisti Anonimi). Si occupano dei problemi legati al consumo di alcol, ma anche della dipendenza da nicotina con i due Centri Antifumo di Trento e Rovereto e con i corsi per smettere di fumare organizzati nelle altre realtà provinciali. Nel corso del 2013 i Servizi di Alcolologia periferici – nei territori nei quali non è presente il SerD – hanno iniziato ad accogliere

anche i bisogni delle persone e delle famiglie con problemi connessi al gioco d'azzardo attivando delle collaborazioni con i gruppi di auto mutuo aiuto fondati dall'associazione AMA anche in base a una convenzione, con apposito finanziamento, stipulata con l'Azienda Sanitaria.

E' stata finanziata dall'Assessorato la proposta per l'estensione sperimentale dell'esperienza degli UFE (Utenti e Familiari Esperti) anche al settore dell'Alcologia in collaborazione con il Servizio di Rovereto. Gli utenti in carico al Servizio sono stati n.2659 (tabella). Le prestazioni erogate nel 2013 sono state n.5.846.

Utenti in carico anno 2013

Sede servizio	utenti in carico	utenti in carico/10.000 ab.
Borgo Valsugana	141	53,45
Cles	170	26,58
Malé	52	33,12
Pergine	297	56,03
Predazzo	147	49,16
Riva del Garda	258	52,86
Rovereto	537	64,07
Tione	139	34,65
Transacqua	33	33
Trento	923	50,43
Totale	2.659	49,55

SERVIZIO PER LE DIPENDENZE

Il Ser.D. è un servizio distrettuale, che fa parte del Dipartimento Dipendenze, deputato alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della popolazione affetta da diverse tipologie di dipendenze patologiche sia derivanti dall'utilizzo di sostanze psicotrope legali ed illegali sia da comportamenti compulsivi (gioco d'azzardo, tecnologia digitale, ecc.).

Il Ser.D. utilizza da alcuni anni di una cartella clinica informatizzata (Ippocrate Ser.D) che consente a ciascun professionista, coinvolto nel progetto terapeutico, di inserire i dati clinici necessari per la presa in carico e la gestione clinica dei pazienti. L'elaborazione aggregata dei dati raccolti consente inoltre di avere, in tempo reale, i dati statistici di diffusione del fenomeno ed i dati di attività per il monitoraggio del grado di efficienza ed efficacia raggiunti dal Servizio. Da alcuni anni inoltre il sistema informativo Ippocrate Ser.D. è stato esteso alle strutture della rete assistenziale aziendale (U.O. di Pronto Soccorso) ed extra aziendali, Comunità Terapeutiche convenzionate con APSS e Casa Circondariale di Trento. L'utilizzo del sistema informativo Ippocrate Ser.D. da parte di tutte le strutture della rete assistenziale ha consentito l'utilizzo di una cartella clinica condivisa che, nel rispetto della privacy e delle varie autorizzazioni al trattamento dati, segue il paziente nel percorso terapeutico all'interno della rete assistenziale territoriale convenzionata con l'APSS. In particolare il collegamento con le UU.OO. di Pronto Soccorso di tutti gli ospedali presenti nella PAT consente ai pazienti, in trattamento farmacologico, di assumere il farmaco previsto dal piano terapeutico anche presso queste strutture aziendali.

I dati di attività ambulatoriale del Ser.D. sono riportati in tabella n.1, n.2 e n.3.

Attività ambulatoriale del Ser.D. Periodo 2009-2013

	2011	2012	2013
Numero utenti	1.900	1.896	1.706
di cui nuovi utenti	599	607	507

Numero accessi	64.854	54.491	48.664
Numero prestazioni erogate	101885	91795	89.916

Il continuo processo di adattamento organizzativo del servizio ha consentito al Ser.D. di razionalizzare sempre più le risorse impiegate in termini di prestazioni a fronte di una sostanziale stabilità dell'utenza seguita.

Il numero dei soggetti in trattamento rapportata alla stima dei possibili soggetti con uso problematico di sostanze stupefacenti nel territorio, che nelle ultime rilevazioni si è stabilizzata intorno al 67%, consente di affermare che il Ser.D. ha una buona capacità di attrazione.

La tabella mostra la distribuzione per comprensorio della sola utenza con diagnosi di dipendenza da sostanze stupefacenti.

Attività ambulatoriale del Ser.D.: distribuzione dell'utenza per residenza. Anno 2013

Ambito	Totale utenti	%
Alta Valsugana	132	8.19
Alto Garda e Ledro	229	14.21
Bassa Valsugana e Tesino	54	3.35
Giudicarie e Rendena	69	4.28
Ladino di Fassa	11	0.68
Primiero	17	1.05
Trento e Valle dei Laghi	692	42.93
Val di Non	77	4.78
Val di Sole	27	1.67
Vallagarina	285	17.68
Valle di Fiemme	19	1.18
Totale	1.612	100

Attività ambulatoriale del Ser.D., numero di prestazioni e accessi distribuiti per sede di erogazione

Sede Ser.D. di trattamento	Prestazioni	Accessi
Riva del Garda	14.078	6.291
Rovereto	12.992	7.767
Trento	62.846	34.606
Totale	89.916	48.664

E' diventata routine: la valutazione degli esiti dei trattamenti rivolti ai dipendenti da sostanze iniziata nel 2010, la collaborazione con AMA nel trattamento dei pazienti con Gambling e la collaborazione con un'unità di strada al fine di favorire il contattato con un'utenza "difficile" nell'ambito del gazebo posto nel parcheggio del Ser.D.

Per ciò che concerne l'assistenza a pazienti tossicodipendenti nelle strutture convenzionate sono state regolarmente effettuate, anche per l'esercizio 2013 le visite tecnico sanitarie presso le Comunità Terapeutiche convenzionate.

SALUTE MENTALE

Psichiatria

Per quanto riguarda le attività di psichiatria sono assicurate attraverso interventi di prevenzione cura e riabilitazione rivolti alle persone con disturbi psichici e alle loro famiglie, che sono garantiti direttamente dalle UU.OO di Psichiatria in sinergia con una pluralità di altri soggetti pubblici e privati concorrenti (Enti Locali, Forze dell'Ordine, Privato Sociale, Associazioni di Volontariato). La gestione informatizzata dell'attività assistenziale avviene attraverso il SIT modulo salute mentale. L'attivazione del nuovo sistema di reportistica Qlik-view salute mentale permette l'estrazione aggiornata degli indicatori.

I principali dati di attività e gli indicatori più significativi relativi all'attività delle UU.OO. di Psichiatria e ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sono riportati nelle tabelle n.5, n. 6, n.7 e n.8 che seguono.

UU.OO. di Psichiatria dati attività 2011-2013

	2011			2012			2013		
UU.OO. Psichiatria	N. utenti in carico	N. nuovi utenti	N. prestazioni	N. utenti in carico	N. nuovi utenti	N. prestazioni	N. utenti in carico	N. nuovi utenti	N. prestazioni
UO n.1	1364	499	25011	1.713	771	25.134	1.539	529	22.892
UO n.2	2121	717	33199	2.173	671	34.764	2.006	669	31.914
UO n.3	1660	598	21564	1.732	586	21.267	1.994	672	24.144
UO n.4	1443	477	18902	1.455	464	18.569	1.413	426	17.957
UO n.5	1093	312	12934	1.181	377	14.543	1.193	401	15.405
Totale	7643	2587	111610	8.023	2.826	114.277	8.094	2686	112.312

U.O. di Psichiatria 1: Valle di Non, Rotaliana - Paganella, anche Valle di Sole; Cembra

U.O. di Psichiatria 2: Trento e Valle dei Laghi

U.O. di Psichiatria 3: Bassa Valsugana e Tesino, Alta Valsugana, Primiero, Fiemme e Fassa

U.O. di Psichiatria 4: Vallagarina e Comunità altipiano Cimbri

U.O. di Psichiatria 5: Alto Garda e Ledro, Giudicarie e Rendena

N.B. la somma degli utenti in carico, per singola UO di Psichiatria, risulta maggiore del totale degli utenti indicato in tabella; questa difformità è dovuta al fatto che uno stesso utente può essere stato in carico a più UUOO, venendo tuttavia conteggiato una sola volta.

UU.OO. di Psichiatria, utenti in carico espressi in termine di percentuale per raggruppamento diagnostico: dati attività 2011-2013. Le percentuali delle singole UUOO sono calcolate sul numero dei rispettivi utenti in carico; le percentuali Totali sono calcolate sul numero degli utenti in carico all'intero Dipartimento.

Indicatore diagnostico	UU.OO. Psichiatria - anno 2011						UU.OO. Psichiatria - anno 2012						UU.OO. Psichiatria - anno 2013					
	UO n.1	UO n.2	UO n.3	UO n.4	UO n.5	Tot.	UO n.1	UO n.2	UO n.3	UO n.4	UO n.5	Tot.	UO n.1	UO n.2	UO n.3	UO n.4	UO n.5	Tot.
F00-09	4.3	4.9	5.8	2.5	2.4	4.2	4.7	3.9	5.9	2.9	2.1	4.2	4.9	3.0	11.2	3.3	3.1	5.5
F10-19	1.3	2.3	1.3	2.1	1.6	1.8	1.2	2.0	1.0	1.6	2.3	1.6	1.1	2.8	1.1	2.3	2.0	1.9
F20-29	24.4	24.1	18.6	26.7	30.8	24.5	23.5	24.2	17.7	26.4	28.8	23.7	22.6	22.8	17.6	24.8	29.8	23.1
F30-39	34.2	27.3	27.8	31.5	31.0	30.0	29.3	30.4	29.3	31.2	29.8	29.8	31.1	29.2	27.1	29.8	26.1	29.0
F40-49	20.1	26.0	29.0	24.9	22.0	24.9	24.9	23.9	31.1	26.4	24.4	26.3	26.1	26.9	29.4	27.5	26.8	27.7
F60-69	7.5	9.4	8.5	9.0	5.8	8.3	7.8	9.4	8.5	8.0	5.5	8.1	6.9	9.6	8.0	7.8	5.9	7.9

N.B. le percentuali delle singole UUOO sono calcolate sul numero dei rispettivi utenti in carico; le percentuali totali sono calcolate sul numero degli utenti in carico all'intero Dipartimento.

Ricoveri in regime di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura presenti in APSS.
 Periodo 2011- 2013

Sede SPDC	2011	2012	2013
BORGIO	18	8	18
TRENTO	9	16	21
ARCO	19	21	24
Totale	46	45	63

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, dati di ospedalizzazione 2011-2013

	2011			2012			2013		
UU.OO. di Psichiatria	N. dimessi	gg. di degenza	Tasso di occupazione	N. dimessi	gg. di degenza	Tasso di occupazione	N. dimessi	gg. di degenza	Tasso di occupazione
UO n.1	130	1720	0.10	112	1591	0.09	91	1314	0.07
UO n.2	256	3857	0.22	272	3893	0.23	269	3269	0.19
UO n.3	169	2419	0.14	194	2834	0.17	222	3170	0.18
UO n.4	127	2349	0.14	116	2291	0.13	131	2260	0.13
UO n.5	161	2627	0.15	153	2561	0.15	152	2943	0.17
ExtraPAT	32	386	0.02	39	295	0.02	41	286	0.02
Totale	875	13358	0.77	886	13465	0.78	906	13242	0.77

I tassi di occupazione sono calcolati sul totale dei posti letto disponibili nei tre SPDC

L' Area di Psichiatria, afferente al Dipartimento di salute mentale, nel corso del 2013 si è impegnata in alcuni progetti strategici che si declinano di seguito:

- Dipartimento: nomina e istituzione formale del Comitato di Dipartimento e costituzione di diversi gruppi di lavoro al fine di raggiungere gli obiettivi di budget dipartimentali 2013, condivisi tra le 5 UUOO e i 4 Distretti
- Ricerca: partecipazione ed effettuazione del 2° step della ricerca ETAS, in collaborazione con il Centro Studi e Ricerche in Psichiatria di Torino, riguardante il tema "Epidemiologia e trattamento appropriato della schizofrenia"
- Residenzialità: riordino dell'offerta abitativa, in base alle indicazioni della Delibera provinciale n° 1975 del 20 settembre 2013
- Organizzazione: partecipazione alle UVM secondo le indicazioni della LP 16/2010 e d'intesa con la Direzione Integrazione Socio-sanitaria.

Ha proseguito inoltre nell'attività di raccordo ordinario tra le 5 UU.OO DI Psichiatria in ambiti diversi al fine di radicare sempre più pratiche di confronto e di scambio.

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

L'assistenza di neuropsichiatria infantile svolge funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche, psicopatologiche e/o psichiatriche della popolazione in età evolutiva (0 e 18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione.

Nel 2013 è proseguito l'implementazione del percorso diagnostico terapeutico per soggetti con disturbo dello spettro autistico iniziata nel 2012. Il modello di cura e assistenza individuato nel percorso si fonda sull'integrazione di più livelli di intervento (pediatri di libera scelta, UU.OO. di Neuropsichiatria infantile, Centro di riferimento provinciale per l'autismo) collegati in rete. In particolare è stata effettuata la formazione ai pediatri di libera scelta propedeutica per il progetto "Identificazione precoce dei disturbi dello spettro autistico". Il progetto prevede il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nell'individuare i bambini con "sospetto" di disturbo dello spettro autistico attraverso la somministrazione di un test (CHAT- Checklist for Autism in Toddlers di Baron-Cohen) ai bambini a partire dai 18 mesi e fino a 24 mesi in concomitanza del bilancio di salute dei 24 mesi.

Nell'ambito della valutazione clinico - diagnostica dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) l'Azienda ha applicazione ai nuovi standard e strumenti di valutazione diagnostica nelle strutture aziendali e private accreditate di cui alle indicazioni operative approvate in accordo con il Dipartimento della conoscenza. Sono stati altresì avviati una metodologia condivisa di collaborazione tra il mondo della scuola e quello della sanità.

E' stato attivato il nuovo sistema di reportistica Qlik-view per l'estrazione dei dati dell'attività della neuropsichiatria infantile territoriale. L'utilizzo di questo sistema permette l'estrazione di dati più aggiornati rispetto al vecchio DWH aziendale SIT.

Nella tabella che segue sono riportati i dati di attività delle due UU.OO. di neuropsichiatria infantile territoriali.

Dati attività 2013 delle UU.OO. di Neuropsichiatria infantile territoriali (NPI n.1 e n.2)

	UO Npi n.1	UO Npi n.2	Totale
N. Utenti in carico	2.722	1.750	4.467
N. Nuovi utenti	962	867	1.828
N. Prestazioni	28.840	18.048	46.888

PSICOLOGIA

L'assistenza psicologica è assicurata con modalità integrate a livello territoriale ed ospedaliero in tutto il territorio dell'APSS dalle due UU. OO. di Psicologia che rispondono ai bisogni di promozione, mantenimento e recupero della condizione di salute psicologica della popolazione, assicurando le attività psicologiche a livello aziendale con i seguenti compiti e funzioni: ai bisogni di promozione, L'U.O. di Psicologia 1 (Distretti Centro Nord; Est ed Ovest) e l'U.O. di Psicologia 2 (Distretto Centro sud) assicurano le attività psicologiche con i seguenti compiti e funzioni:

- Erogare i Livelli Essenziali di Assistenza psicologica nelle seguenti aree funzionali:

- Adozioni nazionali e internazionali
- Tribunale - Servizio sociale
- Scuola - Legge 104/92
- Adolescenza
- Consultorio familiare
- Centro disturbi comportamento alimentare
- Psicologia ospedaliera e ADICP

- Ambulatorio per il minore, l'adolescente, l'adulto, la coppia e la famiglia, anche in situazione di disagio
- Assistenza e tutela psicologica alle persone affette da disturbo mentale
- Monitorare, indirizzare e regolare le funzioni assistenziali psicologiche anche attraverso l'utilizzazione del Sistema Informativo Territoriale (SIT).
- Verificare l'efficacia degli interventi psicologici e psicoterapeutici.
- I principali dati di attività e gli indicatori più significativi relativi all'attività delle due UU.OO. di Psicologia sono riportati nelle tabelle che seguono.

Utenti in carico alle UU.OO. di Psicologia 1 e 2 i dati sono comprensivi degli utenti visti nel CDCA e nei Consultori. Periodo 2011-2013

Tipologia utenti	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Utenti totali in carico	6.018	6.207	6.388
Utenti totali nuovi	3.682	4.080	4.185

Distribuzione per classi d'età, espressa in valori percentuale, degli utenti in carico alle UU.OO. di Psicologia n.1 e n.2. Periodo 2011-2013. * I dati riferiti agli anni 2011 e 2012 non comprendono gli utenti visti presso i Consultori e il CDCA

Classe età	2011*	2012*	2013
0-18 anni	34,6	34,0	30,3
19-65 anni	57,2	58,7	70,9
> 65 anni	8,2	7,3	5,9
*Totale	100,0	100,0	100,0

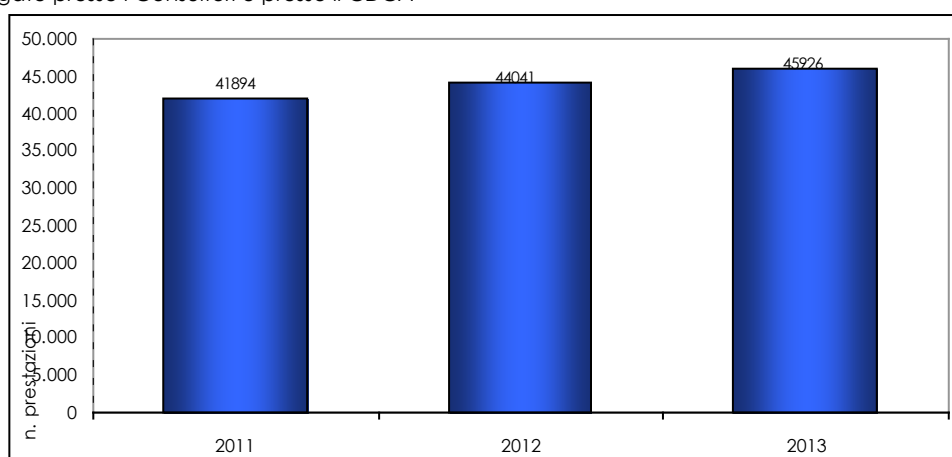
La tabella riportata di seguito, illustra l'indice di turn – over (rapporto tra numero di utenti nuovi e totale utenti in carico) delle UU.OO. di Psicologia n.1 e n.2 nel periodo 2011-2013.

Turn – over degli utenti in carico alle UU.OO. di Psicologia n.1 e n.2, espresso in %.Periodo 2011- 2013

	2011	2012	2013
Turnover espresso in %	61,2	62,4	65,5

La figura sottostante riporta il volume delle prestazioni erogate nel triennio 2011-2013, i dati comprendono anche le prestazioni erogate presso i consultori e presso il Centro Disturbi Comportamento Alimentare (CDCA).

Numero di prestazioni erogate nel triennio 2010-2012 dalle due UU.OO. di Psicologia n.1 e n.2. I dati comprendono le prestazioni erogate presso i Consultori e presso il CDCA



CENTRO DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE

L'assistenza agli utenti con disturbi del comportamento alimentare è assicurata principalmente dal Centro di riferimento Provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (C.D.C.A.). Tali cure

vengono erogate attraverso un approccio multidisciplinare integrato di diverse competenze specialistiche: medici, psicologi, nutrizionisti, pediatri, psichiatri, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica e dietisti. Al Centro operano due équipes di specialisti, una per la fascia di età sotto i 18 anni e l'altra per la fascia di età superiore ai 18 anni. Gli utenti in carico al C.D.C.A. nel 2013 sono stati n. 268. Il 31% degli utenti ha un'età compresa tra 0 e 18 anni; i nuovi utenti sono il 47% del totale di questi più della metà ha un'età inferiore o uguale a 18 anni (tabella)

Nel 2013 sono state erogate n.7954 prestazioni.

Utenti in carico e utenti nuovi al CDCA suddivisi per genere e fasce di età. Anno 2013

Fasce età	N. utenti in carico			N. nuovi utenti in carico		
	F	M	Totale	F	M	Totale
0 - 9 Anni	0	1	1		1	1
10 - 14 Anni	12	2	14	8	2	10
15 - 16 Anni	29	0	29	16	0	16
17 - 18 Anni	36	2	38	19	0	19
19 - 25 Anni	77	3	80	33	2	35
26 - 35 Anni	55	2	57	24	1	25
36 - 50 Anni	43	0	43	16	0	16
51 - 65 Anni	6	0	6	5	0	5
oltre 65 Anni	0	0	0	0	0	0
TOTALE	258	10	268	121	6	127

DISTRETTO OVEST

Coerentemente con le direttive di budget, nel 2013 il Distretto Ovest ha articolato le proprie attività tenendo sempre in considerazione la riduzione dei finanziamenti, per cui sono state avviate alcune azioni di contenimento dei costi, di riorganizzazione delle attività finalizzate ad assicurare l'erogazione delle prestazioni previste dai LEA e l'appropriatezza dell'intero sistema, rispondendo con equità e sostenibilità ai bisogni dei cittadini.

Le principali azioni attuate sono:

- stabilizzazione delle attività per l'area dell'integrazione socio-sanitaria;
- consolidamento degli ambiti territoriali recentemente inseriti (Paganella, Rotaliana, Cembra) ed iniziato il percorso per promuovere un'organizzazione omogenea nell'intero Distretto;
- stabilizzazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, rafforzando l'integrazione tra il Distretto, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e la Struttura ospedaliera di riferimento;
- sostegno ai percorsi di accreditamento istituzionale e al mantenimento dei livelli di sicurezza per i lavoratori e per gli utenti.

Coerentemente con le direttive di budget APSS, nel 2013 il programma di attività del **Distretto Ovest** ha articolato i propri obiettivi e le proprie attività all'interno delle seguenti prospettive:

EVOLUZIONE DEI PROCESSI INTERNI

Nell'ambito della PROMOZIONE DELLA SALUTE si è provveduto a:

- sostenere e coordinare i progetti di educazione alla salute nelle scuole in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione come previsto dal piano annuale;
- favorire le azioni sul territorio condivise con la Comunità, per diffondere stili di vita corretti (alimentazione, attività fisica, dipendenze da sostanze o da gioco) e per implementare le capacità di scelta dei cittadini, partecipando con i collaboratori a varie iniziative (per es. Tavoli per la promozione della salute e degli stili di vita, Serate a tema, Confronto tra i vari servizi coinvolti).

Nell'ambito delle AZIONI DI PREVENZIONE sono state svolte le seguenti attività:

- attuate iniziative di informazione ai cittadini e ai MMG/PLS per promuovere e migliorare l'adesione agli screening provinciali colon-retto, pap-test, mammografia, con il coordinamento del Dipartimento di prevenzione; i MMG hanno ricevuto l'elenco dei propri pazienti non responder alla chiamata per lo screening colon-retto, affinché possano intervenire direttamente con il cittadino favorendo mediante interventi diretti l'adesione; il personale dell'UO di CP adeguatamente formato ha garantito anche quest'anno il colloquio con i pazienti con sangue occulto positivo; lo screening ortottico e odontoiatrico è stato regolarmente attuato;
- effettuate le sedute vaccinali per la popolazione infantile, adulta ed anziana secondo il Piano Provinciale di Promozione delle Vaccinazioni; sono state monitorate le coperture ed intraprese azioni di miglioramento della comunicazione con i genitori/cittadini in modo da rinforzare la consapevolezza dell'efficacia delle vaccinazioni. Tutti gli operatori hanno partecipato a specifiche iniziative d'aggiornamento finalizzate a rinforzare le informazioni, a migliorare il counseling con i genitori e la collaborazione con i PLS e i MMG condividendo strategie, nell'ottica del superamento dell'obbligo vaccinale.
- individuato l'operatore del consultorio referente per il Progetto ministeriale della "prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere", in modo da garantire un contatto diretto e la diffusione delle iniziative ai vari professionisti coinvolti, come indicato dai referenti del progetto.

Per quanto riguarda il COORDINARE L'ACCESSIBILITA' E LA FRUIBILITA' DEI SERVIZI si è provveduto a:

- verifica e consolidamento delle attività disciplinate dalle direttive provinciali in materia di integrazione socio-sanitaria in tutti gli ambiti territoriali; sono ulteriormente migliorati i rapporti tra gli operatori sanitari dell'U.O. di CP, gli amministrativi e i servizi sociali delle Comunità di Valle, cercando di facilitare i percorsi e la presa in carico dei bisogni dei cittadini;
- dare completa attuazione al processo per l'erogazione dell'assegno di cura con la stabilizzazione del percorso sia per i pazienti in possesso dell'indennità d'accompagnamento che per coloro che ne faranno domanda attuando le valutazioni e le ri-valutazioni sia in ambulatorio (sedi di Malè, Cles, Mezzolombardo, Lavis) che a domicilio con la partecipazione attiva dei care-givers/famigliari;
- dare operatività in ogni Comunità di Valle ai Punti Unici di Accesso, con la collaborazione e la condivisione dei Servizi sociali delle 5 Comunità di Valle: dal mese di giugno a Malè, dal mese di agosto a Cles e dal mese di settembre a Andalo, Mezzolombardo e Cembra. Gli operatori sanitari, amministrativi e sociali hanno condiviso le finalità, in particolare la presa in carico dei bisogni dei pazienti, l'equità, l'appropriatezza, la responsabilizzazione e il rispetto dei vincoli di spesa; è necessario migliorare ancora la condivisione tra i vari professionisti in quanto c'è il rischio di duplicare percorsi e/o processi se non vi è riconoscimento e rispetto reciproco. In tal senso sono stati avviati incontri di confronto per attuare puntuali iniziative di miglioramento.

Per ASSICURARE, MIGLIORARE, PROMUOVERE L'APPROPRIATEZZA sono state attuate le seguenti azioni:

- migliorare la presa in carico del paziente e dei suoi bisogni dando piena operatività ai PUA e alle UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) per le 5 aree della fragilità; favorita in particolare la collaborazione e la partecipazione degli specialisti dell'area della psichiatria e della neuro-psichiatria in UVM al fine di garantire una valutazione globale e lo scambio di informazioni tra i professionisti, riconoscendo che la condivisione facilita l'adesione e l'orientamento del paziente/famiglia;
- favorita la partecipazione degli operatori, dedicati a UVM e PUA di tutti gli ambiti territoriali, alle iniziative organizzate dal Servizio formazione per migliorare le conoscenze della presa in carico dei bisogni, dell'utilizzo dei sistemi informatici di valutazione e registrazione (Atlante-Assegno di cura-PUA);
- condivisa la procedura definita nel corso del 2012 relativa all'attivazione dei percorsi ADI e ADP in tutti gli ambiti con la definizione del dirigente medico e operatore amministrativo responsabili in ogni ambito per tali aspetti; si è iniziato a condividere modalità precise di valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza domiciliare (ADI – ADP – PIP) e modalità di verifica delle prestazioni effettuate dai MMG, con la collaborazione di questi ultimi (attività da consolidare nel corso dell'anno 2014 anche considerando le indicazioni del Dipartimento di Cure Primarie);
- revisione della presa in carico in tutto il Distretto dei pazienti in Cure Palliative, dando piena attuazione alla rete delle Cure Palliative con la stretta collaborazione delle équipes infermieristiche, dei MMG, dei medici palliatori di tutti gli ambiti; effettuati alcuni interventi formativi comuni al fine di migliorare le conoscenze e condividere percorsi comuni; in particolare per l'area Rotaliana, Paganella e Cembra dal mese di giugno è stata avviata con la collaborazione dei MMG, Infermieri dell'U.O. di Cure primarie e il Servizio Cure palliative di Trento una nuova organizzazione della presa in carico dei pazienti in fase terminale, secondo il modello già sperimentato da anni in valle di Sole e valle di Non.
- mantenuto il raccordo tra MMG e SDT oltre che con il CAD ospedaliero, quale 2° livello, al fine di consolidare il Progetto Diabete nell'ambito della Valle di Sole con la definizione delle modalità e degli obiettivi condivisi; poste le basi per l'avvio di una sperimentazione di telemedicina "TeleDSole" in valle di Sole che verrà attuata nel corso del prossimo anno;

Al fine di GARANTIRE LA SICUREZZA DELLE PERSONE sono state messe in pratica le seguenti azioni:

- effettuata una iniziativa di formazione aperta a tutti i dipendenti del Distretto al fine di migliorare le conoscenze e favorire l'utilizzo della scheda predisposta per le segnalazioni degli errori o quasi errori nell'ambito del progetto di incident reporting; condivisa l'importanza di analizzare all'interno dei servizi i quasi errori, al fine di attuare iniziative di miglioramento dei processi;
- rafforzate le informazioni sui compiti dei lavoratori, preposti e dirigenti per garantire la sicurezza dei dipendenti e degli utenti, anche mediante l'analisi del DVR, delle check-list periodiche e dei report inviati a seguito delle visite congiunte da parte del NOPP ai luoghi di lavoro;
- definite da parte degli operatori dell'U.O. di Psichiatria, con specifica procedura, le modalità di presa in carico dei pazienti ospiti nelle strutture residenziali anche alla luce della sicurezza degli operatori.

Per PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO è stato:

- attivati vari incontri tra Direzione di Struttura ospedaliera, Direzione di Distretto, U.O. di Cure Primarie, al fine di pianificare interventi per migliorare il passaggio di informazioni tra territorio- ospedale-territorio alla luce della nuova organizzazione ospedaliera che ha visto la realizzazione nel corso dell'anno 2013 dell'AFO medica, dell'Osservazione Breve e dell'AFO chirurgica.
- consolidato il protocollo di Dimissioni protette, già in essere da alcuni anni, tra Direzione di Struttura ospedaliera, Direzione di Distretto, U.O. di Cure Primarie e Servizio Sociale; in particolare revisionate le competenze e il ruolo del Servizio Sociale.

In relazione all'INTEGRAZIONE DEI PROCESSI INTERNI sono state svolte le seguenti azioni:

- organizzate e realizzati più incontri tra i professionisti (U.O. di Cure primarie, igiene e psichiatria) al fine di favorire il coinvolgimento del personale, la continuità dei servizi e la conoscenza reciproca dei vari processi, attuando nello specifico interventi per l'integrazione tra servizi in particolare dell'area di Mezzolombardo, Paganella e Cembra; ciò ha determinato anche l'opportunità di favorire lo scambio tra operatori delle esperienze con l'obiettivo di incrementare l'efficienza nel rispetto dei vincoli di spesa;
- è stato necessario avviare una riorganizzazione complessiva del personale addetto alle segreterie, in particolare la segreteria di Distretto (recentemente unificata), le segreterie dell'U.O. di Cure primarie delle sedi di Cles, Malè, Mezzolombardo e Cembra, al fine di favorire un punto unico di erogazione dei servizi ai cittadini modificando se necessario l'orario;
- è stata data piena operatività alle due Posizioni Organizzative e due Funzioni Direttive recentemente attivate presso il Servizio Amministrazione definendo ruoli, funzioni e responsabilità in modo da essere conosciute anche dai collaboratori;
- definita, alla luce anche delle nuove competenze amministrative, le funzioni degli operatori addetti alla segreteria e allo sportello presso il Poliambulatorio di Malè, favorendo e riorganizzando la distribuzione dei processi amministrativi;
- condivisi e applicati i criteri e la modulistica uniforme per i 5 ambiti distrettuali relativamente alle richieste di ADI, ADICP e ADP da parte del MMG o PLS, i quali sono stati coinvolti e con loro sono stati definiti i punti di riferimento distrettuali e il processo complessivo.

ATTENZIONE AI PORTATORI DI INTERESSI

Per COINVOLGERE GLI UTENTI sono state realizzate le seguenti azioni:

- gli operatori dell'UVM hanno favorito, quando possibile, la partecipazione e il coinvolgimento attivo degli utenti e/o famigliari nel processo UVM, in particolare nella definizione del piano assistenziale redatto in UVM, alla presenza anche delle altre figure professionali;
- garantita la partecipazione della Direzione di Distretto ai vari incontri organizzati nelle 5 Comunità di valle, al fine di condividere piani e scelte di salute sostenibili; in particolare nelle riunioni del Comitato per l'integrazione socio-sanitaria e dei tavoli per l'attuazione e la verifica periodica delle iniziative inserite nel Piano sociale.
- attivato nel corso dell'anno il gruppo di lavoro multi professionale (sanitari e assistenti sociali) per la definizione condivisa del piano di Salute Distrettuale;

Allo scopo di COINVOLGERE IL PERSONALE si è provveduto a:

- effettuare incontri con il personale sia amministrativo che sanitario delle UU.OO. e Servizi al fine di diffondere a tutti i livelli il programma di sviluppo strategico 2013-2015, il POF e il piano delle attività (budget) con lo scopo di sensibilizzare e rendere partecipi tutti gli operatori anche in relazione ai rapporti con le UU.OO. della Struttura Ospedaliera e il Dipartimento di prevenzione;
- dare diffusa applicazione alle Direttive aziendali relative alla pianificazione delle ferie-recuperi-pemessi, rimborsi chilometrici, autorizzazione dello straordinario e contenimento dello stesso;
- dare applicazione alla Direttiva provinciale che disciplina l'utilizzo dei fax, facendo un censimento e istruendo il personale sulle modalità corrette dell'uso di questo strumento, dando indicazioni di privilegiare l'invio dei documenti in pec o in interoperabilità Pitre.
- diffondere a tutti gli operatori, sanitari e amministrativi, la necessità di operare considerando sempre l'importanza di accogliere gli utenti cercando di attivare corretti percorsi per rispondere alle loro richieste, ponendo attenzione al rispetto della privacy e al corretto utilizzo delle risorse.

Per VALUTARE E CONTENERE L'IMPATTO AMBIENTALE si è provveduto a:

- diffondere la cultura della raccolta differenziata in collaborazione con la Comunità di Valle, gli operatori tecnici e tutti i professionisti del Distretto: rifiuti speciali, carta, plastica;
- definire in forma scritta la procedura per la raccolta dei rifiuti speciali, con addestramento specifico dei fattorini responsabili per il trasporto;
- favorire il corretto utilizzo delle risorse economiche evitando gli sprechi, in particolare con il corretto uso di stampanti e carta.

APPRENDIMENTO E CRESCITA

In relazione allo SVILUPPO DELLE COMPETENZE sono state attuate le seguenti azioni:

- promosse le iniziative di formazione degli operatori dell'U.O. di Psichiatria attraverso discussione la casi e/o aggiornamento monotematici; tale attività è particolarmente importante per questi professionisti essendo molto delicata e particolare la funzione da essi svolta;
- grazie alla collaborazione tra U.O. di Cure primarie e Cure palliative, è stato attivato un primo corso di formazione dedicato al personale infermieristico e ai dirigenti medici per le conoscenze e gli approcci al paziente con sintomi disturbanti; nel corso del 2014 verranno

attivati specifici audit al fine di favorire il confronto tra MMG e medici pallia tori con la partecipazione anche del personale infermieristico;

- promossi gli audit clinici per la gestione del paziente diabetico, con la partecipazione degli specialisti ospedalieri, dei MMG e delle infermiere; è stata favorita la formazione delle infermiere dedicate al SDT e CAD al fine di assicurare una presa incarico del paziente affetto da tale patologia in ambulatorio.

RIORGANIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE DI SERVIZI E ATTIVAZIONE DI NUOVI

- In tale ambito le principali azioni sono state indirizzate a mantenere costanti rapporti con i Rappresentanti delle Comunità di valle afferenti al Distretto con la partecipazione attiva ai tavoli attivati per la definizione dei piani sociali, dei piani territoriali e ai tavoli per l'integrazione socio-sanitaria al fine di garantire eventuali miglioramenti dei Servizi offerti ai cittadini pur nella consapevolezza della necessità di contenere le risorse.

GESTIONE DELLE RISORSE

Al fine di ASSICURARE LA SOSTENIBILITA' E L'EFFICIENZA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE, RAZIONALIZZANDO I CONSUMI, è stato definito un Piano di Miglioramento complessivo inserendo anche specifiche azioni che riguardano il Distretto quali:

- presidiare l'attuazione dei processi amministrativi favorendo l'integrazione dei professionisti al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane con la diffusione delle conoscenze dei processi;
- attivare le iniziative necessarie per mantenere una costante verifica in particolare dei processi che comportano utilizzo di risorse economiche: autorizzazioni in ADIUVAT, autorizzazioni presso l'ufficio prestazioni, verifiche dell'applicazione dei PAI definiti in UVM per l'assegno di cura secondo principi di appropriatezza, equità, rispetto delle Direttive e contenimento dei costi;
- monitorare costantemente l'andamento dei consumi da parte delle UU.OO.; garantire le verifiche tecnico-sanitarie in RSA oltre al monitoraggio costante dei consumi in RSA; analisi delle schede pervenute dalle strutture Residenziali relative alle spese per gli ospiti complessi inseriti in struttura;
- programmare ed attuare concrete azioni di contenimento del lavoro straordinario e del costo per rimborso chilometrico, d'intesa con i Direttori di Servizio/Unità Operativa, il dirigente delle professioni sanitarie e le figure di coordinamento dell'area di comparto;
- completare la pianificazione dei traslochi al fine di completare il piano di rientro degli affitti.

DISTRETTO CENTRO NORD

Nel 2013 il **Distretto Centro Nord** ha articolato le proprie attività all'interno delle seguenti prospettive:

EVOLUZIONE DEI PROCESSI INTERNI

Nel 2013 si è assistito all'assestamento dell'organizzazione distrettuale e al conseguente consolidamento del modello previsto dal regolamento aziendale. Ciò ha consentito a tutte le strutture che compongono l'architettura del distretto di orientarsi stabilmente verso i percorsi delineati dalla programmazione aziendale, sempre tenendo presente l'esigenza di ottimizzazione e razionalizzazione, che fortemente influenza la politica strategica aziendale del triennio 2013-2015.

E' da premettere che nell'anno 2013 il percorso di "budget" per la prima volta si è concluso nel primo trimestre con rispetto di una tempistica adeguata, anche se vi sono stati momenti di aggiustamento in corso d'anno. Ciò ha portato ad indubbi vantaggi per le strutture, tra cui il fatto di poter disporre sin dai primissimi mesi dell'anno di uno strumento di pianificazione delle attività utile a orientare con tempismo le azioni e soprattutto a coinvolgere il personale nel processo di assegnazione condivisa degli obiettivi.

Altrettanto rilevante è stata la collaborazione instauratasi tra i distretti nella condivisione iniziale degli obiettivi di budget e nel successivo impegno in corso d'anno nell'armonizzazione delle scelte strategiche, prevalentemente in ambito di assistenza territoriale.

Si può pertanto affermare che le politiche di governo del territorio si sono incanalate in un processo di uniformazione che, anche favorito dalla contestuale entrata a regime dei dipartimenti territoriali, ha permesso di agire in un'ottica di omogeneità ed equità nell'ambito dell'intero contesto aziendale.

Da un punto di vista generale, il 2013 si è caratterizzato per un processo di "efficientamento" dell'azione amministrativa che ha riguardato oltre che il Servizio Amministrazione anche le altre strutture organizzative. Nello specifico, il perseguimento della migliore efficienza del sistema organizzativo ha ad esempio coinciso con l'obiettivo di ricerca dell'appropriatezza nella complessa funzione della residenzialità riabilitativa in strutture extraprovinciali negli ambiti della riabilitazione fisica, della salute mentale, della dipendenze patologiche e dei disturbi del comportamento alimentare; i risultati conseguiti sono stati migliori delle aspettative e il risparmio in termini meramente economici è stato dell'ordine di oltre 200mila euro. Analogamente, sul fronte dell'assistenza protesica si è assistito ad un analogo risultato per effetto del progetto di riciclo degli ausili a magazzino da riassegnare agli utenti, giunto a regime nel 2013 e che ha determinato su base annua un risparmio di spesa vicino a 500mila euro.

L'impatto che i processi riferibili all'ambito socio-assistenziale e dell'integrazione socio-sanitaria hanno avuto sulle attività distrettuali è stato significativo e ha influito su tutte le strutture distrettuali; in particolare il percorso attinente al nuovo assegno di cura per le persone gravate da criticità sanitarie complesse nelle cinque le aree della fragilità ha determinato carichi addizionali e riprogrammazioni operative. Sotto questo aspetto il livello di collaborazione tra le varie unità operative ha dato i migliori esiti in termini di co-progettazione dei percorsi di presa in carico.

Rimanendo nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, è stata regolarmente attivata presso la Medicina Legale la funzione di UVM-P di livello multi-zonale per la valutazione dei ricorsi, come indicato dall'art. 5 della Legge provinciale 15/2012.

Si sono implementati i tavoli di concertazione con i Servizi Sociali delle Comunità nell'ambito dei quali i rappresentanti distrettuali hanno supportato l'elaborazione dei piani sociali in primis e quindi consentito di porre le basi per la costruzione del Piano della Salute distrettuale che, partendo dal profilo di salute della comunità, si è sviluppato in una prospettiva di forte attenzione ai temi dell'integrazione.

Nel contesto di questa progettualità hanno anche visto la luce i PUA presso le comunità di riferimento, ponendo i presupposti per essere, in una prospettiva di medio periodo, il punto di

riferimento per l'intercettazione dei bisogni complessi e per la pianificazione di sostegno sanitario e assistenziale.

Sul fronte delle azioni di riqualificazione e riorganizzazione, nel 2013 ha iniziato la sua attività l'unità valutativa per l'Alzheimer territoriale la quale, oltre a dare un sensibile supporto al contenimento dei tempi di attesa per la prima valutazione, è stata punto di riferimento per un innovativo modello di sostegno ai pazienti e loro caregiver. Infatti si è esercitata l'azione di coordinamento del progetto domiciliare Alzheimer, istituito con delibera della Giunta Provinciale n. 662 del 5 aprile 2012 e realizzato presso i Distretti Centro Nord (Trento) e Centro Sud (Rovereto e Vallagarina) con la collaborazione delle Cooperative sociali SPES e La Casa. Tale progetto, conclusosi come sperimentazione nel 2013, ha dato esiti del tutto positivi in termini di percezione da parte dei familiari caregiver di incremento della qualità della loro vita.

Si è ulteriormente perfezionata la rete aziendale delle cure palliative e si sono poste le basi organizzative per la realizzazione, nel 2014, della rete di cure palliative pediatriche; a novembre ha preso inoltre avvio l'attività di collaborazione con l'oncologia per le cure simultanee che dovrà assumere i contorni di una attività istituzionale presente in tutti i day hospital aziendali.

Per la funzione consultoriale si è mantenuta viva la progettualità sull'area della fragilità psico-socio-sanitaria che ha consentito anche nell'anno di riferimento di intercettare ben sedici situazioni critiche su cui instaurare i più appropriati percorsi di sostegno; inoltre è proseguita la collaborazione con l'ospedale nel percorso di supporto alla gravidanza fisiologica che tuttavia ha lamentato alcune criticità che saranno oggetto di riflessioni più approfondite.

L'area della salute mentale ha iniziato a cogliere i benefici di un governo dipartimentale della tematica, tradottisi sia nella riduzione della spesa per ricoveri in strutture riabilitative extra-provinciali poc'anzi citati, sia in una più generale messa in comunione e comunicazione delle esperienze e delle risorse delle singole unità operative che compongono il dipartimento, sfociata nella creazione di gruppi di lavoro su ambiti monotematici di interesse provinciale.

PORTATORI DI INTERESSI

L'implementazione dei PUA e la costruzione del Piano della salute distrettuali appaio le due azioni maggiormente rappresentative dell'intento di coinvolgere la comunità e i servizi nei processi di presa in carico integrata delle situazioni complesse.

Per quanto attiene ai PUA essi sono gradualmente divenuti operativi in corso d'anno presso le due comunità sottese al Distretto Centro Nord, dopo opportuna formalizzazione avvenuta con la stipula di specifici protocolli operativi e individuazione della sede a Trento e a Vezzano. Per questa funzione il 2013 rappresenta un anno di assoluta sperimentazione e rodaggio di una innovativa modalità di gestione condivisa tra sanità e sociale delle problematiche complesse. E' pertanto ancora prematuro esprimere un primo bilancio sulla loro efficacia anche perché la loro operatività si è andata evolvendo soprattutto nel corso dell'ultimo trimestre; tuttavia i presupposti perché essi divengano il luogo di indirizzo e di progettualità sembrano essere più che buoni in ragione di un loro progressivo utilizzo sia da parte di cittadini che di servizi.

Il Piano della salute è stato elaborato ed è prevista la sua approvazione nei primi mesi del 2014, come da pianificazione concordata con la direzione strategica aziendale. Si tratta di uno strumento partecipato e condiviso con le comunità che insistono sul territorio distrettuale nel quale l'individuazione delle aree di intervento ha tenuto conto degli indirizzi scaturiti da un lato dalle *Indicazioni per lo sviluppo del welfare provinciale a partire dai piani sociali di comunità* - con evidente riferimento a quelli elaborati dalla Comunità del Territorio Val d'Adige e dalla Comunità della Valle dei Laghi - dall'altro delle direttive contenute negli strumenti di pianificazione sanitaria. In particolare, l'area dell'integrazione socio-sanitaria è stata considerata strategica per assicurare continuità di cura e di assistenza verso le classiche aree di fragilità materno-infantile, anziani, disabilità, salute mentale e dipendenze.

Infine, sul fronte amministrativo è meritevole di menzione l'implementazione del sito internet aziendale, con la pubblicazione di tutta la modulistica e di sintetici vademecum che riassumono le procedure necessarie per ottenere i vari benefici previsti a carico degli uffici distrettuali.

RIORGANIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI

Particolare rilievo ha rivestito l'implementazione dall'ambulatorio territoriale di valutazione Alzheimer avviato il 6 febbraio 2013 tramite un'equipe dedicata che garantisce, oltre alle visite ambulatoriali (300 nell'anno di riferimento), la valutazione UVM per centro Diurno Alzheimer, la gestione degli ingressi, le rivalutazioni e le dimissioni dallo stesso, la consulenza e collaborazione alle RSA per la gestione di pazienti con demenza; la medesima equipe ha anche supportato il Progetto domiciliare Alzheimer precedentemente citato.

Circa la riorganizzazione delle attività alcolologiche è stata elaborata una prima proposta di riorganizzazione delle attività alcolologiche; tale proposta tiene anche conto delle nuove attribuzioni date dalla delibera riguardante il contrasto alla ludopatia con riferimento particolare alla periferia e alle nuove problematiche complesse che spesso accompagnano il consumo di alcol.

La riorganizzazione delle attività di psicologia delle dipendenze è stata implementata tramite la sottoscrizione del protocollo con le due unità operative territoriali siglato nel febbraio 2013 che ha definito la programmazione delle presenze sul territorio e i carichi di lavoro dei dirigenti

E' stato realizzato presso la struttura di Villa Igea il Centro per l'Autismo la cui operatività è partita a gennaio 2013. La struttura, con valenza provinciale e che coinvolge 10 operatori tra medici, logopedisti e terapisti della riabilitazione, è organizzata su tre équipe monoprofessionali che si alternano nella valutazione del minore. Le valutazioni solitamente vengono effettuate con un modello day hospital garantendo così in un unico accesso una valutazione complessiva. I casi presi in carico nel 2013 ammontano a 33. Al contempo, è stato assicurato il supporto dei genitori con figli affetti da autismo tramite la conduzione di un primo ciclo di *"parent training"*, in modalità di gruppo.

APPRENDIMENTO E CRESCITA

Nell'anno di riferimento si è assicurato il supporto metodologico nelle azioni di miglioramento dei processi di varie strutture: la psichiatria nel processo di somministrazione della terapia, l'hospice nell'incident reporting, la neuropsichiatria infantile nel processo di presa in carico multiprofessionale, la governance clinica nella predisposizione della scheda territoriale di incident reporting, solo per citare le più rilevanti. E' stato inoltre promosso l'utilizzo degli strumenti contrattuali per rendere maggiormente efficiente l'utilizzo delle risorse umane.

Come per il pregresso, si sono presidiate le funzioni datoriali in tema di sicurezza i corsi di BLSD e relativi retraining (12 edizioni) e i corsi antincendio formazione in collaborazione con il referente distrettuale per la sicurezza. A ciò va aggiunta la realizzazione di dodici eventi (tra stage e aggiornamenti monotematici) che hanno coinvolto circa duecento operatori.

Infine è stato attivato il processo di aggiornamento della certificazione EFQM a cui la Direzione di distretto e il Servizio per le professioni sanitarie hanno partecipato secondo le indicazioni della struttura di coordinamento aziendale.

GESTIONE DELLE RISORSE

Va considerato che il 2013 si è contraddistinto come anno di calo di risorse finanziarie ed economiche con ricadute determinanti sui fattori produttivi quali il budget di personale, degli straordinari e dei consumi assegnato; grande è stato lo sforzo che ogni direttore e coordinatore di area ha dovuto affrontare per assicurare un'invarianza del livello prestazionale complessivo della propria struttura, accuratamente monitorato lungo tutto il periodo. I parametri di straordinario assegnato, finanziamento per spese di missione e per i consumi sono stati comunque pienamente rispettati con impegno di budget lievemente inferiore rispetto all'assegnato. Per contro, su altri fronti, quali i citati esempi sulla residenzialità extraprovinciale o il riciclo degli ausili, si è operato un sensibile risparmio.

DISTRETTO CENTRO SUD

Nel 2013 il **Distretto Centro Sud** ha articolato le proprie attività all'interno delle seguenti prospettive:

EVOLUZIONE DEI PROCESSI INTERNI

AZIONI DI PREVENZIONE:

Nell'ambito delle azioni di prevenzione il Distretto ha attivato un progetto che mirava ad intercettare le donne residenti sugli Altipiani Cimbri renitenti allo screening del Pap Test al fine di informarle e motivarle a sottoporsi all'esame. Il progetto è stato condiviso e sostenuto dalla Comunità di Valle. Tutto il progetto è stato un esempio positivo di condivisione di intenti ma anche di fattiva collaborazione fra sistema sanitario e comunità locale.

COORDINARE L'ACCESSIBILITA' E LA FRUIBILITA' DEI SERVIZI

Si è consolidata l'attività dei Punti Unici di Accesso attraverso l'individuazione di un referente responsabile di tutto il processo: attivazione, monitoraggio e valutazione dei casi e si è sperimentato il sistema informatico che dovrebbe permettere la tracciabilità dell'attività svolta.

Si è data continuità al progetto che aveva l'obiettivo di diffondere la conoscenza delle attività del Consultorio fra gli studenti delle scuole superiori. L'iniziativa è stata apprezzata dagli studenti e dagli insegnanti ed ha gettato le basi perché il Consultorio diventi uno spazio fruibile dai giovani che cercano risposte qualificate ai loro quesiti.

Il Consultorio ha garantito la presenza ed il proprio contributo all'interno del gruppo di lavoro aziendale che perseguiva l'obiettivo di creare un percorso di presa in carico delle donne vittime di maltrattamenti. Inoltre, si è accolto l'invito del Comune di Rovereto alla partecipazione al tavolo di lavoro finalizzato ad individuare, a livello locale, un percorso di presa in carico delle donne vittime di maltrattamento. In continuità al progetto rivolto alle donne maltrattate si è collaborato alla diffusione delle informazioni relative al percorso antiviolenza rivolto ai maltrattanti nel tentativo di prevenire gli episodi violenti.

Il Servizio Cure Domiciliari, trasversalmente in tutto il Distretto Centro Sud ha sperimentato un nuovo modello organizzativo che mirava a garantire la continuità del servizio dalle ore 8 alle ore 20 per tutti i giorni della settimana ai pazienti con piani ADI o ADICP.

ASSICURARE, MIGLIORARE, PROMUOVERE L'APPROPRIATEZZA

Durante l'anno si è presentato il progetto di fattibilità per l'attivazione di un Polo Socio Sanitario nella Struttura Ospedaliera di Ala. Dall'analisi dei bisogni della popolazione è emersa la necessità di una struttura che, vicino alle attività già in essere, prevedesse dei servizi che dessero risposta alle nuove fragilità. Allo scopo si è proposta una struttura che potesse ospitare anche dei posti letto a sostegno della domiciliarità e di quelle situazioni di adulti disabili a cui verranno meno le risorse famigliari di supporto.

Nel Servizio Cure Domiciliari, in linea con le Direttive del Dipartimento Cure Primarie, si è attivata la sperimentazione della nuova scheda di segnalazione dei pazienti oncologici al fine di attivare una presa in carico precoce di alcune categorie di pazienti. Il Distretto Centro Sud ha partecipato al gruppo di lavoro per la progettazione e l'implementazione della Rete delle cure palliative sul territorio provinciale e per la costruzione del relativo percorso di presa in carico dei pazienti

Il Distretto Centro Sud ha garantito anche il contributo a due gruppi di lavoro aziendali, uno finalizzato alla stesura di una proposta di revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza da garantire nella nostra Provincia rivolta all'Assessorato competente; l'altro che ha lavorato per produrre un documento che individuasse i criteri da adottare al fine di razionalizzare e qualificare l'offerta degli ambulatori infermieristici territoriali e dei punti prelievo.

In sintonia con tutti gli altri Distretti si è partecipato al lavoro di revisione del numero delle sedi di Continuità assistenziale presenti nel Distretto Centro Sud a garanzia del loro pieno utilizzo.

Inoltre, in corso d'anno, si è garantita la presenza all'interno del gruppo di lavoro che aveva l'obiettivo di costruire i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali rivolti a pazienti con diabete e BPCO.

GARANTIRE LA SICUREZZA DELLE PERSONE

Il Distretto Centro Sud ha partecipato al gruppo di lavoro organizzato dal Servizio Governance dei Processi clinico assistenziali finalizzato a costruire la scheda di incident reporting territoriale e la procedura per il relativo utilizzo.

PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Inoltre, si è provveduto, al fine di migliorare l'efficacia degli interventi, alla revisione dei contratti delle Posizioni M di tutto il Distretto Centro Sud con la definizione e formalizzazione delle principali funzioni che dovranno essere garantite dai singoli professionisti. E' attivo un gruppo di lavoro finalizzato alla revisione del modello e delle funzioni garantite attraverso la rete dei coordinatori di percorso.

INTEGRAZIONE DEI PROCESSI INTERNI

Al fine di proseguire nel miglioramento delle sinergie finalizzate a rendere più efficace l'intervento nei casi complessi è proseguito l'impegno dei membri dell'U.V.M. nell'estendere la propria competenza a tutte le aree della fragilità. Si è lavorato per rendere lo strumento dell'U.V.M. più flessibile nella tempistica e nella composizione al fine di garantire risposte più appropriate e tempestive.

Le Unità Operative di Psichiatria e Neuropsichiatria infantile hanno partecipato alla condivisione e formalizzazione di un protocollo di interfaccia finalizzato a migliorare il passaggio degli utenti fra le Unità Operative afferenti al Dipartimento di Salute Mentale

L'Unità di Psicologia Clinica ha rivisto la procedura per la garanzia della continuità assistenziale nelle equipe dei Consultori presenti sul territorio del Distretto Centro Sud.

In collaborazione con il personale del Consultorio, l'Unità Operativa di Psicologia clinica ha attivato un progetto specifico finalizzato ad attivare un supporto psicologico di gruppo alle madri in situazione di fragilità.

ATTENZIONE AI PORTATORI DI INTERESSI

- In collaborazione con i servizi sociali, i rappresentanti delle Comunità di Valle e il Dipartimento della Prevenzione si è provveduto a stendere il Piano della Salute Distrettuale a valenza triennale come previsto da regolamento aziendale. I contenuti del Piano sono stati poi condivisi nelle varie Comunità che fanno parte del Distretto Centro Sud.
- Si è incontrato il gruppo dei famigliari degli utenti del Servizio di Neuropsichiatria per raccogliere le loro proposte rispetto alle possibili aree di miglioramento del Servizio.
- E in corso un tavolo di lavoro con il Comune di Rovereto e la Comunità della Vallagarina per individuare le possibili aree di sinergia per affrontare in modo efficace le problematiche degli utenti affetti da demenza.

COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Allo scopo di coinvolgere il personale si è provveduto ad organizzare con l'Unità Operativa di Psichiatria di Arco due progetti finalizzati a rafforzare negli operatori la visione d'insieme del Servizio.

Il primo progetto prevedeva un momento informativo comune in cui venivano presentate le logiche che guidavano l'organizzazione dell'Unità Operativa ed i principali progetti in corso. Il secondo progetto prevedeva la rotazione di alcune unità di personale nelle varie aree per migliorare la conoscenza complessiva del servizio ed i livelli di complessità caratterizzanti i vari contesti specifici.

VALUTARE E CONTENERE L'IMPATTO AMBIENTALE

Attivazione di un progetto sperimentale per l'utilizzo delle biciclette del Comune di Riva del Garda per garantire la mobilità del personale delle Cure Domiciliari al fine di ovviare, almeno in parte, al problema della carenza di parcheggi nel centro della cittadina.

APPRENDIMENTO E CRESCITA

Nel corso del 2013 si è privilegiata la formazione legata alla necessità di implementare il nuovo modello organizzativo previsto dal processo di integrazione socio sanitaria.

Particolare attenzione è stata posta nel progettare iniziative di formazione finalizzate alla diffusione e sviluppo della rete delle Cure Palliative

GESTIONE DELLE RISORSE

Al fine di assicurare la sostenibilità del sistema nel lungo periodo anche attraverso l'efficienza nell'utilizzo delle risorse si è estesa a tutto il Distretto Centro Sud la programmazione centralizzata dell'attività domiciliare. La programmazione centralizzata ha permesso l'utilizzo di criteri uniformi nell'assegnazione dei casi anche a salvaguardia dell'equa distribuzione dei carichi di lavoro.

Al fine di uniformare i criteri di riconoscimento del rimborso dei chilometri percorsi dal personale che opera sul territorio si è stesa ed inoltrata in Sede Centrale per l'approvazione specifica procedura.

DISTRETTO EST

Nel 2013 il **Distretto Est** ha articolato le proprie attività all'interno delle seguenti prospettive:

EVOLUZIONE DEI PROCESSI INTERNI

Nell'ambito della PROMOZIONE DELLA SALUTE si è provveduto a:

- Elaborare il piano della salute distrettuale in accordo con il Consiglio di Direzione, il Dipartimento di Prevenzione e le Comunità di Valle afferenti agli ambiti territoriali del Distretto. La costruzione del documento è stata avviata all'interno di un percorso formativo promosso dalla Provincia Autonoma di Trento, che ha coinvolto i vari referenti distrettuali. Tale documento è stato elaborato attraverso un lavoro di confronto continuo con gli altri tre Distretti e la Direzione per l'Integrazione Socio Sanitaria;
- Assicurare la collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione al fine di favorire l'adesione della popolazione agli screening provinciali e alle campagne vaccinali. Si è riscontrato che l'andamento delle coperture vaccinali è in linea con gli anni precedenti.

Nell'ambito delle AZIONI DI PREVENZIONE sono state realizzate le seguenti azioni:

- Partecipazione al progetto per la prevenzione del diabete mellito di recente insorgenza con il coinvolgimento dei MMG dei CAD e del personale di comparto del settore igiene, promosso dalla Siti, al quale hanno aderito anche la PAT e l'APSS. Il progetto interregionale è stato realizzato nei tempi previsti e concluso a dicembre 2013;
- Partecipazione al progetto ministeriale per la prevenzione della interruzione volontaria di gravidanza tra le donne immigrate, che ha visto il coinvolgimento dei Consultori Familiari di tutti gli ambiti territoriali del Distretto Est;
- Partecipazione al progetto ministeriale per l'allattamento con latte materno, che ha visto il particolare coinvolgimento dei Consultori Familiari dell'Alta Valsugana e Bassa Valsugana, in attesa di un coinvolgimento di tutti gli altri ambiti. E' proseguito il progetto di "sostegno fra pari" per l'allattamento materno in tutti gli ambiti distrettuali;
- Sostegno al progetto "Gravidanza fisiologica" negli ambiti specifici di Primiero, Alta Valsugana e Fiemme e Fassa;
- Partecipazione a molte progettualità, fra cui:
 - Scuola che promuove salute
 - PASSI, OKKIO alla salute e HBSC
 - Educazione alimentare "Progetto Colazione a Scuola"

diventate attività consolidate delle funzioni distrettuali.

Per quanto riguarda il COORDINARE L'ACCESSIBILITA' E LA FRUIBILITA' DEI SERVIZI si è provveduto a:

- Sviluppare le attività in materia di integrazione socio sanitaria riferite alle valutazioni multidisciplinari per le aree di bisogno individuate.
- Portare a compimento le fasi di start up e la messa a regime delle attività relative all'assegno di cura. L'attività UVM per l'assegno di cura è andata a regime nel 2013 con notevole sforzo organizzativo. I tempi di attesa sono stati rispettati. I volumi di attività nel 2013 sono stati:
 - Uvm Pergine: 251 casi
 - Uvm Borgo: 178 casi
 - Uvm Fiemme: 53 casi
 - Uvm Fassa: 37 casi
 - Uvm Tonadico: 49 casi;

- sono state effettuate 34 UVM Salute Mentale nel rispetto della normativa e dei tempi previsti
- Stabilizzare i PUA in ognuna delle Comunità di Valle che insistono sul territorio del Distretto Est.
- Riprogettare il modello di RSA psichiatrica in funzione del mandato istituzionale connesso a bisogni emergenti, progetto recepito dalla Giunta Provinciale con Delibera n. 1975/2013;

Per ASSICURARE, MIGLIORARE, PROMUOVERE L'APPROPRIATEZZA:

- E' stata posta a regime la procedura per la valutazione di appropriatezza per la assistenza domiciliare (ADI e ADP) e per le prestazioni di particolare impegno professionale (PPIP). Continua, infatti, il lavoro di incrocio fra prestazioni e accessi di MMG eseguito dal personale amministrativo del Distretto. Continua, inoltre, la revisione dei piani di assistenza domiciliare al fine di valutarne l'appropriatezza, da parte dei capo sala e dei medici del Distretto;
- Sono state eseguite le regolari verifiche tecnico sanitarie delle RSA del Distretto e delle strutture Maso Toffa, Cooperativa Oltre e Piccolo Principe, Cooperativa Arcobaleno 98; inoltre sono state effettuate tutte le verifiche tecnico amministrative delle RSA del Distretto e dei Centri Diurni ad esso afferenti.

Al fine di GARANTIRE LA SICUREZZA DELLE PERSONE sono state svolte le seguenti azioni volte a:

- Proseguire le attività riguardanti il percorso di accreditamento delle strutture sanitarie con particolare riguardo alla gestione del rischio clinico, coerentemente alle indicazioni della Direzione Generale. In Particolare in primavera sono stati condotti alcuni incontri con referenti del Distretto Ovest e dei Servizi di Governance della sede centrale al fine di ricondurre le iniziative locali in una cornice aziendale, condivisa anche con le altre AOF. Sono state realizzate 3 iniziative di FSC accreditate, coinvolgendo i servizi di Governance e i Direttori delle UO interessate. In autunno è stata approvata la scheda definitiva e la procedura aziendale di segnalazione. La sperimentazione è stata avviata a marzo 2014;
- Consolidare su tutto il territorio distrettuale le attività inerenti la sicurezza sui luoghi di lavoro, attraverso una intensa attività del referente per la sicurezza del Distretto;
- Estendere le attività di simulazione incendio su tutte le strutture distrettuali. Nel 2013, in particolare le simulazioni sono state estese anche alle sedi di Pozza, Tonadico e Predazzo;
- Avviare un sistema di simulazioni interventi di BLS ulteriori rispetto alla formazione prevista dalla normativa. In tale ambito si rileva un significativo impegno per quanto riguarda i corsi base BLSD anche attraverso incontri fra Distretto e Ospedale di riferimento. La segreteria organizzativa dei corsi ha posto le basi per avviare un sistema efficace di simulazioni di BLS.

Per PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE si è provveduto a:

- Strutturare il "Progetto trasversale di Integrazione Ospedale – Territorio per una presa in carico anticipata dei pazienti in dimissione ospedaliera da parte del MMG", sulla base delle iniziative svolte nel corso degli anni passati, la cui realizzazione in Bassa Valsugana non è stata possibile per la mancata adesione di una quota significativa di MMG, in quanto soltanto in n. 2 MMG avevano aderito all'iniziativa. In autunno 2013 sono state avviate delle iniziative per verificare l'implementazione del progetto negli ambiti di Fiemme e Fassa;
- Definire un modello unico per la continuità infermieristica dalle ore 8,00 alle ore 20,00, dal lunedì alla domenica, su tutto l'ambito del Distretto, portandolo a regime;

- Elaborare e definire, nell'ambito della ridefinizione del servizio di Pronta Disponibilità psichiatrica nel Distretto una procedura inerente il consulto/consulenza psichiatrica per il P.S. dell'Ospedale di Cavalese e Borgo Valsugana;
- Proseguire la progettualità fra U.O. di Ginecologia dell'Ospedale di Cavalese e le Funzioni Consultoriali del Distretto Est al fine di ottimizzare e migliorare il livello di qualità della risposta all'utenza nel percorso assistenziale materno infantile, al fine di analizzare lo stato dell'arte e trovare le risposte organizzative più appropriate alle difficoltà e alle carenze in particolare per il periodo estivo;
- Avviare le azioni previste dall'obiettivo provinciale sulla Rete Clinica Odontoiatrica, istituita con delibera del Direttore Generale n. 434/2013 del 30/07/2013.

ATTENZIONE AI PORTATORI DI INTERESSI

Per COINVOLGERE GLI UTENTI sono state messe in atto le seguenti azioni:

- Svolgimento di periodici incontri con le Associazioni dei Cittadini, i rappresentanti delle Comunità di Valle e le Organizzazioni Sindacali al fine di assicurare il loro coinvolgimento nella informazione sulle politiche aziendali e sugli indirizzi operativi;
- Al fine di garantire la continuità del servizio di prenotazione e contenere i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche è stata adottata una procedura distrettuale volta a favorire una gestione omogenea delle assenze degli specialisti SUMAI e finalizzata ad arginare le criticità connesse alla gestione delle stesse;
- Adozione di un modello organizzativo distrettuale unico per i reclami provenienti dall'utenza, che prevede il coordinamento degli interlocutori gli URP presenti nei diversi ambiti territoriali del Distretto con le AOF competenti per le segnalazioni di natura specifica o tecnica;
- Per l'attivazione di organismi rappresentativi dei portatori d'interesse sono stati realizzati a livello dipartimentale di Psichiatria i primi incontri con utenti, familiari, associazioni di volontariato, servizi sanitari e sociali confinanti, mentre per la realizzazione di attività di contrasto allo stigma, sono stati attivati in ambito distrettuale tavoli di lavoro con la scuola (Istituto "Marie Curie" di Pergine, Istituto "Alcide Degasperì" di Borgo, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Trento), con la "Banca del tempo" di Pergine, con la "Associazione per l'amministratore di sostegno", con "Multiverso Teatro", con il "Tavolo ex-OP";
- Al fine di migliorare la qualità del Servizio delle Cure Palliative si è provveduto alla somministrazione sistematica di un questionario di valutazione rivolto ai familiari degli utenti in carico deceduti, il cui riscontro è generalmente positivo.

Allo scopo di COINVOLGERE IL PERSONALE si è provveduto a:

- Proseguire le attività di informazione costante agli operatori (dipendenti e convenzionati) sul budget ed sugli obiettivi aziendali mediante periodici incontri, sia a livello di Direzione che di singola Unità Operativa/Servizio;
- Mettere in rete gli operatori per funzioni specifiche (CSM, Consultori, poliambulatori, cure domiciliari) formalizzando referenze specifiche al fine di garantire omogeneità di modelli e di procedure sull'intero territorio distrettuale;
- Concludere il progetto formativo accreditato di riqualificazione degli operatori e di miglioramento della cartella clinica "Analisi, riprogettazione, sperimentazione di strumenti e strategie assistenziali orientate ad un miglioramento della qualità dei percorsi di cura nelle Residenze Psichiatriche (R.P.) della U.O. di Psichiatria del Distretto EST".

Per VALUTARE E CONTENERE L'IMPATTO AMBIENTALE si è provveduto a:

- Porre a regime la video conferenza tra i diversi ambiti del Distretto al fine di ridurre la mobilità degli operatori (dipendenti e convenzionati) con positive ricadute in termini di

impatto ambientale sia sulla circolazione dei mezzi che sull'inquinamento atmosferico. In particolare i settori interessati sono stati i Centri Salute Mentale, il Servizio Amministrazione e i Consultori Familiari.

- Collaborare all'avvio della costituenda nuova isola ecologica e alla sua gestione, prevista presso lo stabile dell'Ospedale Riabilitativo Villa Rosa.

APPENDIMENTO E CRESCITA

In relazione allo SVILUPPO DELLE COMPETENZE si è provveduto a:

- Realizzare 3 incontri con i medici dei 5 ambiti a Borgo, Predazzo e Pergine al fine di promuovere un approccio integrato al sistema delle Cure Palliative nella logica indicata dalla direttive Apss e PAT. In parallelo a novembre è iniziata la segnalazione dalle UO di Oncologia dei pazienti critici alla rete delle Cure Palliative; l'attività dei medici palliativisti è aumentata in tutte le sedi distrettuali con il parallelo coinvolgimento dei MMG e l'incremento della qualità delle cure erogate;
- Sviluppare iniziative formative finalizzate alla adozione di procedure omogenee e sviluppo di competenze, in particolare in data 28 novembre 2013 si è svolta a Predazzo una importante iniziativa formativa "Benefici previdenziali per le persone con malattia oncologica avanzata/terminale" con la partecipazione dei medici, degli infermieri e delle assistenti sociali al fine di promuovere la presa in carico integrata dei casi;
- Avviare un importante percorso di miglioramento avente per destinatari gli infermieri e i coordinatori di Fiemme e Fassa, con la finalità di costruire strumenti per migliorare l'assistenza domiciliare alle persone nella fase terminale (valutazione del dolore,.....).
- Realizzare ulteriori iniziative di Formazione Sul Campo (FSC) promosse da singoli settori, offrendo costantemente la possibilità di partecipazione a tutto il personale interessato del Distretto, anche mediante l'utilizzo delle videoconferenze, come ad esempio per il "Progetto di Miglioramento delle Competenze assistenziali e riabilitative per le nuove residenzialità psichiatriche", per il "Progetto di Miglioramento per il Consolidamento e la riorganizzazione del funzionamento clinico organizzativo del CSM Pergine e Cavalese, dall'analisi della domanda espressa e inespressa alla presa in carico";
- Consolidare la possibilità di fornire interventi alle equipe che necessitano di sostegno, finalizzate al miglioramento dei climi di lavoro, attraverso il coinvolgimento di esperti interni. Nel 2013 è proseguita l'attività di sostegno psico – sociale all'équipe delle Cure Domiciliari di Fiemme, avviata nel 2012.

GESTIONE DELLE RISORSE

Al fine di ASSICURARE LA SOSTENIBILITA' E L'EFFICIENZA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE, RAZIONALIZZANDO I CONSUMI, specifiche azioni sono state effettuate volte a proseguire quanto già impostato nell'anno precedente, ovvero:

- Garantire la gestione delle carenze di risorse umane anche tramite la riallocazione temporanea delle risorse in base alle reali presenze e alle effettive necessità;
- Razionalizzare la spesa, intervenendo sulla riorganizzazione dei processi per migliorare i livelli di efficacia e di efficienza delle attività erogate, tramite la standardizzazione dei processi e specializzazione delle competenze, con l'istituzione di tre Posizioni Organizzative, incaricate della sostituzione del Responsabile del Servizio Amministrazione, e l'istituzione di due nuove figure distrettuali, referente di "Controllo di Gestione Distretto/Ospedale" e "Area ragioneria e ciclo passivo", dotate di funzioni direttive e di coordinamento ed una figura referente unica per la sicurezza del Distretto;
- Coinvolgere il personale che ha la gestione diretta delle risorse;

- Monitorare mensilmente il consumo di beni sanitari (Farmaci – Presidi – Ossigeno) delle 14 RSA afferenti al Distretto Est, tramite l'invio mensile di un report che verifica l'andamento dei consumi, rispetto al budget assegnato, ed il monitoraggio complessivo delle 4 Unità Operative. Nel 2013 il Distretto Est ha rispettato il Budget assegnato per la voce "Consumi";
- Effettuare riunioni periodiche con le RSA del Distretto (Direttori e Responsabili Sanitari) per illustrare l'andamento dei consumi e per una loro maggiore responsabilizzazione sulla spesa per farmaci, presidi ed ossigeno (nel 2013 sono stati effettuati 3 incontri generali);
- Controllare sistematicamente le ore straordinarie e gli oneri per missione, così come le ore assegnate al Distretto Est per il Servizio di Assistenza Domiciliare; nel 2013 il Distretto Est ha garantito il rispetto dei tetti di spesa assegnati;
- Si è provveduto, inoltre, a riorganizzare la portineria del Presidio Riabilitativo Villa Rosa, spostata nel nuovo edificio, integrando il personale precedentemente assegnato al Servizio Ospedaliero con il personale del Distretto Est, revisionando la turnistica e riqualificando gli operatori sulle nuove funzioni della nuova portineria, tramite corsi di formazione, che si terranno nel 2014;
- E' stata completamente riorganizzata la cucina di Pergine, inserita nel nuovo edificio del Villa Rosa, acquistando nuove apparecchiature e potenziando l'organico, per far fronte all'aumento considerevole dei pasti da erogare nei confronti dei pazienti (circa 60) e del personale addetto. Importante è sottolineare lo sforzo sostenuto nell'organizzazione temporanea della cucina di Pergine, nel periodo di chiusura dei locali per manutenzione straordinaria, facendovi fronte grazie all'instaurazione di una base logistica presso le cucine della struttura ospedaliera S. Lorenzo, Borgo Valsugana.

TABELLE LIVELLO ASSISTENZIALE: ASSISTENZA DISTRETTUALE

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

		ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
		N° PRESTAZIONI PER ESTERNI	VALORE DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI (IN €)	VALORE MEDIO DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI (IN €)
DISTRETTO EST	2012	1.148.334	11.820.497	10,29
	prev 2013	1.148.857	11.850.077	10,31
	2013	1.139.547	11.732.933	10,30
DISTRETTO CENTRO - NORD	2012	4.225.057	44.309.901	10,49
	prev 2013	4.256.267	44.855.315	10,54
	2013	4.272.869	44.821.600	10,49
DISTRETTO OVEST	2012	807.811	8.628.194	10,68
	prev 2013	826.483	8.728.252	10,56
	2013	824.141	8.626.420	10,47
DISTRETTO CENTRO - SUD	2012	3.004.699	25.849.012	8,60
	prev 2013	3.147.912	27.397.253	8,70
	2013	3.134.398	27.421.295	8,75
TOTALE	2012	9.185.901	90.607.604	9,86
	prev 2013	9.379.519	92.830.896	9,90
	2013	9.370.955	92.602.248	9,88

COSTO COMPLESSIVO – ASSISTENZA DISTRETTUALE

		COSTO COMPLESSIVO (in €)										
		ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA E AGGIUNTIVA PROVINCIALE	DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI	ASSISTENZA INTEGRATIVA	ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	ASSISTENZA PROTESICA	ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE	ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA	ASSISTENZA TERMAL	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE (INCLUSO SUPPORTO)
DISTRETTO EST	2012	31.415.611	5.825.694	16.274.836	3.662.410	2.383.107	17.039.027	1.095.544	7.852.201	48.120.762	1.365.384	135.034.577
	prev 2013	31.381.169	5.693.430	15.921.652	3.644.253	2.330.556	16.796.936	934.861	7.632.016	47.668.090	1.562.185	133.565.146
	2013	33.344.493	5.756.014	15.845.637	3.911.518	2.060.606	16.892.238	1.213.971	7.857.322	47.393.502	1.352.253	135.627.554
DISTRETTO CENTRO - NORD	2012	45.368.161	11.200.816	17.548.400	5.978.373	2.706.352	70.486.929	7.318.796	16.908.998	50.248.759	15.272	227.780.856
	prev 2013	45.910.808	11.393.157	16.418.045	5.948.734	2.646.672	67.977.738	6.245.352	16.954.661	48.450.493	17.473	221.963.132
	2013	45.275.678	11.722.913	17.125.453	6.249.980	2.173.078	70.361.050	8.034.259	17.277.965	48.553.280	18.589	226.792.247
DISTRETTO OVEST	2012	13.059.138	2.293.159	12.885.130	1.500.007	1.755.946	10.345.929	965.900	5.471.850	20.496.379	354.552	69.127.991
	prev 2013	14.162.984	2.446.953	12.669.901	1.492.570	1.717.225	10.922.484	824.232	5.553.309	20.634.904	405.656	70.830.218
	2013	14.640.514	2.488.601	12.402.304	1.766.876	1.515.573	11.274.354	1.008.574	4.938.051	21.359.127	392.142	71.786.115
DISTRETTO CENTRO - SUD	2012	33.909.506	5.736.415	25.538.085	5.354.831	3.539.665	43.671.862	1.860.233	13.651.705	67.093.585	1.089.171	201.445.058
	prev 2013	33.590.525	5.815.571	24.544.048	5.328.283	3.461.610	42.915.575	1.587.393	12.869.854	66.694.391	1.246.160	198.053.410
	2013	33.870.585	5.829.252	25.117.743	6.188.264	3.088.241	41.653.459	1.944.152	13.026.366	66.641.724	1.082.604	198.442.391
TOTALE	2012	123.752.416	25.056.083	72.246.451	16.495.622	10.385.071	141.543.747	11.240.473	43.884.754	185.959.485	2.824.380	633.388.482
	prev 2013	125.045.485	25.349.109	69.553.646	16.413.840	10.156.063	138.612.733	9.591.838	43.009.839	183.447.878	3.231.475	624.411.906
	2013	127.131.270	25.796.781	70.491.137	18.116.638	8.837.499	140.181.101	12.200.956	43.099.705	183.947.633	2.845.587	632.648.306

* i rimborsi a persone affette da celiachia sono passati al sotto livello ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

** l'incremento determinato dal passaggio dei rimborsi a persone affette da celiachia è stato compensato con la diminuzione del costo dell ASSISTENZA SANITARIA IN RSA, la diminuzione del costo per assistenza residenziale e semi-residenziale ai tossicodip. extra PAT, la diminuzione del costo per Assistenza residenziale e semi-residenziale ai disabili psichici extra PAT; i costi complessivi sono diminuiti anche per il passaggio del personale dedicato alle cure palliative dal sotto livello ass. socio sanitaria al sotto livello ass. sanitaria di base.

*** la previsione è stata effettuata con le informazioni del bilancio pre-consuntivo utilizzando solo la voce "assistenza protesica in convenzione" . La rilevazione a fine esercizio comprende anche "Appalto servizi per assistenza protesica " e "Rimborsi per ass. protesica"

SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE

Nel 2013 il **Servizio Ospedaliero Provinciale** ha incentrato la propria attività sulla ideazione, progettazione e analisi fattibilità del piano di miglioramento aziendale 2013-2015 previsto dalla delibera provinciale n. 1493; l'impegno ha avuto effetto sia sui capitoli relativi all'evoluzione dei processi interni sia sugli interventi di riorganizzazione e qualificazione, sia sulla gestione delle risorse.

L'effettiva attuazione del piano è stata peraltro vincolata dalla prescrizione della Giunta Provinciale che in sede di approvazione ha demandato a successivi provvedimenti. I principali obiettivi del Servizio Ospedaliero Provinciale è stato pertanto quello di diffondere i contenuti del piano di miglioramento ai vari livelli istituzionali; orientare le strutture ospedaliere verso modelli gestionali coerenti con il piano stesso. Indirizzare la distribuzione e la gestione delle risorse umane privilegiando la stabilità organizzativa e nel contempo l'avvio dei processi di cambiamento richiesti.

Nelle tabelle allegate è rappresentato l'andamento dei principali dati ed indicatori di attività nelle strutture del SOP.

1. EVOLUZIONE DEI PROCESSI INTERNI

Nel 2013 è proseguita in tutte le Strutture Ospedaliere del SOP la riorganizzazione interna avviata nel 2012 con particolare riferimento:

- al governo dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri mediante lo sviluppo in tutti gli ospedali dell'osservazione breve in pronto soccorso, l'adozione di criteri e modalità di utilizzo uniformi e l'applicazione/sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici specifici per patologia (eventi cardio vascolari e cerebro vascolari);
- la realizzazione delle aree funzionali omogenee negli ambiti individuati dalla programmazione ospedaliera (AFO medica e chirurgica negli ospedali territoriali, aree funzionali specifiche negli ospedali di Trento e Rovereto);
- **riduzione complessiva dei posti letto ospedalieri** che dal precedente valore di n. 1552 posti letto nel 2012 si assesta su un valore di n.1449 posti letto 2013 realizzando in tal modo un primo significativo passo di avvicinamento allo standard fissato a livello nazionale; (del 629/13)
- sviluppo delle UU.OO. multizonali.

Sono proseguite inoltre le iniziative inerenti:

- la tempestività di chiusura ed alla qualità della documentazione clinica e delle schede di dimissione ospedaliere;
- i percorsi di autorizzazione/accreditamento istituzionale e volontario (JCI, BFHI, EFQM e OHSAS);
- il monitoraggio della sicurezza delle Strutture degli operatori e dei pazienti;
- le iniziative di integrazione ospedale territorio anche attraverso la definizione di specifici percorsi dipartimentali, il monitoraggio della capacità di offerta rispetto alla domanda di prestazioni specialistiche e l'implementazione di sistemi informatici utili a favorire la cooperazione fra diversi specialisti.

Rispetto agli obiettivi assegnati dalla Giunta Provinciale per l'anno 2013 i risultati ottenuti appaiono nel complesso soddisfacenti.

Pernangono tuttavia criticità anche rilevanti per quanto riguarda i tempi di attesa e la mobilità sanitaria con particolare riferimento alla chirurgia oncologica, all'urologia, alla chirurgia del capo

collo e all'ortopedia; si tratta di un trend inaccettabile che va affrontato con specifiche misure di investimento e sviluppo.

2. ATTENZIONE AI PORTATORI DI INTERESSI

Allo scopo di COINVOLGERE IL PERSONALE si è provveduto ad avviare iniziative di confronto e di informazione capillare sulle strategie gestionali e sui principali programmi di sviluppo.

A tal fine è stato istituito un tavolo permanente di coordinamento delle Strutture ospedaliere comprendente i Direttori e le Posizioni Organizzative di ciascun ospedale che nel 2014 verrà allargato anche ai Direttori di Dipartimento allo scopo di perseguire il coordinato svolgimento delle funzioni verticale e trasversale nel SOP.

Per VALUTARE E CONTENERE L'IMPATTO AMBIENTALE è proseguita l'attività di monitoraggio e controllo della raccolta differenziata e dei rifiuti ospedalieri sotto la supervisione del consulente interno ADR. Nel 2013 è continuata la formazione specifica nell'utilizzo del programma SISTRI supportando i trasportatori nell'avvio della nuova gestione.

Con il mese di settembre 2013 è iniziato il nuovo contratto di ristorazione ospedaliera presso la Struttura Ospedaliera S.Chiera che ha comportato un significativo miglioramento qualitativo legato alle nuove tecnologie applicate.

Nel 2013 è stato realizzato il nuovo ristorante il Centro Servizi Sanitari aperto sia a dipendenti che ad utenza esterna con ristrutturazione dei locali sia strutturale che funzionale che ha portato ad un importante miglioramento della qualità erogata.

3. APPRENDIMENTO E CRESCITA

Nell'ambito dello SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE sono state implementate specifiche attività di monitoraggio e di controllo dell'acquisto e dell'utilizzo della tecnologia sanitaria:

- valutazione critica e introduzione nella pratica clinica dei biologici che hanno perso il brevetto (biosimilari): somatotropina, eritropoietina, filgrastim;
- analisi delle prescrizioni farmaceutiche per singolo paziente allo scopo di individuare potenziali interazioni farmacologiche e/o incongruenze nella fase del ricovero, durante il ricovero e alla dimissione che generano errori terapeutici ;
- diffusione ed applicazione di linee guida uniformi sul supporto nutrizionale specializzato;
- analisi dei consumi dei dispositivi medici con particolare riferimento a quelli di maggiore utilizzo/costo in ambito chirurgico; in questo ambito sono emerse nel corso dell'anno rilevanti criticità relative in particolare al consumo di DMI per ortopedia e per il settore cardiovascolare che hanno richiesto interventi correttivi sia sul versante della revisione dei capitolati di gara sia su quello dell'appropriatezza prescrittiva.

4. ATTIVAZIONE DI NUOVI SERVIZI E INTERVENTI DI LORO RIORGANIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE

Fra le attività avviate o messe a regime nel 2013 è opportuno citare la proton terapia, l'avvio dell'elisoccorso nella fascia oraria notturna e l'attivazione della funzione di Day Surgery presso la sede di Villa Igea dell'Ospedale di Trento.

In tutti gli ospedali sono proseguite le opere di ristrutturazione previste dal piano Provinciale ed aziendale.

5. GESTIONE DELLE RISORSE

Al fine di ASSICURARE LA SOSTENIBILITA' E L'EFFICIENZA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE umane, specifica attenzione è stata dedicata:

- alla distribuzione del personale di assistenza, resa coerente con i processi di riorganizzazione sopra citati e con gli standard definiti a livello aziendale;
- al contenimento del ricorso al lavoro straordinario attraverso gli strumenti del budgeting annuale;
- alla programmazione oculata della fruizione di tutti gli istituti contrattuali (congedi ordinari e straordinari, rapporti di lavoro a tempo ridotto e turnistiche) nel rispetto delle norme vigenti;
- alla gestione degli istituti contrattuali di natura economica sia per l'area della dirigenza medica (gestione del fondo ordinario per la retribuzione di risultato, del fondo accessorio per guardie e POA, del fondo per progetti di priorità aziendale) che per l'area di comparto;

E' stata costituita ed ha iniziato l'attività nel 2013 la CFC unificata con la presa in carico della formazione esterna dei professionisti (sia per il personale dirigente che per il personale del comparto) afferenti a tutte le Strutture Ospedaliere del SOP.

TABELLE LIVELLO ASSISTENZIALE: ASSISTENZA OSPEDALIERA

DEGENZA

		PRESTAZIONI E SERVIZI					INDICATORI					
		N° GIORNATE DI DEGENZA (ORDINARIA)	N° GIORNATE DI DEGENZA (DAY HOSPITAL)	NUMERO DIMESSI (DEGENZA ORDINARIA)	NUMERO DIMESSI (DAY HOSPITAL)	VALORE DRG (IN €)	PESO TOTALE DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO TOTALE DRG (DAY HOSPITAL)	PESO MEDIO DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO MEDIO DRG (DAY HOSPITAL)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DEGENZA ORDINARIA)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DAY HOSPITAL)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2012	176.106	39.936	23.301	12.499	149.494.646	27.217	9.607	1,17	0,77	84,79%	176,55%
	prev 2013	180.000	35.000	24.400	11.000	145.000.000	26.000	8.500	1,07	0,77	86,67%	154,73%
	2013	177.906	35.319	23.858	11.057	146.424.419	28.020	8.882	1,17	0,80	86,57%	178,74%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2012	83.749	8.562	11.176	4.443	55.441.568	11.623	3.218	1,04	0,72	84,36%	94,09%
	prev 2013	85.000	6.500	11.600	3.000	54.000.000	12.000	2.200	1,03	0,73	85,62%	71,43%
	2013	84.423	7.219	11.442	3.433	52.125.686	11.636	2.644	1,02	0,77	88,96%	95,74%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2012	19.081	2.959	2.838	1.460	12.478.412	2.851	1.332	1,00	0,91	80,43%	103,46%
	prev 2013	19.000	2.900	2.900	1.400	12.500.000	2.800	1.280	0,97	0,91	80,08%	101,40%
	2013	18.034	3.236	2.923	1.606	12.612.859	2.951	1.467	1,01	0,91	79,69%	124,46%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2012	18.987	2.524	2.064	1.542	9.632.919	2.099	1.194	1,02	0,77	76,50%	69,34%
	prev 2013	19.500	2.500	2.200	1.550	10.000.000	2.200	1.200	1,00	0,77	78,57%	68,68%
	2013	19.482	2.133	2.251	1.219	10.014.573	2.408	964	1,07	0,79	80,87%	74,58%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2012	28.256	5.708	4.875	2.182	18.837.700	4.466	1.777	0,92	0,81	80,64%	146,36%
	prev 2013	25.000	2.600	4.200	1.800	16.200.000	3.900	1.500	0,93	0,83	71,35%	66,67%
	2013	26.186	3.942	4.121	1.698	16.124.578	3.929	1.402	0,95	0,83	82,46%	89,19%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2012	25.831	4.708	3.172	2.058	12.554.222	2.609	1.596	0,82	0,78	82,29%	129,34%
	prev 2013	27.000	3.000	3.300	1.400	11.500.000	2.750	1.100	0,83	0,79	86,01%	82,42%
	2013	27.828	4.548	3.218	1.743	12.464.806	2.731	1.513	0,85	0,87	83,78%	159,02%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2012	15.735	2.442	2.378	981	9.350.236	2.245	843	0,94	0,86	81,34%	104,36%
	prev 2013	16.000	2.000	2.400	900	9.400.000	2.270	800	0,95	0,89	82,71%	85,47%
	2013	16.315	2.353	2.453	841	9.053.516	2.291	736	0,93	0,88	85,96%	100,56%
TOTALE	2012	367.745	66.839	49.804	25.165	267.789.703	53.110	19.567	1,07	0,78	83,34%	138,96%
	prev 2013	371.500	54.500	51.000	21.050	258.600.000	51.920	16.580	1,02	0,79	84,19%	113,31%
	2013	370.174	58.750	50.266	21.597	258.820.437	53.967	17.609	1,07	0,82	85,87%	138,63%

* dal 2013 l'attività residuale dei centri di costo di lungodegenza viene aggregata ai centri di responsabilità di rispettiva afferenza (medicina per Pres. Osp. Arco, geriatria per il Pres. Osp. Cles)

RIABILITAZIONE

		PRESTAZIONI E SERVIZI					INDICATORI					
		N° GIORNATE DI DEGENZA (ORDINARIA)	N° GIORNATE DI DEGENZA (DAY HOSPITAL)	NUMERO DIMESSI (DEGENZA ORDINARIA)	NUMERO DIMESSI (DAY HOSPITAL)	VALORE DRG (IN €)	PESO TOTALE DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO TOTALE DRG (DAY HOSPITAL)	PESO MEDIO DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO MEDIO DRG (DAY HOSPITAL)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DEGENZA ORDINARIA)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DAY HOSPITAL)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2012	15.847	4.745	555	330	5.174.044	495	271	0,89	0,82	77,53%	91,25%
	prev 2013	15.500	4.700	500	300	5.000.000	400	250	0,80	0,83	75,83%	90,38%
	2013	15.180	4.677	432	338	4.799.920	397	275	0,92	0,81	77,02%	99,94%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2012	6.706	6.175	165	513	2.499.522	176	394	1,07	0,77	91,86%	56,55%
	prev 2013	5.200	5.200	160	450	2.250.000	170	350	1,06	0,78	71,23%	47,62%
	2013	5.475	4.778	152	416	2.019.854	172	319	1,13	0,77	75,00%	61,26%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2012											
	prev 2013											
	2013											
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2012											
	prev 2013											
	2013											
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2012											
	prev 2013											
	2013											
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2012	3.646	1.669	248	147	1.080.128	234	112	0,95	0,76	83,24%	160,48%
	prev 2013	3.000	1.500	200	100	900.000	190	80	0,95	0,80	68,49%	144,23%
	2013	2.846	1.179	186	87	779.290	178	66	0,96	0,76	77,97%	113,37%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2012											
	prev 2013											
	2013											
TOTALE	2012	26.199	12.589	968	990	8.753.694	906	777	0,94	0,79	81,57%	73,36%
	prev 2013	23.700	11.400	860	850	8.150.000	760	680	0,88	0,80	73,79%	66,43%
	2013	23.501	10.634	770	841	7.599.063	747	660	0,97	0,78	76,65%	78,65%

PRONTO SOCCORSO

		PRONTO SOCCORSO		
		N° ACCESSI AL P.S.	N° RICOVERI DA P.S.	N° RICOVERI DA P.S. / N° ACCESSI AL P.S.
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2012	98.227	9.601	9,77%
	prev 2013	98.317	10.088	10,26%
	2013	96.800	9.947	10,28%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2012	38.309	5.184	13,53%
	prev 2013	38.876	5.176	13,31%
	2013	38.400	5.137	13,38%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2012	15.794	1.334	8,45%
	prev 2013	17.165	1.441	8,40%
	2013	15.997	1.348	8,43%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2012	12.078	1.317	10,90%
	prev 2013	12.693	1.305	10,28%
	2013	12.245	1.322	10,80%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2012	22.012	2.501	11,36%
	prev 2013	23.416	2.163	9,24%
	2013	22.419	2.122	9,47%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2012	17.645	1.697	9,62%
	prev 2013	19.295	1.761	9,13%
	2013	18.307	1.698	9,28%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2012	10.884	1.201	11,03%
	prev 2013	11.548	1.348	11,67%
	2013	10.958	1.325	12,09%
TOTALE	2012	214.949	22.835	10,62%
	prev 2013	221.311	23.283	10,52%
	2013	215.126	22.899	10,64%

COSTO COMPLESSIVO – ASSISTENZA OSPEDALIERA

		COSTO COMPLESSIVO (in €)				
		PRONTO SOCCORSO	DEGENZA	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA (INCLUSO SUPPORTO)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2012	11.836.463	226.345.819	9.920.227		248.102.509
	prev 2013	12.114.699	225.893.895	9.655.670		247.664.264
	2013	12.161.386	228.512.941	9.942.164		250.616.491
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2012	3.930.746	92.046.530	2.490.495		98.467.771
	prev 2013	3.897.618	90.675.983	2.688.869		97.262.470
	2013	3.933.489	91.432.400	2.660.487		98.026.376
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2012	2.421.437	19.267.677			21.689.115
	prev 2013	2.331.229	18.418.046			20.749.275
	2013	2.352.184	18.679.818			21.032.002
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2012	1.427.427	20.178.798			21.606.225
	prev 2013	1.280.130	20.856.132			22.136.262
	2013	1.301.145	20.955.642			22.256.787
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2012	1.539.050	29.522.745		23.494	31.085.288
	prev 2013	1.513.155	28.849.150		26.850	30.389.155
	2013	1.548.077	28.844.173			30.392.251
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2012	2.213.505	30.058.039	2.414.736	1.412.136	36.098.416
	prev 2013	2.229.740	28.881.519	2.301.400	1.261.301	34.673.961
	2013	2.232.566	30.092.469	2.384.451		34.709.486
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2012	1.513.687	18.556.389			20.070.075
	prev 2013	1.631.680	18.036.363			19.668.042
	2013	1.665.506	18.126.175			19.791.681
STRUTTURE ACCREDITATE	2012		25.343.100	18.783.508	13.433.913	57.560.521
	prev 2013		25.156.674	18.645.335	13.330.502	57.132.511
	2013		23.726.424	18.959.833	13.456.909	56.143.165
TOTALE	2012	24.882.314	461.319.098	33.608.966	14.869.543	534.679.921
	prev 2013	24.998.251	456.767.762	33.291.274	14.618.653	529.675.941
	2013	25.194.354	460.370.042	33.946.935	13.456.909	532.968.240

*

* solo strutture accreditate; dal 2013 i costi residui dei centri di costo di lungodegenza vengono aggregati ai centri di responsabilità di rispettiva afferenza (medicina per Pres. Osp. Arco, geriatria per il Pres. Osp. Cles)

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Con la legge provinciale 23 luglio 2010 n.16 " Tutela della salute in Provincia di Trento", è stato istituito il Dipartimento di prevenzione, quale articolazione organizzativa dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, volta alla tutela della salute ed al miglioramento della qualità della vita della popolazione, mediante attività di promozione della salute, di prevenzione delle malattie infettive e cronico -degenerative, di promozione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

Nel 2013 il Dipartimento di Prevenzione ha articolato le proprie attività all'interno delle seguenti prospettive:

1. EVOLUZIONE DEI PROCESSI INTERNI

Nell'ambito della PROMOZIONE ed EDUCAZIONE ALLA SALUTE sono state effettuate le seguenti attività:

- consolidamento dei sistemi di sorveglianza, con sistematica rilevazione degli stili di vita, dei comportamenti e dei bisogni di salute della popolazione attraverso gli appositi programmi di sorveglianza: Sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) per il monitoraggio dei comportamenti legati alla salute e dei programmi di prevenzione delle malattie croniche - n. 593 soggetti intervistati; la predisposizione del report e la restituzione alle Scuole dell'indagine "Okkio alla salute" (dedicata all'attività fisica e sovrappeso/obesità dei bambini in età scolare - 46 classi coinvolte per un totale di 801 alunni), effettuata nel 2012. Il monitoraggio di popolazione è finalizzato ad ottenere informazioni necessarie per la predisposizione di strategie e di iniziative idonee a contrastare i fattori di rischio e ad attuare le misure di prevenzione più appropriate ed efficaci;
- promozione dei progetti di prevenzione primaria odontoiatrica nell'età evolutiva (screening nella classe 2° elementare); è stato predisposto dal Servizio epidemiologia clinica e valutativa il report relativo allo screening odontoiatrico 2012-2013;
- programmazione e monitoraggio delle iniziative di educazione alla salute rivolte alla popolazione scolastica, alla popolazione generale e a fasce a maggior rischio. In particolare è stato predisposto e approvato il Piano di attività di educazione alla salute per l' anno scolastico 2013-2014, con determinazione del Direttore del Dipartimento di Prevenzione n. 1274 del 14 agosto 2013. A seguito di analisi sull' attività svolta in tale ambito nel corso degli anni, si è ritenuto opportuno rivedere e riprogettare gli interventi promuovendo il progetto "Scuola che promuove la salute", previsto dal Piano provinciale della prevenzione, in collaborazione con il Dipartimento Istruzione, a partire dall' anno scolastico 2012-2013, che ha visto coinvolti nella fase sperimentale 4 Istituti scolastici;
- nell' ambito della promozione di iniziative volte alla prevenzione, al monitoraggio, al controllo delle malattie cronico-degenerative e al miglioramento della qualità della vita in tali pazienti, l' APSS ha aderito al progetto interregionale promosso dalla Società Italiana di Igiene e Sanità Pubblica -sezione triveneto, che prevede l' implementazione dei Percorsi preventivo diagnostico terapeutici assistenziali (PPDTA), diabete e BPCO: i due percorsi sono stati attuati nel Distretto Est (diabete) e Centro Sud (BPCO) in collaborazione con le UU.OO. di Medicina degli Ospedali di Borgo e Cavalese e l' U.O. di Pneumologia dell' Ospedale di Arco; nel mese di maggio 2014 saranno disponibili i risultati della sperimentazione;
- definizione di un protocollo d' intesa con l'UTETD (Università della terza età e del tempo disponibile) e la Scuola di Formazione specifica in medicina generale (delibera del D.G. n. 557 del 30.10.2012), per la promozione dell' attività fisica in collaborazione con i MMG del Distretto Centro Nord e il Dipartimento di Riabilitazione;
- approvazione di una Convenzione con l' Associazione Auto Mutuo Aiuto (AMA), che ha previsto iniziative di informazione e di sensibilizzazione della popolazione in ordine alla problematica emergente del "gioco d' azzardo", per un totale di 25 incontri;

- in collaborazione con la Comunità della Valle di Sole, il Dipartimento delle Dipendenze e il Distretto Ovest, nel 2013 è stato attuato il "Progetto di prevenzione primaria delle dipendenze" rivolto agli adulti significativi della Valle di Sole", presentato alla popolazione il 15 marzo 2013; il progetto ha coinvolto 9 gruppi appartenenti alle varie categorie della società e ha l'obiettivo di costruire una comunità più competente a capire e decodificare il problema delle dipendenze, siano esse dovute all'abuso di alcol e di sostanze stupefacenti o al gioco d'azzardo. Nel mese di maggio 2014, verranno presentati alla popolazione i risultati del percorso realizzato.

Nell'ambito delle AZIONI DI PREVENZIONE sono state svolte le seguenti azioni/attività:

- coordinamento dei programmi di prevenzione secondaria oncologica: screening di popolazione per il carcinoma della mammella, dell'utero e del colon-retto, attraverso l'apposita struttura istituita all'interno del Dipartimento di Prevenzione, con l'obiettivo di migliorare il tasso di adesione; a seguito dell'obiettivo PAT n. 16/2012 e dell'obiettivo PAT n. 5/C/2013, sono state individuate le criticità e le azioni di miglioramento, sono stati ricostituiti i gruppi di valutazione dei 3 screening, con delibera del D.G. n. 25 del 21 gennaio 2013 ed è stato attuato un percorso informativo-formativo rivolto a tutti gli operatori coinvolti nel processo, con l'organizzazione di due Seminari (19 gennaio 2013 e 2 febbraio 2013), ai quali hanno partecipato circa 300 operatori; sono stati inoltre inviati ai MMG i non responders all'invito per lo screening pap test e mammografia. Nell'anno 2013 sono state messe in atto le azioni di miglioramento condivise nei tavoli di coordinamento dei tre screening per la diagnosi oncologica precoce, in particolare:
 - ⇒ trasferimento, nel mese di febbraio 2013, del primo livello dello screening mammografico all'Area di coordinamento screening;
 - ⇒ modifica delle procedure di accesso al secondo livello dello screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina e individuazione di tre centri di riferimento per l'effettuazione della colposcopia;
 - ⇒ implementazione degli interventi di counseling per la colonscopia di secondo livello nell'ambito del programma di screening per la prevenzione del tumore colorettale.

Inoltre nel 2013 sono state definite le nuove linee guida per l'attuazione del Programma di screening ortottico provinciale.

- attuazione del Piano Provinciale di Prevenzione 2010-2012 (prorogato per l'anno 2013), approvato con delibera di G.P. il 14 gennaio 2011, articolato in 4 macroaree: la medicina predittiva, la Prevenzione universale, la Prevenzione della popolazione a rischio, la Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia; tutte le strutture e i Responsabili dei vari progetti sono stati coinvolti per la parte di competenza; di seguito si descrivono le attività previste dal Piano:
 - ⇒ promozione di interventi mirati a prevenire gli incidenti domestici negli anziani nelle civili abitazioni, da sviluppare in collaborazione con gli Enti Locali;
 - ⇒ prevenzione della rosolia congenita, attraverso la vaccinazione al momento del parto, alle donne non immunizzate, in collaborazione con le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e le Direzioni mediche di Presidio;
 - ⇒ progetto "Scuola che promuove la salute";
 - ⇒ monitoraggio coperture vaccinali;
- attuazione delle attività previste nell'ambito del "Piano provinciale per la sicurezza alimentare 2012-2014", predisposto dall'Assessorato alla Salute e alle Politiche Sociali, approvato con delibera di G.P. n. 256/2012, con un approccio che comporta una programmazione integrata fra l'U.O. Igiene e Sanità Pubblica, le UU.OO. Igiene e Sanità Pubblica Veterinaria, l'U.O. Laboratorio di Sanità Pubblica, il Settore Laboratorio dell'APPA e l'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Venezie;

- per quanto riguarda gli obiettivi PAT 2013 n. 2 "Piano di miglioramento della Pubblica amministrazione 2013-2015" e n. 5 "Area prevenzione", che coinvolgono trasversalmente le competenze del Dipartimento, le UU.OO. ed i Servizi coinvolti hanno predisposto la scheda richiesta e svolto per la parte di competenza l'attività prevista;
- in previsione del superamento dell' obbligo vaccinale, per le vaccinazioni dell' infanzia, è stato programmato un corso di formazione sul "counseling vaccinale", in collaborazione con il Servizio Formazione, che sarà attuato nel 2014 e vedrà coinvolti tutti gli operatori dei Servizi vaccinali; è stato inoltre effettuato un monitoraggio semestrale delle coperture vaccinali nei confronti delle vaccinazioni previste dal Piano di promozione delle vaccinazioni in Provincia di Trento.

Per quanto riguarda il COORDINARE L'ACCESSIBILITA' E LA FRUIBILITA' DEI SERVIZI si è provveduto a:

- i medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica hanno collaborato con le UU.OO. Cure primarie nell' effettuazione delle visite per la concessione dell' assegno di cura e per invalidità civile sia ambulatoriali che domiciliari.

Per ASSICURARE, MIGLIORARE, PROMUOVERE L'APPROPRIATEZZA sono state messe in campo le seguenti azioni:

- nel corso del 2013 il Laboratorio di Igiene e Sanità Pubblica ha superato con esito positivo la sorveglianza dell'ente di accreditamento ACCREDIA; il laboratorio è inserito nel database dei Laboratori accreditati con il numero 1072;
- l'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica Veterinaria è stata sottoposta a visita ispettiva da parte di un nuovo Ente certificatore nel dicembre 2013 per il rinnovo della certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità. L'audit ha avuto esito favorevole ed ha consentito di rinnovare la certificazione ISO 9001 fino al 18/12/2014.

Al fine di GARANTIRE LA SICUREZZA DEGLI OPERATORI sono state messe in pratica le seguenti azioni:

- è stata raccolta e analizzata al 30 aprile e al 31 ottobre 2013 la check list predisposta dal NOPP, per la verifica della corretta applicazione delle misure di prevenzione e protezione dei lavoratori, ai sensi del D.Lgs. 81/2008.

In relazione all' INTEGRAZIONE DEI PROCESSI INTERNI sono state proposte le seguenti azioni:

- Il Piano di Organizzazione e Funzionamento (POF) del Dipartimento, è stato approvato con Delibera del consiglio di direzione n. 2 del 9 luglio 2013; il Piano prevede la costituzione di alcuni gruppi di lavoro (11): con atto formale del Direttore del Dipartimento sono stati costituiti nel dicembre 2012 i seguenti gruppi: Sicurezza alimentare e nutrizione, Amianto, Malattie infettive e vaccinazioni, Promozione ed Educazione alla salute, Sportello unico territoriale per i cittadini e le imprese, Valutazione screening e nell' ottobre 2013 il gruppo Comunicazione interna ed esterna, con l' obiettivo di definire linee guida e procedure, uniformare i comportamenti e migliorare le interfacce organizzative fra le varie strutture interne ed esterne al Dipartimento. Il gruppo di lavoro Malattie infettive e vaccinazioni ha predisposto la "Linea guida al percorso vaccinale 2014" approvata da Direttore del dipartimento di prevenzione nel mese di gennaio 2014 e distribuita a tutti gli operatori dei Servizi vaccinali.

2. ATTENZIONE AI PORTATORI DI INTERESSI

Per COINVOLGERE GLI UTENTI sono state realizzate le seguenti azioni:

- U.O. Igiene e Sanità Pubblica Veterinaria: nel corso del primo semestre è stato organizzato un incontro informativo inerente le problematiche igienico-sanitarie della lavorazione del latte in alpeggio e nei piccoli caseifici aziendali, rivolto ai gestori delle casere e delle piccole imprese di produzione e lavorazione del latte e ai veterinari convenzionati per l'assistenza zoiatrica di tutta la provincia. Sono stati svolti degli incontri informativi con i rappresentanti delle associazioni che organizzano manifestazioni con distribuzione di pasti;
- in occasione dell'attivazione del progetto di assistenza tecnica per gli apicoltori è stato diffuso un comunicato stampa con le indicazioni sulle modalità per usufruire del servizio;
- è stato distribuito il volantino "Per il tuo cane non basta il microchip, devi iscriverlo all'anagrafe canina";
- U.O. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro: nel 2013 vi sono stati numerosi momenti di confronto e comunicazione con le associazioni di categoria, prevalentemente volti ad affrontare problemi specifici di volta in volta emersi. In particolare per l'edilizia è stato reso disponibile il nuovo "quaderno di cantiere", lo sportello informativo dedicato agli esperti verificatori e ai RLS. L' U.O. si è impegnata inoltre nell'attività di mappatura dell' amianto (progetto provinciale), che ha visto nel 2013 l' estensione a tutto il territorio provinciale, con la definizione della graduazione del rischio per ogni sito e che vedrà la conclusione entro il 30 giugno 2014;
- è stato effettuato un incontro con gli esperti verificatori al fine di informarli delle novità emergenti relative al DM 11 aprile 2011 e delle nuove procedure che verranno messe in atto;
- U.O. Igiene e Sanità Pubblica: in previsione del superamento dell' obbligo vaccinale, per le vaccinazioni dell' infanzia, come previsto dalla Legge n. 16 del 23 luglio 2010: "Tutela della salute in Provincia di Trento", sono state attivate iniziative di formazione con i pediatri di libera scelta, i medici di medicina generale e il personale sanitario finalizzate a sensibilizzare i genitori nei confronti delle vaccinazioni raccomandate (settembre 2013);
- è stato organizzato un incontro (in data 25 maggio) a cui hanno partecipato tutti i rappresentanti delle Associazioni di categoria delle imprese alimentari che sono i principali portatori di interesse nel campo della sicurezza alimentare durante il quale sono state fornite informazioni sul programma dei controlli previsti per il 2013, sulle priorità individuate per orientare le attività di controllo e sulle loro motivazioni e sulle attività programmate dal gruppo di lavoro dipartimentale in particolare per quanto riguarda la predisposizione di linee guida semplificate per le piccole imprese di cui alla DPG 109/2013 di seguito citata;
- Servizio promozione ed educazione alla salute: sono stati predisposti e diffusi i report relativi alla rilevazione degli stili di vita, dei comportamenti e dei bisogni di salute della popolazione (PASSI, OKkio alla salute);

Allo scopo di COINVOLGERE IL PERSONALE si è provveduto a:

- negoziare il programma di attività 2013 con i Direttori di U.O. e loro collaboratori;
- monitorare e verificare congiuntamente in corso d' anno sullo stato di avanzamento del programma di attività;
- presentare a tutti gli operatori il programma di attività 2014 e della nuova organizzazione del Dipartimento, come descritta nel POF (17 dicembre 2013).

Per VALUTARE E CONTENERE L'IMPATTO AMBIENTALE si è provveduto a:

- promuovere l'utilizzo della bicicletta come mezzo di locomozione, mediante 4 biciclette a disposizione del personale per gli spostamenti di servizio in città;
- implementare la dematerializzazione del supporto cartaceo.

3. APPRENDIMENTO E CRESCITA

In relazione allo SVILUPPO DELLE COMPETENZE si è provveduto a:

- promuovere la formazione dei medici igienisti, degli assistenti sanitari e dei pediatri, in previsione del superamento dell' obbligo vaccinale (settembre 2013);
- consolidare i nuovi metodi e strumenti di valutazione e sviluppo introdotti nel 2010 con il progetto di Sviluppo delle risorse umane promosso dall' APSS;
- garantire in ambito formativo, ad integrazione dell' attività promossa dal Servizio Formazione dell' APSS, la formazione esterna, tramite la Commissione per la formazione Continua (CFC), attraverso la partecipazione ad iniziative coerenti con lo sviluppo del programma di attività annuale delle varie UU.OO;
- garantire la formazione e l'aggiornamento del personale ispettivo: sono stati realizzati, in collaborazione con il Servizio Formazione, due eventi formativi per i tecnici della prevenzione con funzioni di UPG dell' U.O.P.S.A.L.
- è stato realizzato un aggiornamento monotematico sulla gestione delle tossinfezioni di origine alimentare e della tubercolosi che ha visto il coinvolgimento di tutti gli operatori del Servizio Igiene e Sanità Pubblica Centro Nord e dell'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica. I docenti intervenuti appartenevano ad entrambe le realtà ed hanno collaborato in sinergia nella definizione degli interventi e dei loro contenuti;
- è stato organizzato un incontro formativo accreditato, in forma di aggiornamento monotematico in medicina del viaggiatore, aperto ad operatori delle strutture territoriali di ISP (28 novembre 2013);
- è stato organizzato e realizzato a maggio un aggiornamento monotematico accreditato sul rischio amianto al quale hanno partecipato 17 lavoratori ed alcuni tirocinanti della scuola di Ala.

4. ATTIVAZIONE DI NUOVI SERVIZI E INTERVENTI DI LORO RIORGANIZZAZIONE E QUALIFICAZIONE

Con delibera del D.G. n. 323 del 30 maggio 2012 è stata definita la struttura organizzativa del Dipartimento (organigramma) e con successiva delibera del 6 giugno n. 330 sono stati individuati i Direttori delle Strutture complesse e delle Strutture Semplici.

Con delibera n. 2 del Consiglio di direzione del 9 luglio 2013 è stato approvato il Piano di organizzazione funzionamento e con delibera del D.G. n. 621 del 13 dicembre 2013 è stato istituito il Comitato di dipartimento del dipartimento di prevenzione.

Infine, l' organigramma del Dipartimento ha previsto l' istituzione del Servizio per le Professioni Sanitarie, la cui copertura è avvenuta in data 26 novembre 2012 con l'entrata in servizio della nuova Dirigente.

5. GESTIONE DELLE RISORSE

Al fine di ASSICURARE LA SOSTENIBILITA' E L'EFFICIENZA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE, RAZIONALIZZANDO I CONSUMI, specifiche azioni sono state rivolte a:

- monitoraggio costante dei consumi e invio ai Responsabili di CdR dei report trimestrali;
- razionalizzazione dell' utilizzo delle risorse umane del ruolo amministrativo individuando soluzioni organizzative specifiche e favorendo un maggiore adeguamento dell'orario di lavoro alle esigenze del servizio e del dipendente stesso;
- proposta utilizzo di autoveicoli aziendali in luogo di quelli privati per le attività da svolgere sul territorio (assistenza, vigilanza e controllo), da parte dei tecnici della prevenzione e dei medici veterinari, con definizione di nuova procedura;

- nuove modalità di conferimento degli incarichi agli operatori interni ed esterni, nell'ambito dell'attività di educazione alla salute;
- nel 2013 è entrato a regime il sistema per l'utilizzo prioritario di auto di servizio.

6. **LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA COLLETTIVA**

Obiettivo principale del Dipartimento di Prevenzione è di fornire le prestazioni previste dalla L.P. n° 16/2010 art. 32 e dal 1° Livello Essenziale di Assistenza (LEA) "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", in favore dei cittadini. Il percorso di assistenza è costituito dai seguenti sottoprocessi, con le specifiche attività:

Analisi e valutazione bisogni.

Nel processo di programmazione degli obiettivi e delle attività che afferiscono al 1° LEA è necessario tenere presenti le seguenti considerazioni:

1. gran parte delle attività di sanità pubblica sono dettate da norme di legge che limitano notevolmente gli spazi per la discrezionalità;
2. gli obiettivi e le modalità di svolgimento delle attività devono essere in linea con gli indirizzi indicati dal Dipartimento di Prevenzione;
3. per affrontare in maniera adeguata talune problematiche vi è la necessità di stabilire forme di collaborazione intersettoriali e multidisciplinari, sia interne sia esterne all'APSS.

Prevenzione malattie infettive e parassitarie.

Questo sottoprocesso è interconnesso con i sottoprocessi n. 3-4-5-7 nei quali vengono declinate le attività specifiche relative alla prevenzione ed al controllo delle malattie infettive in vari settori della sanità pubblica.

L'U.O. Igiene e Sanità Pubblica effettua la sorveglianza delle malattie infettive in quanto è l'organo al quale pervengono tutte le notifiche di malattie infettive (cioè quelle patologie trasmissibili soggette ad obbligo di notifica) e le notizie di tossinfezioni alimentari.

Nel caso di eventi epidemici, di eventi infettivi sentinella (cioè di patologie che sono indicatori proxy di certi fenomeni o di eventi che non dovrebbero verificarsi, ad es. meningite meningococcica e di tossinfezioni, l'U.O. avvia immediatamente idonee indagini epidemiologiche e mette in campo adeguate misure di controllo, prevenzione e monitoraggio.

Di seguito il numero di malattie infettive notificate negli ultimi 11 anni.

Malattie infettive notificate	
Anno	N.
Anno 2003	4.490
Anno 2004	4.385
Anno 2005	3.383
Anno 2006	2.398
Anno 2007	2.637
Anno 2008	3.010
Anno 2009	2.163
Anno 2010	2.240
Anno 2011	2.061
Anno 2012	2.509
Anno 2013	*1368

**Dal gennaio 2013 in provincia di Trento le segnalazioni di malattia infettiva vengono registrate nel Sistema PREMAL, piattaforma web del Ministero della Salute seguendo i criteri di validazione europea per la maggior parte delle malattie infettive.*

E' stato assicurato il coordinamento delle attività di sorveglianza delle malattie infettive; sono stati eseguiti il monitoraggio e la verifica dei dati inseriti dagli operatori dei servizi territoriali nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario - Malattie Infettive ("PREMAL"); è stato curato l'inserimento dei dati relativi alle segnalazioni provenienti da tutti i Distretti della Provincia, relative alle malattie soggette a sorveglianza speciale.

- sono stati forniti gli aggiornamenti sulle principali emergenze infettive;
- sono state date indicazioni sulla gestione e controllo dei casi di epatite A in occasione dell'epidemia di epatite A da frutti di bosco; è stato predisposto il modello per l'indagine epidemiologica; sono stati forniti supporto e assistenza per le indagini epidemiologiche e per i prelievi degli alimenti sospetti; nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2013 e il 31 dicembre 2013 le segnalazioni di casi confermati di epatite A in soggetti residenti nella nostra Provincia ammontano a 53, di cui 22 femmine e 31 maschi;
- nei casi di malattia infettiva a forte impatto mediatico (meningiti, epatiti, TBC, encefaliti da zecche..) si è garantito, con la collaborazione del Servizio Comunicazione aziendale, l'informazione alla popolazione e i rapporti con gli organi di comunicazione;
- sono state date alle strutture territoriali le direttive per la conduzione della campagna antinfluenzale e per quella antipneumococcica.

Tutela da rischi connessi agli ambienti di vita e agli inquinanti ambientali.-

Fra le attività più rilevanti realizzate in questo sottoprocesso vi è il controllo delle acque (potabili, di balneazione, di impianti natatori pubblici, termali, superficiali).

Per quanto riguarda la sorveglianza delle acque potabili nel corso del 2013 sono state svolte n. 1151 prelievi di acque potabili, di cui 1066 sono stati prelievi ufficiali comprensivi dei controlli sulle acque superficiali utilizzate a fine potabile, sulle sorgenti e serbatoi e circa 100 ascrivibili a controlli a pagamento effettuati su richiesta di privati e alcuni prelievi effettuati a titolo conoscitivo o indirizzati su ricerche specifiche quali l'arsenico e il piombo.

Sono state sottoposte ad idonee forme di verifica le analisi di laboratorio eseguite in regime di autocontrollo da parte degli Enti gestori degli acquedotti (come prescrive la normativa vigente).

Nel 2013 sono pervenute 14 segnalazioni di casi in turisti che hanno soggiornato in strutture ricettive della provincia. In queste strutture sono stati eseguiti 14 indagini ambientali e 35 campioni per la ricerca di legionella nell'acqua degli impianti termosanitari.

Le segnalazioni di caso nosocomiale di legionellosi sono stati due; a questi si deve aggiungere la segnalazione di un caso riconducibile al soggiorno in una casa di riposo.

I prelievi eseguiti su domanda di Enti (in netta prevalenza Case di Riposo) per controllo dei propri impianti termo-sanitari sono stati 99, richiesti da 27 Enti.

I prelievi eseguiti da questa U.O. nell'ambito del monitoraggio del rischio legionella nelle strutture ospedaliere dell'APSS sono stati 112.

Altri prelievi sono stati eseguiti in vigilanza presso stabilimenti termali.

I prelievi per la ricerca della legionella nell'anno 2013 sono stati complessivamente 261.

Per la tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico sono state eseguite 72 ispezioni e 135 campioni.

Per la tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione sono stati eseguiti n. 264 prelievi.

Per quanto riguarda la disinfezione disinfestazione-derattizzazione, sono stati eseguiti 1068 interventi, con un sensibile aumento rispetto alla media degli anni precedenti. Questo sensibile incremento è da ascrivere quasi esclusivamente all'aumento di richieste di intervento provenienti da strutture dell'APSS.

Prevenzione rivolta alla persona.

Vaccinazioni

Per quanto riguarda le coperture vaccinali, nel 2012 è entrata in vigore la disposizione che concerne la sospensione della sanzione pecuniaria per i genitori che rifiutano la vaccinazione obbligatoria per insuperabile convincimento personale (deliberazione della Giunta Provinciale n. 17 del 13 gennaio 2012, applicativa dell'art. 49 della L.P. 16/2010). Ciò ha comportato una lieve erosione per il vaccino esavalente. Positivi invece i risultati delle coperture vaccinali per le vaccinazioni di recente introduzione, HPV nelle dodicenni e antipneumococco a 24 mesi.

Coperture vaccinali 2013 a 24 mesi - coorte di nascita 2011 - per alcuni vaccini più significativi:

Copertura vaccino esavalente (DTP-Hib-EpB-Salk) (24° mese) = 94,4

Copertura vaccino antimorbillo (24° mese) = 86,2

Copertura vaccino antipneumococcico (24° mese) = 87,6

Copertura vaccino antiHPV nelle bambine nel 12° anno di vita = 62,5
(coorte di nascita 2001)

Copertura vaccino antinfluenzale (pop. >= 65 a.a.) = 55,8

Copertura vaccino antipneumococcico a 65 a. = 50,0

Tutela igienico sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale.-

Negli ultimi anni hanno trovato progressiva applicazione i nuovi "Regolamenti Comunitari" in materia di sicurezza alimentare – il cosiddetto "Pacchetto igiene"-, che hanno modificato considerevolmente lo scenario della legislazione comunitaria e nazionale inerente la produzione e la commercializzazione degli alimenti e delle bevande. In particolare, la modifica dell'approccio nelle attività di controllo delle imprese alimentari basato sull' "analisi del rischio" (controlli e verifiche sia ispettive sia di prelievo di campioni di alimenti e acque potabili, indirizzati verso aree, settori o alimenti che possono costituire i pericoli maggiori per la salute del consumatore) ha comportato la necessità di rivedere le modalità con cui svolgere le attività di prevenzione, di vigilanza e di ispezione. Pertanto, le attività di controllo possono essere più mirate e svolte con criteri e modalità diverse rispetto al passato: maggiore coinvolgimento, collaborazione e responsabilizzazione degli alimentaristi; controllo della filiera piuttosto che solo di alcune fasi o aspetti; maggiore spazio alle attività formative ed informative sia del personale sanitario sia degli alimentaristi, ecc.

Il gruppo di lavoro dipartimentale sulla "Sicurezza alimentare e nutrizione", istituito nel dicembre 2012, ha predisposto i documenti di programmazione 2013 e di rendicontazione delle attività di controllo e campionamento svolte nel 2012 dalle U.U.O.O. del Dipartimento di Prevenzione che si occupano di sicurezza alimentare, ha inoltre condiviso i documenti previsti dall'obiettivo PAT/5C "linee guida per l'autocontrollo e le buone pratiche nelle microimprese alimentari per migliorare la qualità delle produzioni e favorire il consumo di alimenti sicuri di produzione locale" e armonizzazione dei comportamenti dei Servizi relativamente alla gestione degli stati di allerta "semplificando le procedure e graduando la forza d'azione secondo la valutazione di priorità di rischio". E' stata infine realizzata la proposta di Piano annuale integrato dipartimentale per il 2014.

Di seguito si elencano alcuni dati di attività del "Piano della sicurezza alimentare" di competenza:

- **Controllo e sorveglianza sul deposito, commercio, vendita e utilizzo di fitosanitari.**
n. ispezioni alla produzione, vendita, utilizzo: 165
- n. campioni ricerca fitosanitari su alimenti: 109
- **Sorveglianza e controllo degli Alimenti (Regolamento CE 882/2004)**

- n. controlli ufficiali (Ispezioni e verifiche): 1.092
- n. campioni di alimenti: 316
- n. di non conformità: 47
- **Gestione sistema di allerta**
 - n. segnalazioni in arrivo: 67
 - n. attivazioni: 3

E' stata inoltre attuata l'integrazione dell'attività dei tecnici della prevenzione del Servizio territoriale Centro-nord e dell' U.O. Igiene e Sanità Pubblica Centro Sud, con l'inserimento dell'attività in un'unica programmazione annuale e con l'adozione delle stesse procedure e modalità di ispezione e campionamento.

Per quanto riguarda il consolidamento degli interventi in sanità pubblica per la sicurezza alimentare e a favore di una corretta alimentazione nella popolazione sono state concordate l'Università della terza età e del tempo disponibile. (UTEDT). 3 interventi nel periodo dicembre 2013-febbraio 2014.

È stata avviata una collaborazione con la Risto 3 s.c., impresa alimentare di ristorazione collettiva che garantisce più di 28.000 pasti al giorno a studenti delle scuole primarie e secondarie di primo grado della provincia di Trento.

È stata corrisposta la richiesta del Presidente della Federazione provinciale delle Pro Loco e sono stati tenuti 6 incontri formativi a cui hanno partecipato i volontari che preparano i pasti da somministrare nelle feste campestri.

Tutela dai rischi connessi agli ambienti di lavoro.

Nel corso degli ultimi anni è progressivamente aumentato il numero di corsi di formazione supportati dall'U.O. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (rivolti soprattutto al settore dell'edilizia) in quanto gli aspetti formativi, unitamente a quelli informativi, costituiscono un'azione prioritaria fra quelle da intraprendere per la tutela della salute negli ambienti lavorativi. Il dato va anche interpretato come indice di perseguimento degli obiettivi strategici aziendali che tendono alla maggiore valorizzazione della promozione della salute e della prevenzione primaria tramite la formazione, l'informazione, l'assistenza alle imprese ed il coinvolgimento delle medesime e dei loro consulenti come attori fondamentali della prevenzione, e mediante controlli ispettivi più mirati ed accurati, piuttosto che all'effettuazione di attività che si limitino esclusivamente a "rincorrere" gli eventi negativi (gli infortuni sul lavoro) tramite azioni repressive.

Le direttive della Procura di Trento del 2012 hanno trovato piena applicazione nel corso del 2013: se, da una parte questo ha richiesto un accresciuto impegno su alcuni atti di polizia giudiziaria (interrogatori, elezione di domicilio, e soprattutto valutazione della responsabilità amministrative delle aziende), dall'altra ha permesso l'adozione di nuove procedure per la selezione degli eventi da sottoporre ad indagine che ha permesso alla lunga la riduzione in complesso dell'impegno dei tecnici ispettori sui casi meno rilevanti.

Il numero delle inchieste infortuni gestite con atti di p.g. si sono ridotte di circa un centinaio di casi rispetto all'anno precedente, casi che sono stati trattati con procedure semplificate. È da osservare che parallelamente le statistiche rivelano una sensibile diminuzione degli eventi infortunistici in generale. Particolare attenzione è stata posta anche alle tempistiche per l'effettuazione delle indagini dovute alla Magistratura. Gli indicatori utilizzati (definizione del 95% dei casi entro un anno dall'avvio) mostrano un sostanziale avvicinamento degli obiettivi, che - rispetto ai risultati del passato - costituivano un impegno rilevante.

Di seguito alcuni dati di attività: i cantieri sottoposti a controllo sono stati 540, con un sostanziale raggiungimento dell'obiettivo rispetto al 90% di quelli previsti dal Piano Nazionale. Il risultato è anche in linea con le direttive fornite in corso d'anno dalla Provincia Autonoma di Trento con la delibera n. 1002/2013 che introduceva "modifiche al Programma provinciale per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro per il biennio 2012-2013" e che mirava a legare l'entità dei controlli alla reale presenza di cantieri sul territorio. Benché i cantieri edili notificati abbiano in realtà fatto registrare un incremento, quelli "prioritari" (di dimensioni o con rischi maggiori) si sono di fatto ridotti.

La struttura svolge un ruolo significativo anche in relazione alla tutela della salute dei cittadini in aree a forte utilizzo di prodotti fitosanitari (antiparassitari, concimi, ecc.), fornendo conoscenze tossicologiche ad integrazione delle attività svolte dalle strutture di igiene e sanità pubblica e di laboratorio.

Nell'ambito del Servizio Sicurezza Impianti e macchine si segnala la modifica del D.Lgs. 81/08, intervenuta a seguito dell'emanazione della Legge 98/2013, che ha tolto all'ente pubblico la titolarità delle verifiche periodiche con la possibilità dell'imprenditore di scegliere liberamente il soggetto verificatore e quindi impedendo al Servizio di programmare a priori gli interventi di verifica.

Nell'ambito della Promozione della Salute nei luoghi di lavoro è stato promosso un progetto di miglioramento e formazione sul campo, sia per adeguare le conoscenze del personale sia per lavorare su obiettivi strategici del prossimo futuro in relazione all'ambito individuato.

Sanità pubblica veterinaria.

L'Unità Operativa di Igiene e Sanità pubblica Veterinaria ha acquisito la certificazione ISO 9001 nel 2007 e questo ha consentito di definire con precisione i processi produttivi più rilevanti e di identificare le eventuali azioni correttive o di miglioramento, di standardizzare i comportamenti degli operatori nelle varie strutture territoriali mediante la predisposizione di procedure comuni e di migliorare i servizi offerti nel loro complesso. L'U.O. è stata sottoposta a visita ispettiva da parte dell'Ente certificatore per il rinnovo della certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità nel mese di dicembre 2013. L'audit ha avuto esito favorevole ed ha consentito di rinnovare la certificazione ISO 9001 fino al 18/12/2014.

I controlli sanitari negli allevamenti previsti dai piani di profilassi nazionali (tubercolosi, brucellosi e leucosi bovina e brucellosi ovi/caprina) e provinciali (rinotracheite infettiva, paratubercolosi e diarrea virale nei bovini; agalassia contagiosa e artrite encefalite negli ovi/capri) sono stati condotti secondo la programmazione e nel rispetto della tempistica prevista. Gli interventi negli allevamenti bovini (indicatore TBC) sono stati completati prima del periodo dell'alpeggio; i greggi sono stati controllati nel corso dell'estate.

Il programma dei controlli ufficiali integrati dell'area sanità animale e igiene degli allevamenti (di cui l'indicatore della vigilanza sul benessere animale) delle Unità operative è stato definito con circolare 55 del 17/08/2013 (programmazione poi integrata con circolare 60/13).

Nel 2013 è stato attivato a livello provinciale un piano di controllo per la paratubercolosi (DGP n. 163 del 01.02.2013): sono stati controllati (esame sierologico) 19.753 capi in 1.177 allevamenti.

Da segnalare il problema della leishmaniosi canina che interessa una parte del territorio provinciale dove vi è la presenza dei vettori (soprattutto le zone sud-ovest della Provincia). A seguito della delibera di G.P. n. 1395/2012 "Piano di controllo della leishmaniosi canina", è stato predisposto un protocollo operativo finalizzato alla costruzione di una mappa di rischio, con il coinvolgimento dei veterinari libero professionisti.

Il protocollo operativo prevedeva attività di sorveglianza sierologica ed entomologica. L'attività di sorveglianza sierologica è stata conclusa nei primi mesi del 2013: sono stati controllati 326 cani, di cui 20 sono risultati sierologicamente positivi. L'attività di posizionamento delle trappole per la cattura e identificazione dei flebotomi è iniziata a fine giugno e si è conclusa a metà ottobre. Sono stati monitorati 28 siti in 19 comuni per un totale di 635 *sticky traps* posizionate e controllate. Sono risultate positive a flebotomi solo due catture.

La procedura "Farmacosorveglianza - controlli sulla distribuzione e impiego dei medicinali veterinari" è stata revisionata (revisione del 12/06/13 in intranet), tenendo conto delle indicazioni emerse nel corso dell'audit ministeriale di febbraio 2012 e delle osservazioni formulate dall'Ente certificatore del sistema qualità (Circ. 38/2013).

Il numero di controlli ufficiali fissato dal programma 2013 è stato raggiunto sia per quanto riguarda le ispezioni e gli audit, sia per quanto riguarda i rilievi di laboratorio.

Si registra un miglioramento della qualità e della disponibilità del dato visualizzabile nel SISweb in relazione al minor numero di errori e all'accorciamento dei tempi di latenza tra l'effettuazione dei controlli e la registrazione. L'attuazione del programma dei controlli ufficiali è stata costantemente monitorata attraverso il SISweb sia da parte dei direttori delle Unità operative, sia da parte del Coordinamento.

Per quanto riguarda il progetto di "Formulazione di un'ipotesi organizzativa evolutiva dei servizi veterinari per ottimizzare il servizio", previsto dal Piano di miglioramento APSS 2013-2015 (Ob. PAT n. 2/2013), sono state completate le fasi di analisi del contesto e di valutazione delle alternative in termini di costi, benefici e fattibilità e si è ipotizzata la soluzione organizzativa, descritta in apposito documento trasmesso alla Direzione.

Screening oncologici

Gli screening nei confronti del tumore del collo dell'utero (1993) e del tumore della mammella (2002) sono a regime già da tempo. Lo screening colon rettale è stato avviato nel 2008, in ambiti circoscritti e negli anni successivi è stato progressivamente esteso a tutta la realtà territoriale della Provincia di Trento.

Di seguito i tassi rilevati nel periodo 2010-2012 per la Provincia Autonoma di Trento:

Programma di screening	Periodo di riferimento	Indicatore	Valore %
Cervice uterina	2010-2012	Estensione grezza *	99,5
	2012	Adesione grezza **	33,4
Mammografico	2011-2012	Estensione corretta	100,0
	2012	Adesione corretta	82,3
Colon retto	2011-2012	Estensione corretta	94,4
	2011	Adesione corretta	58,8

Estensione grezza:

$(\text{Invitati in un periodo} - \text{Inviti inesitati}) \times 100 / \text{popolazione residente}$

Estensione corretta:

$(\text{Invitati in un periodo} - \text{Inviti inesitati}) \times 100 / (\text{popolazione residente} - \text{esclusi prima dall'invito per esame recente: Mammografia, colonscopia})$

Adesione grezza:

$\text{aderenti} \times 100 / (\text{Invitati} - \text{inviti inesitati})$

Adesione corretta:

$\text{aderenti} \times 100 / (\text{Invitati} - \text{inesitati} - \text{esclusi dopo l'invito per esame recente documentato: Mammografia, colonscopia})$

* Estensione grezza (cervice uterina) = nr soggetti invitati rispetto alla popolazione residente (nella popolazione residente sono comprese anche le donne che andrebbero escluse dall'invito perché recentemente hanno già eseguito il test).

** Adesione grezza (cervice uterina) = nr soggetti aderenti rispetto al numero degli invitati con estensione grezza (al denominatore cioè, sono comprese anche le donne invitate nonostante la recente esecuzione del test).

TABELLE LIVELLO ASSISTENZIALE: ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

COSTO COMPLESSIVO – ASSISTENZA COLLETTIVA

		COSTO COMPLESSIVO (in €)
		COSTO COMPLESSIVO IN € (INCLUSO SUPPORTO)
DISTRETTO EST	2012	7.528.264
	prev 2013	7.104.452
	2013	7.434.615
DISTRETTO CENTRO - NORD	2012	7.295.888
	prev 2013	7.156.918
	2013	7.243.919
DISTRETTO OVEST	2012	5.025.710
	prev 2013	4.919.243
	2013	5.157.664
DISTRETTO CENTRO - SUD	2012	13.268.561
	prev 2013	12.231.541
	2013	12.481.583
TOTALE	2012	33.118.422
	prev 2013	31.412.154
	2013	32.317.781

IGIENE PUBBLICA	2012	prev 2013	2013
NUMERO TOTALE DI VACCINAZIONI	155.656	150.000	155.870
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEI SOGGETTI >= 65 ANNI (IN %)	56	58	56
COPERTURA VACCINALE ANTIMORBILLO AL COMPIMENTO DEL 24° MESE DI VITA (IN %)	87	88	86
COPERTURA VACCINALE ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE B AL COMPIMENTO DEL 24° MESE DI VITA (IN %)	94	94	94
TOTALE ATTIVITA' CERTIFICATIVA*	36.544	34.000	32.386
TOTALE ATTIVITA' NECROSCOPICA*	3.380	2.800	2.818
TOTALE ATTIVITA' EDILIZIA*	1.530	1.300	1.450
TOTALE ATTIVITA' IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLE BEVANDE	5.270	6.610	5.620
TOTALE ALTRE ATTIVITA' ALTRI PARERI, SOPRALLUOGHI, AUTORIZZAZIONI*	9.681	8.200	7.474

* dato rilevato con nuova metodologia in fase di ultimazione di procedura

U.O. IGIENE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	2012	prev 2013	2013
AREA SANITA' ANIMALE			
NUMERO REGISTRI CARICO/SCARICO CONTROLLATI	1.404	1.356	1.356
NUMERO DI CAPI CONTROLLATI CON PROVE UFFICIALI PER BRUCELLOSI BOVINA	34.018	33.117	33.117
AREA IGIENE DEGLI ALIMENTI			
NUMERO COMPLESSIVO DI CARCASSE SOTTOPOSTE A ISPEZIONE POST-MORTEM	79.658	75.000	82.885
NUMERO COMPLESSIVO DI DETERMINAZIONI PIANO RESIDUI E FITOSANITARI *	306	170	291
CAMPIONI DI MIDOLLO ALLUNGATO PER TEST RAPIDO ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI **	1.085	600	1.231
NUMERO DI AZIENDE/STRUTTURE RICONOSCIUTE SOTTOPOSTE A CONTROLLO UFFICIALE AI SENSI DEL REG. (CE) 882/2004	150	150	170

* numero di campioni eseguiti in applicazione del piano di ricerca residui di farmaci, sostanze vietate e contaminanti ambientali e residui di fitosanitari

** Numero di campioni prelevati da bovini e ovicapri macellati e da bovini e ovicapri morti

U.O. LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA	2012	prev 2013	2013
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE POTABILI	5.080	5.600	6.289
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE DI BALNEAZIONE	524	530	530
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE SUPERFICIALI	1.205	1.100	1.093
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ALIMENTI UFFICIALI	1.079	1.800	1.856
TOTALE DETERMINAZIONI TOSSICOLOGIA UMANA	51.773	55.000	62.813
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE DI TOSSICOLOGIA AMBIENTALE	94	90	90

Aumento delle determinazioni su acque potabili a seguito della programmazione della UO Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione.

Tra le analisi sui prodotti alimentari sono ricompresi anche i controlli microbiologici ambientali nei luoghi di produzione e preparazione degli alimenti, come indicato nel Piano della sicurezza alimentare della Provincia autonoma di Trento per gli anni 2012-2014. I numeri indicati sono quelli effettuati per l'attuazione di tale piano.

L'aumento delle determinazioni di Tossicologia umana è dovuto al fatto che nell'ultimo trimestre del 2012 sono state trasferite al Laboratorio di Sanità Pubblica le attività analitiche relative alla ricerca di sostanze d'abuso che erano in capo al Dipartimento di Laboratorio aziendale.

U.O. MEDICINA LEGALE	2012	prev 2013	2013
NUMERO COMPLESSIVO DI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI DELLE MINORAZIONI DIPENDENTI DA CAUSE CIVILI	11.770	12.200	12.386
NUMERO COMPLESSIVO DI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI IN CAPO ALLA COMMISSIONE MEDICO LEGALE PER LE PATENTI DI GUIDA	9.911	9.000	7.469 *
ALTRI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI	1.430	1.500	1.492

* modifiche recenti apportate al Codice della Strada che hanno trasferito sulla Commissione medica locale per le patenti di guida tutte le persone ultra-80enni

U.O. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	2012	prev 2013	2013
NUMERO COMPLESSIVO DI VERIFICHE PERIODICHE DA COMPETENZE EX ENPI	1.145	1.000	1.010 *
NUMERO COMPLESSIVO DI VERIFICHE PERIODICHE DA COMPETENZE EX ANCC	1.874	1.300	1.165 *
NUMERO DI INCHIESTE INFORTUNI SU DELEGA DELLE PROCURE DELLA REPUBBLICA	335	350	327
VIGILANZA SUI CANTIERI EDILI (SOPRALLUOGHI ESEGUITI)	1.000	900	720 **
NUMERO DI SOPRALLUOGHI A CARATTERE ISPETTIVO IN AMBIENTE DI LAVORO	1.960	2.000	1.750 **
NUMERO DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI	150	200	229
NUMERO COMPLESSIVO DI VISITE MEDICHE	75	55	50
NUMERO DI INIZIATIVE DI INFORMAZIONE	16	15	15
NUMERO CORSI DI FORMAZIONE	5	8	6

* nel corso del 2013 è stata modificata con il "decreto del fare" (poi L. 98/2013) la normativa di settore con una liberalizzazione delle verifiche. Mentre in precedenza per una serie di verifiche esisteva l'obbligo di rivolgersi in primis al pubblico, ora questo è venuto meno e l'utente può rivolgersi indifferentemente ad APSS o al privato. Questo comporterà una revisione del mercato visibile soprattutto a partire da quest'anno ma già ha avuto effetti sul 2013.

** Vigilanza sui cantieri edili (n. sopralluoghi): pur a fronte di un numero di cantieri visitati superiore a quelli dell'anno precedente (580 vs 530), è stata significativamente minore la quota di quelli "irregolari" che richiede ulteriori sopralluoghi.

COSTO COMPLESSIVO

		COSTO COMPLESSIVO (in €)			
		ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	ASSISTENZA DISTRETTUALE	ASSISTENZA OSPEDALIERA	TOTALE (INCLUSO SUPPORTO)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2012			248.102.509	248.102.509
	prev 2013			247.664.264	247.664.264
	2013			250.616.491	250.616.491
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2012			98.467.771	98.467.771
	prev 2013			97.262.470	97.262.470
	2013			98.026.376	98.026.376
DISTRETTO EST	2012	7.528.264	135.034.577		142.562.840
	prev 2013	7.104.452	133.565.146		140.669.598
	2013	7.434.615	135.627.554		143.062.169
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2012			21.689.115	21.689.115
	prev 2013			20.749.275	20.749.275
	2013			21.032.002	21.032.002
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGOMANERO	2012			21.606.225	21.606.225
	prev 2013			22.136.262	22.136.262
	2013			22.256.787	22.256.787
DISTRETTO CENTRO - NORD	2012	7.295.888	227.780.856		235.076.743
	prev 2013	7.156.918	221.963.132		229.120.051
	2013	7.243.919	226.792.247		234.036.165
DISTRETTO OVEST	2012	5.025.710	69.127.991		74.153.701
	prev 2013	4.919.243	70.830.218		75.749.461
	2013	5.157.664	71.786.115		76.943.780
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2012			31.085.288	31.085.288
	prev 2013			30.389.155	30.389.155
	2013			30.392.251	30.392.251
DISTRETTO CENTRO - SUD	2012	13.268.561	201.445.058		214.713.619
	prev 2013	12.231.541	198.053.410		210.284.951
	2013	12.481.583	198.442.391		210.923.974
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2012			36.098.416	36.098.416
	prev 2013			34.673.961	34.673.961
	2013			34.709.486	34.709.486
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2012			20.070.075	20.070.075
	prev 2013			19.668.042	19.668.042
	2013			19.791.681	19.791.681
STRUTTURE ACCREDITATE	2012			57.560.521	57.560.521
	prev 2013			57.132.511	57.132.511
	2013			56.143.165	56.143.165
TOTALE	2012	33.118.422	633.388.482	534.679.921	1.201.186.824
	prev 2013	31.412.154	624.411.906	529.675.941	1.185.500.000
	2013	32.317.781	632.648.306	532.968.240	1.197.934.327

COSTO COMPLESSIVO *	2012		Previsione assestata 2013 **		2013	
	V.G.	%	V.G.	%	V.G.	%
ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO	33.118.422	2,76%	31.412.154	2,65%	32.317.781	2,70%
ASSISTENZA DISTRETTUALE	633.388.482	52,73%	624.411.906	52,67%	632.648.306	52,81%
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	123.752.416	10,30%	125.045.485	10,55%	127.131.270	10,61%
ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	25.056.083	2,09%	25.349.109	2,14%	25.796.781	2,15%
ASSISTENZA FARMACEUTICA	72.246.451	6,01%	69.553.646	5,87%	70.491.137	5,88%
DISTRIBUZIONE DIRETTA	16.495.622	1,37%	16.413.840	1,38%	18.116.638	1,51%
ASSISTENZA INTEGRATIVA	10.385.071	0,86%	10.156.063	0,86%	8.837.499	0,74%
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	141.543.747	11,78%	138.612.733	11,69%	140.181.101	11,70%
ASSISTENZA PROTESICA	11.240.473	0,94%	9.591.838	0,81%	12.200.956	1,02%
ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE	43.884.754	3,65%	43.009.839	3,63%	43.099.705	3,60%
ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA	185.959.485	15,48%	183.447.878	15,47%	183.947.633	15,36%
ASSISTENZA TERMAL	2.824.380	0,24%	3.231.475	0,27%	2.845.587	0,24%
ASSISTENZA OSPEDALIERA	534.679.921	44,51%	529.675.941	44,68%	532.968.240	44,49%
PRONTO SOCCORSO	24.882.314	2,07%	24.998.251	2,11%	25.194.354	2,10%
DEGENZA	461.319.098	38,41%	456.767.762	38,53%	460.370.042	38,43%
RIABILITAZIONE	33.608.966	2,80%	33.291.274	2,81%	33.946.935	2,83%
LUNGODEGENZA	14.869.543	1,24%	14.618.653	1,23%	13.456.909	1,12%
TOTALE	1.201.186.824	100,00%	1.185.500.000	100,00%	1.197.934.327	100,00%

* esclusa mobilità passiva

** le previsioni assestate non tengono conto dell'assegnazione disposta con delibera della G.P. nr 2527 del 5/12/2013 e delle contabilizzazioni definitive degli ammortamenti e delle componenti straordinarie

INDICATORI

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

		2012	prev. 2013	2013
NUMERO ASSISTIBILI DI ETÀ' >= 14 ANNI PER MEDICO	nr. residenti di età >= 14 anni	449.494	455.036	455.036
	nr. medici di medicina generale	375	377	376
	risultato	1.199	1.207	1.210
NUMERO ASSISTIBILI DI ETÀ' < 14 ANNI PER PEDIATRA	nr. residenti di età < 14 anni	75.383	75.272	75.272
	nr. pediatri libera scelta	76	77	77
	risultato	992	978	978
DISPONIBILITA' DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (OGNI 1.000 RESIDENTI)	nr. medici di medicina generale	375	377	376
	nr. residenti di età >= 14 anni	449.494	455.036	455.036
	risultato	0,83	0,83	0,83
DISPONIBILITA' DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (OGNI 1.000 RESIDENTI)	nr. pediatri libera scelta	76	77	77
	nr. residenti di età < 14 anni	75.383	75.272	75.272
	risultato	1,01	1,02	1,02
DISPONIBILITA' MEDICI DI CONTINUITA' ASS. (OGNI 10.000 RESIDENTI)	nr medici di continuità ass.	151	151	167
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	risultato	2,88	2,85	3,15
PUNTI DI GUARDIA MEDICA OGNI 10.000 RESIDENTI	numero punti guardia medica	34	34	32
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	risultato	0,65	0,64	0,60
COSTO % DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE SUL COSTO TOTALE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	costo Assistenza sanitaria di base	123.752.416	125.045.485	127.131.270
	costo totale dei livelli di assistenza	1.201.186.824	1.185.500.000	1.197.934.327
	risultato	10,30%	10,55%	10,61%
COSTO PRO CAPITE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	costo Assistenza sanitaria di base	123.752.416	125.045.485	127.131.270
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	euro	235,77	235,80	239,73

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA FARMACEUTICA

NUMERO MEDIO DI RICETTE PRESCRITTE DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DAI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	nr. di ricette farmaceutiche	4.296.456	4.400.000	4.437.695
	nr. medici di base	451	454	453
	risultato	9.526,51	9.691,63	9.796,24
NUMERO DI RICETTE FARMACEUTICHE PRO CAPITE	nr. di ricette farmaceutiche	4.296.456	4.400.000	4.437.695
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	risultato	8,19	8,30	8,37
SPESA NETTA PER RICETTA (IN €)	spesa netta	68.906.025	67.000.000	67.764.679
	nr di ricette farmaceutiche	4.296.456	4.400.000	4.437.695
	risultato	16,04	15,23	15,27
COSTO % DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE	costo Assistenza farmaceutica	88.742.073	85.967.485	88.607.774
	costo assistenza distrettuale	633.388.482	624.411.906	632.648.306
	risultato	14,01%	13,77%	14,01%

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA SPECIALISTICA

		2012	prev. 2013	2013
NUMERO POLIAMBULATORI OGNI 10.000 RESIDENTI	nr. poliambulatori	20	20	20
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	risultato	0,38	0,38	0,38
COSTO PRO CAPITE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA	costo Assistenza specialistica ambulatoriale	141.543.747	138.612.733	140.181.101
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	euro	269,67	261,38	264,34
COSTO % DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE	costo Assistenza specialistica ambulatoriale	141.543.747	138.612.733	140.181.101
	costo assistenza distrettuale	633.388.482	624.411.906	632.648.306
	risultato	22,35%	22,20%	22,16%

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA TERRITORIALE AMB.LE E DOM.RE

		2012	prev. 2013	2013
CONSULTORI FAMILIARI OGNI 1.000 APPARTENENTI ALLA CLASSE	nr. consultori familiari	11	11	11
	donne residenti tra 15 e 49 anni	117.950	118.266	118.266
	risultato	0,09	0,09	0,09
CURE DOMICILIARI - NUMERO UTENTI IN CARICO OGNI 1.000 RESIDENTI	nr. complessivo utenti	16.883	17.537	16.166
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	risultato	32,17	33,07	30,48
CURE DOMICILIARI - NUMERO UTENTI IN CARICO OVER 65 OGNI 1.000 RESIDENTI	nr. complessivo utenti over 65 anni	15.092	15.188	14.086
	popolazione residente over 65 anni	103.890	106.424	106.424
	risultato	145,27	142,71	132,36

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA TERRITORIALE RES.LE E SEMI-RES.LE

		2012	prev. 2013	2013
POSTI LETTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI OGNI 1.000 ANZIANI	nr. posti letto finanziati in strutture residenziali	4.345	4.366	4.422
	popolazione residente over 65 anni	103.890	106.424	106.424
	risultato	41,82	41,02	41,55
COSTO % DEI SERVIZI AGLI ANZIANI SUL COSTO TOTALE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	costo Assistenza R.S.A.	128.439.558	127.000.000	127.667.394
	costo totale dei livelli di assistenza	1.201.186.824	1.185.500.000	1.197.934.327
	risultato	10,69%	10,71%	10,66%
COSTO PRO CAPITE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI	costo assistenza R.S.A.	128.439.558	127.000.000	127.667.394
	popolazione residente >= 65 anni	103.890	106.424	106.424
	euro	1.236,30	1.193,34	1.199,61

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

		2012	prev. 2013	2013
COSTO PERCENTUALE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	costo Assistenza sanitaria collettiva	33.118.422	31.412.154	32.317.781
	costo totale dei livelli di assistenza	1.201.186.824	1.185.500.000	1.197.934.327
	risultato	2,76%	2,65%	2,70%
COSTO PRO CAPITE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	costo Assistenza sanitaria collettiva	33.118.422	31.412.154	32.317.781
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	euro	63,10	59,23	60,94
MEDICI DI PREVENZIONE OGNI 1.000 RESIDENTI	nr. medici Assistenza sanitaria collettiva	44,84	45,68	45,86
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	risultato	0,09	0,09	0,09
OPERATORI DI PREVENZIONE OGNI 1.000 RESIDENTI	operatori Assistenza sanitaria collettiva	297,13	291,15	294,33
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	risultato	0,57	0,55	0,56

ASSISTENZA OSPEDALIERA

		2012	prev. 2013	2013
POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI	. complessivo di posti letto pubblici e privati	2.420	2.409	2.163
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	risultato	4,61	4,54	4,08
DIMISSIONI OGNI 1.000 ABITANTI	r. totale dimissioni in e fuori PAT dei residenti	99.232	94.073	91.833
	popolazione residente	524.877	530.308	530.308
	risultato	189,06	177,39	173,17
% POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL	nr. posti letto D.H.	271	289	239
	. complessivo di posti letto pubblici e privati	2.420	2.409	2.163
	risultato	11,20%	12,00%	11,05%
% POSTI LETTO PRIVATI	nr. posti letto strutture private	670	678	683
	. complessivo di posti letto pubblici e privati	2.420	2.409	2.163
	risultato	27,69%	28,14%	31,58%
INDICE DI ATTRAZIONE	nr. dimissioni non residenti	10.750	11.037	10.061
	nr. totale dimissioni presidi pubblici e privati	95.574	91.451	89.078
	risultato	11,25%	12,07%	11,29%
TASSO DI UTILIZZO POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA	acuti	83,3%	84,2%	85,9%
	lungodegenza *	nd	nd	nd
	riabilitazione	81,6%	73,8%	76,7%
DURATA MEDIA DEGENZA ORDINARIA	acuti	7,4	7,4	7,4
	lungodegenza **	19,4	19,1	nd
	riabilitazione	27,3	26,6	30,5
% ACCESSI ESITANTI IN RICOVERO	nr. accessi in P.S. seguiti da ricovero	22.835	23.283	22.899
	nr. accessi in P.S.	214.949	221.311	215.126
	risultato	10,62%	10,52%	10,64%

* vengono utilizzati i posti letto delle unità operative di afferenza

** dal 2013 l'attività residuale dei centri di costo di lungodegenza viene aggregata ai centri di responsabilità di rispettiva afferenza (medicina per Pres. Osp. Arco, geriatria per il Pres. Osp. Cles)

PARTE II – PIANI TRASVERSALI

PIANO DELLE ATTIVITÀ TRASVERSALI DI GOVERNANCE

Il documento illustra le principali attività realizzate ed i principali obiettivi e risultati raggiunti nell'anno 2013 nell'ambito delle attività svolte trasversalmente rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza.

PROCESSO DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ SANITARIA

L'area di Governance ha proseguito l'azione di coordinamento del processo di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria.

A seguito delle verifiche ispettive da parte dei valutatori della PAT, effettuate nel corso del 2012, tutte le strutture trasfusionali aziendali hanno ottenuto nel corso del 2013 l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, anche se subordinata alla redazione di un piano di intervento per il superamento delle non conformità riscontrate. In particolare, dai verbali degli audit risultano complessivamente 212 prescrizioni, alle quali ottemperare con tempistiche diverse definite dalla PAT. È stato quindi attivato un monitoraggio delle azioni correttive messe in campo dalle varie strutture aziendali e, in particolare:

- Punti di Raccolta Sangue di Pergine Valsugana, di Tione, di Arco, di Borgo Valsugana, di Mezzolombardo, Rovereto: si è provveduto a mettere in atto le soluzioni organizzative necessarie al superamento delle criticità individuate dai valutatori e, per quanto concerne le prescrizioni riferite ai requisiti strutturali, sono stati pianificati e in parte realizzati gli interventi correttivi necessari.
- Servizio Immunoematologia e Trasfusione Multizonale: si è provveduto alla emanazione e/o revisione delle procedure a valenza trasversale.

Per quanto riguarda i requisiti di accreditamento delle strutture trasfusionali, è stato approvato dalla PAT lo strumento di valutazione delle competenze del personale medico e infermieristico addetto alle attività di raccolta sangue e degli emocomponenti, che è stato altresì somministrato a tutto il personale interessato.

Nel corso dell'anno l'Area ha collaborato alla predisposizione della documentazione per la richiesta di autorizzazione all'esercizio del nuovo Ospedale Villa Rosa – U.O. Medicina fisica e riabilitazione, il cui audit di verifica è stato effettuato dalla PAT nel mese luglio 2013.

L'autorizzazione delle restanti attività sanitarie svolte presso la struttura di Villa Rosa verrà completata nel corso del 2014.

Sono state inoltre seguite le domande per:

- installazione della nuova RM dell'Ospedale S. Chiara;
- trasferimento del DH pediatrico dell'Ospedale S. Chiara;
- trasferimento dell'appartamento protetto "Il Melo" di Cles;
- attività del Servizio per le Dipendenze di Trento e Rovereto;
- attività presso la Casa Circondariale di Trento.

RICERCA E INNOVAZIONE

L'area ha proseguito la consueta attività di coordinamento e rendicontazione dei progetti di ricerca aziendali finanziati da enti pubblici e privati nazionali.

Al fine di garantire una presentazione condivisa e coordinata delle proposte di progetto redatte dai professionisti aziendali sono state costituite, in collaborazione con il Dipartimento Lavoro e

Welfare e con il progetto IRCS, due commissioni di valutazione preliminare dei progetti di ricerca banditi rispettivamente dal Ministero della Salute e dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Trento e Rovereto.

Il consolidamento della capacità di fare ricerca e la sinergia con gli altri enti trentini (Università, FBK, Fondazione Mach..) ha consentito ad APSS di aprirsi anche al panorama europeo, partecipando ad una serie di bandi e call che hanno garantito l'accesso a fondi di ricerca e a reti di collaborazione internazionali.

Per quanto riguarda la progettazione di percorsi formativi atti ad incrementare le competenze del personale aziendale in ambito di ricerca e innovazione, si segnala il contributo dell'area nell'organizzazione del Ciclo di Seminari "Parliamo di ricerca in clinica".

Di seguito si elencano i principali progetti che nel corso del 2013 hanno visto un coinvolgimento di APSS.

Nell'ambito della ricerca sanitaria nazionale, i progetti attivi nell'anno 2013 sono:

Titolo Progetto	Responsabile Scientifico	Finanziatore	Finanziamento
Studio di popolazione per la cardiomiopatia atriale dilatativa da alterazione del precursore A del peptide natriuretico	Marcello Disertori	Fondazione Caritro	325.000,00 €
Information and Communication Technology (ICT) per lo sviluppo della telemedicina per l'emergenza sanitaria territoriale in aree remote. Studio comparativo fra due modelli organizzativi basati su supporti informativi diversi per la risposta sanitaria urgente-emergente in due setting operativi montani remoti in Provincia Autonoma di Trento.	Giorgio Folgheraiter	PAT	80.000,00 €
Ricerca intervento per valutare l'impatto in termini di qualità dell'assistenza e sicurezza del paziente di un modello innovativo di organizzazione dell'assistenza orientato alla presa in carico dell'utente e all'intensità di cure in ambito chirurgico	Annamaria Guarnier	PAT	80.000,00 €
Metodi informatici predittivi del rischio oncologico da fattori ambientali	Silvano Piffer	FBK	24.000,00 €
Modellazione matematico-numerica per lo studio della dissincronia ventricolare in soggetti con scompenso cardiaco	Domenico Catanzariti	Fondazione Caritro	60.000,00 €
Registro Italiano di artroprotesi: consolidamento rete regionale già attiva e realizzazione della base di dati tecnica dei DM impiantati mediante linkage con il repertorio nazionale	Silvano Piffer	ISS	4.000,00 €
SINIACA	Silvano Piffer	ISS	10.000,00 €
Efficacia in vivo di impianti di cartilagine artificiale - EVivA	Paolo Dorigotti	Fondazione Caritro	50.000,00 €
Ricerca-formazione per una ri-progettazione delle RSA nate dal superamento dell'ospedale psichiatrico, nel rispetto del mandato istituzionale e dei bisogni emergenti in ambito sociosanitario	Lorenzo Gasperi	Fondazione CARITRO	9.000,00 €
HPV as primay screening test in cervical cancer prevention: from DNA to mRNA? a randomised controlled trial test in a double testing study with long term follow-up	Paolo Dalla Palma	ASP Lazio	19.800,00 €

A livello internazionale/europeo, l'azienda è stata coinvolta nelle seguenti progettualità:

- Azione specifica "A1: Prescription and adherence action at regional level: a new health care provider-citizen covenant to improve outcomes in diabetic patients" all'interno di un'iniziativa europea di partenariato attivo (EIP_AHA Active and Healthy Ageing) sull'invecchiamento attivo e in buona salute, con funzioni di monitoraggio delle attività in qualità di referente.

- Progetto “i-locate – Indoor/outdoor Location and Asset management Through open gEodata” (programma ICT Policy Support nell'ambito del programma Europeo per la Competitività e l'innovazione): APSS ha collaborato alla stesura della proposta di progetto e alla definizione dei casi d'uso a livello aziendale. Il progetto è stato finanziato dalla Comunità Europea e ha preso il via a gennaio 2014.
- Progetto NATHCARE (finanziato dal programma Spazio Alpino 2007-2013), nel quale APSS ha collaborato alla progettazione di nuovi modelli di gestione del percorso della gravidanza basato sull'assistenza ostetrica e che prevedano un ruolo proattivo della donna.
- Progetto “APReBENE – Assistenza partecipata e responsabile per il benessere clinico” (bando FESR – Fondo Europeo Sviluppo Regionale), per la costruzione di un framework tecnologico per il recupero e l'interpretazione di informazioni dai servizi di diagnosi e cura per il benessere della persona con un approccio integrato in cardiologia.

Nel corso del 2013 è proseguita la promozione di azioni volte alla diffusione e all'implementazione delle metodologie di HTA. A tal proposito si segnala che:

- l'area ha promosso una revisione delle modalità per l'introduzione di nuovi farmaci e dispositivi medici nelle strutture aziendali secondo i principi di HTA. Contestualmente sono state ricostituite la Commissione per il Prontuario terapeutico ospedaliero (CPTO) e la Commissione per il repertorio dei dispositivi medici (CRDM) (deliberazione 401 dd. 16/07/2013).
- Sono stati redatti dalla Segreteria tecnico-scientifica della Commissione per il Prontuario terapeutico ospedaliero dell'APSS 4 report di valutazione (Belimumab, Dexmedetomidina Eribulina, Vemurafenib).
- Nell'ambito del tavolo di lavoro istituito presso l'area ai fini della predisposizione di un report di HTA sulla TAO, è stata condotta una serie di interviste con i referenti dei centri TAO e con gli specialisti potenziali prescrittori dei nuovi anticoagulanti orali, con il fine di raccogliere gli elementi base per la definizione del modello aziendale per la presa in carico e la gestione del paziente in terapia anticoagulante orale.
- Si è contribuito alla progettazione di un master universitario di secondo livello “Evidence Based Practice e Health Technology Assessment e loro insegnamento”, organizzato in collaborazione con l'Università di Verona.

Per quanto riguarda l'ambito dell'innovazione, si segnalano le seguenti attività:

- Progetto TeleDSole: in risposta al mandato della Giunta Provinciale di sperimentare su un territorio circoscritto un nuovo modello clinico organizzativo di assistenza e cura integrata tra ospedale e territorio di pazienti con patologie croniche degenerative ad alto impatto sociale, basato su sistemi di tele monitoraggio dei pazienti presso le loro abitazioni (DGP n.2019/2012) è stato disegnato e definito nella parte operativa il progetto TeleDSole. Il progetto si prefigge di sperimentare un modello clinico organizzativo che, mediante l'utilizzo di strumenti per il monitoraggio a distanza di alcuni parametri clinici, favorisca una gestione integrata del paziente diabetico con/ senza comorbidità cronica (BPCO, scompenso cardiaco) condivisa tra la medicina del territorio e medicina specialistica. L'area, in collaborazione con i MMG dell'ambito Valle di Sole (territorio individuato per la sperimentazione), gli infermieri del Distretto Sanitario Ovest-Valle di Sole, con i medici specialisti dell'area funzionale omogenea di medicina dell'ospedale di Cles, assieme al personale tecnico del Servizio Ingegneria Clinica e del Servizio Sistemi Informativi, ha definito le caratteristiche tecniche e funzionali di un sistema di telemonitoraggio (home health monitoring) per la gestione di questi pazienti a domicilio.

- Progettazione di una "piattaforma ICT a supporto di un modello di integrazione di servizi socioassistenziali, erogati in forma orchestrata", forniti i contributi richiesti da TrentoRise per l'impostazione dell'appalto di Pre Commercial Procurement (PCP).
- Predisposizione di un parere tecnico circa il progetto AUSILIA, che prevede l'ideazione di un Laboratorio Territoriale Ospedaliero a supporto della progettazione ad hoc e training del paziente in ambienti domotici assistenziali presso il P.O. Villa Rosa di Pergine.
- Sperimentazione TreC2: nell'ambito della piattaforma di TreC è stato progettato uno studio pilota per la progettazione, realizzazione e sperimentazione sul campo, assieme ai cittadini e agli operatori sanitari, di moduli specifici per il monitoraggio a distanza e la self-care di pazienti con diabete.

RISCHIO CLINICO

Nell'ambito del programma aziendale per la sicurezza dei pazienti, nel corso del 2013, l'area ha promosso e realizzato le seguenti attività:

- Formazione rispetto alla "Procedura aziendale per la gestione degli eventi sentinella": per diffondere nel modo più capillare possibile la procedura per la gestione degli eventi sentinella all'interno della APSS, recepita con Delibera del Direttore Generale 542/2012, sono stati organizzati nella per la prima metà del 2013 tre di eventi formativi di approfondimento rispetto alla tematica in oggetto, accreditati ECM e rivolti a tutti i dipendenti.
- Formazione sul tema della prevenzione e gestione del rischio clinico in ambito territoriale: con il duplice obiettivo di accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari rispetto alle problematiche legate alla sicurezza di pazienti nelle pratiche assistenziali e, al contempo, aumentare la sensibilità alle segnalazioni passando dalla cultura della colpevolizzazione del singolo a quella della analisi sistematica dell'errore come occasione di apprendimento, sono stati organizzati complessivamente 6 eventi formativi presso i Distretti Est, Ovest e Centro Nord. Sono già in programmazione per il 2014 ulteriori analoghi eventi formativi rivolti agli operatori del Distretto Centro Sud e del Dipartimento di Prevenzione – settore Igiene Pubblica.
- Scheda di segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi nei servizi territoriali: al fine di favorire l'utilizzo del sistema di incident reporting all'interno di tutta la Azienda Sanitaria, in quanto strumento indispensabile per conoscere il fenomeno degli errori ed incidere sulla riduzione degli stessi, è stato attivato un apposito gruppo di lavoro, coordinato dal Servizio Governance Clinica, con il mandato di lavorare alla elaborazione di una scheda di segnalazione specifica per la realtà territoriale e della relativa procedura per la sua compilazione.
- Creazione della rete di referenti aziendale rispetto alla sicurezza dei pazienti: al fine di dare ulteriore impulso alle politiche aziendali orientate alla sicurezza del paziente nonché alla prevenzione e gestione del rischio clinico, migliorando al contempo il coinvolgimento dei professionisti e dei pazienti, e come previsto dalla D.D.G. n. 473/2001 "Riorganizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio clinico nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento", si è reso necessario individuare figure referenti per la sicurezza dei pazienti che vadano a costituire la "rete operativa" all'interno delle diverse Strutture. Nello specifico, a tali referenti (1 medico e 1 professionista sanitario per singola struttura aziendale e per ciascuna U.O.) è richiesto di svolgere un ruolo attivo di indirizzo e coordinamento nelle iniziative locali coerenti con l'obiettivo generale di migliorare la sicurezza, nella implementazione delle raccomandazioni ministeriali e nella verifica dell'applicazione di quelle predisposte a livello aziendale e, più in generale, in tutte le azioni decise dalla strategia aziendale in tema di sicurezza del paziente. Nel corso del 2014 è prevista l'organizzazione, con il supporto del Servizio Formazione, di una formazione specifica sul tema della sicurezza in ambito sanitario.

SVILUPPO PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI

Nel 2013 l'Area ha contribuito alla definizione della rete di Cure Palliative illustrata nel documento "Cure palliative: indirizzi e linee applicative" deliberato stesura della deliberazione del Direttore Generale 351 del 25/06/ 2013 "Approvazione del documento La Rete di Cure Palliative: indirizzi e linee applicative". Nel 2013 il Servizio Governance clinica ha collaborato alla raccolta delle informazioni necessarie per l'inserimento del Servizio multizonale cure palliative nell'Osservatorio delle Buone Pratiche nelle Cure Palliative domiciliari presso Agenas. L'APSS, è stata inclusa nell'Osservatorio finalizzato ad integrarsi con gli obiettivi di monitoraggio previsti dell'art. 9 della legge 15 marzo 2010 n.38 e successivi provvedimenti, con particolare riferimento agli aspetti qualitativi delle attività e alle modalità di sviluppo della Rete di Cure Palliative.

Nel 2013 è stato attivato il progetto "Identificazione precoce dei disturbi dello spettro autistico" che prevede l'identificazione precoce dei bambini tra i 18 e i 24 mesi con "sospetto" di disturbo dello spettro autistico da parte dei pediatri di libera scelta.

MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NELLE RSA

L'Area ha supportato la definizione delle direttive per assicurare un'omogenea applicazione delle "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del SSP per l'anno 2013 e relativo finanziamento" (D.G.P. n. 2701 del 07/12/2012).

Sono state assicurate le azioni di verifica per il monitoraggio della qualità dell'assistenza all'interno delle strutture residenziali ed è stata elaborata la relazione di sintesi.

Un importante aspetto oggetto di monitoraggio, ai fini del miglioramento della qualità assistenziale in RSA, riguarda l'appropriatezza nell'impiego di medicinali e di prodotti sanitari. In tale ambito sono state poste in essere nel 2013 le azioni seguenti:

- è stata elaborata dal Servizio farmaceutico una tabella "costo/terapia" dei principi attivi del PT-RSA a maggior prescrizione/impatto economico (neurologici, cardiovascolari, gastrointestinali), che ha favorito la prescrizione di principi attivi di costo inferiore a parità di efficacia e sicurezza (Servizio farmaceutico);
- da maggio 2013 è stata inserita nei report trimestrali di consumo/spesa la percentuale di budget utilizzata per impiego di medicinali e prodotti sanitari;
- è proseguita l'attività di valutazione attenta delle richieste di fornitura extra Prontuario motivate ad personam, sia a cura delle farmacie ospedaliere, sia successivamente dalla commissione per il prontuario terapeutico RSA
- sono state rafforzate le linee guida per migliorare l'appropriatezza di utilizzo di ossigenoterapia, in collaborazione con la U.O. di Pneumologia di Arco, ed emanate raccomandazioni sia riguardo alla corretta prescrizione dell'ossigenoterapia, sia alla gestione delle bombole e apparecchiature (che assorbe fino al 62% del budget medicinali, con qualche disparità fra strutture). E' in programma il miglioramento della selezione, secondo criteri di appropriatezza, dei pazienti candidati all'ossigenoterapia in forma continua (OLT). Tale modalità, potendo essere effettuata mediante concentratore di ossigeno, consentirà la riduzione della spesa impiegata per l'ossigeno terapeutico posta a carico del budget per i medicinali;
- si sono svolti incontri informativi con i referenti delle RSA (Distretti), inviate note informative, coinvolti i professionisti in gruppi di lavoro tematici (es. per revisione impiego lassativi), a cura del Servizio farmaceutico;
- è stata redatta una specifica relazione sulla spesa sostenuta dalla APSS nel 2013 per la fornitura di medicinali e prodotti sanitari alle RSA territoriali, con evidenziate le percentuali di scostamento dai budget assegnati per tipologia di spesa.

Ta tali azioni sono derivati apprezzabili risultati in termini di minor sfioramento del Budget, favoriti anche dall'espletamento nel 2012 della gara pubblica per l'acquisto di farmaci, aggiudicata in molti casi a "medicinali equivalenti".

In particolare, su 49 RSA, 25 hanno sfiorato in diversa misura il budget complessivo (erano 31 l'anno precedente), con riguardo essenzialmente ai medicinali. Lo sfioramento complessivo del budget è stato del 4%, contro l'8% del 2012.

Si è quindi evidenziata, nell'anno trascorso, una maggior attenzione delle RSA all'impiego sia di medicinali che di prodotti sanitari, considerato che il finanziamento assegnato non ha subito modifiche rispetto ai due anni precedenti.

Il dato relativo ai medicinali tuttavia può essere ulteriormente migliorato, sul versante dell'appropriatezza di adozione di politerapie farmacologiche nell'anziano. E' in previsione la costituzione di un tavolo di lavoro permanente per la definizione di linee guida sulle terapie farmacologiche più costose e complesse. Sarà cura del Servizio farmaceutico verificare le prescrizioni di medicinali in RSA, sulla base di linee guida accreditate e di indicatori di appropriatezza mirati alla popolazione anziana (quali ad es. i criteri di Beers), e strutturare la reportistica delle RSA, evidenziando il consumo di medicinali "traccianti".

MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Progetti MMG utilizzo indicatori:

Nel corso del 2013 il progetto provinciale, impropriamente detto "equivalenti", è stato sostituito da un altro avente come oggetto il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nelle aree critiche della medicina di base. Tale decisione è scaturita dall'evidenza che l'operazione di cost-minimization che si realizzava applicando i quattro indicatori che misuravano il consumo di principi attivi a brevetto scaduto vs quelli non scaduto, non aveva più alcuna efficacia sul contenimento della spesa farmaceutica per il continuo sopravvenire delle scadenze brevettuali. Pertanto a dicembre 2013 a tutti i MMG è stata comunicata la conclusione del progetto partito nel 2012 unitamente alla data di liquidazione degli incentivi conseguiti e a quella d'inizio del nuovo progetto, cioè primo gennaio 2014.

I sette indicatori di progetto hanno la finalità di misurare l'aderenza alle terapie prescritte, il rispetto delle indicazioni registrate e delle condizioni di concedibilità previste dal SSN.

Le finalità del progetto sono ricercate all'interno della terapia preventiva cardiovascolare e del trattamento delle patologie più frequenti in medicina generale come quelle dell'apparato digerente, osteoarticolare, respiratorio e del SNC. Il progetto, condiviso dai rappresentanti delle maggiori sigle sindacali, avrà durata biennale con obiettivi progressivi per anno e incentivati in base a quelli conseguiti.

Acquisto farmaci per distribuzione diretta e "distribuzione per conto"

Quale misura di contenimento della spesa, anche nel 2013 si è proceduto ad acquistare i medicinali in distribuzione diretta (sia in distribuzione per conto – DPC che alla dimissione) con la procedura della gara pubblica. Tale misura, nel lasciare inalterato il livello di assistenza garantito ai cittadini, costituisce un'importante opportunità di risparmio per il SSP, particolarmente atteso in quegli ambiti della terapia dove vi è concorrenza fra prodotti medicinali equivalenti. A seguito di tale gara, è stato distribuito in confezione ospedaliera tramite le farmacie del territorio solo il prodotto della ditta aggiudicataria.

Rapporto ARNO: Il profilo assistenziale della popolazione con diabete.

La collaborazione tra APSS, Società italiana di diabetologia (S.I.D.) e Cineca ha consentito di pubblicare il primo rapporto ARNO sulla popolazione diabetica in Trentino. Il rapporto sintetizzando i dati 2012 di tutti i flussi sanitari disponibili, ossia quello dell'assistenza farmaceutica convenzionata, della specialistica di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri, ha permesso di misurare l'impatto della patologia diabetica all'interno della popolazione residente in trentino, inclusa quella straniera, sia sotto il profilo farmaco epidemiologico sia sotto quello della qualità dell'assistenza sanitaria

erogata a livello territoriale e ospedaliero. La presentazione del rapporto è stata occasione di confronto non solo tra le diverse strutture sanitarie del territorio ma anche tra le associazioni dei malati e i competenti organi istituzionali.

Miglioramento della gestione complessiva e orientamento ai pazienti dei processi di assistenza

Nel corso dell'anno 2013 sono state intraprese le seguenti attività:

- identificazione dei modelli organizzativi dell'assistenza rivolti alla presa in carico e continuità assistenziale in contesto ospedaliero e territoriale; programmazione delle attività propedeutiche alla realizzazione; effettuata attività di confronto e approfondimento con aziende in cui sono stati applicati modelli organizzativi innovativi (visite documentative e stage IEO Milano, ASL Biella); attuata formazione di tipo seminariale rivolta ai coordinatori e referenti sui modelli sopracitati;
- attività di confronto e approfondimento con altre aziende sanitarie su modelli organizzativi basati sulla relazione complessità del paziente/intensità delle cure e organizzazione lean (visite documentative e stage ASL Firenze, ASL Vicenza);
- conclusione della "Ricerca intervento per valutare l'impatto in termini di qualità dell'assistenza e sicurezza del paziente di un modello innovativo di organizzazione dell'assistenza orientato alla presa in carico dell'utente e all'intensità di cure in ambito chirurgico";
- attività di consulenza e presentazione di relazioni (in sede aziendale e presso gli enti richiedenti) su standard assistenziali e staffing e organizzazione delle attività assistenziali;
- supervisione e coordinamento nella stesura delle linee di indirizzo per il Sistema informativo Cure domiciliari, in collaborazione con il Dipartimento Cure primarie
- revisione delle linee applicative per l'identificazione e il riconoscimento ai professionisti di funzioni avanzate che richiedono competenze esperte (art.124 CCPL area comparto 2006/2009).

Epidemiologia Clinica e Valutativa

Le principali attività svolte nel corso del 2013 sono le seguenti:

- Gestione dei flussi informativi correnti e soddisfazione del debito informativo – per le aree di interesse – nei confronti dell'APSS e delle strutture sovraordinate
- Elaborazione e predisposizione di rapporti epidemiologici relativi alle aree tematiche a gestione diretta: materno – infantile, mortalità, registri di patologia
- Gestione dei registri di patologia: tumori, malformazioni congenite, diabete mellito infantile e giovanile, protesi d'anca; raccolta, controllo dati, invio degli stessi alle strutture sovraordinate. Predisposizione della reportistica locale
- Valutazione Epidemiologica degli screening oncologici: mammella, collo utero e colon retto: raccolta dati per le survey annuali finalizzate a soddisfare il debito informativo nei confronti dell'Osservatorio Nazionale Screening e del Ministero della Salute; predisposizione della reportistica aziendale annuale entro il quadro del servizio coordinamento screening
- Valutazione epidemiologia degli screening neonatali ed infantili: screening neonatali per le malattie metaboliche, la fibrosi cistica, screening odontoiatrico, screening ortottico
- Partecipazione a studi nazionali ed internazionali entro la rete dei registri tumore italiani: AIRTUM
- Consulenza su temi di epidemiologia generale, epidemiologia clinica, ricerca clinica e biostatistica ad utenti interni (utenti singoli o gruppi di lavoro APSS) ed esterni all'APSS

- Partecipazione ad eventi formativi in qualità di relatori e/o moderatori a livello locale e nazionale
- Attività didattica espletata presso la scuola di Formazione per Tecnici della Prevenzione presso il polo Sanitario di ALA
- Redazione di lavori e pubblicazioni scientifiche

Le attività amministrative trasversali ai LEA

Scopo del processo è quello di gestire in modo coerente e integrato le attività amministrative rivolte ai cittadini che vengono svolte trasversalmente ai LEA dai diversi distretti.

Tali attività riguardano tutti gli adempimenti amministrativi correlati all'accesso alle prestazioni sanitarie come ad esempio le attestazioni di esenzione dalla compartecipazione, le autorizzazioni, i rimborsi spese, le regole che presidono all'assistenza agli stranieri in Italia e gli italiani all'estero, l'assistenza aggiuntiva ed indiretta, le operazioni di anagrafe sanitaria, ecc.

Caratteristiche delle attività amministrative che presidono alle prestazioni trasversali ai LEA sono:

- orientamento verso l'utente;
- risposta tempestive e rispetto dei termini di procedimento;
- ricorso alla autocertificazione;
- contatto informale.

In generale le attività amministrative trasversali ai LEA sono svolte presso tutte ripartizioni organizzative territoriali (Distretti). Per alcune tipologie di rimborsi e contributi nonché per specifiche attività (es. Alta specializzazione, Ufficio invalidi) la gestione amministrativa è delegata al solo Distretto Centro Nord (presso il CSS di Trento) che ne ha competenza esclusiva di natura multizonale.

Compiti della Direzione centrale – Servizio prestazioni e soggetti accreditati, nei confronti delle competenti ripartizioni organizzative deputate alla gestione operativa delle funzioni sono:

- predisporre indirizzi operativi applicativi, coerenti con l'evolversi delle normative provinciali e nazionali;
- proporre e concorrere alla progettazione con il SSI allo sviluppo di supporti informatici (applicativi sw) per uniformare le modalità attuative nell'erogazione delle prestazioni all'utenza (es. anagrafe sanitaria) e la relativa modulistica, compatibilmente con le risorse disponibili;
- formare e aggiornare il personale di Distretto in relazione all'evolvere delle disposizioni/applicativi di supporto;
- supportare il personale di Distretto a vario titolo sulle interpretazione normativa/varie problematiche insorte.

Assistenza aggiuntiva indiretta

Nel corso del 2013 è stata data attuazione a modifiche intervenute nella disciplina provinciale dell'assistenza aggiuntiva indiretta nell'esercizio e continuità alle numerose prestazioni già previste dalla vigente normativa in materia. In particolare si annota che le deliberazioni della Giunta Provinciale intervenute nel corso del 2013 (n. 1062/2013; n. 370/2013; n. 2027/2013; n. 2709/2013) hanno modificato nei contenuti e/o nelle procedure di accesso le prestazioni aggiuntive n. 1 (Concorso spese per l'acquisto di prodotti dietetici e integratori alimentari), n. 3 e 4 (Concorso spese ad invalidi per cause di guerra, per cause di servizio e ad invalidi civili per l'effettuazione di cure termali e cure climatiche) con più variazioni nel medesimo anno, n. 7 (Concorso spese per l'effettuazione del trattamento riabilitativo secondo il metodo "Doman"), n. 10 (Concorso spese per l'effettuazione dell'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine); n. 12 (Concorso spese per

l'effettuazione di prestazioni a carattere fisioterapico al domicilio dei soggetti affetti da fibrosi cistica e contributo forfettario per la cura al domicilio dei soggetti affetti da displasia ectodermica); n. 24 (Procreazione Medicalmente Assistita); n. 24 ter (somministrazione intravitale off label di bevacizumab nelle patologie oculari rispondenti al trattamento con anti-vegf e prive di alternative terapeutiche); n. 30 (Concorso spese ai soggetti ammessi alla terapia dialitica domiciliare (L.P. n. 34/1990) e 30 bis (Trasporto soggetti affetti da Nefropatie croniche in trattamento dialitico o sottoposti a trapianto renale).

Il Servizio prestazioni e soggetti accreditati a tal proposito:

- ha fornito supporto tecnico alla PAT per la predisposizione delle direttive effettuando proposte e segnalazioni rispetto ad elementi critici ed opportunità di innovazione e razionalizzazione;
- ha curato l'aggiornamento e la piena diffusione del Manuale delle prestazioni aggiuntive ed indirette, quale compendio di indirizzi provinciali ed istruzioni per l'erogazione di prestazioni (forniture), rimborsi spese per l'accesso in forma indiretta di prestazioni sanitarie in strutture non convenzionate, di concerto con eventuali altri servizi competenti (es. farmaceutico);
- ha garantito il tempestivo adeguamento della configurazione del sistema gestionale Adiuva rispetto alle numerose evoluzioni intervenute;
- ha assicurato tempestivi indirizzi operativi ai Distretti e curato incontri informativi e formativi con il relativo personale incaricato.

Monitoraggio della spesa sanitaria

Premessa

L'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003 nr. 269, denominato "monitoraggio della spesa sanitaria", convertito nella legge 24 novembre 2003 n. 326, ha introdotto un sistema di rilevazione puntuale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate e dei farmaci forniti e delle relative ricette prescritte, dei dati sanitari degli assistiti iscritti alle anagrafi sanitarie locali, dei certificati di malattia, ecc. Attraverso tali dati il Ministero dell'Economia e delle Finanze (di seguito MEF), attraverso una società informatica pubblica SOGEL, punta ad un monitoraggio della spesa sanitaria.

In capo ad APSS ricade:

- l'aggiornamento continuo delle diverse banche dati presso il MEF: i dati sanitari degli assistiti iscritti all'anagrafe sanitaria; l'anagrafe dei medici prescrittori; i nomenclatori tariffari (farmaceutica e specialistica); l'anagrafe delle strutture pubbliche e private convenzionate; l'elenco delle esenzioni provinciali per patologia/invalidità; il data base dei ricettari assegnati ai medici prescrittori; ecc.
- la periodica trasmissione a SOGEL dei dati delle ricette prescritte/erogate; dei certificati di malattia; delle movimentazioni dei dati sanitari degli assistiti iscritti in anagrafe sanitaria; ecc.

Il processo "sistemaTS" si è avviato nel dicembre 2005 con l'invio della TS/TEAM (tessera univoca del cittadino) da parte del MEF a tutti i cittadini e l'utilizzo di modelli standardizzati di ricettari medici e di ricetta medica a lettura ottica. Successivamente è stata introdotta la trasmissione telematica al MEF dei dati delle ricette da parte dei diversi soggetti pubblici e privati convenzionati che erogano le prestazioni, che forniscono i farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale. I dati acquisiti dalle strutture vengono trasmessi telematicamente con modalità e tempi stabiliti dal medesimo articolo 50 e suoi decreti attuativi. In PAT il sistema è stato attivato a regime dal 1 giugno 2008.

L'APSS ha attivato il progetto denominato "Pr.Ele" (prescrizione elettronica) per assolvere agli obblighi informativi relativi alla trasmissione dei dati delle ricette emesse. Tale progetto è stato concordato con il MEF ed APSS si avvale del servizio Ampere per la messa in rete dei MMG e PLS in modo da consentire uno scambio diretto di dati e informazioni tra loro e l'APSS.

Attività realizzate

Nel corso del 2013 le attività trasversali realizzate dall'Area Governance Clinica, per garantire il rispetto degli obblighi informativi nei confronti del MEF previsti dall'art 50 riguardano:

- l'interoperabilità dell'anagrafe sanitaria con le anagrafi dei principali comuni della PAT (60% della popolazione residente),
- la prescrizione elettronica delle ricette farmaceutiche,
- la fase preparatoria (raccordo cataloghi-tariffari) per l'estensione della ricetta elettronica alle prestazioni di laboratorio e radiologia.

Anagrafe sanitaria provinciale

L'anno 2013 è stato caratterizzato – nel settore in parola – dalle attività preparatorie ed effettive finalizzate al cambiamento del gestionale dell'Anagrafe sanitaria; il contratto per la gestione del sistema informativo dell'Anagrafe Sanitaria precedente in uso (Anaweb) era in scadenza e non poteva più essere rinnovato. Già nel 2012 erano state avviate delle procedure per l'adozione, attraverso il "meccanismo del riuso" di software fra Pubbliche Amministrazioni previsto dalla L.340/2000, del sistema gestionale utilizzato dalla Regione Lombardia che peraltro richiedeva un adeguamento per adattarlo alla locale organizzazione e normativa. Le attività di transizione al nuovo software hanno coinvolto personale di diversi servizi ed articolazioni organizzative interne (servizio prestazioni, sistemi informativi, distretti, ufficio mobilità internazionale) al fine garantire che il cambiamento in atto si traducesse in effettivo miglioramento sia per l'utenza interna che per quella esterna. I servizi aziendali, tra cui forte è stato il ruolo di coordinamento del servizio prestazioni e soggetti accreditati, sono stati coinvolti nelle diverse fasi che si sintetizzano in: analisi dei requisiti di adeguamento; studio integrazione flussi informativi esterni (DEM comunali, ICEF, Medicina Legale, SIO); fasi di test e ritorno alla software house incaricata; formazione e predisposizione di materiale utile alla fase di avviamento; affiancamento durante la fase di start up e supporto nella fase di post avviamento. Il giorno 17 dicembre 2013 è stata quindi definitivamente attivato in tutti gli sportelli aziendali coinvolti il nuovo gestionale dell'anagrafe sanitaria provinciale (NAR). Non si sono riscontrate difficoltà sostanziali né alcuna segnalazione di disservizio da parte dell'utenza ed il confronto/ritorno dagli uffici anagrafe coinvolti consente di dare continuità a fisiologiche azioni di miglioramento continuo attivate sulla procedura informatica.

Si evidenzia che, in concomitanza con la partenza del nuovo gestionale, il SPSA ha attivato la revisione del documento "Procedura delle principali funzioni operative per la tenuta e l'aggiornamento dell'Anagrafe Sanitaria Provinciale" al fine di consentire alle articolazioni territoriali di disporre di uno strumento completo e organico volto a favorire omogeneità nei comportamenti operativi. Nel corso del 2013 è stata data poi continuità all'attività di aggiornamento dell'anagrafe sanitaria dei cittadini aventi titolo all'assistenza del SSP anche avvalendosi di interconnessione con le altre banche dati (DEM, medicina legale, ICEF, ecc). Il SPSA ha supportato i Distretti in tali attività e si è occupato di una serie di operazioni funzionali alle stesse quali: aggiornamento disposizioni su iscrizione al SSP; aggiornamento delle esenzioni introdotte a livello provinciale (nuove codici introdotti, aggiornamento delle prestazioni esenti, della relativa applicazione, ecc; elaborazione dati statistici relativi all'anagrafe assistiti alla richiesta (CINFORMI, PAT, ecc).

Gestione dei Rapporti con le Strutture Accreditate

Lo scopo del processo è quello di gestire in modo coerente e integrato le attività amministrative connesse alla negoziazione del fabbisogno (tipologia e quantità) di prestazioni in sinergia e in rete con i presidi APSS.

Il processo di negoziazione e gestione dei contratti è strutturato (grado di definizione del processo) in modo diversificato in relazione alla tipologia del fornitore (classe).

In base a tale criterio si schematizza nella sotto riportata la tabella l'elenco dei contratti in essere di competenza del Servizio Prestazioni e Soggetti Accreditati (SPSA).

Per quanto riguarda l'area di degenza e di specialistica ambulatoriale e quella socio-sanitaria il SPSA ha gestito direttamente le negoziazioni e tutte le attività di stipula accordi contrattuali con le strutture convenzionate. Il pagamento delle fatture ed alcuni controlli è invece di competenza dei Distretti territorialmente competenti. Per alcune strutture accreditate che erogano attività sanitaria marcatamente connessa al territorio e quindi all'esigenza di garantire sussidiarietà all'offerta pubblica (punti prelievo gestiti da RSA, Centri Diurni Anziani, Sad, Assistenza odontoiatrica convenzionata) la fase di stipula di accordi negoziali è seguita direttamente dai Distretti. Il SPSA fornisce comunque anche in tali casi supporto su più fronti:

- supporto tecnico alla PAT per la redazione di direttive di programmazione;
- aggiornamento dei modelli di accordo;
- indirizzi applicativi per le contrattazioni annuali, compresi i limiti di budget, per i controlli;
- aggiornamenti di eventuali applicativi di supporto;
- quesiti / problematiche particolari di applicazione della normativa, di erogazione delle attività.

Schema riassuntivo del numero e valore dei contratti SPSA – Anno 2013

AREA	AREA	N.	DURATA ANNI	REVISIONI ANNO	VERIFICHE	CONSUNTIVO 2013
DEGENZA	DEG.	7	1	1	OBIETTIVI	54.565.000
SPECIALISTICA	SPEC.	27	1	1	BUDGET	15.762.000
ODONTOIATRIA	SPEC.	23	1	1	BUDGET DISTRETTI	5.145.000
TERME	TERM.	6	1	1	BUDGET	2.695.000
RSA	RSA	56	1	variaz. p.l.	SCHEDA VERIFICA	132.127.000
ASSOC. VOLONTARIATO PER TRASPORTO INFERMI	TE118	25	3		FORNITURE	8.100.000
RIABILITAZIONE EX ART. 26 L.833/78	IST. SPEC.	5	1		GG. OSPITALITA'	2.042.000
RIABILITAZIONE TOSSICODIPENDENTI	IST. SPEC.	4	1		PRESENZE	1.933.000
RIABILITAZIONE ED ALTRE (AIDS, DIST ALIM., ...)	IST. SPEC.	2	1		BUDGET	750.000
ISTITUTI RESID DISABILI	IST. SPEC.	3	1		GG RESIDENZ	11.795.000
CONVENZ. CON STRUTT. EXTRAPAT (OTI, S.RAFFAELE, BANCHE ORGANI)	IST. SPEC.	10			AUTORIZZAZIONI	735.000
CONVENZ. CON STRUTT. EXTRAPAT	IST. SPEC.	40			AUTORIZZAZIONI	1.100.000
HOSPICE	IST. SPEC.	1	1		GG RESIDENZ	877.000
PROGETTO ALZHEIMER	IST. SPEC.	1	1		BUDGET	358.000
CONSULENZE ATTIVE		31	1		FORNITURE	850.000
CENTRI PSICHIATRICI "C"		17	1		SPESA	2.206.000
CESSIONI DI SERVIZIO		3			DISPOSIZIONI	350.000

Assistenza ospedaliera/specialistica

In febbraio 2013 si sono svolti gli incontri con le strutture convenzionate per l'attività di degenza e specialistica ambulatoriale, con le quali sono stati negoziati la tipologia di prestazioni ed i volumi finanziari preventivati.

Preliminarmente alle negoziazioni il Servizio Prestazioni e Strutture Accreditate, d'intesa con la propria Direzione, ha predisposto report sull'attività 2012 e preventivato i fabbisogni prestazionali per l'anno 2013.

Nello stesso contratto di degenza sono previsti altresì obiettivi specifici di risultato atteso quali:

Area acuti

- riorientamento dell'attività chirurgica: aumento dei casi trattati in regime di day hospital rispetto a quelli del 2012;
- messa in rete di posti letto: ricoveri attesi per trasferimenti dal P.S. degli ospedali APSS per almeno 400 casi/anno.

Area lungodegenza

- applicazione dei criteri di appropriatezza definiti con nota dell'Azienda n. prot. 25419 del 17.07.2006;
- riduzione del numero di reingressi in area acuti rispetto al valore del 2012;
- degenza media pari o inferiore a quella del 2012 a parità di peso medio del Drg.
- messa in rete di posti letto: disponibilità dei posti letto per il numero di giornate di degenza negoziate.
- tempestività di accesso alla lungodegenza: accoglienza del paziente trasferito dall'ospedale pubblico entro i termini previsti dalla richiesta.

Area Riabilitazione

- messa in rete di posti letto: disponibilità dei posti letto per il numero di giornate di degenza negoziate.
- tempestività di accesso alla riabilitazione: rispetto dei tempi concordati e richiesti dai reparti pubblici invianti.
- appropriatezza delle prestazioni: di cui alle linee guida definite.

Nel marzo 2013 si sono svolti gli incontri con le strutture convenzionate per l'attività di degenza e specialistica ambulatoriale, con i quali sono stati negoziati la tipologia di prestazioni ed i volumi finanziari preventivati.

Preliminarmente alle negoziazioni il Servizio Prestazioni e Strutture Accreditate, d'intesa con la propria Direzione, ha predisposto report sull'attività 2012 e preventivato i fabbisogni prestazionali per l'anno 2013.

Assistenza socio sanitaria

Per quanto riguarda il settore socio sanitario sono stati garantiti nel 2013 sulla base delle direttive provinciali in materia, le attività di stipula e gestione degli accordi negoziali con le strutture provvisoriamente accreditate. Preliminarmente il SPSA ha condiviso con la competente DISS un prospetto di programmazione finanziaria sulla base dei finanziamenti disponibili e della stima proventi da compartecipazione. Come noto molte strutture di tale settore sono transitate sotto la competenza aziendale solo dal 01.01.2012. Il 2013 quindi ha consentito di consolidare la fase di transizione dalle politiche sociali a quelle sanitarie implementando e migliorando i sistemi di comunicazione ed informativi ed attivando altresì meccanismi di ottimizzazione dei tassi di occupazione, soprattutto per quelle strutture ancora finanziate a budget annuale predefinito. Si è inoltre puntato sul miglioramento nelle modalità di arruolamento, ingresso e turn over dei pazienti. Al fine di raggiungere tali obiettivi il SPSA ha negoziato con le strutture, seguendo le indicazioni della direzione competente, adeguate misure puntualmente regolamentate dai singoli contratti.

SCHEMA RIASSUNTIVO CONTRATTI GESTITI – 2013 – SETTORE SOCIO SANITARIO

MACRO TIPOLOGIA	AREA	N.	DURATA ANNI	MODALITA' FINANZ.	CONSUNTIVO 2013
RSA	ANZIANI	57	1	TARIFFA PRESENZE	
CENTRI RESIDENZIALI DISABILI	DISABILI	3	1	TARIFFA PRESENZE	11.691.620,35
CENTRI DIURNI DISABILI	DISABILI	3	1	BGT PREDEFINITO	1.709.239,02
HOSPICE	TERMINALI	1	1	BGT PREDEFINITO	871.551,00
COMUNITA' S. SANITARIE ADULTI	S. MENTALE	7	1	BGT PREDEFINITO	1.982.132,00
COMUNITA' S. SANITARIE MINORI	MINORI	1	1	BGT PREDEFINITO	497.000,00
COMUNITA' DIPENDENZE	DIPENDENZE	4	1	% FISSA E % VARIABILE (TARIFFA PRESENZE)	1.923.828,95
RIAB. RES.PSICHIATRICA – EX ART 26	S. MENTALE	2	1	TARIFFA PRESENZE	2.039.245,61
ALTRE STRUTTURE - EX ART. 26	DISABILI	3	1	BGT PREDEFINITO	46.300,00
COMUNITA' DISTURBI ALIMENTARI	S. MENTALE	1	1		289.292,40
PROGETTO "ALZHEIMER"	ANZIANI	1	1	% FISSA E % VARIABILE (TARIFFA ATTIVITA')	357.496,00

Nell'esercizio 2013 si evidenziano i seguenti fatti innovativi:

- per l'area ANZIANI – RSA: avvio effettivo, dal 1 aprile 2013, della nuova RSA sita in Lisignago – Valle di Cembra per 68 posti letto negoziati (deliberazione G.P. n. 480 del 14.03.2013). Inoltre in risposta al bisogno anziani si rileva anche nel 2013 la continuazione del progetto sperimentale iniziato nel 2013 "SAD Demenze – Alzheimer" che si affianca al tradizionale SAD garantito su tutto il territorio provinciale.
- Per l'area DISABILI: revisione del sistema di gestione dei posti letto residenziali con incremento e gestione a cura della competente UVM di giornate di sollievo e quindi interventi finalizzati a favorire l'alternanza famiglia – struttura.
- Per l'area SALUTE MENTALE: una riduzione del ricorso alle strutture residenziali ex tipo B a favore di un miglior utilizzo di altre forme di assistenza.

I VOLUMI NEGOZIATI ED EROGATI 2013 – DEGENZA

STRUTT.	Area degenza	utenza	GG		casi	deg media	SPESA		
			NEGOZ	EFFETT.			NEGOZIATO	EFFETTIVO	
S.PANCRAZIO	RIABILITAZIONE	SSN	9.295	8.116	400	20,3	1.971.000,00	1.617.895,11	
	RIABILITAZIONE	SSP	21.000	22.165	1.047	21,2	4.169.000,00	4.525.629,95	
	TOTALE GEN.		30.295	30.281	1.447	20,9	6.140.000,00	6.143.525,06	-3.525,06
EREMO	RIABILIT ORDINARIO	SSN	24.425	23.812	1.296	18,4	5.130.000,00	4.859.953,95	
	RIABILIT ORDINARIO	SSP	28.500	29.064	1.605	18,1	5.880.000,00	5.962.633,81	
	RIABILIT DIURNO	SSN		166	14	11,9		27.184,80	
	RIABILIT DIURNO	SSP	2.400	2.229	175	12,7	390.000,00	361.938,87	
	TOTALE GEN.		55.325	55.271	3.090	17,9	11.400.000,00	11.211.711,43	188.288,57
V. REGINA	LUNGODEGENZA	SSN	30.275	31.035	997	31,1	4.672.000,00	4.766.044,95	
	LUNGODEGENZA	SSP	19.000	18.243	622	29,3	2.918.000,00	2.801.577,51	
	TOTALE GEN.		49.275	49.278	1.619	30,4	7.590.000,00	7.567.622,46	22.377,54
S. FAMIGLIA	LUNGODEGENZA	SSN	3.800	4.334	152	28,5	585.000,00	665.572,38	
	LUNGODEGENZA	SSP	3.500	2.973	83	35,8	540.000,00	456.563,61	
	TOTALE GEN.		7.300	7.307	235	31,1	1.125.000,00	1.122.135,99	2.864,01
SOLATRIX	ACUTI SSP						3.030.000,00	3.607.990,46	
	ACUTI SSN						1.690.000,00	1.175.198,68	
	RIABILITAZIONE	SSP	5.450	5.199	223	23,3	1.080.000,00	1.028.154,24	
	RIABILITAZIONE	SSN		274	12	22,8		54.186,24	
	LUNGODEGENZA	SSN		612	19	32,2		93.984,84	
	LUNGODEGENZA	SSP	19.000	18.831	528	35,7	2.920.000,00	2.891.876,67	
	TOTALE GEN.		24.450	24.916	782	31,9	8.720.000,00	8.851.391,13	-131.391,13
V. BIANCA	ACUTI PS/Cardioch	totale					1.300.000,00	1.299.755,30	
	ACUTI ORTOP	totale					3.750.000,00	3.729.269,94	
	ACUTI SSN	totale					2.535.000,00	2.570.293,29	
	TOTALE GEN.			0	0		7.585.000,00	7.599.318,53	-14.318,53
S.CAMILLO	ACUTI PS	totale					1.350.000,00	1.639.038,79	
	ACUTI OSTETRICIA	totale					1.450.000,00	763.624,45	
	ACUTI SSP	totale					5.966.000,00	6.156.754,88	
	ACUTI SSN	totale					1.141.000,00	1.254.352,40	
	RIABILITAZIONE	SSP	2.190	2.190	175	12,5	435.000,00	433.094,40	
	RIABILITAZIONE	SSN	450	449	38	11,8	89.000,00	88.794,24	
	LUNGODEGENZA	SSN		97	3	32,3		14.896,29	
	LUNGODEGENZA	SSP	11.000	11.193	341	32,8	1.690.000,00	1.718.909,01	
	TOTALE GEN.		13.640	13.929	557	25,01	12.121.000,00	12.069.464,46	51.535,54
	totale complessivo			180.982	7.730	23,4	54.681.000,00	54.565.169,06	115.830,94
	riabilitazione SSP		57.140	59.341	3.100	110	11.564.000,0	11.949.512,4	
	lungodegenza SSP		52.500	51.240	1.574	134	8.068.000	7.868.927	

Assistenza odontoiatrica

In aggiunta alle attività di supporto ai Distretti, come sopra descritto in termini generali, nel corso del 2013 il SPSA ha affrontato in modo organico la gestione delle verifiche di irregolarità delle dichiarazioni ICEF comunicate ad APSS dai diversi Enti Controllori (Nucleo ICEF della PAT e le diverse tenenze della Guardia di Finanza). In particolare:

- è stata definita, in collaborazione con il Servizio Finanza e Bilancio ed in omogeneità a quanto definito nella Procedura per il recupero di ticket sanitari non pagati, una Procedura aziendale per i controlli sulle segnalazioni di irregolarità delle dichiarazioni ICEF relative all'assistenza odontoiatrica. La stessa è stata presentata e illustrata ai distretti in più incontri dapprima in termini generali (giugno 2013) e poi nel dettaglio con gli operatori (ottobre 2013). La procedura è stata altresì deliberata con provvedimento aziendale.
- rispetto alle richieste di verifiche di irregolarità di dichiarazioni ICEF comunicate nel corso dell'anno 2013 dai diversi Enti controllori, il Servizio Prestazioni, in collaborazione con il Servizio Finanza, ha accertato la presenza di prestazioni odontoiatriche a carico del Servizio Sanitario provinciale quantificando il relativo indebito vantaggio. A seguito della comunicazione dell'esito del procedimento da parte degli Enti Controllori le pratiche sono state successivamente inoltrate ai Distretti competenti per tutte le attività conseguenti (elevazione dei verbali / Note di addebito; monitoraggio pagamenti entro i tempi previsti; eventuale ingiunzione).
- sono state gestite direttamente dal SPSA tutte le pratiche di irregolarità ICEF comunicate dai diversi Enti Controllori negli anni pregressi. Su un totale di 18 verbali /note elevate, 10 hanno dato seguito ad un immediato recupero nelle casse aziendali, mentre 8 hanno dato luogo ad una emissione di ordinanza-ingiunzione di pagamento.

Controlli sulle strutture convenzionate

Si ricordano di seguito quali sono i diversi tipi di controllo attivati nelle diverse aree di negoziazione e si riportano sinteticamente le attività eseguite nel 2013.

- Per tutti: raggiungimento dei volumi negoziati.
- Degenza - Area acuti: verifiche e controlli a campione sulle SDO, nonché sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate al ricovero. Istituita specifica Commissione per i controlli esterni di merito sull'attività di degenza per acuti erogata dalle strutture private con delibera aziendale 1213/2008.
- Degenza - Area lungodegenza:
 - verifica della realizzazione del piano di assistenza contenuto nella lettera di dimissione dell'ospedale inviante;
 - verifica ed eventuale autorizzazione dei casi che richiedono degenze superiori ai 60 gg.
- Degenza - Area riabilitazione: verifica dell'aderenza ai protocolli di riabilitazione cardiologica e motoria.
- Comunità terapeutiche: verifica a cura del SerT sulle comunità di recupero per tossicodipendenti.
- RSA: monitoraggio informatizzato della tipologia dei posti letto e delle presenze effettive. Verifica utilizzo dei p.l. per urgenza urgenza/emergenza (ad opera del Servizio Assistenza Distrettuale). La vigilanza amministrativa e tecnico sanitaria è a cura dei distretti.
- Odontoiatria : verifiche e controlli a campione sui piani di cura da parte della Commissione Controlli sull'attività odontoiatrica erogata dagli studi / ambulatori privati convenzionati con APSS con delibera aziendale 572/2011.

In merito all'attività della Commissione per i controlli esterni di merito sull'attività di degenza per acuti erogata dalle strutture private nel corso dell'anno 2013 si sono attuate verifiche di appropriatezza organizzativa (ex Patto per la Salute 2010-2012 Allegato A) e sull'adesione alle previsioni del Piano di miglioramento APSS 2013-2015 - area d'intervento assistenza ospedaliera.

Di seguito si forniscono alcuni dati dell'attività svolta nel 2013 dalla Commissione:

STRUTTURA	NR CARTELLE PRESE IN ESAME	NR CARTELLE VISIONATE
S. CAMILLO	1345	129
SOLATRIX	1148	150
VILLA BIANCA	1268	181 *

* in corso di contestazione

Odontoiatria

La specifica Commissione ha attivato i controlli nel 2012 ed ha pianificato di concludere il monitoraggio di tutti gli studi /ambulatori convenzionati nell'arco di un triennio. Nel corso del 2013 sono proseguite regolarmente le verifiche come programmato. Sette sono stati gli studi/ambulatori dentistici oggetto di verifiche: in generale analisi del contratto e delle attività complessivamente svolte (volume, aree trattate, prestazioni erogate), in particolare analisi di 4 piani di cura per ciascuna struttura, selezionati secondo specifici criteri definiti dalla stessa, con verifica anche presso la struttura.

1. Lista progetti e attività prioritarie

Protonterapia

L'area ha svolto una funzione di coordinamento delle azioni propedeutiche all'avvio delle attività clinico assistenziali dell'U.O. di Protonterapia, previsto nel corso del 2014.

Accanto alla promozione di numerosi incontri e confronti con AtreP, volti ad avviare la necessaria integrazione e condivisione rispetto a tutti gli aspetti tecnico-organizzativi indispensabili, si è posta particolare attenzione su una serie di tematiche prioritarie quali:

- perfezionamento e "sistematizzazione" dei percorsi volti ad ottenere tutte le autorizzazioni di norma e specifiche, comprese quelle autorizzazioni preventive indispensabili per l'effettuazione dell'attività clinica, in raccordo con le competenti Istituzioni centrali (PAT, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute);
- valutazione specifica dei costi dei trattamenti (sia per singola prestazione / ciclo di terapia che in ragione d'anno), da calcolare sulla base dell'attività presunta concretamente programmabile, al fine di definire il fabbisogno di stanziamento a bilancio del Servizio Sanitario Provinciale dei finanziamenti per l'attività di protonterapia, anche in considerazione della necessità di stabilire le tariffe delle prestazioni stesse;
- definizione del modello organizzativo della protonterapia, identificazione dei criteri di arruolamento dei pazienti, precisazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per categoria di pazienti e definizione di protocolli e modalità di lavoro tra le diverse Unità Operative maggiormente coinvolte;

Ospedale Riabilitativo – Villa Rosa

L'area ha svolto una funzione di coordinamento delle azioni propedeutiche all'attivazione dell'Ospedale Riabilitativo – Villa Rosa, che si è realizzata nel luglio 2013 con il trasferimento della U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione nella nuova struttura. Tale funzione di coordinamento ha richiesto un forte impegno da parte dell'area, che ha dovuto effettuare numerosi incontri e sopralluoghi volti a:

- seguire, supportare e monitorare la conclusione dei lavori della struttura;

- coordinare, attivando tutti e Servizi a vario titolo coinvolti, le attività finalizzate al trasloco della Unità Operativa nella nuova sede, sia per quanto concerne gli aspetti amministrativo-logistico-alberghieri, che per le dotazioni impiantistico-tecnologiche (postazioni lavoro, telefonia, attrezzature, ecc.);
- definire nuove soluzioni progettuali in termini di riorganizzazione e dotazioni di personale, sia per quanto riguarda l'attività sanitaria (degenze, ambulatori, palestre), che quella amministrativa. In particolare si è proceduto a:
 - condurre gruppi di lavoro per lo sviluppo dell'interprofessionalità nella gestione dei Progetti Riabilitativi Individualizzati;
 - consolidare l'attività dell'ambulatorio per la gestione dell'alvo e della vescica neurologica, come prima fase della realizzazione del progetto presentato al concorso "Buone idee – buone pratiche" 2011;
 - attivare il laboratorio di Robotica Riabilitativa e il Laboratorio di Analisi del Movimento e supportarne il progressivo sviluppo delle attività;
 - modificare i modelli organizzativi, in particolare dei fisioterapisti, identificando gruppi dedicati all'area di degenza e all'area ambulatoriale e favorendo l'adozione di strategie per potenziare la quantità di tempo-terapia erogata al singolo utente.

Progetto complessivo per la gestione del diabete in provincia di Trento

Per dare una risposta appropriata ai bisogni di salute della popolazione, in provincia di Trento negli anni sono stati sviluppati numerosi progetti sul tema diabete che hanno coinvolto professionisti dei centri e ambulatori diabetologici e medici di medicina generale.

Se le esperienze locali costituiscono un patrimonio di conoscenze che possono indirizzare le attività su tutto il territorio provinciale, per realizzare un vero cambiamento è però necessario un approccio di sistema e proporre un modello organizzativo sostenibile, anche innovativo, che possa essere declinato in tutti i distretti.

In considerazione di ciò, oltre che della necessità di attivare una rete clinica provinciale per la gestione del diabete nell'adulto, la Direzione della APSS ha dato mandato all'Area Sistemi di Governance di coordinare lo sviluppo e l'implementazione di una progettualità complessiva per la definizione di un percorso diagnostico terapeutico, l'individuazione di indicatori, l'attivazione di flussi informativi, la proposta di modalità organizzative anche innovative.

E' stato pertanto costituito un tavolo di lavoro che comprende tutte le figure professionali coinvolte nella gestione del paziente diabetico, sia da punto di vista clinico – assistenziale (comprendendo anche quattro medici di medicina generale appositamente individuati dai direttori di distretto) che organizzativo e valutativo.

Il Tavolo di Lavoro, attraverso specifici sottogruppi, nel 2013 ha sviluppato, in particolare, le seguenti attività:

- individuazione condivisa di indicatori di processo e di esito per il monitoraggio delle attività per la gestione integrata del paziente diabetico;
- stesura delle "Raccomandazioni per l'autocontrollo glicemico e l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici destinati a pazienti affetti da diabete in età adulta".

L'Area ha garantito il coordinamento tra le attività del Tavolo e altre attività trasversali operative sul tema del percorso del paziente diabetico (progetto di telemonitoraggio TeleMedSole, progettualità ARNO-CINECA, progettualità TreC, ecc.)

Rete Ictus Provinciale

L'Area ha il coordinamento del progetto avente come obiettivo la definizione di una rete integrata per la gestione ed il trattamento dell'ictus su base provinciale, attraverso l'elaborazione e condivisione da parte dei professionisti a vario titolo coinvolti nella problematica, di:

- un documento tecnico di indirizzo inerente il modello adottato per l'istituzione della rete interospedaliera per la gestione ed il trattamento dei pazienti colpiti da ictus;
- il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) del paziente con ictus, declinato nelle fasi pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera, al fine di assicurare una completa presa in carico del paziente;
- una set di indicatori che consenta di monitorare le modalità di realizzazione della rete dell'ictus, con particolare riferimento all'efficienza del modello assistenziale adottato.

Trattandosi di un percorso molto complesso, è stato deciso di creare tavoli di lavoro specifici per le diverse fasi in cui si articola il PDTA stesso, incominciando a lavorare con i tavoli dedicati alla "Fase pre-ospedaliera - Intervento dei mezzi di soccorso e ospedalizzazione mirata" e alla "Fase Ospedaliera – Gestione del paziente con sospetto ictus in Pronto Soccorso". Una volta conclusi i lavori di questi primi due gruppi, si procederà con l'attivazione dei gruppi di lavoro dedicati alla gestione intra-Ospedaliera e post-Ospedaliera dei pazienti colpiti da ictus.

Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per la sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

Il Servizio Governance clinica ha collaborato con la PAT per la stesura del percorso diagnostico assistenziale per i pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (DGP n.1978/2013).

Il Servizio Governance clinica coordina un gruppo di lavoro per l'applicazione del percorso diagnostico assistenziale in APSS.

Comitato Ospedale e Territorio Senza Dolore:

Nel corso dell'anno 2013 il Comitato ha svolto le attività di seguito sintetizzate.

- Ha contribuito alla stesura della deliberazione del Direttore Generale 554 del 13/11/ 2013 "La Rete Terapia del Dolore nella provincia di Trento: indirizzi e linee applicative" che ridefinisce il mandato dello stesso Comitato prevedendone il coinvolgimento nella definizione di percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi per la gestione del dolore, nel monitoraggio sul consumo dei farmaci analgesici e nel monitoraggio sull'erogazione di procedure medicochirurgiche per il raggiungimento della condizione ottimale di controllo del dolore. Inoltre il Comitato definisce e contribuisce a realizzare con il Servizio Formazione percorsi formativi destinati ai medici di medicina generale e al personale di ospedali e distretti. Realizza con il Servizio Comunicazione programmi di informazione alla popolazione.
- Il 30 maggio 2013, in occasione della "Giornata Nazionale del Solievo", ha promosso la rilevazione della soddisfazione dei pazienti sul trattamento del dolore in ospedale alla quale hanno partecipato, per il secondo anno consecutivo, anche le strutture private convenzionate.
- In collaborazione con il Servizio formazione aziendale ha promosso la tenuta di corsi di formazione per la diffusione delle "Raccomandazioni per la valutazione del dolore nel paziente non collaborante", elaborate nell'ambito dello specifico progetto formativo che ha coinvolto, oltre che professionisti della APSS, operatori dell'Unione provinciale istituzioni per l'assistenza e del servizio provinciale Politiche sociali.
- E' stato presentato e discusso il report prodotto dal Servizio Farmaceutico Aziendale sul consumo di farmaci ed oppiacei per classi di età e sesso in APSS e per singolo Distretto – anno 2012.

Comitato Aziendale per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali (CIPASS)

Le principali attività in materia di prevenzione e controllo delle Infezioni correlate ai processi assistenziali (ICA) che il CIPASS ha svolto nel corso dell'anno 2013, sono di seguito sintetizzate:

- E' continuata l'usuale attività di sorveglianza delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICA) tramite i dati di laboratorio, raccolti ed elaborati dalla U.O. di Microbiologia di Trento e dalla U.O. di Patologia clinica e microbiologia di Rovereto. I dati che annualmente confluiscono al CIPASS con il sistema Mercurio, sono restituiti ai sanitari delle UU.OO. aziendali nella forma dei due Report periodici – semestrali e annuali, prodotti dalla U.O. di Microbiologia di Trento, il Registro Provinciale della Sorveglianza delle Resistenze Batteriche e il Report di Sorveglianza di Laboratorio delle ICA e dei microrganismi sentinella (alert). Anche il CIO dell'Ospedale di Rovereto ha continuato la produzione del proprio bollettino "L'Osservatorio Epidemiologico" con la diffusione dei dati inerenti le sorveglianze del 1° e 2° semestre dell'anno 2013. L'elevata percentuale di compilazione delle schede di sorveglianza nei vari ospedali (oltre il 90%) dimostra una continua attenzione da parte delle UU.OO. e dei CIO ospedalieri nei confronti del problema delle infezioni ospedaliere. Questi report sono inseriti nel sito INTERNET aziendale del CIPASS.
- In data 29 gennaio 2013, è stato svolto il workshop: "Il Clostridium difficile", che ha terminato il progetto formativo iniziato l'anno precedente delle "Strategie per il controllo delle infezioni correlata all'assistenza", che aveva come obiettivo quello di discutere e confrontarsi con gli esperti per convergere su metodologie e pratiche assistenziali omogenee e condivise in ambito aziendale. La metodologia didattica proposta ha affrontato la problematica delle Clostridium difficile associated disease (CDAD) nell'ottica del Clinical risk management, quindi attraverso la discussione di un caso clinico, utilizzando il sistema del Televoter e attraverso approfondimenti teorici specifici con il supporto di esperti aziendali.
- Il CIPASS ha tra i suoi compiti anche quello di confrontare ed armonizzare le diverse procedure aziendali nel campo degli interventi di controllo e prevenzione della ICA, affinché siano il più possibile allineate con gli indirizzi strategici delle scelte aziendali e non entrino in conflitto con problematiche di tipo organizzativo, gestionale, economico, normativo e non portino a comportamenti difformi tra i diversi Ospedali e/o servizi e unità operative dell'APSS. In quest'ambito il Comitato ha collaborato alla stesura e successivamente alla formalizzazione e diffusione del documento: "Il processo di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili in ambito odontoiatrico". Questo documento è stato il prodotto finale di uno specifico progetto aziendale promosso nell'ambito del ex Dipartimento di Odontostomatologia, indirizzato alla standardizzazione delle procedure operative e comportamentali del processo di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili, negli ambulatori odontoiatrici dell'APSS.
- Successivamente tale procedura è stata presentata agli operatori dell'area odontoiatrica attraverso incontri di aggiornamento monotematico tenuti nei vari ambiti distrettuali nei mesi di marzo ed aprile 2013. L'iniziativa ha riscosso un notevole successo tra il personale specializzato e ha avuto il merito di riuscire a coinvolgere i vari professionisti sanitari nella costruzione di una efficace rete relazionale, finalizzata a migliorare e omogeneizzare le procedure operative e ad aumentare l'attenzione alla sicurezza e alla qualità in un settore strategico della politica aziendale quale il rischio clinico, in particolare per l'aspetto del controllo delle Infezioni correlate ai processi assistenziali (ICA).
- Come è noto, la diffusione delle Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi rappresenta un emergente e serio problema di Sanità Pubblica. Il CIPASS, come da Circolare del Ministero della Salute n° 4968 del febbraio 2013, ha elaborato una "Procedura per il controllo della diffusione delle Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi". Il Laboratorio di Microbiologia di Trento, per tutte le emocolture positive per tali batteri multiresistenti, invia la segnalazione alla Direzione Medica dell'ospedale che, completata la raccolta dati con i clinici di competenza, la inoltra ai riferimenti provinciali e nazionali: Assessorato alla Salute P.A.T. - Ministero della Salute – Istituto Superiore di Sanità. Per quanto riguarda le misure di prevenzione e controllo da attuare in assistenza nei confronti dei pazienti infetti o colonizzati da CRE, è ribadita la necessità della puntuale applicazione delle Precauzioni aggiuntive da Contatto da parte di tutta

l'equipe assistenziale compresi visitatori e familiari. E' prevista inoltre la sorveglianza attiva dei contatti da realizzare con screening microbiologico con tampone rettale o coprocultura o urinocultura nei pazienti portatori di catetere vescicale.

- In occasione dell'aggiornamento della Procedura aziendale per la gestione degli incidenti a rischio occupazionale avviata dal CIO dell'Ospedale di Arco, il CIPASS ha esteso a tutti i cinque gli ospedali a valenza territoriale, l'attivazione di un nuovo percorso per fronteggiare le richieste analitiche collegate agli incidenti occupazionali, con il rispetto della tempistica della refertazione (4 ore) per un'ottimale gestione in caso di avvio di profilassi preventiva. Si prevede di terminare l'elaborazione, la condivisione e la diffusione di questa procedura per il primo semestre del 2014, intanto sono state avviate dal Servizio Approvvigionamento aziendale le procedure per l'acquisizione di kit analitici per test rapidi per la determinazione degli anticorpi anti HIV da poter utilizzare direttamente nei Laboratori degli ospedali territoriali.
- Il Gruppo operativo per il controllo della legionellosi ospedaliera, ha espletato la propria continua azione di sorveglianza e controllo della problematica su tutti gli ospedali aziendali. Nel corso del 2013 è continuata l'attività di consulenza con il Dipartimento di Medicina, Diagnostica, Clinica e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Sono stati effettuati diversi incontri con la consulente, prof.ssa Paola Borella. È stata definita una procedura di sorveglianza dei casi clinici più dettagliata e circostanziata, focalizzata ad una attenta analisi e valutazione del rischio clinico della legionellosi ospedaliera. Inoltre l'esperienza più che decennale di controllo e sorveglianza della APSS in materia, è stata portata al Corso nazionale di Aggiornamento: "Legionella spp e infezioni correlate: innovazione, attualità e prospettive", tenuto a Modena il 28-30 Novembre 2013, con la relazione dal titolo: "I casi di legionellosi nella realtà di Trento".
- Nell'ambito delle procedure per l'assegnazione del nuovo appalto di gestione dei rifiuti sanitari, il CIPASS ha contribuito con propri pareri per quanto attiene le problematiche igienico-sanitarie, in particolare riguardo alle attenzioni verso i rifiuti pericolosi a rischio infettivo e alle caratteristiche di sicurezza dei contenitori per questi rifiuti e per l'eliminazione dei presidi pungenti e taglienti.
- L'OMS per l'anno 2013 ha invitato le strutture ospedaliere a focalizzare le proprie attenzioni sul paziente e i suoi familiari e anche sui visitatori e i pazienti ambulatoriali, coinvolgendoli in programmi attivi di sensibilizzazione dell'igiene mani. Si è trattato di un forte invito ad informare e responsabilizzare i pazienti, coinvolgendoli nel processo volto a garantire la loro sicurezza (empowerment). Il 5 maggio in occasione della giornata mondiale dell'Igiene Mani, i pazienti sono stati coinvolti con una iniziativa informativa specifica, cioè la distribuzione diffusa all'interno degli ospedali aziendali di una "Guida al Paziente".
- È stata inoltre riproposta l'inchiesta di autovalutazione per monitorare ed analizzare la situazione in merito alla promozione e alla pratica dell'igiene delle mani, applicando il previsto strumento dell'OMS: "Hand Hygiene Self-Assesment Framework 2010". I dati sono stati comunicati al Centro nazionale di coordinamento del progetto INF-OSS presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia Romagna. Il risultato conseguito a livello aziendale è stato di punti 327 (livello intermedio o consolidato).

Altre progettualità

Nell'ambito del progetto per la gestione informatizzata della terapia farmacologica, l'area ha contribuito fattivamente alla stesura del capitolato per l'acquisizione di uno strumento software che supporti gli operatori sanitari nella gestione dei farmaci, al fine di garantire ai pazienti le cure migliori in termini di efficienza e sicurezza, anche favorendo la miglior applicazione delle raccomandazioni ministeriali in tema di prevenzione degli errori di terapia.

PIANO DELLE STRUTTURE

Il piano delle strutture ha lo scopo di definire e garantire la disponibilità e la funzionalità degli immobili necessari ad APSS per lo svolgimento della sua attività presente e futura.

Le principali attività svolte sono le seguenti.

1. Raccogliere e valutare i fabbisogni connessi agli immobili relativi a esigenze funzionali, di sicurezza, di manutenzione e di adeguamento

Con delibera della Giunta provinciale n. 2677 del 07.12.2012 è stato approvato un aggiornamento del "piano degli investimenti per l'edilizia sanitaria per la XIV Legislatura".

Tale aggiornamento nella sostanza rivede la programmazione dei finanziamenti e sposta alcune quote di essi in esercizi successivi fino al 2017 e 2018.

Compatibilmente con le risorse finanziarie di cui sopra è stata quindi rivista la programmazione aziendale approvata con delibera del Direttore Generale n. 13 del 15.01.2013 .

Si sottolineano in particolare i principi ispiratori della stessa:

- non sono state considerate nelle disponibilità le quote di finanziamento trasferite sugli anni 2017 e 2018 per quanto riguarda gli interventi di messa a norma, requisiti minimi e piano antincendio; la programmazione riguarda quindi le quote di finanziamento effettivamente disponibili;
- andrà valutata la possibilità di procedere con l'appalto di quelle opere i cui finanziamenti sono allo stato attuale parecchio dilazionati nel tempo rispetto alle effettive prevedibili esigenze di cassa;
- considerato il momento storico caratterizzato da una contrazione delle risorse per gli interventi, è stato ritenuta superflua l'attivazione del processo annuale di raccolta dei fabbisogni, classificazione e negoziazione con l'Ente erogatore delle risorse disponibili ma si provvede ad una minuziosa attenzione nell'utilizzo delle risorse che sono assegnate.

Per quanto riguarda la pianificazione delle opere di prevenzione incendi e messa a norma si relaziona inoltre quanto segue.

I finanziamenti effettivamente utilizzabili a seguito dell'aggiornamento di piano sono:

antincendio:	€ 5.500.000
requisiti minimi	€ 3.182.000
antincendio:	€ 1.800.000
messa a norma:	€ 8.150.000

La delibera riporta quindi la revisione piano prevenzione incendi, sulla base dei procedimenti nel frattempo avviati e delle variabili intervenute ivi compresa la disponibilità dei finanziamenti. Si segnalano le note criticità in merito agli interventi di adeguamento delle strutture ospedaliere, dovute da una parte alla mancanza dei finanziamenti complessivi necessari e dall'altra parte alla ovvia difficoltà di avere a disposizione le aree libere per l'esecuzione dei lavori.

L'approvazione di tale piano è in linea con quanto previsto dalla delibera della G.P. n. 1220 del 22.05.09 in tema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie che prevede che siano stati pianificati gli interventi di adeguamento strutturale ed impiantistici necessari per l'ottenimento del Certificato Prevenzione Incendi e tale pianificazione risulti approvata dal legale rappresentante dell'Ente.

Con nota del Direttore Generale prot. n. 0054043 del 30.04.2013 è stato comunicato alla PAT la necessità di affidare i lavori per il "terminale di finitura" (€ 1.905.500) per la preparazione dei pasti dell'ospedale di Trento opera non prevista nella pianificazione approvata. Il Dipartimento Lavoro e Welfare ha risposto positivamente in data 28.05.2013.

Con nota del Direttore Generale prot. n. 0059652 del 13.05.2013 è stato comunicato alla PAT che sono stati avviati immediatamente, con procedure di somma urgenza, i lavori (€ 1.750.000) per la messa in sicurezza delle aree a Cles a seguito dell'evento del 21.03.2013. Il Dipartimento Lavoro e Welfare ha risposto positivamente in data 28.05.2013. Con successiva nota del Direttore Generale prot. n. 0075248 del 17.06.2013 è stato fornito alla PAT un aggiornamento sulle necessità finanziarie per Cles.

Il Dipartimento Lavoro e Welfare ha risposto in data 29.08.2013 aggiornando la situazione sia per il terminale di finitura che per Cles.

Con delibera della Giunta Provinciale n. 2170 del 01.10.2013 è stato quindi approvato un aggiornamento del "piano degli investimenti per l'edilizia sanitaria per la XIV Legislatura".

Oltre ai report trasmessi periodicamente, nel Dicembre 2013 sono state comunicate via posta elettronica al Dipartimento Lavoro e Welfare informazioni di dettaglio in merito alle opere di edilizia sanitaria su Cavalese , Borgo Valsugana e Tione.

2. Gestire in proprio e in interfaccia con la PAT la realizzazione delle opere (costruzione ex novo, ristrutturazione, ecc.)

La programmazione, attuata secondo le direttive aziendali, delle opere finanziate in conto capitale determina i piani edilizi da realizzare. Le macrofasi del processo di attuazione di ogni singola opera sono :

- analisi delle esigenze
- progettazione (fattibilità, preliminare, definitiva, esecutiva)
- validazione e approvazione del progetto
- gara e affidamento dei lavori
- realizzazione
- collaudo dell'opera

Ogni fase coinvolge una pluralità di soggetti (interni ed esterni all'Azienda) con il coordinamento generale del Responsabile di Procedimento (Project Manager) mediante la propria struttura organizzativa. A seguito dell'approvazione del piano edilizia il Responsabile del SIST provvede a nominare i Responsabili di Procedimento delle opere.

Nella fase di realizzazione può inserirsi un processo analogo (fasi 1-6) per varianti in corso d'opera con significativa influenza sul processo globale.

Il coordinamento sulla singola opera avviene principalmente tramite riunioni verbalizzate tra le parti interessate in cui vengono decise le azioni da svolgere, gli attori ed i tempi.

Il monitoraggio complessivo avviene mediante la suddivisione dei lavori in commesse e registrazione dei dati economici e amministrativi di ogni commessa.

Come previsto dalla legislazione sui Lavori Pubblici vi è l'obbligo di invio dei dati all'Autorità per la Vigilanza dei Lavori Pubblici presso l'Ufficio Osservatorio e Prezziario dei Lavori Pubblici della PAT.

Un indicatore dell'attività svolta è l'importo liquidato delle realizzazioni in conto capitale. L'andamento negli anni è stato il seguente:

anno	Importo liquidato - € -
2009	20.215.007
2010	21.154.934
2011	18.184.415
2012	21.765.350

2013	22.782.255
------	------------

A seguito dell'approvazione della pianificazione approvata dal Direttore Generale è stata riorganizzata l'attività così da portare a realizzazione entro tempi concordati le opere previste, in funzione da un lato dei tempi tecnici e amministrativi necessari per le varie fasi del procedimento (assegnazione incarichi professionali, progettazione, affidamento lavori, realizzazione e collaudi) e dall'altro delle persone disponibili per gestire tali attività.

Dai dati registrati presso L'Autorità di Vigilanza è possibile desumere i seguenti ulteriori **indicatori rappresentativi dell'attività svolta**.

OPERE REGistrate ALL'AUTORITA' DI VIGILANZA DEI LL.PP. - ANNO 2011						
OPERE	IMPORTO A BASE DI GARA COMPRESO TRA € 20.000 E € 150.000		IMPORTO A BASE D'ASTA MAGGIORE DI € 150.000		TOTALE	
	N°	BASE D'ASTA €	N°	BASE D'ASTA €	N°	BASE D'ASTA €
IN CORSO	103	6.458.600,66	52	70.370.935,25	155	76.829.535,91
DI CUI INIZIATE NELL'ANNO	39	2.258.098,02	23	7.978.979,99	62	10.237.078,01
DI CUI CONCLUSE NELL'ANNO	44	2.418.110,90	6	10.049.315,13	50	12.467.426,03

OPERE REGistrate ALL'AUTORITA' DI VIGILANZA DEI LL.PP. - ANNO 2012						
OPERE	IMPORTO A BASE DI GARA COMPRESO TRA € 40.000 E € 150.000		IMPORTO A BASE D'ASTA MAGGIORE DI € 150.000		TOTALE	
	N°	BASE D'ASTA €	N°	BASE D'ASTA €	N°	BASE D'ASTA €
IN CORSO	73	4.981.476,71	59	65.025.409,20	132	70.006.885,91
DI CUI INIZIATE NELL'ANNO	37	2.323.835,98	11	3.695.642,70	48	6.019.478,68
DI CUI CONCLUSE NELL'ANNO	25	1.821.194,65	10	4.429.712,23	35	6.250.906,88

OPERE REGistrate ALL'AUTORITA' DI VIGILANZA DEI LL.PP. - ANNO 2013						
OPERE	IMPORTO A BASE DI GARA COMPRESO TRA € 40.000 E € 150.000		IMPORTO A BASE D'ASTA MAGGIORE DI € 150.000		TOTALE	
	N°	BASE D'ASTA €	N°	BASE D'ASTA €	N°	BASE D'ASTA €
IN CORSO	60	NON DISPONIBILE	67	NON DISPONIBILE	127	NON DISPONIBILE
DI CUI INIZIATE NELL'ANNO	28	1.851.221,98	13	11.185.261,80	41	13.036.483,78
DI CUI CONCLUSE NELL'ANNO	NON DISPONIBILE	NON DISPONIBILE	NON DISPONIBILE	NON DISPONIBILE	NON DISPONIBILE	NON DISPONIBILE

3. Attivazione e dismissione di immobili secondo le diverse tipologie contrattuali (acquisto, locazione, comodato,...)

L'attività viene svolta su richiesta delle Direzioni interessate o per necessità determinate dai progetti di sviluppo e ampliamento delle strutture aziendali. Questo comporta una fase di valutazione della congruità del prezzo, un'analisi degli aspetti normativi e fiscali, e la predisposizione e/o verifica dei relativi contratti.

Si riportano di seguito alcuni dati e indicatori relativi all'attività svolta.

Per fabbricati è da intendersi la porzione di edificio, il singolo edificio o il complesso di edifici (come nel caso dell'Ospedale di Pergine e di Borgo Valsugana)

IMMOBILI IN PROPRIETA' Anno 2011	
Numero fabbricati	49*
volume complessivo	Mc 1.360.605,00 (ampliamenti S. Chiara e cessione Villa Elena)

*Ceduto immobile "Villa Elena".

*Compresi i cinque terreni di Trambileno.

Immobili concessi in uso a terzi:

Maso Zancanella e Camparta all'Associazione Centro antidroga; Via della Collina all'Associazione La Panchina.

IMMOBILI IN USO (assegnati ma non ancora intavolati) Anno 2011	
numero	2
Ubicazione	Casa del Sole – Ospedale di Tione
volume complessivo	Mc 70.649,95

IMMOBILI DI TERZI Anno 2011			
	Numero	Superficie – m2 -	Spesa annua - € -**
Totale contratti	124	47.855,76	€ 2.394.786,74
Di cui attivati nell'anno	7	3621,18	€ 190.493,00
Di cui chiusi nell'anno	13	7.927,70	€ 230.049,58
Costo medio mensile al mq			4,17

* non è compreso l'immobile di via San Giovanni Bosco – Trento, in quanto il contratto non è ancora stato formalizzato (mq. 1.676 - costo annuo 159.120,00 euro).

** Differenza aumento istat 2010-2011

IMMOBILI IN PROPRIETA' Anno 2012 (Singolo edificio o compendio ospedaliero)	
Numero fabbricati	49
volume complessivo	Mc 1.359.005,00*

* Restituito edificio Via Lavisotto per lo Zooprofilattico.

*Compresi i cinque terreni di Trambileno.

Immobili concessi in uso a terzi:

Maso Zancanella e Camparta all'Associazione Centro antidroga; Via della Collina all'Associazione La Panchina.

IMMOBILI IN USO (assegnati ma non ancora intavolati) Anno 2012	
numero	1
Ubicazione	Ospedale di Tione
volume complessivo	Mc 63.398,00

IMMOBILI DI TERZI Anno 2012			
	Numero	Superficie – m2 -	Spesa annua – iva compresa € -
Totale contratti	98	48.985,09	€ 2.240.197,03
Di cui attivati nell'anno	5	3.848,42	€ 207.853,80
Di cui chiusi nell'anno	31*	2.719,10	€ 362.443,51
Costo medio mensile al mq			3,81

* chiusura di tutti i contatti relativi ai ripetitori 118

IMMOBILI IN PROPRIETA' Anno 2013 (Singolo edificio o compendio ospedaliero)	
Numero fabbricati	49
volume complessivo	Mc 1.420.000,00*

* Utilizzo di tutto il Nuovo Villa Rosa.

*Compresi i cinque terreni di Trambileno.

Immobili concessi in uso a terzi:

Maso Zancanella e Camparta all'Associazione Centro antidroga; Via della Collina all'Associazione La Panchina.

IMMOBILI IN USO (assegnati ma non ancora intavolati) Anno 2013	
numero	1
Ubicazione	Ospedale di Tione
volume complessivo	Mc 63.398,00

IMMOBILI DI TERZI Anno 2013			
	Numero	Superficie – m2 -	Spesa annua – iva compresa € -
Totale contratti	94	48.606,00	€ 2.212.916,03
Di cui attivati nell'anno		0,00	€ 0,00
Di cui chiusi nell'anno	4	851,00	€ 25.281,00
Costo medio mensile al mq			3,79

4. Gestire il patrimonio immobiliare

La gestione patrimoniale riguarda sostanzialmente le seguenti attività:

- contatti con i Distretti al fine di dare soluzione a problemi di reperimento di spazi esterni;
- rapporti con soggetti terzi per la definizione dei contratti di locazione;
- predisposizione dei relativi contratti di locazione / comodato / convenzioni;
- redazione di perizie di stima;
- raccolta dei dati relativi all'immobile (abitabilità, visure catastali, ecc.);
- analisi dei costi parametrici dei Presidi Ospedalieri;
- gestione dei pagamenti inerenti i contratti: affitti, rimborsi spese condominiali, rimborsi spese varie;
- registrazione dei contratti e successiva gestione;
- verifica scadenze e gestione rinnovi contrattuali;
- gestione delle utenze: attivazione, disdetta, pagamento (utenze Energia, gas, acqua)
- predisposizione per il pagamento delle fatture inerenti le utenze e i contratti;
- registrazione dei consumi e dei valori riportati sulle bollette delle utenze di energia elettrica e gas metano;
- gestione contratti (acquisto, vendita, convenzioni) beni di proprietà;
- predisposizione fine anno della documentazione di bilancio inerente i beni di proprietà, gli impianti, e i beni di terzi;
- raccolta e trasmissione di dati amministrativi o contabili richiesti al Servizio Immobili e Servizi Tecnici;
- gestione in formato pdf dei documenti principali inerenti i beni di proprietà e di tutti i documenti inerenti i beni di terzi;
- rapporti con l'economia sanitaria per quanto riguarda il patrimonio dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e gli immobili a destinazione sanitaria di Enti terzi;
- raccolta dati per il bilancio sociale;
- trasmissione dati immobili al Dipartimento del Tesoro;
- predisposizione delle delibere relative alle attività sopra indicate.

La gestione informatizzata permette inoltre di inviare annualmente i conteggi necessari per la registrazione di bilancio di fine esercizio.

Attività Nucleo Patrimonio 2010-2013					
	2013	2012	2011		Fonte
Determine	19	28	23		
Sist	10	13	18		
In collaborazione Servizio Procedure di Gara e Contratti	9	15	5		
Beni di terzi					
<i>Contratti in gestione</i>	94	98	124		database access
<i>Contratti attivi e concessioni</i>					
<i>mq totali * (corrette le superfici di Lavarone e Folgaria)</i>	48.606,00	48.985,08	47.855,76		
nuove attivazioni	0	5	7		database access
mq. nuove attivazioni	0	3.848,42	3.621,18		database access
dismissioni	4	31	13		database access
mq. dismissioni	851,00	2.719,10	7.927,70		database access
<i>Canoni annui locazioni</i>	€ 2.185.534,86	€ 2.208.121,56	€ 2.413.769,00		estrazione da eusis
Numero pagamenti locazioni	171	223	272		estrazione da eusis
<i>Altri costi godimento beni terzi</i>	€ 284.769,81	€ 356.096,72	€ 346.876,00		estrazione da eusis
Numero pagamenti altri costi godimento beni di terzi	93	110	136		estrazione da eusis
<i>Utenze Ambulatori non di proprietà</i>	5.571,57	€ 41.444,89	€ 44.238,00		estrazione da eusis
<i>* tralicci 113</i>					
Utenze					
<i>Numero utenze gestite</i>					
Energia elettrica	110	140	129		tabelle excel
Acqua	124	136	134		tabelle excel
Gas	35	51	42		tabelle excel
<i>N. bollette inviate in pagamento</i>					
Energia	925	835	974		Estrazione Eusis
Acqua	428	394	456		Estrazione Eusis
Gas	273	228	230		Estrazione Eusis
Totale	1626	1.457	1.660		
Totale costi utenze	2013	2012	2011		
Energia	€ 5.622.016,26	€ 4.299.009,95	€ 3.381.544,49		tabelle excel
Acqua	€ 892.066,90	€ 939.919,88	€ 918.113,64		tabelle excel
Gas	€ 166.255,81	€ 173.106,75	€ 134.602,27		tabelle excel
Totale	€ 6.680.338,97	€ 5.412.036,58	€ 4.434.260,40		

5. Provvedere alla copertura assicurativa degli immobili in uso

Il Servizio Affari Generali e Legali provvede alla stipula delle coperture assicurative. Il SIST comunica i dati del patrimonio e dei cantieri necessari a tal fine.

Al fine di tutelare il proprio patrimonio l'APSS è assicurata con polizza di copertura danni ai beni c.d. "all risk" la quale comprende tutti i danni materiali e diretti causati da qualsiasi evento, qualunque ne sia la causa, salvo quanto esplicitamente escluso, ai beni, anche di proprietà di terzi, mobili ed immobili, costituenti le sedi, i depositi, gli ambulatori, gli uffici nei quali si svolgono le attività istituzionali dell'APSS.

Fino al 30.06.2013 la copertura era garantita dalla Compagnia INA Assitalia S.p.A. in ATI con Assicurazioni Generali S.p.A.; dal 30.06.2013 è in vigore polizza con il Gruppo ITAS Assicurazioni.

Complessivamente nel 2013 sono stati registrati quattro sinistri relativi al patrimonio immobiliare aziendale e sono giunti a definizione due sinistri sorti nell'esercizio precedente.

6. Gestire gli impianti degli immobili in uso

Interventi ed attività effettuate ai fini della prevenzione della legionellosi.

- partecipazione puntuale all'attività del Gruppo di Lavoro aziendale;
- effettuazione, attraverso il gestore, delle attività di sanitizzazione, manutenzione, monitoraggio periodico degli impianti ed analisi dei campioni ai fini dell'individuazione di eventuali UFC:
 - 377 analisi batteriologiche nell'anno,

- analisi di temperatura e concentrazione sanitizzante nelle reti nel numero e con le periodicità previste dal protocollo aziendale;
- interventi di miglioramento per la sicurezza dei pazienti del presidio S.Chiara:
 - dismissione delle torri evaporative: è stata definita la convenzione APE per il parziale finanziamento dell'intervento, ora disponibile per la sottoscrizione, ed è stata redatta la relazione tecnica propedeutica alla determinazione di approvazione dell'intervento ed alla stipula del contratto;
 - pulizia canali aria: è stata fatta l'attività di ispezione, pulizia e sanificazione dei canali aria degli impianti dei blocchi operatori di Cavalese, Rovereto, Borgo Valsugana. Considerato che le sale di V.Igea e Cles sono state appena rimesse in funzione, rimane da effettuare l'attività presso il S.Chiara di Trento e l'ospedale di Arco e Tione dove l'intervento risulta più impattante;
 - piano di manutenzione: ulteriore revisione del piano previsto in CSA per ridurre i costi a carico di APSS secondo i principi della "Spending Review";
 - "Documento di Valutazione del Rischio Legionella e definizione degli obiettivi generali di prevenzione e controllo (art. 4.1 DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE 21 luglio 2008, n. 1115 "Approvazione linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi") - ANALISI DEI FATTORI AMBIENTALI ED IMPIANTISTICI": predisposizione dei documenti relativi ai presidi ospedalieri di Tione, Cles, Arco e Rovereto;

Controlli ed attività del contratto "Multiservice"

Sono state effettuate numerose riunioni tra RUP e Responsabili di Commessa per la definizione degli aspetti principali delle attività e dei sistemi da mettere in opera. Sono stati verbalizzati in forma ufficiale i dieci incontri più significativi - verbali a disposizione;

Numerosi altri incontri con i singoli responsabili di commessa e fra direzione lavori e direttori tecnici ATI sono intercorsi per definire aspetti di dettaglio della commessa;

Call Center

L'informatizzazione del procedimento consente di monitorare la quantità di richieste fatte dal personale aziendale, la tipologia e la distribuzione della tipologia sulle strutture, i tempi di risposta, archiviare in forma informatizzata e consultabile la documentazione relativa, monitorare l'efficacia ed efficienza del servizio attraverso la reportistica.

Il report relativo agli indici di qualità del servizio ha evidenziato che l'attività viene svolta nel rispetto dei tempi di intervento prescritti, salvo sforamenti in casi sporadici che alla verifica sono risultati giustificati da difficoltà nell'individuazione dell'origine del problema, esigenze di approfondimento della problematica in contraddittorio con la stazione appaltante, attesa di pezzi di ricambio.

Telecontrolli

Gli edifici principali sono gestiti dal telecontrollo. Parte dei sistemi è stata trasportata sui server di produzione, alcuni sono attualmente sui server di test per il completamento del periodo di sperimentazione.

Alcuni impianti non sono interfacciabili fino a sostituzione del relativo quadro elettrico di potenza (intervento oneroso e a carico di APSS).

Piano di manutenzione PM

Il piano di manutenzione è stato informatizzato ed inserito a sistema.

Il numero di interventi di manutenzione periodica programmata effettuati nel corso dell'anno è pari a 145.953, di cui, 51.218 sul solo S.Chiara. Tale valore non è direttamente raffrontabile con il

valore indicato nei precedenti report in quanto negli anni è stato via via completata l'integrazione a sistema delle strutture, inoltre, a seguito della revisione del piano di manutenzione le voci relative ad operazioni con stessa periodicità, eseguite su una singola macchina e dalla stessa persona, sono state accorpate.

Sistema informativo con registrazione attività e reporting

Le attività di reporting vengono progressivamente spostate dal sistema cartaceo al sistema informatizzato, come evidenziato negli esempi precedenti.

In questo modo, attraverso il sistema informatico, è possibile generare automaticamente gli ordini di lavoro quotidiani per il personale. Gli operai vengono progressivamente dotati di tecnologia palmare che permette di inserire in automatico a sistema anche l'attività svolta. Questo consente, attraverso un sistema di reportistica appositamente predisposto, il controllo puntuale del rispetto delle scadenze. (tra l'altro in base alla colorazione assegnata in relazione alla tempistica, si ottiene immediata evidenza dei ritardi). L'operatore finale è fortemente responsabilizzato in quanto facilmente individuabile nel caso in cui le verifiche campione svolte dai tecnici APSS dimostrassero la falsità dei dati dichiarati. Nel primo semestre si sono evidenziati alcuni disservizi, ritenuti non giustificabili, che hanno comportato l'irrogazione delle corrispondenti penali.

Contabilizzazione

E' in fase di completamento l'attività di contabilizzazione a consuntivo dell'attività svolta da ATI nel quarto anno.

A breve sarà predisposto l'aggiornamento prezzi nel rispetto delle indicazioni normative vigenti e di quelle contrattuali.

Il costo del servizio gestione calore dipende anche dall'andamento stagionale che è una causa esterna non governabile. L'indicatore che rappresenta l'andamento stagionale è il grado giorno: il valore medio dei gradi giorno sugli immobili considerati è stato nel 2013 pari a 3.198,78 superiore del 3% rispetto alla media di capitolato pari a 3.097.

Controlli ed attività del contratto "GasMedicinali"

Il nuovo contratto è in vigore con decorrenza 1 ottobre 2012.

E' stato approvato con deliberazione del Direttore Generale il Documento di Gestione degli Impianti di Distribuzione dei Gas Medicinali comprensivo di:

- o definizione delle responsabilità
- o procedure operative

che risulta operativo ed è liberamente consultabile in rete intranet.

Informazione è stata fornita a tutti gli operatori attraverso le FastNews aziendali ed è stato svolto un primo evento formativo a cui hanno partecipato tecnici del Servizio, il personale del Servizio di Prevenzione e Protezione, i Farmacisti.

Sono state avviate le attività di predisposizione dei sistemi informatici per:

- o l'anagrafe del patrimonio impiantistico, che permette di avere visione della struttura dell'impianto e di verificare le caratteristiche di ciascun singolo elemento, la sua posizione nell'edificio, gli altri elementi d'impianto a cui è collegato,
- o il telecontrollo impianti,
- o la reportistica,
- o la gestione di magazzino,

Si è provveduto all'implementazione a sistema degli impianti del P.O. di V.Igea, l'attivazione degli impianti del Nuovo Villa Rosa di Pergine Valsugana ed a seguire è prevista la migrazione dalla vecchia alla nuova centrale dei gas dell'Ospedale di Tione.

Attività tese alla riqualificazione energetica delle strutture aziendali

Sono stati effettuati i seguenti interventi di riqualificazione:

- riqualificazione della centrale termica della Palazzina A del Centro Servizi Sanitari di Trento,
- realizzazione di scambiatori ad acqua di pozzo con conseguente dismissione delle torri evaporative per l'impianto di raffrescamento del P.O. S.Chiera di Trento,
- realizzazione di centrale termica presso l'edificio ex-IPAI con dismissione della sottocentrale a vapore e della linea di trasporto vapore dalla centrale termica del S.Chiera,
- sostituzione macchina per il raffrescamento della Sede,
- rifacimento parziale canali aria del VI piano degenze con alimentazione da UTA del sottotetto sottoutilizzate anziché da quelle originarie al piano terra sovraccaricate,
- Sostituzione collettore vapore nei cunicoli del S.Chiera di Trento e riparazione numerose perdite che comportavano sprechi energetici dovuti alla fuoriuscita di vapore ad alta pressione e temperatura.

Sono in fase di progettazione numerosi interventi di adeguamento impiantistico in diverse strutture.

- riqualificazione della centrale termica della Palazzina B del Centro Servizi Sanitari di Trento,
- utilizzo del bacino di energia di tipo geotermico del P.O. S.Chiera di Trento, costituito da acqua di pozzo ad una temperatura adatta per sfruttamento termico, ed impiego delle unità frigorifere in modalità di pompa di calore per estrarre calore dalla falda e produrre acqua calda a bassa temperatura da asservire ad alcuni circuiti quali quelli dei pannelli radianti a pavimento e del post-riscaldamento aria delle UTA.
- Realizzazione cappotto e serramenti del P.O. di Rovereto

Sono in fase di studio i seguenti interventi in tutto o in parte a carico del gestore che recupererà l'investimento attraverso i maggiori margini ricavabili sul canone contrattuale:

- realizzazione di accordo inter-enti e gestori per la realizzazione di nuova centrale termica/frigorifera presso l'edificio Crosina Sartori con dismissione della sottocentrale a vapore e della linea di trasporto vapore dalla centrale termica del S.Chiera. Questo intervento presuppone l'utilizzo come fonte geotermica di un pozzo autorizzato esistente sul terreno dell'asilo, il Trasferimento del calore estratto dall'edificio in condizioni di raffrescamento per il riscaldamento delle piscine comunali, l'utilizzo in pompa di calore dell'impianto frigorifero nella stagione invernale per circuiti a bassa temperatura del Crosina, principalmente preriscaldamento acqua calda sanitaria, e delle piscine comunali;
- realizzazione di impianto fotovoltaico sulla copertura della Sede;
- rifacimento parziale canali aria del V piano del Corpo degenze del S.Chiera di Trento;
- sostituzione caldaia palazzina C, dismissione bollitore a gas e posa imp. solare termico per produzione acqua calda sanitaria presso il Centro Servizi Sanitari di Viale Verona (intervento che presumibilmente si renderà necessario visti i problemi avuto sui Corpi A e B);
- sostituzione UTA bunker e pulizia canali zona bunker del S.Chiera di Trento;
- spostamento gruppi frigo V.Igea per messa a norma centrale termica e separazione parte caldo da parte freddo;
- realizzazione impianto di freecooling presso CED per lo sfruttamento delle condizioni termiche esterne nelle stagioni fredde e negli orari notturni.

7. Gestire la manutenzione ordinaria e di pronto intervento degli immobili in uso

L'attività viene svolta in parte in amministrazione diretta tramite il personale operatore tecnico del SIST (elettricisti, idraulici, caldaisti, falegnami,...) ammontante a n. 113 operai ad oggi e in parte tramite ordinativi e contratti con Ditte esterne.

Annualmente viene redatto dal Nucleo Patrimonio un riepilogo dei dati inerenti i costi di gestione aggregati secondo varie modalità ottenuto intrecciando i dati del SIST con quelli forniti dal Servizio Controllo di Gestione. Nel 2013 la spesa al 31 dicembre per i principali presidi ospedalieri risulta pari ad € 33.040.198,33 corrispondente a un valore medio 28,58 €/m3.

Tutti i valori, ad esclusione delle voci energia elettrica e forza motrice, acqua, gas e Appalto Multiservice, sono stati forniti dal Servizio Controllo di Gestione con estrazione al 28 marzo 2014.

Per quanto riguarda le utenze sono stati considerati i valori registrati dal Nucleo Patrimonio come risultanti dalle bollette giunte sino al 28 marzo 2014 con opportuni aggiustamenti di valori in base agli andamenti osservati negli ultimi cinque anni. I valori dell'appalto Multiservice sono valori provvisori stimati con il conguaglio 2013. I valori del personale sono i valori 2012.

Di seguito si riportano le variazioni dei costi di pertinenza del Servizio Immobili e Servizi Tecnici nel triennio 2011-2013.

Alcune differenze con i valori riportati nella relazione precedente sono dovuti all'aggiornamento dei valori secondo i dati contenuti nelle fatture di competenza, ciò perché le somme pagate sugli accantonamenti non sono registrate dalla contabilità analitica (parte delle utenze pervenute dopo il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di competenza non risultavano imputate all'immobile).

COSTI PRESIDI OSPEDALIERI - VALORI ASSOLUTI PER PRESIDIO

Presidio	Valore anno 2011	Valore anno 2012	Valore anno 2013
Ex O.P. Pergine	€ 2.904.771,94	€ 3.264.278,06	€ 3.865.431,24
Pres. Osp. Alto Garda	€ 2.836.266,17	€ 3.136.291,79	€ 3.132.222,15
Pres. Osp. di Ala	€ 255.721,92	€ 264.604,28	€ 290.514,19
Pres. Osp. di Borgo	€ 1.925.261,85	€ 1.942.161,17	€ 2.214.795,20
Pres. Osp. di Cavalese	€ 1.373.206,68	€ 1.640.757,24	€ 1.578.942,08
Pres. Osp. di Cles	€ 2.054.322,21	€ 2.279.522,99	€ 2.587.709,63
Pres. Osp. di Rovereto	€ 4.845.483,75	€ 5.377.718,14	€ 5.602.324,25
Pres. Osp. di Tione	€ 1.217.981,53	€ 1.202.072,47	€ 1.281.743,80
Pres. Osp. S.Chiera	€ 9.027.172,41	€ 10.709.106,82	€ 10.959.741,13
Pres. Osp. S.Giovanni	€ 274.735,14	€ 204.218,80	€ 232.623,03
Pres. Osp. Villa Igea	€ 856.162,36	€ 987.201,34	€ 1.076.216,05
Pres. Osp. Villa Rosa	€ 330.618,96	€ 336.488,81	€ 217.935,56
Totale complessivo	€ 27.901.704,92	€ 31.344.421,92	€ 33.040.198,33

COSTI PRESIDI OSPEDALIERI - VALORI ASSOLUTI PER CONTO

Descrizione	Valore - 2011	Valore - 2012	Valore - 2013
Acqua	€ 863.769,70	€ 887.864,43	€ 970.213,53
Altre manutenzioni in appalto	€ 47.694,33	€ 86.180,08	€ 81.873,04
Altri servizi in appalto	€ 807.056,29	€ 825.403,06	€ 689.987,46
Altro materiale di consumo	€ 100.410,75	€ 95.792,48	€ 93.224,46
Combustibili	€ 15.200,04	€ 12.999,96	€ -
Energia elettrica e forza motrice	€ 2.498.110,05	€ 3.348.910,34	€ 4.687.723,81
Gas	€ 12.944,23	€ 17.945,81	€ 43.276,43
Manutenzione in appalto degli impianti e macchinari	€ 1.558.343,96	€ 1.456.790,09	€ 1.654.851,90
Manutenzioni in appalto attrezzature tecnico-economali	€ 471.123,29	€ 330.981,93	€ 247.641,94
Manutenzioni in appalto degli immobili e loro pertinenze	€ 2.251.836,35	€ 2.551.070,53	€ 1.828.062,55
Materiali per manutenzioni e riparazioni di immobili	€ 641.182,28	€ 692.350,57	€ 619.589,60
Personale Operai	€ 4.094.666,59	€ 4.009.692,92	€ 4.009.692,92
Appalto Multiservice	€ 14.539.367,06	€ 17.028.439,72	€ 18.114.060,69
Totale complessivo	€ 27.901.704,92	€ 31.344.421,92	€ 33.040.198,33

8. Provvedere alle periodiche verifiche di funzionamento/sicurezza degli immobili in uso

Per legge è necessario effettuare e registrare le verifiche tecniche (estintori, idranti e naspi, porte antincendio, armadi antincendio, rilevatori di fumo, segnaletica di sicurezza, evacuazione gas medicali, gruppi elettrogeni, gruppi di continuità, lampade di emergenza, impianti di terra, impianti protezione scariche atmosferiche, trasformatori di isolamento, ispezioni aviosuperfici, ...).

Ai sensi del DPR 462/01 obbliga l'affidamento delle verifiche elettriche ad un ente terzo certificato con ispezioni periodiche sull'attività di manutenzione svolta.

Per questioni di carattere legale è necessario registrare ed effettuare anche altri tipi di verifiche tecniche (percorsi, parti appese, vetri, parapetti, ...).

L'attività è stata svolta dalle competenti unità organizzative del SIST e si è proceduto ad un riesame periodico dell'attività analizzando i principali indicatori al fine di valutare eventuali criticità.

9. Sviluppare attività di monitoraggio per la valutazione e il riesame del processo da parte della direzione aziendale.

L'attività viene svolta mediante il controllo di tabulati e indicatori in particolare mediante l'analisi degli scostamenti e delle anomalie.

In particolare la Dirigenza svolge un riesame periodico degli indicatori dell'attività.

INTERVENTI EDILIZI SULLE STRUTTURE

ALA

- **Risanamento conservativo ex convitto Silvio Pellico** (totale € 7.760.000 di cui € 4.495.000 per intervento APSS) : l'intervento prevede la realizzazione di spazi didattici (aule e laboratori) e stanze per gli studenti con relativi spazi di supporto. Inoltre l'intervento comprende la realizzazione per il comune di aule scolastiche e mensa. Lavori aggiudicati con verbale del 18.10.2012. Inizio cantiere 08.04.2013 . Con nota del 09.10.2013 la PAT ha comunicato che l'edificio verrà destinato completamente a fini scolastici per il Comune. Sono state avviate le procedure per la variante progettuale.
- **Struttura sanitaria di Ala: adeguamento antincendio (€ 334.786,81)** . Effettuata gara il 12.09.2013;
- Interventi minori ultimati:
 - installazione definitiva del gruppo di pressurizzazione antincendio (€ 15.000) recuperato dal S Chiara.

ARCO – presidio ospedaliero monoblocco

- **Potenziamento della rete di emergenza (€ 150.000)**: è previsto il recupero del gruppo elettrogeno da 800 kVA dall'ospedale di Rovereto; Opere elettriche contratto del 06.11.2013; Opere edili contratto del 29.10.2013.
- Interventi minori ultimati:
 - Sistemazione parapetto in c.a. sopra l'accesso principale (€ 50.000,00);
 - remotizzazione allarmi; € 17.588,70.

BORGO VALSUGANA – presidio ospedaliero

- **Ristrutturazione e ampliamento dell'edificio principale (€15.300.000)**. Si tratta dell'ampliamento ovest e della ristrutturazione di parte dell'edificio principale (ampliamento del pronto soccorso e radiologia, nuova dialisi, nuovo blocco operatorio, nuovi laboratori. Conferenza dei servizi preliminare del 08.05.2013. Richiesta parere CTA del 24.05.2013 . Seduta Comitato Tecnico Amministrativo del 15.06.2013 . Parere CTA pervenuto il 25.09.2013 . In corso valutazioni per adempiere alle prescrizioni del CTA.
- **Nuova autorimessa ambulanze e sede del servizio 118 (€ 1.500.000)**: I lavori principali sono sostanzialmente ultimati. In corso la richiesta di agibilità.
- **Messa a norma antincendio Edificio Principale(€ 428.450)**: Determina 11.04.2013 . Affidamento 18.09.2013 .
- **Messa a norma antincendio ex Sanatorio e edificio Servizi (€ 675.256,31)**: Determina 05.04.2013. Affidamento 18.09.2013. Contratto del 31.12.2013.
- Interventi minori ultimati:
 - Adeguamento e messa in sicurezza impianti elevatori € 18.400;

BRENTONICO

- **Realizzazione Casa salute (€ 998.000)** : è un nuovo edificio di due piani fuori terra; piano terra servizi ambulatoriali di medicina pubblica (ufficiale sanitario, centro prelievi e infermieristico, servizio ostetrico e pediatra) piano primo medicina generale e medici di base. Edificio ultimato e attivato Ottobre 2013.

CAVALESE

- **Lavori di ampliamento Sud dell'Ospedale (€ 13.000.000):** a seguito dell'approvazione del piano edilizia della PAT del Novembre 2011 si prevede un intervento in ampliamento in cui collocare l'ampliamento del pronto soccorso, un piano di degenze e un piano per le nuove sale operatorie. In corso di ultimazione il progetto preliminare architettonico.
- **Adeguamento antincendio dell'Ospedale (€ 500.000):** il primo stralcio riguarda la realizzazione dell'impianto rilevazione incendi quale intervento prioritario di messa a norma. E' stato redatto il progetto esecutivo.
- **Riqualificazione stanze degenza blocco ovest e sostituzione serramenti esterni (€ 747.409,02):** L'intervento prevede la riqualificazione delle stanze di degenza del blocco ovest (1955) trasformando le attuali stanze da due posti letto in stanze da tre posti letto con bagno accorpando due stanze per volta. Parere tecnico amministrativo del 18.12.2013 .
- Interventi minori ultimati:
 - sostituzione serramenti locali anestesisti e portineria al primo e secondo piano; € 15.439,17;

CLES

- **Ampliamento e ristrutturazione dell'Ospedale (€ 23.172.000) :** i lavori sono ultimati e sono proseguite le attività per l'attivazione dei nuovi reparti e di completamento come segue. Attivazione blocco operatorio 18.02.2013 . Attivazione blocco parto ostetricia 23.10.2013 .
- **Nuovo archivio seminterrato (€ 420.803)** certificata la regolare esecuzione Aprile 2013.
- **Ristrutturazione cappella Ospedale (€ 245.740,39);** certificata la regolare esecuzione il 28.02.2013.
- **Realizzazione dell'area "terapia Fisica e Riabilitazione" a piano terra del corpo geriatrico (€ 550'000) :** Ultimazione 26.03.2013 . Regolare esecuzione 08.10.2013 .
- **Ristrutturazione ex Cassa Malati (€ 300.000)** l'intervento riguarda il piano rialzato, primo piano e seminterrato lato nord est per ubicazione appartamento protetto per C.S.M. e ambulatorio per piccoli animali,uffici veterinari. Contratto del 09.04.2013. Lavori ultimati.
- **Interventi di messa in sicurezza :** A seguito dello sfondellamento del solaio sopra la scala della Radiologia avvenuto il 21 marzo 2013 si è dato seguito ad una serie di lavori e attività.

Sono stati programmati e finanziati i seguenti interventi in **somma urgenza (€ 1.350.000);** i lavori riguardano lo spostamento delle attività ambulatoriali presenti nel corpo est diventato inagibile dopo lo sfondellamento del solaio, le verifiche tecniche ed i ripristini dell'intradosso del solaio nelle zone a rischio.

Determina n. 745 del 14.05.2013 (€ 400.000)

- affido della prima verifica del rischio "sfondellamento solai" del corpo est e della progettazione delle opere provvisorie necessarie per garantire la sicurezza degli ambienti di detto fabbricato;
- indagini distruttive e non, propedeutiche alla definizione della qualità dei materiali strutturali impiegati per il corpo est e alla redazione del certificato di idoneità statica. Le indagini hanno evidenziato che il corpo est realizzato nel 1968 è agibile mentre quello realizzato nel 1975 ha un'agibilità limitata nel tempo;
- indagini sull'intera struttura ospedaliera per la verifica del rischio sfondellamento dei solai;
- la mappatura dei controsoffitti e carichi appesi dell'ospedale;

- lavori in varie zone del presidio per poter accogliere le attività ambulatoriali trasferite dai locali inagibili del corpo est;
- ripristino scala radiologia 12.08.2013;
- le opere provvisorie e di ripristino solaio, sia nella scala oggetto dello sfondellamento che in altre zone del presidio, per eliminare le situazioni con rischio sfondellamento;

Delibera n. 247 del 14.05.2013 (€ 950.000):

- spostamento del punto prelievi (€ 567.000); determina 04.11.2013; importo contrattuale € 350.291,40; contratto del 26.11.2013;
- adeguamento degli spazi dell'U.O. di Radiologia Diagnostica al fine della ricollocazione dell'area TAC (€ 480.000); progetto novembre 2013;
- Adeguamento in somma urgenza scala esterna punto prelievi; contratto del 21.10.2013 per € 20.590,93;

Sono stati programmati e finanziati i seguenti interventi in **estrema urgenza (€ 700.000)**; determina n. 1536 del 15.10.2013:

- prefabbricato per autorimessa definitiva TE 118 nell'area del piazzale Geriatrico (€ 150.000); inizio lavori 12.11.2013; attivazione utilizzo 18.12.2013 .
- demolizione del corpo est ('75) (€ 80.000);
- risanamento dei solai delle officine al piano seminterrato del corpo '68 (€ 70.000);
- risanamento solai della Radiologia al piano terra del corpo '68 (€ 200.000);
- adeguamento di una parte dell'ex Laboratorio Analisi al piano rialzato del corpo ambulatori '68 per realizzare spazi idonei per l'unità raccolta sangue (€ 200.000);

• **Interventi minori ultimati:**

- Adeguamento impianto illuminazione esterna lato sud ospedale geriatrico; € 17.168,00;
- Opere elettriche per trasferimento ostetricia € 19.164,26;
- Opere edili per trasferimento ostetricia € 22.623,01;
- Opere da serramentista per trasferimento ostetricia € 12.994,76;
- Continuità assoluta osservazione breve e semintensiva € 18.250,00;
- Spostamento linee elettriche piani geriatrico; € 23.004,40;
- Nuova vasca parto reparto ostetricia; € 18.757,86;
- Fornitura e posa 20 box doccia per 1° e 2° piano 4° lotto; € 12.150;

MEZZOLOMBARDO

- **Appalto misto ricostruzione Presidio Ospedaliero e gestione servizi tecnici (opera € 23.500.000, gestione €/anno 750.000 per 9 anni)** L'opera prevede la realizzazione di un edificio di 44.000 metri cubi circa che conterrà ambulatori infermieristici, la medicina di base, la radiodiagnostica, il primo intervento, il centro salute mentale , il centro disturbi alimentari, la specialistica e l'interventistica ambulatoriale, l'hospice e la degenza territoriale. L'opera è seguita dalla PAT e l'appalto è in corso.
- Interventi minori ultimati:
 - Realizzazione P.U.A. presso il padiglione Nord (€ 90.000);

PERGINE VALSUGANA - Presidio ex Ospedale Psichiatrico:

- **Riqualificazione funzionale e messa a norma Maso S. Pietro e Maso Tre Castagni (€ 486.432,58)** . Lavori eseguiti tramite convenzione con la Fondazione Opera "S. Camillo". In corso Maso S. Pietro.
- Interventi minori ultimati:
 - Completamento installazione impianti elettrici e vari edifici ex neuro ex osservazione; € 11.850,00;
 - Rifacimento impianto di illuminazione viale principale; € 49.792,15 .

PERGINE VALSUGANA - Nuovo Ospedale Villa Rosa:

- **Deposito temporaneo dei rifiuti (€ 405.000)** : i lavori consistono nella realizzazione di un ampio piazzale asfaltato e recintato con all'interno box e pensilina; parere tecnico amministrativo del 21.05.2013; determina 09.07.2013 ; gara 01.10.2013; contratto del 10.12.2013;
- **Controllo accessi e impianti speciali (€ 1.050.000)**: riguardano la realizzazioni degli impianti di controllo accessi (citofono, badge, transponder,...) e speciali (rilevazione incendi, pannelli allarme, antintrusione, videosorveglianza, supervisione...) dell'intero edificio. Lavori ultimati e collaudati;
- **Realizzazione controsoffitti (€ 325.000)**: si tratta dello smontaggio e rimontaggio dei controsoffitti nelle zone interessate dai lavori impiantistici. I lavori sono ultimati e collaudati;
- **Completamento impianti elettrici (€ 2.800.000)**: si tratta degli impianti rete dati, chiamata infermiere, impianti multimediali... e di adeguamento integrazione degli impianti esistenti alle nuove esigenze, oltre a nuovi impianti per la gestione delle emergenze. I lavori sono ultimati e collaudati;
- **Realizzazione impianti termo meccanici (€ 460.000)**: si tratta di adeguamenti impiantistici di locali oggetto di modifiche per nuove esigenze. I lavori sono ultimati e collaudati;
- **Realizzazione opere da pittore (€ 260.000)**: si tratta della tinteggiatura di pareti e soffitti nelle zone interessate dai lavori impiantistici o non completate precedentemente. I lavori sono ultimati e collaudati;
- **Sistemazioni esterne e parcheggio** (i lavori sono gestiti direttamente dalla PAT): E' stata eseguita la realizzazione del parcheggio a raso ed il completamento della viabilità di accesso all'edificio. I lavori sono ultimati e collaudati;
- **Adattamento parziale edificio ex cucine ex mensa (€ 254.070)** . I lavori sono ultimati e collaudati;
- **Adeguamento impianti elettrici per ampliamento rifacimento cucine (€ 131.000,00)** . parere tecnico amministrativo 10.04.2013. Determina 18.04.2013 . I lavori sono ultimati e collaudati;
- **Adeguamento impianti meccanici per ampliamento rifacimento cucine(€ 150.000,00)** . parere tecnico amministrativo 10.04.2013. Determina 18.04.2013; ultimazione lavori 15.08.2013;
- Interventi minori ultimati:
 - Impianto citofonico e opere minori; € 26.398,90;
 - Completamento opere meccaniche della cucina; € 23.179,40;
 - Adeguamento impianto produzione vapore; € 31.864,70;
 - Protezioni murali stanze e ambulatori; € 45.867,79;
 - Tende doccia e box doccia per disabili; € 37.146,00;
 - Segnaletica contratto € 68.206,13;
 - Montaggio teli copertura piscina; € 26.022,77;

- Impianto chiamata infermiera spogliatoi; € 49.988,84;
- Sistemazione serrande tagliafuoco; € 18.055,49;
- Completamento porte automatiche e manutenzione; 16.04.2013;
- Adeguamento cabina elettrica e illuminazione sicurezza € 49.490,44;
- Segnaletica € 95.161,00;
- Opere edili sale radiodiagnostica; €16.720,50;
- Rinforzi strutturali diagnostiche radiologiche; € 20.017,00;
- Chiusure passaggi REI antincendio; € 45.718,97;
- Solleva pazienti ancorati a soffitto € 40.586,90;
- Protezione balconi stanze degenza e pareti divisorie area laserterapia e spogliatoi € 44.366,88;
- Accessori e attrezzatura (scale e parapetti) piscina € 31.450;

PINZOLO

- **Nuovo presidio socio sanitario** (totale stimato € **1.950.000** di cui € 400.000 in carico al Comune): l'intervento prevede la realizzazione di 10 nuovi ambulatori di cui 5 dedicati alla medicina generale in un edificio che sorgerà in prossimità della RSA "Abelardo Collini". Parere tecnico amministrativo del 09.12.2013.

POZZA DI FASSA

- **riqualificazione funzionale (€ 80.000)**: lavori in corso marzo 2013; lavori ultimati 2013;
- Interventi minori ultimati:
 - Metanizzazione con sostituzione caldaie, realizzazione impianto solare termico, allacciamento al telecontrollo.

PREDAZZO

- **Nuova centro servizi sanitari (€ 2.300.000)**: sono state valutate varie ipotesi per la realizzazione di un centro servizi sanitari per Predazzo. A seguito dell'incontro con l'Amministrazione Comunale del 09.09.2013 è stato riattivato l'iter di progettazione. Eseguiti rilievi e indagini geologiche.
- **messa a norma antincendio edificio (€ 67.262,33)**: Lavori ultimati Ottobre 2013.
- Interventi minori ultimati:
 - Adeguamento centrale termica € 19.092,30;

ROVERETO – presidio ospedaliero

- **Realizzazione di sorgenti di sicurezza elettrica a servizio del corpo degenze (€ 630.000)** si prevede una nuova rete di distribuzione elettrica principale dei circuiti di emergenza e la fornitura di gruppi di soccorso a servizio delle nuove dorsali; parere tecnico amministrativo del 20.05.2013;
- **Riqualificazione dell'8° piano edificio degenze (€ 5'963'879,88)** l'intervento prevede la ristrutturazione e riqualificazione funzionale del piano . Determina 08.01.2013 . I lavori principali saranno appaltati nella seconda metà del 2014 in quanto nell'appalto della

riqualificazione zona nord del 7° piano è prevista la dorsale impiantistica che alimenterà anche l'8° piano.

- **Riqualificazione della zona nord del 7° piano edificio degenze (€ 4.190.000)** l'intervento prevede la realizzazione di una sala operatoria dedicata, la riqualificazione del blocco parto con tre sale travaglio/parto e la riqualificazione del nido . Parere tecnico amministrativo del 12.06.2013. Determina a contrarre del 29.08.2013 .
- **Parcheggio nord-ovest (€ 610.000)** l'intervento originario prevedeva la realizzazione a raso di 158 p.m. . A seguito procedura VIA il parcheggio è stato ridimensionato a 89 posti auto. Rescissione in danno e riaffidamento lavori con determina del 11.06.2013; nuovo contratto del 09.08.2013. Il parcheggio è agibile dal Dicembre 2013 .
- **Riqualificazione involucro edificio degenze (€ 5.400.000)** L'intervento migliorerà notevolmente il comfort termico dell'edificio degenze sostituendo i serramenti ed applicando un cappotto isolante alla facciata dell'edificio. Determina per gara 22.01.2013; contratto del 27.03.2013. Inizio lavori 03.06.2013 .
- **Nuova dialisi (€ 2.800.000):** l'intervento riguarda la chiusura di una corte interna dell'ospedale per la realizzazione della nuova dialisi per 12 pL oltre a 2 pL contumaciali. . Determina del febbraio 2013. Inizio lavori 05.11.2013 .
- **Messa a norma antincendio prima fase.** La prima fase è stata stimata per € 7.500.000. l'intervento riguarda la compartimentazione delle scale dell'edificio degenze, la realizzazione dell'anello esterno antincendio e della nuova centrale gas medicali. E' stata richiesta la deroga urbanistica al Comune di Rovereto ed al Servizio Urbanistica della PAT in quanto la centrale dei gas medicali ed il serbatoio della acqua sono ubicati in zone urbanisticamente non destinate alla costruzione di edifici.
- **Adeguamento strutturale e antincendio dei magazzini Farmacia e ristrutturazione area uffici e laboratorio (€ 707.433,61);** Contratto del 12.03.2013 lavori in corso.
- **Ristrutturazione dell'area attesa del centro prelievi (€ 286.120,12);** i lavori riguardano la ristrutturazione dell'area attesa del centro prelievi e lo spostamento e ampliamento dell'area stoccaggio liquidi di laboratorio; E' stato acquisito il parere del competente Servizio Antincendi della PAT. Affidamento il 24.09.2013 . Contratto del 14.11.2013 . Inizio lavori 02.12.2013.
- **Edificio ex casa di Riposo adeguamento antincendio(€ 550.000):** Parere tecnico amministrativo 24.06.2013. Determina 23.07.2013. Aggiudicazione 18.12.2013.
- **Complesso "vecchi edifici" adeguamento antincendio (€ 500.000):** Lavori ultimati 28.02.2013.
- **Completa sostituzione impianti elevatori 7, 8, 9 e 10 edificio degenze (€ 370.000,00):** affidamento 31.05.2013.
- Interventi minori ultimati:
 - Riqualificazione climatizzazione fisioterapia; € 43.921,60;
 - Sistema di telecamere per U.O. di medicina; € 16.392,83;
 - Rifacimento impianto illuminazione giro scale principale; € 11.024,52;
 - Rifacimento impianto illuminazione laboratorio analisi; € 14.803,08;
 - Porte REI e vetrate presso I reparto Medicina; € 11.219,89;
 - Fresatura e ripristino conglomerato bituminoso piazzali; €12.025;
 - Sostituzione funi, puleggia e supporto albero ascensore €11.250.
 - Rifacimento tratto principale di acquedotto all'interno del plesso ospedaliero.

ROVERETO

- **Realizzazione nell'area "ex Bimac" del nuovo Centro Servizi Sanitari** per le attività amministrative e territoriali (€ 13.990.00). E' stata delegata ITEA per la progettazione e direzione lavori. I lavori sono in corso. Nel corpo del 2012 si è conclusa la riprogettazione prevedendo di centralizzare presso l'area anche le attività ora collocate presso via S. Giovanni Bosco e Piazza Leoni. Ciò ha comportato una rimodulazione del riparto delle spese tra ITEA e APSS. Lavori in corso.

STORO

- Interventi minori ultimati:
 - realizzazione opera d'arte "sconfinamenti"; € 42.072,81;

TIONE

- **Ristrutturazione del presidio ospedaliero di Tione 1° stralcio (€ 17.770.000).** i lavori riguardano una prima parte di lavori di ristrutturazione interna dell'ospedale. Prevedono inoltre l'adeguamento sismico dell'edificio e la realizzazione di un nuovo parcheggio esterno e opere impiantistiche generali. I lavori sono in corso e sono state eseguite e completate le opere esterne. In corso i lavori nel corpo C3 e di adeguamento antisismico.
- Interventi minori ultimati:
 - CSM realizzazione porte REI; € 13.560,00;

TONADICO

- Interventi minori ultimati:
 - Realizzazione linee vita e posa in opera di velux € 10.000;

TRENTO

- **Sede APSS via Degasperi: opere di messa a norma antincendio (€214.300).** Parere tecnico amministrativo 06.05.2013. Durata 90 giorni. Determina agli atti Direzione dal 12.09.2013 per valutazioni.
- **Via Paolo Orsi - realizzazione della nuova sede della guardia medica (€405.154).** L'intervento prevede la realizzazione di: spogliatoi per Trentino Emergenza e Scuola infermieri, distinti per maschi e femmine, con relativi servizi igienici dotati anche di docce ed un deposito; per il Servizio di Continuità Assistenziale due ambulatori, due stanze per il medico di guardia con servizi, un ufficio-accettazione, servizi per il pubblico (di cui uno ad uso disabili) e sala d'attesa. Attività avviata il 31.07.2013 .
- **Edificio Camparta Alta: realizzazione lavori di messa a norma antincendio, risanamento torre camino e collegamenti fognari:** i lavori di messa a norma antincendio e collegamenti fognari (€ 464.000) Certificato regolare esecuzione del 25.07.2013 .
- **via Malta - Area Laboratori della Banca del Sangue manutenzione straordinaria (€ 240.000,00)** inizio lavori 16.09.2013.
- Interventi minori ultimati:
 - Sede APSS – nuovo gruppo elettrogeno; € 21.100,00;
 - Via Paolo Orsi – completamento impianto di climatizzazione € 47.966,00;
 - CSS- Riqualificazione centrale termica presso corpo A € 34.035,84;
 - CSS - isolamento acustica ambulatori; € 18.867,01;
 - Sede APSS – messa a norma infissi; € 50.000;
 - Via Paolo Orsi – impianto di climatizzazione: € 41.215;
 - Villa Igea sostituzione impianto trattamento acqua di caldaia; € 13.500,55;

TRENTO – Ospedale S.Chiera

- **Riqualificazione dei locali mensa e cucina (€ 707.6071,26 esclusa IVA** di cui € 325.000 per lavori); i lavori sono eseguiti dall'ATI aggiudicataria del servizio di ristorazione. Determina del 14.11.2013.
- **Terminale di finitura pasti (€ 2.200.000)** l'intervento prevede la realizzazione di una struttura metallica prefabbricata per la preparazione dei pasti dell'Ospedale di Trento che sorgerà sull'area ex Enderle in corso di acquisizione da parte della PAT. I lavori sono stati aggiudicati sulla base di un progetto preliminare ed ora è in corso la progettazione esecutiva. Progettazione sospesa in Dicembre 2013 in attesa decisione TAR.
- **Nuovo impianto raffreddamento con acqua di pozzo (€ 299.517,87):** l'impianto consentirà la chiusura delle torri evaporative con conseguente riduzione del rischio legionellosi e risparmio sui costi di energia elettrica e acqua; l'intervento è partecipato da APE e ATI multiservice; parere tecnico amministrativo del 05.02.2013; contratto 11.04.2013; lavori ultimati.
- **Adeguamento antincendio dell'Ospedale. € 2.050.000.** Determina approvazione progetto esecutivo e a contrarre del 06.08.2013; contratto del 20.12.2013..
- **Adeguamento laboratori di anatomia patologica (€ 826.000).** In un'ottica di razionalizzazione degli interventi sul S.Chiera richiesta dalla PAT l'intervento è rivisto il progetto. Lavori ultimati 2013.
- **6° piano opere di manutenzione straordinaria – realizzazione del day hospital medico (€ 650.000):** I lavori sono ultimati nel 2013 .
- **Trasferimento day hospital medico dal 5° piano al 6° piano e opere di manutenzione straordinaria al 5° piano (€ 232.000):** come da piano edilizia PAT approvato in Novembre 2011 si procederà con l'esecuzione di interventi di manutenzione straordinaria e riqualificazione dei reparti. Perizia del 28.12.2013.
- **3° piano opere di manutenzione straordinaria (€ 1.000.000):** come da piano edilizia PAT approvato in Novembre 2011 si procederà con l'esecuzione di interventi di manutenzione straordinaria e riqualificazione del reparto. Lavori eseguiti per fasi. Lavori in corso di ultimazione;
- **Impianto protezione scariche atmosferiche (€ 2.000.000):** l'intervento riguarda la realizzazione dei lavori esterni di protezione. Progetto in corso.
- **nuovo D.H. Pediatrico (€ 565.000);** (Ristrutturazione degli spazi della ex Farmacia) progetto esecutivo pronto. Lavori ultimati 04.03.2013. Regolare esecuzione 24.09.2013 .
- **Nuova RMN (€ 1.800.000 complessivo di cui € 720.000 per i lavori** la rimanenza per la fornitura dell'apparecchiatura); si prevede di utilizzare l'area dell'ex centro trasfusionale, per consentire l'ampliamento dell'U.O. di Radiologia, sita al Piano Terra ala ovest corpo stellare del Presidio ospedaliero S. Chiara, per la Risonanza magnetica n. 2. Determina 22.01.2013 . Inizio lavori 28.01.2013 . Ultimazione 30.06.2013 .
- **Compartimentazione e nuove uscite d'emergenza (€ 305.572,12)** verso le scale esterne antincendio, sul lato est ed ovest dell'edificio degenze (6°, 5°, 4°, 3°, 2° e 1° piano del Corpo C) quali vie di fuga antincendio). Aggiudicazione 16.04.2013. Contratto del 31.05.2013 per € 192.418,00;
- **Rifacimento impermeabilizzazione copertura edificio Oncologico (€ 146.355,12):** Inizio lavori 06.07.2013;
- **Adeguamento strutturale in sala 9 radiologia** per sostituzione apparecchiatura radiologica (**€ 105.695,90**). aggiudicazione 21.02.2013. Contratto del 06.06.2013.
- **Manutenzione straordinaria 2° piano (€ 200.000)** determina del 18.09.2012. Si prevede di sostituire le porte interne che si affacciano sul corridoio, di integrare le fasce paracolpi e di tinteggiare il corridoio. Lavori ultimati.

- Interventi minori ultimati:
 - camera mortuaria; serramenti € 18.690,20 opere edili € 14.267,65;
 - Sistemi di ricircolo a servizio dei bollitori; € 12.701,34;
 - Installazione sistemi di ricircolo a servizio bollitori acqua calda; € 12.701,34 ;
 - Sostituzione UPS cabina C2 € 38.146,69;
 - Sistemi antivolatile; € 26.170,65.
 - Montante acqua calda e ricircolo piano terzo corpo C est; €18.931,33;
 - Straordinaria manutenzione impianto elettrico terapia intensiva 1; € 38.533,57;
 - Sostituzione boiler corpo B; € 18.369,03;
 - Sostituzione TAC 16 strati con TAC 64 strati piano rialzato corpo F €47.571,92;
 - Adeguamenti antincendio e impiantistici in conseguenza lavori bunker A presso oncologico; € 49.000,00;
 - Climatizzazione falegnameria € 27.604,00;
 - Rifacimento collettore vapore € 24.783,37;
 - Fornitura e manutenzione impianto posta pneumatica; € 25.975,61;
 - Interventi camera mortuaria; € 72.600;
 - Diffusori ad alta induzione per l'aria condizionata della terapia intensiva 1; € 33.200;
 - Nuova porta automatica schermata bunker A; € 42.186,00;

VALLE DEI LAGHI

- **Nuova centro servizi sanitari (€ 1.100.000):** a seguito approvazione del piano edilizia PAT del Novembre 2011 nel corso del 2012 si sono svolte una serie di attività per valutare le esigenze e attivare la progettazione di un centro servizi sanitari per la Valle dei Laghi, in particolare si è svolto un incontro con la Comunità di Valle ed il Distretto il 03.02.2012 . Sono ora in corso di valutazione le esigenze da parte della Comunità di Valle. Con nota del 05.11.2013 è stato chiesto alla PAT se vi sia ancora l'interesse a procedere.

PIANO DELLE ATTREZZATURE E DELLE TECNOLOGIE SANITARIE

Il piano descrive le principali linee evolutive, i progetti e le attività trasversali da realizzare nel 2014 per rispondere alle esigenze di aggiornamento tecnologico e di innovazione nell'ambito delle attrezzature sanitarie in esercizio nelle varie strutture dell'APSS.

Considerazioni anno 2013

Le attrezzature sanitarie sono un elemento particolarmente importante per i processi aziendali, sia per le implicazioni assistenziali ma anche per quelle tecnico-organizzative.

Nel corso del 2013 è stata seguita la procedura di gestione delle attrezzature e delle tecnologie sanitarie avviata negli anni precedenti: è un processo unitario, basato su criteri di HTA, che inizia con la proposta motivata dell'acquisizione, prosegue con l'individuazione del livello di priorità, l'assegnazione del finanziamento, la definizione dei piani di investimento, l'istruttoria per l'acquisto, il collaudo e la messa in funzione, la programmazione della manutenzione, l'effettuazione dei controlli di sicurezza e qualità, l'eventuale messa fuori uso e smaltimento delle attrezzature sostituite.

In tale contesto, le principali attività sono risultate le seguenti:

- installazione, collaudo, formazione del personale ed attivazione del nuovo acceleratore lineare per l'U.O. di Radioterapia dell'Ospedale di Trento, completando il rinnovo del parco acceleratori lineari (n. 4);
- installazione, collaudo e messa in esercizio del secondo Tomografo a Risonanza Magnetica dell'Ospedale di Trento da 1,5 T;
- installazione, collaudo e messa in esercizio di un nuovo mammografo digitale con tomo sintesi presso il Servizio di Senologia di Trento;
- Completamento installazione, collaudo e messa in esercizio di due diagnostiche radiologiche digitali per il Distretto Est Sede di Pergine per la nuova sede dell'Ospedale di Villa Rosa;
- Acquisizione, installazione, collaudo e formazione del personale del sistema robotico per riabilitazione e del sistema per l'analisi del cammino per Nuova Villa Rosa;
- Trasferimento di tutte le attrezzature sanitarie dell'U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione nella nuova sede di Villa Rosa;
- Acquisizione in service di tutte le attrezzature endoscopiche per l'U.O. di Gastroenterologia dell'Ospedale di Trento e dell'Ospedale di Rovereto con rinnovamento totale della tecnologia ad alta definizione;
- Realizzazione del piano di acquisti delle attrezzature in conto capitale secondo le priorità definite dalla Direzione Generale;
- Sottoscrizione con le ditte produttrici di nuovi contratti di manutenzione delle attrezzature sanitarie ad elevata tecnologia per il periodo 2013-2016

Altro capitolo molto importante della gestione delle attrezzature sanitarie è quello relativo alla manutenzione: ad inizio 2013 sono stati sottoscritti tutti i nuovi contratti di manutenzione quadriennali per il periodo 2013-2016 con i vari produttori e/o fornitori ottenendo un buon risultato economico che ha determinato un ribasso complessivo del 15% rispetto alla base d'asta complessiva.

A fine anno il costo complessivo liquidato sul capitolo di bilancio "manutenzione in appalto delle attrezzature sanitarie" è stato di Euro10.250.552,77 con una diminuzione di circa il 10% rispetto all'anno precedente 2012.

Esigenze e prospettive 2014

Nel 2014 il piano delle attrezzature sanitarie sarà rivolto alle seguenti esigenze principali:

- razionalizzazione delle procedure di acquisto, con accorpamenti per categorie omogenee di attrezzature, in modo da migliorare le economie di scala sia nelle gare sopra soglia europea, sia negli acquisti sotto soglia, tenendo conto del contenimento delle risorse;
- completamento delle installazioni di nuove tecnologie acquisite nell'anno precedente e implementazione delle gare di acquisto di apparecchiature necessarie per nuovi Servizi o Unità Operative in fase di realizzazione;
- collaborazione, con i competenti Servizi della P.A.T., per le attrezzature sanitarie nell'ambito della gara di appalto per la costruzione del Nuovo Ospedale di Trento;
- razionalizzazione dell'utilizzo delle apparecchiature ecografiche in uso presso i vari Presidi Ospedalieri e Distretti dell'A.P.S.S. ed analisi di nuovi sistemi di gestione e rinnovo tecnologico degli ecografi;

Nota sullo stato del parco attrezzature sanitarie

In merito allo stato generale del parco delle attrezzature sanitarie attualmente in uso nei vari Presidi Ospedalieri e Distretti dell'APSS si ritiene importante segnalare la distribuzione delle attrezzature per anni di esercizio.

A fine 2013 il numero delle attrezzature di proprietà presenti nell'inventario e gestite dal Servizio Ingegneria Clinica risulta pari a 19.282 per un valore di acquisto pari a Euro 155.853.185; le attrezzature con età di installazione superiore agli 8 anni risultano essere 8.067 (pari al 42% del totale), per un valore equivalente di acquisto di Euro 54.310.365 (pari al 35% del totale). Pertanto risulta indispensabile predisporre un piano di sostituzione pluriennale che tenga conto delle disponibilità economiche in conto capitale e di eventuali nuove forme di acquisizione (quali noleggio, leasing operativo, ecc.) in modo da garantire un ricambio progressivo delle attrezzature sanitarie tale da assicurare un adeguato aggiornamento tecnologico e funzionale per le varie Unità Operative dell'APSS.

Collaudi e fuori uso effettuati nel 2013

Ospedali / Distretti	Collaudi		Fuori Uso	
	Numero attrezzature	%	Numero attrezzature	%
OSPEDALE DI TRENTO e DISTRETTO VALLE DELL'ADIGE	616	39,3	199	32,3
OSPEDALE DI ROVERETO e DISTRETTO VALLAGARINA	181	11,6	143	23,2
DISTRETTI FIEMME E FASSA	54	3,4	21	3,4
DISTRETTI BASSA VALSUGANA E PRIMIERO	44	2,8	27	4,4
DISTRETTO ALTA VALSUGANA	186	11,9	46	7,5
DISTRETTI VALLE DI NON E VALLE DI SOLE	140	8,9	59	9,6
DISTRETTO GIUDICARIE	29	1,9	17	2,8
DISTRETTO ALTO GARDA (compresi presidi respiratori domiciliari)	317	20,2	105	17,0
TOTALE 2013	1567	100,0	617	100,0
VARIAZIONE RISPETTO ANNO 2012	34	2%	26	2%

Attività di controllo e manutenzioni preventive effettuate nel 2013:

Ospedali / Distretti	Numero Complessivo	
CONTROLLI SICUREZZA ELETTRICA FATTI DAL PERSONALE SIC	3219	
CONTROLLI FUNZIONALITA' FATTI DAL PERSONALE SIC	418	
CONTROLLI QUALITA' FATTI DA DITTE ESTERNE	289	
CONTROLLI MANUTENZIONE PREVENTIVA FATTI DA DITTE ESTERNE	2519	
TOTALE	6445	
VARIAZIONE RISPETTO ANNO 2012	5452	22%

Richieste interventi verso S.I.C. effettuate nel 2013:

Sedi S.I.C.	N. Richieste	Peso in %
UFFICIO DI TRENTO	3657	68%
UFFICIO DI ROVERETO	1048	19%
UFFICIO DI ARCO	344	6%
UFFICIO DI PERGINE	363	7%
TOTALE	5412	100%
VARIAZIONE RISPETTO ANNO 2012	5368	1%
Tipologia attività interne:		
RIPARAZIONI	911	14%
CHIAMATE DITTE ESTERNE (CONTRATTI + ECONOMIE)	2896	46%
RICHIESTE PREVENTIVI	443	7%
SPEDIZIONI APPARECCHI PER RIPARAZIONE	1290	21%
ORDINI PEZZI RICAMBIO	743	12%
TOTALE	6283	100%
VARIAZIONE RISPETTO ANNO 2012	5243	20%

PIANO DEI SISTEMI INFORMATIVI

Il piano descrive i principali risultati raggiunti nell'anno 2013 nella gestione delle informazioni e dei relativi sistemi.

Considerazioni generali anno 2013

La situazione aziendale descritta dal Piano di miglioramento 2013-2015 definisce le seguenti esigenze di gestione dei sistemi:

- contenimento della spesa in tecnologie informatiche;
- spinta all'integrazione dei processi e dei dati relativi ai cittadini e ai pazienti;
- supporto da parte dell'IT ai processi di riorganizzazione aziendale e alla trasformazione dei modelli assistenziali, in particolare nell'area socio-sanitaria.

Per rispondere a tali bisogni, in qualche modo comuni a tutti i servizi e infrastrutture che supportano l'assistenza sanitaria, l'Area Sistemi di Gestione ha definito alcuni obiettivi di medio e lungo termine:

- Governare le tecnologie dell'informazione in modo da massimizzarne il valore: il tema non è semplice, infatti il costo dell'IT è facile da stimare mentre i benefici sono di tipo differenziale e difficilmente misurabili; in ogni caso, visto che alcuni investimenti informatici sono necessari, è indispensabile definire quali e quanti attraverso una valutazione esplicita dei rischi e benefici (ad esempio quelli derivanti dalla riduzione degli errori clinici, dalla semplificazione amministrativa, dalla possibilità di trasformare i processi assistenziali).
- Sviluppare i sistemi informativi in modo sempre allineato alle esigenze aziendali, attraverso:
 - la considerazione esplicita dei bisogni e requisiti dell'organizzazione (a livello di gestione strategica ed operativa);
 - il coinvolgimento della Linea in qualità di committente e destinatario delle soluzioni informatiche;
 - l'effettivo orientamento delle informazioni alle decisioni cliniche ed organizzative.
- Ottimizzare i costi e le infrastrutture, attraverso la progressiva standardizzazione e consolidamento - anche a livello interaziendale - delle soluzioni applicative e tecnologiche.

Obiettivi e Risultati raggiunti 2013

Governare l'IT in una logica di efficienza e di efficacia

In quest'ambito sono definiti gli scenari e i piani operativi per lo sviluppo dei sistemi a partire dagli obiettivi aziendali, dall'esigenze evolutive rilevate dagli utenti, dai cambiamenti tecnologici richiesti ai sistemi in modo da assicurare la sostenibilità delle scelte.

Nel 2013 le principali attività realizzate sono le seguenti:

- Analisi, revisione e monitoraggio dei contratti IT a scopo di ottimizzare il livelli di spesa e di servizio: la spesa 2013 è stata attestata su un valore di meno 500 mila Euro rispetto all'anno 2011 (valori di bilancio).
- Supporto all'iniziativa Data center unico territoriale (DCUT) della PAT, a livello di Comitato e di singoli gruppi di lavoro, contribuendo allo studio di fattibilità inviato ad AgID. Nell'ambito dell'iniziativa di progettazione del futuro DCUT sono stati realizzati già alcuni

risultati concreti, grazie alle sinergie attuate con le altre organizzazioni partecipanti: la rinegoziazione dei contratti di servizio sulle tecnologie Oracle (con risparmio del 30% annuo) e l'accelerazione del percorso di virtualizzazione dei sistemi e dei relativi servizi di back-up, in modo da ottimizzare le capacità e sostenere al meglio il consolidamento dei sistemi.

Gestire l'operatività dei sistemi e il servizio agli utenti

- In quest'ambito sono comprese le attività svolte per ottimizzare l'infrastruttura IT assicurando il livello di servizio richiesto, per bilanciare il funzionamento e la sicurezza dei sistemi e per fornire il supporto richiesto agli utenti delle soluzioni informatiche:
- Aggiornamento della infrastruttura di sicurezza
 - Aggiornata l'infrastruttura di sicurezza mediante l'installazione di nuovi sistemi di accesso alla rete aziendale via VPN e l'aggiornamento dei sistemi dedicati RADIUS di validazione degli utenti integrati con Active Directory. L'intervento ha coinvolto oltre 4.000 utenti la maggior parte dei quali soggetti esterni.
 - Individuate e priorizzate le azioni ed i correttivi necessari per aumentare l'affidabilità e la sicurezza della rete aziendale - Secure Network - in base agli esiti di un Penetration Test volto a verificare la robustezza della rete APSS con simulazioni di attacco sia da rete pubblica esterna che dalla rete intranet aziendale.
- Collegamenti di rete
 - Predisposto un collegamento a 10 Gbps fra il CSS e l'ospedale S. Chiara. Modificata l'architettura di rete geografica che coinvolge le tre sedi (CSS, Sede di via Degasperi e Ospedale S.Chiera) realizzando di fatto un anello fisico e logico integrato con le risorse di Trentino Network e di Telecom Italia a supporto della continuità operativa dei servizi di rete.
- GRU
 - Implementate nuove funzionalità sul sistema di Gestione delle Richieste Utente (GRU) per la richiesta di servizi tecnici di manutenzione ordinaria (interventi di elettricisti, idraulici, falegnami ecc.). Formato sulle nuove funzioni sia il personale del SIST che i coordinatori infermieristici del S.Chiera. Le funzionalità messe in esercizio risultano utilizzate da tutto il personale del S.Chiera e di Villa Igea.
- Sistema di ticketing interno
 - Sviluppato un nuovo sistema di ticketing interno integrato con i sistemi Remedy di IT al fine di supportare e monitorare le funzioni di DeskTop management e Fleet management.
- Migrazione Windows7
 - Conclusa l'analisi e le verifiche funzionali necessarie per impostare la migrazione delle postazioni di lavoro aziendali al sistema operativo Windows7. Predisposte le misure correttive necessarie ed avviate le attività di migrazione (circa 800 pdl a fine dicembre).
- Migrazione dell'ospedale Villa Rosa
 - Predisposti i piani di trasferimento delle tecnologie utente e predisposta l'acquisizione delle tecnologie di infrastruttura;
 - Predisposte le infrastrutture di rete per i reparti (componente wired e componente wireless). Configurato il sistema VoIP per le attestazioni a letto del paziente e predisposte le configurazioni sui sistemi centrali per distribuire internet e consentire l'accesso ai fornitori per la teleassistenza agli impianti.

- Attivati i sistemi di videosorveglianza.
- Protonterapia
 - Supportata l'Agenzia ATREP per l'integrazione dei servizi aziendali presso la sede della Protonterapia e per la definizione dei processi di governo dei dati sanitari. Fra i principali risultati raggiunti:
 - Definita l'architettura del sistema informativo a supporto della Protonterapia, la sincronizzazione dei processi di supporto e la gestione degli impianti e dell'utenza APSS che opererà presso il centro.
 - Fornita la connettività dati e la configurazione della rete del centro, i sistemi di sicurezza di interfaccia fra il data center IBA e la rete aziendale.
 - Progettato il sistema di backup dei dati, integrato con quello di APSS ma evoluto in modo da dare garanzia della autonomia operativa di IBA per le operazioni di restore.
 - Definite le interfacce di integrazione fra i sistemi della protonterapia ed i sistemi APSS (in particolare PACS, RIS).
 - Attivata un'azione di evoluzione dei sistemi Elekta (Fisica Sanitaria) per integrazione con i sistemi attivi presso la Protonterapia.
- Analisi, sviluppo e adeguamento dei flussi informativi istituzionali
 - Garantiti i flussi informativi NSIS, MEF e CINECA secondo le specifiche e le tempistiche definite;
 - Prodotti i flussi relativi ai tempi di attesa dei ricoveri, delle prestazioni specialistiche, ALPI (libera professione intramuraria)
 - Potenziato il sistema di controllo di qualità delle SDO con indicatori sull'utilizzo delle agende di prenotazione dei ricoveri e sui tempi di attesa
 - La legge provinciale 9.3.2010 n.6 "Interventi per la prevenzione della violenza di genere e per la tutela delle donne che ne sono vittime" ha previsto una serie di interventi. Richiesto un flusso dei dati di accesso ai PS per desumere episodi di violenza
 - Estese le funzionalità di analisi Qlik in termini di ambito (i documenti coprono in particolare le aree dell'assistenza ospedaliera, dell'urgenza/emergenza, prescrizione elettronica e referti, dell'attività specialistica ospedaliera e ambulatoriale, alcune aree cliniche (ostetrica e ginecologia, PMA), del territorio (CA, ADI, psichiatria/psicologia/neuropsichiatria, alcolologia, CDCA, consultori), attività residenziale e semiresidenziale per anziani e soggetti deboli, l'area amministrativa e tecnica (economico/finanziaria, economale, acquisti), l'area vaccinale (monitoraggi coperture, indicatori, dati epidemiologici) che di diffusione (la copertura attuale riguarda circa 280 utenti, per 145 documenti Qlik; nel 2013 gli accessi sono aumentati del 50% rispetto al 2012 assestandosi su oltre 15.000)
 - Fornito il supporto all'elaborazione dei dati per il Tavolo Interregionale Biomarcatori
 - Fornito il supporto alla compilazione dei dati per il "Monitoraggio dei costi dei beni e servizi degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" del MEF
 - Effettuata la verifica di qualità lato ICT delle SDO (rapporto di agosto su dati di maggio 2013 del Ministero)
 - Nell'ambito del "Programma Nazionale Esiti" (PNE), gestito dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali basato sulle SDO è stato fornito un flusso dei ricoverati dal 2009 al primo semestre 2013.

- Forniti i dati per il "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" messo a punto dal Laboratorio MeS, Management e Sanità, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa c.d. Indicatori bersaglio
- Elaborati i dati dei PDT - percorsi diagnostici terapeutici nell'ambito del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2012 per il successivo inoltro al Ministero

Lista progetti e attività prioritarie

In quest'ambito sono comprese le attività di cambiamento e/o sviluppo delle soluzioni IT in risposta agli obiettivi aziendali, alle esigenze evolutive degli utenti e ai cambiamenti tecnologici richiesti. Le attività di sviluppo maggiormente complesse sono gestite attraverso specifici progetti.

Realizzare i progetti di sviluppo dei sistemi e delle tecnologie

Un primo insieme di progetti di Sanità Elettronica sono risultati nel:

- l'ulteriore spinta alla dematerializzazione dei referti e della documentazione sanitaria, consultata quotidianamente da oltre 4000 professionisti sia all'interno dell'azienda che presso le strutture esterne accreditate: il cd. Repository centralizzato dei referti contiene circa cinquanta milioni di documenti digitali, consentendo un accesso immediato alla storia clinica dei pazienti attraverso un unico sistema (SIO), esteso a tutta la rete ospedaliera;
- la progressiva estensione dei servizi di collaborazione con la medicina territoriale (medici di medicina generale, pediatri e RSA): il livello d'interconnessione tra ospedale e territorio, già considerato tra i più completi ed avanzati, è stato esteso ad altri servizi particolarmente rilevanti quali la prescrizione farmaceutica;
- la digitalizzazione dell'intero ciclo prescrittivo del farmaco, che ha portato nell'ultimo trimestre dell'anno a dematerializzare - per la prima volta in Italia - l'impegnativa cartacea, con elevati benefici potenziali per i cittadini, a partire dai portatori di condizioni croniche;
- un migliore collegamento del cittadino al sistema sanitario, attraverso i molteplici punti di contatto quali appunto le farmacie, il canale telefonico o gli sportelli, oggetto di una vera e propria trasformazione dei servizi informativi offerti: collegamento di tutte le farmacie alla rete di APSS e a tutti i medici prescrittori, avvio del nuovo CUP e del collegato sistema di prenotazione, introduzione di percorsi semplificati di consegna e pagamento dei referti, introduzione di casse automatiche con funzionalità di accettazione, pagamento e stampa in modalità self-service;
- un migliore collegamento del cittadino al sistema sanitario attraverso il web: il sistema TreC – Cartella clinica del cittadino è diventato la piattaforma principale per i servizi online, utilizzata nel primo anno di avvio da oltre 20.000 cittadini per accedere, consultare, condividere e aggiornare i documenti sanitari prodotti dalle strutture del servizio sanitario provinciale.

Più in dettaglio, la seguente è la lista dei principali progetti con i relativi risultati:

PROGETTO PRELE/PRELEFARMA:

- Progetto concluso con il completo raggiungimento degli obiettivi (Tutte le farmacie collegate, 98% dei MMG/PLS operativi)
- Dall'inizio sperimentazione - febbraio (ancora ricetta rossa) - le farmacie hanno letto 567.000 impegnative corrispondenti a 132.000 utenti.
- Dall'inizio della produzione (3 dicembre 2013) sono state prodotte 436.000 impegnative de materializzate di cui 298.000 senza produzione di promemoria.

- Le farmacie hanno erogato 390.000 impegnative
- La percentuale di de materializzata rispetto al totale delle ricette farmaceutiche , nella settimana dal 16 al 21 febbraio u.s. si attesta al 69%
- Raccolti dai vari attori (MMG/PLS, farmacie, cittadini) 240.000 consensi per l'effettiva de materializzazione (a fine 2013)

PROGETTO TreC – CARTELLA CLINICA DEL CITTADINO

- Estensione della piattaforma TreC: attività di miglioramento funzionale e di diffusione/comunicazione dei servizi online per accedere e scaricare i referti e le prescrizioni, effettuare pagamenti, organizzare e aggiornare le proprie informazioni sanitarie.
- Tali attività sono risultate nei seguenti livelli di utilizzo a fine 2013:
 - 20.000 utenti
 - 85.000 accessi
 - 185.000 referti scaricati
 - 50% entro le 24 ore e fuori dagli orari di sportello
 - 15% deleghe attive (2800+).
- Attività di sviluppo dei nuovi servizi 2014, per:
 - Semplificare l'accesso, anche da dispositivi mobili (senza Smart Card);
 - Avviare il sistema FastTrec per la consegna "rapida" del singolo referto anche ai non iscritti TreC – in modo da minimizzare la stampa dei referti
 - Completare da parte del progetto FBK i moduli verticali: diario, monitoraggio remoto e condivisione di dati specifici per Diabete Tipo I (pediatrico e gestazionale), diabete Tipo II (anziano), Scompenso Cardiaco (CHF), Ipertensione, Asma pediatrico.

PROGETTO TELEMEDICINA (TeleDSole):

- Supportata l'analisi del progetto TeleDSole (Telemonitoraggio utenti affetti da diabete e polipatologia - sperimentazione).

PROGETTO NUOVI MODELLI DI SANITA' INTEGRATA

- Documentate le esigenze di miglioramento dei sistemi territoriali attraverso interviste ai responsabili di distretto, ai gruppi di lavoro SIT e ad altri attori aziendali;
- Consegnate le specifiche a TrentoRise per lo sviluppo di una piattaforma innovativa di front end rivolta al cittadino.

NOMENCLATORE AZIENDALE:

- Coordinato il comitato tecnico composto da esperti dell'Assessorato e di APSS (Del. GP. 2915/2011) per la definizione del Nomenclatore Prescrittivo Provinciale contenente tutte le prestazioni sanitarie, farmaceutiche e di presidi che possono essere erogate in regime ambulatoriale in PAT. (Nomenclatore completato a gennaio 2014).

PROGETTO PAZIENTE FRAGILE

- Analizzate ed implementate le fonti informative in grado di rispondere alle esigenze del progetto per la mappatura e la definizione di una anagrafe delle fragilità. Elaborate 3 estrazioni complessive dei dati con successive simulazioni al fine di analizzare i risultati ed affinare il modello del ed il processo di raccolta. I dati sono stati messi a disposizione del Servizio Epidemiologia clinica per l'analisi statistica e la regressione logistica.

PROGETTO NUOVO PORTALE APSS

- Predisposto il capitolato di gara per l'acquisizione del nuovo portale Internet aziendale e conclusa la fase istruttoria di analisi e valutazione delle offerte. Successivamente alla aggiudicazione, è stato garantito supporto al gruppo di lavoro aziendale in merito agli aspetti tecnici di organizzazione del sito e alla aderenza alle disposizioni previste dalla normativa per i siti della PA

PROGETTO DATA CENTER UNICO TRENTO - DCUT

- Supportati i lavori condotti dal tavolo per il data center unico della pubblica amministrazione trentina nei seguenti ambiti:
 - Posta Elettronica e servizi di cooperazione
 - Cloud, virtualizzazione e omogeneizzazione delle piattaforme di base
 - Acquisizione delle tecnologie di base e aggregazione della contrattualistica fra vari enti
 - Impostazione del sistema di governo
- prodotti documenti di sintesi con i dati delle configurazioni esistenti e partecipato alle sessioni formative organizzate dal tavolo di lavoro

Migliorare le soluzioni e tecnologie esistenti

I nuovi sviluppi sopra descritti sono stati accompagnati da numerose attività per il miglioramento degli applicativi e delle infrastrutture esistenti e dalla semplificazione dei processi e tecnologie di gestione (back-office), tra cui:

- INTEGRAZIONI:
 - Attivazione dell'Order Entry di Ecocardio presso gli Ospedali Trento e Rovereto con relativo invio dei referti;
 - Attivazione in test dell'integrazione integrazione Centrale Operativa 118 – Elisoccorso;
 - Sviluppo e test dell'integrazione SIO-Accettazione/Cassa;
 - Integrazione con Laboratorio Druso;
 - Integrazione Order Entry di Terapia Intensiva – RIS;
 - Aggiornamento integrazioni con anagrafe centrale comprensiva del collegamento ad anagrafe SOGEI;
 - Analisi integrazione laboratorio analisi Solatrix;
 - Analisi integrazione SIO Diete S. Chiara;
 - Implementato il nuovo sistema di gestione delle diete Serenissima integrato con il modulo Diete del SIO;

- FUNZIONALITÀ SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO:
 - Sviluppo modulo stampa PDF;
 - Sviluppo servizi di pubblicazione e firma digitale referti;
 - Avviamento presso i reparti/PS della stampa automatica referti/consulenze;
 - Inserimento di nuovi score richiesti dal Dipartimento di Medicina e Geriatria;
 - Aggiornamento SIO per adeguamento delibera Privacy;
 - Order Entry richieste ECG per Ospedale S. Chiara;
 - Analisi integrazione scale valutazione Atlante-SIO;
 - Adeguamento Servizi XDS.
- HALIA
 - Supportato e completato lo sviluppo dell'infrastruttura di supporto ai sistemi HALIA di Laboratorio che ha previsto lo sdoppiamento di HALIA con un sistema dedicato alla catena attiva al S.Chiara ed un sistema dedicato ai sistemi di laboratorio periferici. Attivato il processo per la gestione di HALIA come sistema critico (allocate risorse sul campus cluster, attivati i sistemi di monitoraggio XYMON, aggiornata la documentazione per l'emergenza)
- DIGISTAT – TERAPIA INTENSIVA
 - Messa in esercizio del sistema Digistat di Terapia Intensiva. Predisposti i sistemi server e client con le configurazioni richieste. Verificato il sistema sotto il profilo funzionale e prestazionale ed attivate le procedure per il supporto e la continuità.
- EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE PEOPLESOF:
 - Realizzazione delle richieste prioritarie di manutenzione evolutiva (MEV), per i moduli: matrice obiettivi e fondo; selezione e concorsi, part time..,
 - Automazione sul sistema (in self-service) di:
 - oltre 500 schede di valutazione degli incarichi dirigenziali;
 - richieste di mobilità interna (circa 600 nel primo mese dall'apertura dei termini);
 - Nuovo modulo di gestione delle Clinical competence – configurazione in ambiente di test;
 - Test finale del modulo Gestione Missioni;
 - Avvio del progetto di Business Intelligence per l'analisi delle informazioni sulle risorse umane.
- VIRTUALIZZAZIONE DELLE RIUNIONI, progressiva diffusione del sistema.
- SISTEMA DELLA FORMAZIONE (NBS): nuove funzionalità per CFC e interfaccia dati.

PIANO DI SVILUPPO DELLE PRESTAZIONI E COMPETENZE INDIVIDUALI

In ogni organizzazione sanitaria il personale e le relative competenze sono il fattore più importante per l'erogazione dei servizi ai cittadini e ai pazienti. Per assicurarne il necessario sviluppo, APSS ha adottato un modello di gestione delle risorse umane a capacità diffusa, che prevede un elevato coinvolgimento della Linea (Direttori, Coordinatori, referenti locali..) nelle attività di miglioramento delle prestazioni e delle competenze individuali dei collaboratori.

Tali attività sono particolarmente rilevanti nell'attuale situazione del sistema sanitario provinciale, che presenta le seguenti esigenze evolutive:

- sviluppare le cure intermedie, soprattutto per la gestione delle condizioni croniche e delle fragilità;
- riqualificare la rete ospedaliera;
- massimizzare il lavoro di squadra e per processi;
- gestire una nuova geografia professionale, caratterizzata da un minore numero di medici specialistici;
- assicurare la sostenibilità del sistema, ottimizzando i costi dei servizi.

In APSS al fine di aumentare l'attenzione verso l'individuo, il suo ruolo e le relative competenze, è stato adottato da qualche anno un approccio innovativo e concreto, rivolto a supportare al meglio le persone nel raggiungimento dei propri obiettivi, sia relativi alle prestazioni sia di sviluppo personale.

Di seguito una breve sintesi di quanto fatto nel 2013, partendo proprio dalla valutazione e sviluppo delle prestazioni.

Obiettivi e Risultati raggiunti nel 2013

LO SVILUPPO DELLE PRESTAZIONI

Nella prima parte dell'anno le attività sono state volte al riesame e al miglioramento del processo annuale di valutazione e sviluppo dei dipendenti, che coinvolge circa 500 valutatori e oltre 5000 valutati. Sono state analizzate le schede di valutazione dell'anno precedente e sono state raccolte le esigenze di consolidamento manifestate dai valutatori di primo e secondo livello (Coordinatori e Direttori). In base alle necessità emerse, sono state erogate due edizioni di un corso base per neovalutatori e sette edizioni di un corso avanzato, per un totale di 107 partecipanti nelle diverse sedi. La formazione ha compreso le tematiche di assegnazione personalizzata degli obiettivi individuali, valutazione delle prestazioni e scelta delle azioni di sviluppo per i collaboratori. Agli interventi formativi sono seguiti momenti di affiancamento personalizzato ai valutatori e incontri specifici per Direttori clinico sanitari, che hanno focalizzato la valutazione annuale dei medici sulle competenze cliniche. Quest'ultimo è anche un requisito previsto dagli standard di qualità e sicurezza di Joint Commission International (JCI).

Lo sviluppo delle prestazioni ha compreso anche gli interventi volti a migliorare il processo di valutazione periodica della dirigenza sul sistema Peoplesoft. Nel 2013 il livello di automazione del processo ha riguardato infatti oltre 500 dirigenti, con i relativi valutatori, le cui schede sono state compilate direttamente sul sistema in modalità self-service. A prescindere dagli aspetti connessi all'eliminazione del cartaceo, è da evidenziare che la valutazione periodica degli incarichi dirigenziali è stata rivista in modo da superarne la logica strettamente "amministrativa" e contribuire alla classificazione delle competenze. Soprattutto in ambito clinico, per le componenti relative alle esperienze svolte (casistica, formazione, pubblicazioni..), che in tal modo contribuiscono al cd. Fascicolo elettronico del dipendente sul sistema PeopleSoft: lo strumento che collega tra di loro le informazioni relative alla persona evitando ridondanze di dati e le annesse problematiche.

LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE

Nel 2013 è stato concluso il progetto "Privilegi clinici" con l'obiettivo di mappare le competenze mediche attualmente presenti in azienda, partendo da tre dipartimenti "pilota" (medico, emergenza, diagnostica per immagini). Il modello di *clinical competence* sviluppato nel progetto prevede l'assegnazione delle attività/prestazioni cliniche attraverso l'auto ed etero valutazione dei livelli di esperienza e autonomia posseduti da ogni medico, documentati anche dal Curriculum Vitae. La catalogazione delle attività cliniche suddivise per ambito dipartimentale, tradotte nella scheda di assegnazione dei privilegi, è stata costruita in modo partecipato da tutti i 26 Direttori di UU.OO. che afferiscono ai dipartimenti coinvolti nel pilota. Nella prima metà del 2013 sono stati validati 10 set di privilegi clinici (per il dipartimento medico: area medica, nefrologica, pneumologica, geriatrica, reumatologica; per il dipartimento emergenza: Pronto soccorso, 118; per il dipartimento diagnostica per immagini: area radiologica, senologica, di medicina nucleare) che sono stati tradotti nelle rispettive schede di auto ed etero valutazione, contenute nel sistema di gestione Risorse Umane Peoplesoft. Nella seconda metà dell'anno è stata condotta la fase di test, con il coinvolgimento di 67 medici e dei rispettivi responsabili per la sperimentazione del processo di assegnazione dei privilegi. I risultati delle schede di auto ed etero assegnazione dei privilegi, sulla base di una scala di esperienza che dichiara il livello di autonomia posseduto da ciascun professionista, sono stati approfonditi con 6 focus group (due per dipartimento). Le riflessioni che ne sono derivate hanno portato agli interventi migliorativi del sistema, previsti per il 2014.

L'estensione del modello delle competenze è proseguito con la costruzione del profilo di ruolo del Coordinatore Tecnico della Prevenzione, attraverso un ciclo di 4 incontri con i detentori del ruolo e i loro responsabili, e con la pubblicazione in intranet del profilo di ruolo delle PO amministrative e sanitarie, sia specialistiche sia gestionali.

Le attività di sviluppo delle competenze sono anche continuate con due edizioni del corso "Autovalutazione delle competenze e Piani di sviluppo Personali", che hanno portato allo svolgimento di 15 colloqui di sviluppo con neo coordinatori e alla stesura dei loro Piani di sviluppo personali, contenenti le aree di miglioramento individuali e i punti di forza, sulla base del profilo di ruolo del coordinatore. Sulla base delle esigenze emerse in sede di colloquio, sono state realizzate nuove edizioni del corso "Gestire i collaboratori" e "La gestione di sé" e sono stati avviati alcuni percorsi di counselling organizzativo con colleghi ritenuti esperti.

In linea con le attività organizzate per lo sviluppo delle competenze dei Coordinatori, ai Direttori clinico sanitari è stata offerta l'opportunità di confrontarsi sulle tematiche organizzative e di gestione della propria squadra, nei corsi "La gestione dell'organizzazione", concluso nel primo trimestre 2013, e "La gestione dei collaboratori", avviato nel primo semestre dell'anno e proseguito poi a richiesta di un gruppo ristretto di partecipanti con una serie di incontri di follow up.

Il percorso introdotto nel 2013 per i Direttori clinico sanitari è stato inteso a ridefinire le logiche e gli strumenti del processo di budgeting, in seguito alle evidenze emerse in sede di riesame.

L'approccio, incentrato su una serie d'incontri d'aula denominati "Project Work" è rivolto a:

- mettere il clinico al centro del processo come attore principale partendo dalle migliori scelte cliniche possibili, ma anche ricercando, al suo livello o ad un livello organizzativo superiore, le soluzioni organizzative ed economiche migliori;
- anticipare il più possibile la definizione di un budget di alto livello e lasciare tempo e spazio all'analisi nel merito ed alla condivisione di obiettivi ambiziosi ma raggiungibili;
- fornire un metodo e degli strumenti a supporto della gestione della complessità, ricercando l'ottimizzazione delle attività esistenti attraverso il confronto con standard di appropriatezza clinica ed organizzativa;
- individuare le priorità aziendali in termini di obiettivi sia dal punto di vista dell'impatto di questi sulla struttura nel suo complesso sia dal punto di vista della loro diffusione.

In base ai risultati raggiunti (riduzione degli scostamenti di budget su alcuni obiettivi "critici", anticipazione della consapevolezza sulla "stima a finire" realistica di una serie di dati e possibilità di attivare azioni di recovering specifico o di bilanciamento complessivo - su altre UU.OO./Dipartimenti - sviluppo delle competenze manageriali dei clinici come previsto anche nei loro profili di ruolo), l'approccio dei "Project work" verrà applicato anche nel 2014 su alcuni obiettivi aziendali particolarmente complessi in termini di novità e trasversalità.

PIANO DEL PERSONALE

Il piano descrive i principali risultati raggiunti nell'anno 2013 nell'ambito della gestione del personale e dei relativi processi articolati nelle attività di:

1. **Pianificazione:** definisce la pianificazione strategica a tre anni e quella organizzativa annuale. In particolare per quest'ultima stabilisce i fabbisogni annuali di risorse per APSS in linea con gli obiettivi strategici e definisce le eventuali esigenze di variazione della dotazione organica;
2. **Acquisizione:** permette che APSS acquisisca le risorse idonee, in accordo alle linee guida definite nel processo di pianificazione strategica delle risorse umane di breve e medio periodo;
3. **Gestione:** gestisce l'evoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti dell'azienda;
4. **Sviluppo:** garantisce la crescita professionale, lo sviluppo delle competenze e la valutazione individuale annuale e di fine incarico, determina l'assegnazione degli incarichi e degli obiettivi individuali di esercizio, applica il sistema di incentivazione economica;
5. **Formazione**, è distinta tra:
 - Formazione di base: il cui scopo è di gestire in modo integrato tutte le attività formative di base, in modo coerente con la programmazione provinciale, i fabbisogni aziendali e l'evoluzione del mercato del lavoro
 - Formazione continua: il cui scopo è di aggiornare e sviluppare le conoscenze scientifiche/tecniche e le competenze manageriali/comportamentali del personale, attraverso la progettazione e la realizzazione di interventi interni, anche realizzati sul campo, attraverso la partecipazione dei dipendenti ad interventi esterni e favorendo l'utilizzo del sistema bibliotecario aziendale
6. **Amministrazione:** assicura una corretta applicazione delle normative e degli istituti contrattuali, contributivi, previdenziali, fiscali ed assicurativi dei contratti individuali di lavoro, nonché la corretta contabilizzazione e gestione delle spese per il personale dipendente, parasubordinato, somministrato e convenzionato.
7. **Relazioni sindacali:** gestisce i rapporti con le parti sindacali sulle materie inerenti il rapporto di lavoro del personale dipendente e relativi istituti contrattuali. Organizza e supporta l'attività richiesta dalla contrattazione integrativa aziendale e dai relativi tavoli negoziali decentrati;
8. **Sicurezza dei lavoratori:** il cui scopo è di svolgere le attività di gestione dei rischi per la salute e la sicurezza del personale dipendente dell'APSS, in modo integrato con le attività di gestione dei rischi per la salute e la sicurezza dei pazienti

Considerazioni generali

L'attività dei Servizi è stata diretta a monitorare costantemente l'andamento dei costi, a relazionare alla Direzione lo stato della spesa e a controllare le assunzioni per garantire il rispetto dei limiti fissati dalla DGP 2679/12, sia per quanto riguarda la spesa che il turn-over/sostituzioni (limite 60%).

L'attività è stata rivolta inoltre a massimizzare l'efficienza dei sistemi informativi dedicati alla gestione degli istituti contrattuali del personale, sia dell'area della dirigenza che di quella del comparto.

Al fine di monitorare il corretto utilizzo dei fondi incentivanti, è stata definita d'intesa con il Servizio Ospedaliero Provinciale la procedura di gestione delle quote relative aree dirigenziali ospedaliere,

che nel 2014 verrà estesa anche ai Distretti ed al Dipartimento di Prevenzione. Per quanto riguarda l'area del comparto, è in programma la revisione dell'accordo relativo alla produttività, in particolare per le attività di referenza qualificata o di disagio oggettivo.

Obiettivi e Risultati raggiunti 2013

Nel corso del 2013 l'Area Sviluppo Organizzativo ha realizzato le azioni previste dal piano del personale per il 2013 ed ha partecipato, per gli aspetti di competenza, alla definizione e implementazione del "Piano di miglioramento 2013-2015", così come previsto dalla L. P. 10/2012 e dalle deliberazioni della Giunta n. 2505 d. d. 23/11/2012 e n. 1493 del 19 luglio 2013.

Allo scopo di monitorare le dinamiche collegate al personale e fornire informazioni tempestive dirette al mantenimento di un'organizzazione compatibile con le risorse finanziarie è proseguita l'attività del gruppo di lavoro intra-servizi per la revisione dei processi/attività di determinazione e gestione dei fondi relativi al costo del personale (sia per l'area della dirigenza che per l'area del comparto) e di conferimento degli incarichi.

ACQUISIZIONE E SVILUPPO

Nel 2013 si è sostanzialmente conclusa l'attività di definizione dell'assetto organizzativo, in particolare con il riordino del Dipartimento di Prevenzione, l'assegnazione degli incarichi di Struttura complessa a seguito del pensionamento di alcuni Direttori di U.O. e l'attività di istituzione delle posizioni organizzative necessarie per presidiare aree gestionali nuove o funzioni di particolare rilievo strategico aziendale (sia per le aree amministrative e tecniche, che per quelle sanitarie). In particolare, nel 2013 sono state istituite e coperte le posizioni organizzative del ruolo sanitario ed alcune delle aree amministrative e tecniche. Sono state inoltre individuate e conferite 47 indennità di area direttiva.

Al fine di adattare le procedure di attuazione della vigente disciplina contrattuale all'evoluzione normativa successivamente intervenuta (L. P. 23 luglio 2010, n. 16 e nuovo regolamento di organizzazione dell'APSS), con deliberazione del Direttore generale n. 1026 del 28 marzo 2013 è stato approvato il disciplinare concernente le modalità e i criteri per:

- la verifica e la valutazione dei dirigenti;
- il conferimento, il rinnovo e la revoca degli incarichi dirigenziali;
- le variazioni dell'assetto organizzativo aziendale degli incarichi dirigenziali;

Nell'ambito dell'acquisizione delle risorse umane, sono state effettuate le seguenti attività:

Indicatori quantitative	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Assunzioni a tempo indeterminato dirigenti	28	61	41	70	40
Assunzioni a tempo indeterminato comparto	157	256	153	270	42
Assunzioni a tempo determinato dirigenti	42	54	51 + 3 (15 septies)	67 + 1 (15 septies)	33
Assunzioni a tempo determinato comparto	228	241	229	227	103
Proroghe di incarico a tempo determinato	188	118	109	134	53
Domande di mobilità interregionale	155	158	174	389	117
Assunzioni da mobilità interregionale	16	27	28	71	14
Cessazioni per mobilità in uscita	35	30	30	41	19
Attività di selezione					
Concorsi espletati	34	32	21	27	12
Concorsi indetti	32	27	19	30	10
Ricorsi verso concorsi	0	1	11	1	0

Selezioni interne orizzontali, verticali e oblique	16	13	11	12	6
Selezioni indette	53	34	33	25	25
Selezioni espletate	46	32	23	31	22
Selezioni per direttore u.o. indette	9	7	20	12	6
Selezioni per direttore u.o. espletate	13	9	6	20	2
Borse di studio	17	16	9	11	13
Incarichi libero professionali	90	110	112	107	92
Co.co.co.	10	17	10	1	2
Prestazioni occasionali		3	1	0	6
Contratti di somministrazione		26 (+ 48 proroghe)	13	0	0
Attività di gestione del personale					
Domande di part time definitivo	85	145	131	116	116
Part time definitivi	51	41	84	2	90
Part time temporanei	194	196	349*	385	367
Regime orario ridotto	33	31	39	39	41
Rientro full time	14	28	25	56	33
Avviati d'obbligo	4	6	15	11	22
Proroghe borse di studio				10	12
Subentri assegnazione borse di studio				4	1
Tirocini e frequenze volontarie	742	39	38	40	32
Attività di assegnazione incarichi					
Posizioni organizzative	4	2	11	0	21
Incarichi dirigenziali	228	158	189	241	738

AMMINISTRAZIONE

L'impegno di maggiore rilievo per l'anno 2013 è stato legato al rinnovo degli accordi provinciali per la medicina convenzionata.

Si riportano per tipologia contrattuale gli obiettivi conseguiti.

REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE – è stata assicurata l'analisi preliminare sulle esigenze della medicina convenzionata, successivamente esplicitata nella trattativa con le OO.SS. che è sfociata negli Accordi provinciali della medicina generale (sottoscritto il 12 settembre 2013) e della pediatria di libera scelta (accordo firmato il 19 settembre 2013). Nell'area della medicina generale le iniziative di maggiore rilievo attengono all'avvio della revisione delle forme associazionistiche esistenti e l'integrazione dei sanitari ad un più alto livello all'interno della Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), organizzazioni all'interno delle quali i professionisti opereranno in forma integrata e mirata all'appropriatezza in favore dei malati cronici con orari e spazi dedicati, avvieranno nuove attività di medicina d'iniziativa, assicureranno nelle nuove sedi che saranno individuate una presenza continuativa (H24) sul territorio. Nell'area della pediatria di libera scelta, il nuovo accordo mira ad assicurare maggiore libertà di scelta ai genitori, con l'innalzamento del massimale degli assistiti da 800 a 1.000 unità, con possibilità d'ulteriori incrementi in relazione alle condizioni organizzative che il pediatra garantisce (presenza di collaboratore di studio, di infermiere professionali, lavoro in associazione), introduzione di una quota di assistiti riservata alla fascia fra 0 – 6 anni.

Nel corso del 2014 un particolare impegno sarà richiesto dall'avvio, nell'ambito della medicina generale sul territorio, di almeno quattro AFT. Dovranno, a tal fine, essere individuate le sedi, le attrezzature, sviluppata la connessione di reti, informata la popolazione dell'avvio di tale nuova struttura e dei servizi che assicurerà per i pazienti cronici, per i richiami degli assistiti che non hanno risposto alle iniziative di screening e di promozione della salute, per le iniziative in ordine all'appropriatezza prescrittiva dei medici.

Queste prime strutture anticiperanno il progressivo estendersi del modello, che coinvolgerà tutto il territorio provinciale.

Significative ricadute deriveranno, in termini d'impegno per l'adeguamento dei programmi e per la gestione delle scelte mediche, dall'applicazione degli aspetti più rilevanti del nuovo accordo della pediatria di libera scelta, con notevoli innovazioni, esposte con riferimento all'accordo sottoscritto nel 2013, mirate ad assicurare maggiore possibilità di scelta dello specialista.

REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DEI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI (SUMAI)

Continuità Assistenziale: la revisione del modello della Continuità Assistenziale è stata oggetto di numerosi studi. Allo stato attuale viene confermata l'ipotesi per la revisione di n.6/7 sedi (lavorando sia sulle postazioni che sul numero di medici addetti ad ogni singola postazione). Va segnalato che tale azione deve essere condotta in coerenza con il nuovo modello organizzativo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale, al fine di assicurare corrispondenza tra la sede della AFT e la sede di Continuità Assistenziale. Con riferimento alle prime quattro sedi delle AFT individuate possono comunque, sulla scorta dei provvedimenti attuativi del competente Assessorato, essere avviate le prime azioni di revisione del modello della Continuità Assistenziale.

Medici Specialisti Ambulatoriali Interni: In data 01 ottobre 2013 è stato sottoscritto l'Accordo modificativo dell'Accordo Provinciale per i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre professionalità ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi) del 07 giugno 2006. Nello specifico sono stati introdotti alcuni elementi finalizzati a migliorare lo specifico livello di assistenza prevedendo:

- la possibilità annuale, per gli incaricati provvisori, di passaggio a incarichi a tempo indeterminato. I vantaggi di tale iniziativa sono:
- un minor costo del personale. Il risparmio è del 5 % complessivo, calcolando anche la retribuzione differita (accantonamenti per liquidazione);
- aderenza a disposizioni nazionali (legge finanziaria 311/2004, art.1, comma 177);
- garanzia di una stabilizzazione dei professionisti al fine di evitare continui turn over;
- il passaggio avviene per esigenze sperimentate e valutate come non contingenti;
- è consentita allo specialista la riduzione di ore presso la sede di incarico, solamente un anno dopo l'ultima acquisizione di ore presso tale sede. In tale contesto viene migliorata la stabilizzazione dello specialista con l'ambito territoriale da servire, al fine di evitare una continua mobilità dalle sedi di incarico più periferiche verso quelle più centrali;
- nella procedura d'individuazione dei progetti aziendali, si anticipa all'anno precedente l'impegno alla conclusione del progetto. Viene eliminato il meccanismo di addebito all'APSS circa la responsabilità della mancata conclusione di accordi sul progetto annuale, con conseguenza di liquidare comunque le quote incentivanti agli specialisti convenzionati. In sostituzioni, è prorogato il progetto dell'anno precedente;
- con l'ultimo progetto obiettivo approvato, al fine di un ulteriore abbattimento delle liste di attesa, si è concordato un incremento della attività lavorativa dello specialista (n. ulteriori di visite) proporzionato al numero teoriche di ore di incarico settimanale.

Altri risultati di rilevante impatto sono i seguenti:

ATTUAZIONE DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEGLI AUTOMEZZI

Definita una fase preliminare di analisi, individuate le U.O./Servizi con maggiore impegno per gli spostamenti dei dipendenti, sono stati assegnati gli automezzi di nuova acquisizione e si sono ridotti conseguentemente i budget di spesa per rimborsi chilometrici, assicurando l'impegno delle AOF per l'efficiente utilizzo dei mezzi.

AUTOMAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE DEL PERSONALE E DELL'ORGANIZZAZIONE

L'Area è stata coinvolta nello sviluppo di un sistema di gestione informatizzata delle missioni, dello sviluppo della programmazione e gestione della turnistica, dell'integrazione fra i software di gestione del personale. E' significativo lo sviluppo conseguito nell'ambito della gestione della turnistica. Alle 23 U.O. in cui la procedura è stata avviata nel 2012, se ne aggiungeranno quest'anno altre, formate nel corso dell'autunno. A dicembre il quadro complessivo è il seguente:

- U.O. con personale formato 105;
- U.O. che impiega il software per programmazione 38;
- U.O. che impiega il software per consuntivazione 58.

La funzione di maggiore significato, in termini di ricadute organizzative, attiene alla funzione di consuntivazione, consentendo la gestione in tempi limitati del processo complesso ed integrato della rilevazione presenze.

SISTEMI DI VIRTUALIZZAZIONE DELLE RIUNIONI

Per una gestione coordinata degli uffici del personale - distribuiti a livello di Ospedali e sedi distrettuali sul territorio provinciale - compatibile con l'obiettivo di contenimento dei costi di missione (il personale delle sedi periferiche determinava costi significativi per le partecipazioni alle riunioni) è stata decisa l'adozione di strumenti per l'uso diffuso della teleconferenza.

Ad oggi sono operative 10 postazioni nell'ambito della rilevazione presenze e stipendi, 12 in quella del personale convenzionato.

CONSEGUIMENTO OBIETTIVI PROVINCIALI

Si segnala che sono stati conseguiti gli obiettivi provinciali di contenimento della spesa del personale nei limiti assegnati dalla provincia, sono stati conseguiti anche gli obiettivi di contenimento della spesa per missioni nei limiti di quella dell'anno precedente

VIAGGI DI MISSIONE			
	ANNO 2012	ANNO 2013	NOTE
Viaggi di missione	€ 2.150.274,85	€ 1.847.467,11	Costi del personale
Aggiornamento facoltativo	€ 197.163,27	€ 213.626,55	Quota parte dei costi per la formazione esterna
Aggiornamento obbligatorio	€ 101.264,08	€ 101.578,64	Quota parte di costi per la formazione interna
Totale	€ 2.448.702,20	€ 2.162.672,30	

E' stato conseguito anche il contenimento della spesa per straordinario, inferiore a quella dell'anno precedente. La tabella riporta il dato articolato per n. ore registrati nel 2013 e nel 2012 mentre la relativa valorizzazione economica è rappresentata in Nota Integrativa all'interno del paragrafo relativo al rispetto dei tetti di spesa previsti dalle direttive provinciali.

A.P.S.S. - PERSONALE COMPARTO - 01/01/2013 - 31/12/2013				
Elaborazione su dati aggiornati al 06.03.2014				
	A	B	C	D
Stabilimenti	Quota ore straordinarie utilizzata al 31.12.2013	Quota ore straordinarie utilizzata al 31.12.2012	Variazione assoluta	Variazione percentuale
Area Economica	1.025	1.091	-66	-6,03%
Area Sistemi Di Gestione	2.857	2.662	195	7,31%
Area Sistemi Di Governance	693	631	62	9,87%
Area Sviluppo Organizzativo	1.989	3.054	-1.065	-34,86%
Area Tecnica	6.997	8.065	-1.068	-13,25%
Consiglio Di Direzione	1.455	1.742	-287	-16,47%
Dipartimento Di Prevenzione	3.109	2.999	110	3,68%
Distretto Centro - Sud	6.316	7.103	-787	-11,07%
Distretto Centro - Nord	6.681	10.122	-3.441	-34,00%
Distretto Est	6.466	5.623	843	14,99%
Distretto Ovest	2.624	2.150	474	22,06%
Servizio Ospedaliero Provinciale	141.187	153.217	-12.030	-7,85%
Totale complessivo	181.400	198.459	-17.059	-8,60%

FORMAZIONE CONTINUA

Nel 2013 il Servizio Formazione ha intrapreso le seguenti iniziative:

- rispetto al Piano per la Formazione Continua 2013-2014 il numero delle attività formative erogate è in linea con quanto pianificato nonostante l'importante contrazione di personale avvenuta nel corso dell'anno;
- è stata attivata la modalità di iscrizione on-line per oltre la metà delle edizioni realizzate nel II semestre;
- è stato coinvolto attivamente nelle 2 nuove Commissioni per la Formazione Continua CFC (del Servizio Ospedaliero Provinciale e Territoriale) che sono competenti per l'autorizzazione alla partecipazione alle attività formative esterne: la responsabile del Servizio Formazione è membro effettivo di entrambe, mentre la vice responsabile ed il coordinatore di segreteria sono sostituiti rispettivamente della responsabile del Servizio e del coordinatore delle CFC. Inoltre viene regolarmente svolta l'attività di aggiornamento delle CFC rispetto alle attività residenziali, sul campo e a distanza gestite dal Servizio Formazione;
- è in fase di elaborazione, con la collaborazione della segreteria unica delle CFC, un documento di orientamento alle tipologie di formazione aziendale: il documento intende riordinare la materia della formazione continua aziendale partendo da una corretta e precisa definizione delle diverse tipologie formative e creando una disciplina univoca e semplificata delle stesse con l'attivazione di percorsi precisi e ben definiti;
- ha promosso e collaborato attivamente, all'interno dell'attività di riordino della formazione, affinché venisse approvato il "Regolamento per la costituzione e la gestione del fondo unico aziendale per il miglioramento della qualità dei servizi e di gestione delle sponsorizzazioni, donazioni, legati ed eredità";
- a fine 2013 ha promosso l'individuazione, da parte dei Direttori di Struttura ospedaliera, Distretto e del Dipartimento di Prevenzione, di uno o più referenti per la rispettiva struttura, che collaboreranno con il Servizio Formazione in alcune attività relative all'organizzazione dei corsi di formazione sul rischio incendio (Training e re training per addetti in strutture, per addetti su elisuperficie, per coordinatori di comparto rispetto alla loro funzione di preposto alla sicurezza...). Nel mese di febbraio 2014 è stato effettuato un breve training dedicato ai neo referenti per le attività che sono state loro formalmente assegnate;

- nel mese di dicembre 2013 sono state portate all'attenzione della Commissione provinciale per la formazione continua alcune proposte di semplificazione/miglioramento per la gestione delle attività di formazione sul campo; le più rilevanti sono:
 - a. migliore distribuzione dei crediti alle diverse figure interessate negli aggiornamenti monotematici/casi clinici;
 - b. accreditamento a posteriori dei gruppi di miglioramento/audit clinico per consentire una più realistica descrizione delle attività svolte.

Tali proposte sono state accolte positivamente dalla Commissione.

- in occasione di alcuni momenti dedicati alla preparazione del seminario organizzato dal Servizio Formazione "Alla ricerca dell'appropriatezza nella formazione continua" ed in altri momenti interni dedicati alla rilettura dei processi lavorativi, è emerso come gradualmente nel corso degli ultimi anni sia cambiato il modo di pensare la formazione e più genericamente l'approccio ai processi lavorativi e produttivi del Servizio. In particolare le competenze progettuali del Servizio oggi si sono arricchite di metodi e strumenti che appartengono a diverse tipologie formative (FSC, FR e FAD) e che sempre di più vengono utilizzate in forma intercambiabile producendo una contaminazione generativa tra le diverse tipologie.

Risultati conseguiti - i dati riportati al 31/12/2013 sono:

Indicatore	Valore 2008	Valore 2009	Valore 2010	Valore 2011	Valore 2012	Valore 2013
Attività formative previste dal Piano per la formazione continua	115		137		82	92
Attività formative, previste dal Piano per la formazione continua, che sono state erogate	74		42	52	52	45
Attività formative, previste dal Piano per la formazione continua, che <u>non</u> sono state erogate	41		95	18 non attivati e 13 sospesi	30	47
Edizioni erogate da attività formative, previste dal Piano per la formazione continua	103	111	110	154	170	153
Attività formative erogate ma non previste dal Piano per la formazione continua (con n°edizioni)	11 (14)	35 (58)	22 (31)	32 (30)	28 (30)	11 (26)
Totale edizioni attività formative previste e non previste dal Piano per la formazione continua	117	169	141	184	200	179

DATI RELATIVI AGLI EVENTI CHIUSI NEL SISTEMA ECM ON-LINE AL 31/12/2013	
TOTALE PERSONALE FORMATO (Formazione residenziale, a distanza e sul campo)	11.609*
TOTALE CREDITI CONSEGUITI	94.460*

* Tali dati sono in difetto poiché una parte di attività di formazione sul campo non sono ancora state "chiuse" nel sistema ECM.

Inoltre:

- 3398 dipendenti sono stati autorizzati a partecipare alla formazione esterna dalle Commissioni per la formazione continua (CFC SOP e CFC territoriale), dato in crescita

rispetto agli anni precedenti. Negli anni 2012, 2011, 2010, 2009 e 2008 sono stati infatti rispettivamente 2499, 2470, 2480, 2459 e 2469 i dipendenti autorizzati;

- sono stati autorizzati 329 progetti di formazione sul campo, in linea con il dato 2012;
- rispetto al sistema bibliotecario aziendale, si conferma la tendenza degli ultimi anni ad un aumento delle richieste di accesso a banche dati on-line e ad una diminuzione delle richieste di prestito di libri e riviste cartacee.

Per l'anno 2013 è stata ridotta la partecipazione ai corsi organizzati dalla Provincia Autonoma di Trento, tramite tsm-Trentino School of Management, alle sole attività formative dell'area sicurezza:

ATTIVITÀ FORMATIVE TSM	2008	2009	2010	2011	2012	2013
numero personale partecipante	26	181	375	451	485	28

FORMAZIONE DI BASE

La formazione Universitaria di base e post lauream e formazione professionale:

Il processo gestisce in modo integrato le attività formative dell'area sanitaria, universitarie e non, che comportano il conseguimento di una Laurea di primo livello, di un diploma di formazione complementare o specialistica (master), o di una qualifica professionale, in modo coerente con la programmazione provinciale, i fabbisogni aziendali e l'evoluzione del mercato del lavoro.

In tale contesto le principali attività realizzate nel 2012 sono distinte nei seguenti ambiti:

1. Collaborare nella definizione dei fabbisogni formativi quali-quantitativi e delle linee di sviluppo della formazione di base ed avanzata, nel proporre nuove esigenze formative e favorire il reclutamento

Negli ultimi anni si è notata una inversione di tendenza e di maggiore interesse verso le professioni sanitarie: nell'ambito di competenza, si segnalano le seguenti azioni e risultati:

- Realizzate strategie di informazione per aumentare reclutamento di giovani ai corsi attraverso la creazione e diffusione di opuscoli informativi dei corsi, open day, incontri negli Istituti superiori.

Tabella: anno 2013/14 numero domande posti* Corso di laurea in	sede	N domande	N posti	DOM/1 POSTO
INFERMIERISTICA	TRENTO	296	120	2.5
FISIOTERAPIA	ROVERETO	282	25	11
IGIENE DENTALE	ALA	52	20	2.5
TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	ALA	40	20	2
TECNICHE DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO	ALA	34	20	1,7

*Non attivati i primi anni di 2 CdL Tecnico radiologia e Tecnico laboratorio

- Nel 2013 è aumentato del 45% il numero di pre-iscrizioni nei corsi di laurea sanitari e professionali ed è stato quindi superato il numero previsto di accesso programmato.
- Organizzate con gli studenti n 4 giornate di presentazione dell'offerta formativa universitaria e professionale e incontri con gli Istituti superiori

- Organizzato Open day presso il Polo universitario con la creazione di video, brochure, di presentazione di 7 CdL e Corsi professionali (OSS) gestiti dal Polo didattico. Partecipazione di 498 persone
- In coerenza al dibattito Nazionale che mette in luce la necessità che le Università attivino solamente i CdL che rispondono realmente a fabbisogni del Sistema sanitario e non attivino un'offerta differenziata coerente sia ai fabbisogni locali che limitrofi nel 2013 è stata ridefinito il fabbisogno formativo delle professioni sanitarie.
- L'analisi del tasso di occupazione dei neo-laureati varia dal 87% al 98% per le professioni di Infermiere, Fisioterapia, igiene dentale; mentre per effetto del calo occupazionale sono stati sospesi i corsi per Tecnico di Laboratorio biomedico e Tecnico di radiologia. Per quanto riguarda i Corsi di laurea delle professioni sanitarie gestiti presso il Polo universitario delle professioni sanitarie i dati sono i seguenti:

Tasso occupazione- Dati Alma Laurea –Rapporto 2013*

Rapporto 2014	Infermieristica	Fisioterapia	Tecnici di laboratorio	Igienisti dentali	Tecnico della riabilitazione psichiatrica	Prevenzione ambiente e luoghi di lavoro	Tecnico di radiologia medica
N poli didattici	4	3	2	1 (Ala)	1 (Ala)	1 (Ala)	2
Tasso occupazione laureati 2012	93,2%	82,7%	60,7%	98%	84,6%	83,9%	60,4 %
Settore privato	(29,4%)	(65,9%)	(76,5%)	(88,95%)	(36,4%)	(53,8%)	(94,4%)

*Nota: i dati si riferiscono al numero complessivo per Corso (contempla tutte i poli afferenti a VR)

Rispetto agli operatori Socio-Sanitari Dal 2012 emerge una riduzione del tasso di occupazione e un diverso modello di impiego. E' aumentata la modalità di impiego di carattere privato nell'assistenza domiciliare a volte mediata da Cooperative a volte con rapporto diretto OSS-datatore di lavoro. E' prevista la replicazione dell'indagine sul modello occupazionale effettuata nel 2006.

- Realizzati e gestiti un Master di II livello in EBP, HTA e loro insegnamento e master di I livello in management per funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Progettato un 1° livello sulle "metodologie tutoriali e coordinamento della formazione sul campo e dei tirocini" e un master di 1° livello in Case manager in cure primarie e palliative
- Dagli incontri con i Direttori APSP/RSA, Coordinatori servizi APSS, Direttori di Dipartimento, responsabili servizi delle professioni sanitarie sono emersi i seguenti aspetti:
 - adeguatezza delle competenze finali rispetto alle attese
 - necessità di competenze avanzate rispetto alla cronicità, cure di fine vita e gestione integrata dei problemi socio-sanitari. Da questa analisi si è progettato il Master di primo livello in cure primarie e palliative e di competenze di progettazione e conduzione di formazione on the job, stage, ...
 - adeguatezza della formazione di base rispetto ai bisogni ed esigenze dei servizi

2. Gestire il Budget affidato alle rispettive sedi didattiche in coerenza alle direttive e regolamenti aziendali e al programma triennale della Formazione degli operatori del SSP;

L'attività amministrativa del Polo Universitario è a supporto della formazione universitaria e professionale (attività di segreteria studenti, gestione carriera universitaria e formativa e di front office); della gestione amministrativo-contabile dei docenti e delle risorse; del funzionamento della sede didattica, della sicurezza, la gestione di selezioni e bandi, predisposizione atti amministrativi per corsi professionali e per la gestione del personale interno.

Soddisfazione area servizi dalle valutazioni effettuate sull'utenza emerge un buon grado di soddisfazione rispetto al servizio front office offerto. L'utenza esprime una discreta – buona accessibilità alle informazioni online, linguaggi usati, comprensibilità, tempestività di comunicazione, uso FAQ. Nell'ultimo anno è stato rivisitato il link al polo universitario nel sito apss.tn.it, e sono state elaborate FAQ per l'utenza (modalità iscrizione corso OSS, servizi agli studenti, iscrizione agli esami,...)

Il tempo medio evasione delle pratiche amministrative richieste dall'utenza interna ed esterna è di 2- 3 giorni, i certificati studenti di laurea, diploma, qualifica viene rilasciato entro 24 ore.

3. Individuazione aree di risparmio (gestione risorse con criteri di appropriatezza e criteri di economicità)

Nel 2013 sono state individuate delle aree di risparmio rispetto alle quali c'è un trend in riduzione: materiale di cartoleria, spegnimento luci (Monitor ..), riciclo materiali sanitari scaduti per attività di laboratorio, riduzione delle spese di tirocini.

Garantita collaborazione per la realizzazione di concorsi nelle aule del Polo Universitario (realizzati n 10 concorsi presso la sede nelle 3 aule grandi) e per Seminari - workshop organizzati dai Servizi Aziendali (n 6)

4. Attivare e gestire iniziative formative pertinenti ai bisogni prioritari di salute nazionali e provinciali e agli obiettivi aziendali; Promuove attività di sperimentazione didattica e garantire la formazione pedagogica e tutoriale a docenti, tutor clinici e Supervisor; Definire e gestire il percorso di inserimento e sviluppo professionale del personale

I questionari annuali di soddisfazione della didattica evidenziano un livello 3 – 4 (65%) su una scala likert di 4 rispetto all'organizzazione complessiva dei corsi, al carico di studio e alla struttura. E' presente un servizio di Tutorato didattico e clinico con presenza costante del tutor. L'attuale rapporto tutor/studenti e' mediamente di 1: 40

Sviluppo professionale: sono stati progettati e promossi 4 eventi formativi per formatori, tutor e docenti sulla valutazione dell'apprendimento e sull'acquisizione di competenze progettuali. Sono state inoltre promosse attività formative per formare tutor e i docenti di corsi universitari e di formazione alle metodologie tutoriali

Collaborazione con altre strutture

- supporto scientifico e didattico con servizio delle professioni sanitarie dell'Ospedale di Trento – Rovereto per il progetto “ trasmissione sicura delle informazioni – handover”
- supporto scientifico e didattico con il Servizio Governance Processi Assistenziali per un progetto di ricerca-formazione – intervento negli ambiti chirurgici
- supporto scientifico e didattico con servizio delle professioni sanitarie dell' Ospedale di Cavalese per un progetto “ somministrazione sicura di farmaci”
- supporto scientifico e didattico per l'elaborazione di protocolli di gestione delle lesioni da decubito
- supporto scientifico e didattico con il servizio di riabilitazione di Arco per la formazione del personale fisioterapista al training del pavimento pelvico

Tutti i corsi di laurea e dal 2013 anche corsi professioni (OSS) hanno presentato e approvato a livello della Commissione provinciale un progetto di “riconoscimento ECM dell'attività tutoriale” svolta da professionisti dei Servizi. Nell'anno 2012-13 sono stati attribuiti circa 7.600 crediti ECM a professionisti sanitari (Infermieri, Fisoterapisti, Tecnici di radiologia, tecnici della prevenzione nei luoghi di lavoro, ..) che congiuntamente al loro servizio svolgevano funzioni di accompagnamento dello studente.

Accesso alla biblioteca infermieristica

Volume della biblioteca situata a Trento: 4500 testi inseriti nel sistema bibliotecario Trentino, 41 postazioni PC, 28 Riviste cartacee in lingua italiana e 33 Riviste in abbonamento in lingua inglese.

In corso valutazione per l'unificazione della biblioteca (Trento, Ala, Rovereto) con prestito e visualizzazione disponibilità testi all'interno del Sistema bibliotecario Trentino. E' in corso la catalogazione dei testi. Il movimento dei prestiti della biblioteca annuo (2013) 1800 prestiti di libri e 630 rinnovi; una media di 30 consultazioni/ die per studio in biblioteca. Il periodo effettivo di apertura del servizio è stato di 203 giorni, considerando le varie chiusure programmate nel corso dell'anno. Ricerche bibliografiche (document delivery): nell'anno 2013 sono stati recuperati circa 420 articoli scientifici per studenti e infermieri esterni ed effettuate un numero minore di ricerche bibliografiche/documentali rispetto all'anno precedente (da 30 a 10) per "conto" di Unità Operative che necessitavano di materiale per progetti di miglioramento. E' stato maggiormente diffusa la competenza di effettuare e ricerche bibliografiche in pubmed all'interno dei corsi universitari.

5. Sviluppare attività di ricerca per la valutazione e il riesame dei processi formativi

Prosegue l'attività di ricerca sullo sviluppo del del Caring sulla coorte studenti 2011/2012 e l'indagine sul processo di transizione da studente a professionista e modello d'impiego. Avviato progetto di analisi HTA del "learning simulation" all'interno del Master di 2° livello in HTA e EBP

RELAZIONI SINDACALI

Nel corso dell'esercizio 2013 sono state garantite le seguenti attività sindacali per ciascuna delle tre aree contrattuali cui fa riferimento il personale dipendente dell'Azienda (comparto, dirigenza medico-veterinaria e dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa e delle professioni sanitarie):

- area del personale non dirigente del comparto: programmazione e coordinamento di incontri a carattere informativo e concertativo su istituti/materie contrattuali oggetto di tali livelli di relazioni sindacali;
- area della dirigenza medico-veterinaria e area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica, amministrativa e delle professioni sanitarie: conduzione della contrattazione aziendale nelle materie oggetto di negoziazione con cadenza annuale ; programmazione di una serie di incontri a carattere informativo/confronto su alcuni istituti giuridici ed economici di rilevante impatto e su aspetti organizzativi oggetto di revisione nel corso del 2013.

Lista progetti e attività prioritarie

REGOLAMENTO PER GLI INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA

Il 4 settembre 2013 è entrato in vigore il nuovo Regolamento provinciale per l'accesso all'impiego del personale sanitario presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (D.P.P. n. 17-119/Leg. di data 14 agosto 2013), con il quale la Provincia Autonoma di Trento ha recepito i principi fondamentali della disciplina delle selezioni dei Direttori di struttura complessa recati dal D.L. n. 158 /2012, noto come decreto Balduzzi. Tra le modifiche più significative alla procedura di selezione spiccano la valutazione comparata e graduata dei candidati, che sostituisce il precedente giudizio di mera idoneità, nonché l'introduzione di precisi vincoli nella scelta effettuata dal Direttore generale.

GESTIONE DELL'ORARIO DI LAVORO

A. Telelavoro

Con delibera n. 291 del 30 maggio 2013 è stato approvato il regolamento in materia di telelavoro domiciliare, a seguito del quale sono stati messi a bando ed assegnate 23 postazioni. In collaborazione con la Provincia autonoma di Trento, si è conclusa l'attività di creazione ed assegnazione delle isole di telelavoro.

B. Personalizzazione dell'orario di lavoro e part time (da verificare)

Con l'approvazione del nuovo regolamento per l'attribuzione del part time temporaneo (deliberazione del Direttore Generale n. 130 di data 28.03.2013), sono state raccordate le decorrenze relative al part time ed agli accordi Per.la ed è stato così possibile formulare un unico contratto che regola la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale e la personalizzazione dell'orario.

C. Adeguamento della gestione dell'orario del personale di comparto:

Al fine di correggere talune distorsioni applicative rispetto alle norme contrattuali, si è provveduto:

1. per il personale aderente alla banca delle ore: si è adottato a tutti gli effetti il criterio di competenza delle ore maturate a credito, in modo che risulti sempre chiaro a quale anno si riferiscono. L'esigenza di tener conto della competenza è legata, oltre che ad eliminare effetti distorsivi, anche all'obbligo di rendicontazione dello straordinario annualmente maturato che APSS, obbligo non assolvibile senza l'utilizzo, nei sistemi informativi, di contatori separati che operino per competenza.
2. regime ordinario: è stata fornita informazione alle organizzazioni sindacali ed ai dipendenti della volontà dell'Azienda di dare applicazione alle disposizioni contrattuali che limitano i tempi di recupero o liquidazione dello straordinario e, coerentemente, provvedere alla liquidazione delle ore straordinarie antecedenti tale termine. Quest'ultima operazione dovrà necessariamente avvenire per passi successivi, sia per esigenze di cassa, sia per i tempi tecnici di valorizzazione delle ore per anno di competenza, che come riferito, hanno valori differenti. La relativa applicazione impegnerà significativamente il personale amministrativo per l'anno 2014.

INCARICHI ESTERNI E INCOMPATIBILITA'

A seguito delle recenti previsioni normative in materia, è stato rivisto il regolamento sulle incompatibilità ed incarichi esterni: a conclusione di un'analisi approfondita, svolta coinvolgendo tutte le strutture amministrative aziendali, è stata predisposta una revisione integrale del regolamento per le autorizzazioni allo svolgimento di attività esterne. Il nuovo testo sottolinea il carattere tendenzialmente esclusivo del rapporto di lavoro con l'ente pubblico, chiarisce e definisce i limiti entro i quali possono essere svolte le attività compatibili. Il nuovo regolamento entrerà a regime dal 2014.

MOBILITA'

È stata approvata con deliberazione della Giunta provinciale n. del il regolamento che disciplina la mobilità volontaria del personale di comparto, entrato in vigore il 24 luglio 2013. Il nuovo regolamento ha rinnovato la disciplina dell'istituto, trattando in modo differente la mobilità tra sedi di servizio aziendale e la mobilità all'interno della stessa sede, ed ha introdotto il criterio della valutazione comparata delle domande. Tutta la procedura di gestione dell'istituto della mobilità è stata implementata sul programma gestionale Peoplesoft, con il quale è stata sperimentata per la prima volta la modalità di raccolta on line delle domande. La relativa graduatoria verrà approvata entro marzo 2014.

PIANO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Considerazioni generali

Nell'anno 2013 le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state offerte da una rete diffusa sul territorio provinciale che comprende sia strutture della APSS (7 ospedali, che erogano prestazioni specialistiche sia per pazienti esterni che per pazienti interni, 20 poliambulatori e 11 consultori di distretto), che private convenzionate (9 strutture convenzionate per attività specialistica ambulatoriale e 23 studi/ambulatori convenzionati per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche).

Tutte le attività specialistiche ambulatoriali, erogate in regime istituzionale e in regime libero professionale presso le strutture provinciali pubbliche e private convenzionate sono prenotabili tramite un Centro unico di prenotazione (CUP) aziendale.

La facilità di accesso dei cittadini alla prenotazione è assicurata dalla multicanalità del CUP, per cui è possibile prenotare una prestazione utilizzando il call center telefonico, gli sportelli di prenotazione presenti presso i distretti e gli ospedali, oppure direttamente via web o fax.

Obiettivi e risultati raggiunti

Nell'anno 2013 sono pervenute al call center del Centro Unico di Prenotazione (CUP) della APSS 1.171.524 chiamate telefoniche, con una attesa media di risposta di 84 secondi (anno 2012: 1.106.916 chiamate, attesa media: 61 secondi). Nello stesso anno sono stati inviati dal Centro unico di prenotazione 271.771 SMS di promemoria alle persone che avevano fissato un appuntamento nelle strutture pubbliche e private accreditate.

Le prestazioni complessivamente prenotate tramite il CUP sono state 1.235.275 per 1.110.805 persone, come riportato in tabella n.1.

Tab. n.1: attività di prenotazione nel triennio 2011 – 2013

Regime	2013		2012		2011	
	n. prestazioni prenotate	n. utenti prenotati	n. prestazioni prenotate	n. utenti prenotati	n. prestazioni prenotate	n. utenti prenotati
istituzionale	1.133.315	1.009.401	1.058.292	959.417	1.023.091	946.263
libero professionale	101.960	101.404	103.221	102.744	95.929	95.526
Totale	1.235.275	1.110.805	1.161.513	1.062.161	1.119.020	1.041.789

Fonte dati: Qlik "Migrazione" di GPI

Si conferma nel triennio 2011 - 2013 il progressivo aumento del numero di utenti che hanno richiesto prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite CUP (2013 = + 5% rispetto al 2012, + 7% rispetto al 2011) oltre che il numero di prestazioni complessivamente prenotate, sia pure con una riduzione dell'1% delle richieste in regime libero professionale nel 2013 rispetto al 2012.

Tab. n.2 : prestazioni prenotate nel 2013 rispetto al 2012 e al 2011

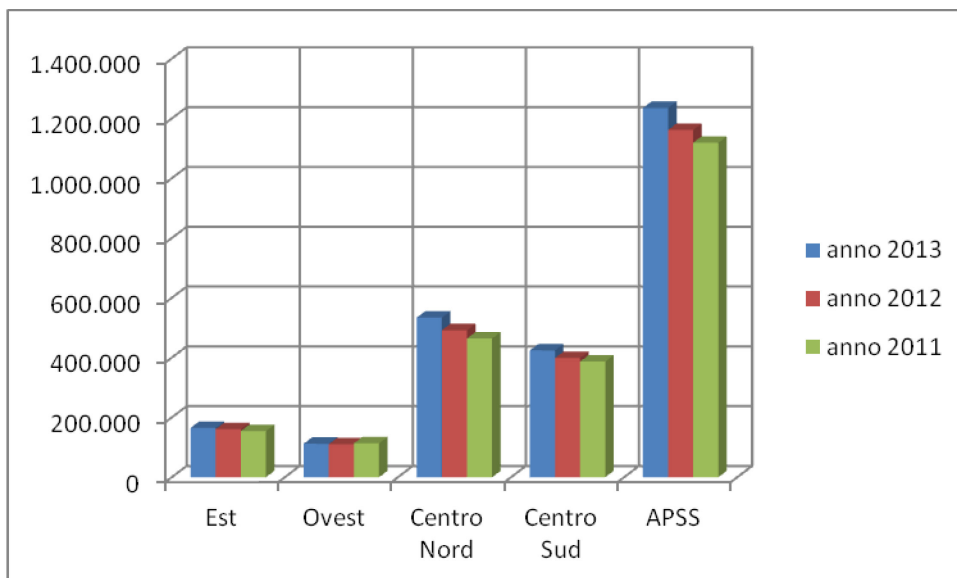
Prenotazioni	2013 vs 2012	2013 vs 2011
regime istituzionale	+ 7 %	+ 11 %
regime libero professionale	-1 %	+ 6 %
Totale	+ 6 %	+ 10 %

La distribuzione delle prenotazioni nelle strutture ambulatoriali e ospedaliere, pubbliche e private accreditate, che insistono sul territorio provinciale è indicata nella tabella n.3 e nella figura n.1.

tabella n.3: prenotazioni per ambito distrettuale nel periodo 2011 – 2013

Sede di erogazione	anno 2013		anno 2012		anno 2011	
	n. prenotazioni	n. prenotazioni/ totale (%)	n. prenotazioni	n. prenotazioni/ totale (%)	n. prenotazioni	n. prenotazioni/ totale (%)
Alta Valsugana	56.536	34	54.920	34	57.556	37
Bassa Valsugana	57.315	35	56.030	35	51.284	33
Primiero	7.161	4	6.932	4	5.388	3
Fassa	6.555	4	6.434	4	4.608	3
Fiemme	37.515	23	36.465	23	35.609	23
ambito distretto Est	165.082	13	160.781	14	154.445	14
Valle di Non	85.911	77	83.863	76	84.286	74
Valle di Sole	7.171	6	6.767	6	7.961	7
Rotaliana-Paganella	17.594	16	18.458	17	19.908	18
Cembra	1.376	1	1.261	1	1.186	1
ambito distretto Ovest	112.052	9	110.349	10	113.341	10
Trento-Valle dei Laghi	533.873	100	491.613	100	464.250	
ambito distretto Centro Nord	533.873	43	491.613	42	464.250	41
Vallagarina	257.280	61	237.935	60	232.191	60
Alto Garda e Ledro	124.546	29	119.145	30	113.403	29
Giudicarie e Rendena	42.442	10	41.690	10	41.390	11
ambito distretto Centro Sud	424.268	34	398.770	34	386.984	35
Totale	1.235.275	100	1.161.513	100	1.119.020	100

figura n.1: prenotazioni per ambito distrettuale nel periodo 2011 – 2013



Come negli anni precedenti, anche nel 2013 l'accesso alle strutture erogatrici (e i correlati tempi di attesa alle prestazioni) sono stati condizionati dalla distribuzione sul territorio delle sedi aziendali di erogazione, capillare per le prestazioni di primo livello, necessariamente concentrata nelle sedi ospedaliere per le prestazioni a maggiore complessità o elevata tecnologia, oltre che dalla presenza delle strutture private convenzionate prevalentemente nei distretti Centro Nord e Centro Sud.

tabella n.4: n. prestazioni prenotate per ambito distrettuale e per residenza utente – anno 2013

AMBITO DELLA STRUTTURA EROGANTE	RESIDENZA DELL'UTENTE												Totale
	FUORI PROVINCIA	FIEMME	PRIMIERO	BASSA VALSUGANA	ALTA VALSUGANA	TRENTO E VALLE DEI LAGHI	VALLE DI NON	VALLE DI SOLE	GIUDICARIE E RENDENA	ALTO GARDA E LEDRO	VALLAGARINA	FASSA	
FIEMME	1.882	23.357	235	193	1.165	3.219	213	45	39	39	126	7.002	37.515
PRIMIERO	251	25	6.673	87	36	46	6	4	6	5	11	11	7.161
BASSA VALSUGANA	806	151	4.348	33.648	13.084	4.277	150	40	91	206	449	65	57.315
ALTA VALSUGANA	1.290	241	549	3.673	37.054	12.407	304	105	157	142	527	87	56.536
TRENTO E VALLE DEI LAGHI	16.032	7.535	3.619	19.955	65.344	346.628	27.189	9.435	16.815	12.068	24.498	3.724	552.842
VALLE DI NON	1.588	217	60	312	926	15.544	49.592	16.458	525	202	386	101	85.911
VALLE DI SOLE	81	1	-	7	14	159	1.474	5.355	58	5	13	4	7.171
GIUDICARIE E RENDENA	3.796	30	15	62	228	1.719	150	339	34.360	1.433	300	10	42.442
ALTO GARDA E LEDRO	8.148	419	136	644	1.695	11.954	951	390	7.519	80.262	12.215	213	124.546
VALLAGARINA	7.286	1.101	484	2.400	7.047	27.214	4.116	1.080	4.332	26.910	174.878	432	257.280
FASSA	182	993	7	7	21	53	10	2	-	5	3	5.272	6.555
(NON SPECIFICATO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Totale	41.342	34.070	16.126	60.988	126.614	423.220	84.155	33.253	63.902	121.277	213.407	16.921	1.235.275

tabella n.5: % prestazioni prenotate per ambito distrettuale e per residenza utente – anno 2013

AMBITO DELLA STRUTTURA EROGANTE	RESIDENZA DELL'UTENTE											
	FASSA	VALLAGARINA	ALTO GARDA E LEDRO	GIUDICARIE E RENDENA	VALLE DI SOLE	VALLE DI NON	TRENTO E VALLE DEI LAGHI	ALTA VALSUGANA	BASSA VALSUGANA	PRIMIERO	FIEMME	FUORI PROVINCIA
FASSA	31%	0%	0%	-	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%
VALLAGARINA	3%	82%	22%	7%	3%	5%	6%	6%	4%	3%	3%	18%
ALTO GARDA E LEDRO	1%	6%	66%	12%	1%	1%	3%	1%	1%	1%	1%	20%
GIUDICARIE E RENDENA	0%	0%	1%	54%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%
VALLE DI SOLE	0%	0%	0%	0%	16%	2%	0%	0%	0%	-	0%	0%
VALLE DI NON	1%	0%	0%	1%	49%	59%	4%	1%	1%	0%	1%	4%
TRENTO E VALLE DEI LAGHI	22%	11%	10%	26%	28%	32%	82%	52%	33%	22%	22%	39%
ALTA VALSUGANA	1%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	29%	6%	3%	1%	3%
BASSA VALSUGANA	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	10%	55%	27%	0%	2%
PRIMIERO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	41%	0%	1%
FIEMME	41%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	1%	69%	5%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Il miglioramento della appropriatezza e dell'equità nell'accesso alle prestazioni è perseguito attraverso l'utilizzo sistematico delle classi di priorità clinica. In particolare, nel 2013 le prestazioni richieste con codice di priorità RAO A, B e C hanno costituito il 15,8 % di tutte le prenotazioni, confermandosi così il progressivo aumento dell'utilizzo dei codici di priorità anche nel triennio 2011 – 2013, soprattutto per incremento delle richieste RAO B e C.

Tab. n.6: % prestazioni prenotate per codice di priorità nel triennio 2013 – 2011

priorità	2013	2012	2011
	%	%	%
codice A (attesa max 0-3 giorni)	1,6	1,7	1,6
codice B (attesa max 4-10 giorni)	8,3	8	7,6
codice C (attesa max 11-30 giorni)	5,9	5,6	4,8
totale codici A + B + C	15,8	15,2	14
codice P*	2,5	2,4	1,9
E+NPR **	81,7	82,3	84,1
TOTALE	100	100	100

*P = prestazione programmata

** E+NPR = senza limite massimo di attesa (E) o senza alcun codice di priorità (NPR)

Fonte dati: GPI

L'obiettivo aziendale di garantire le richieste con codice RAO A, B e C rispettivamente entro 3, 10 e 30 giorni, nel 2013 è stato raggiunto in oltre il 90% dei casi.

Tab. n.7 : % richieste con priorità clinica RAO prenotate entro i tempi max nel triennio 2011 - 2013*

	RAO A			RAO B			RAO C		
range attesa (gg)	2013	2012	2011	2013	2012	2011	2013	2012	2011
00 - 03	93,04%	93,13%	94,36%	29,40%	27,02%	29,99%	12,04%	11,71%	14,73%
04-10	6,65%	6,52%	5,26%	64,24%	66,76%	66,37%	20,24%	21,69%	26,80%
11-30	0,29%	0,34%	0,36%	5,97%	6,05%	3,54%	63,47%	63,56%	56,19%
31 - 60	0,02%		0,01%	0,36%	0,16%	0,09%	3,93%	2,91%	2,14%
OLTRE 60			0,02%	0,02%	0,01%	0,01%	0,33%	0,13%	0,14%

N.B: l'attesa è calcolata sulla prima disponibilità aziendale
 Fonte dati: GPI

Il vigente Piano provinciale per il contenimento delle liste d'attesa (DGP n. 1071 del 7 maggio 2010), aggiornato con deliberazione n. 623 del 23 marzo 2012 - allegato B, ha individuato per 77 prestazioni ambulatoriali, erogate nelle strutture della rete dell'offerta aziendale, i tempi massimi d'attesa da soddisfare per il 90 per cento delle richieste.

Si riportano in tabella n.8 i tempi di attesa rilevati nell'anno 2013 per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali monitorate richieste senza codice di priorità RAO.

Tab. n.8 : tempi di attesa per prestazioni richieste senza codice di priorità RAO - anno 2013

Prestazione	Totale prenotazioni	Attesa max da PCTA (gg)	Attesa media (gg)	Attesa mediana (gg)	Attesa 90° percentile (gg)
Audiometria	6.323	45	22	21	40
Biopsia della prostata	535	45	27	29	40
Broncoscopia	536	45	2	0	5
Campo visivo	4.814	45	18	14	35
Cistoscopia	3	45	22	31	31
Clisma opaco	85	45	25	17	64
Colonscopia	6.160	79*	26	27	42
Colposcopia	1.577	45	21	19	39
Ecocolordoppler cardiaca	16.509	45	20	19	37
Ecocolordoppler tronchi sovra aortici	16.161	45	18	15	35
Ecocolordoppler vasi periferici	7.965	45	19	16	36
Ecografia Addome	19.597	45	21	20	42
Ecografia Capo e collo	6.963	45	22	23	42
Ecografia della mammella (bilaterale)	1.701	45	24	20	43
Ecografia Ostetrica – Ginecologica	12.402	45	15	11	37
Elettrocardiogramma	9.126	15	4	3	10
Elettrocardiogramma da sforzo	4.982	59*	69	18	44
Elettrocardiogramma holter	3.855	45	23	23	43
Elettroencefalogramma	2.562	45	12	9	29
Elettromiografia	5.189	45	24	25	42
Esofagogastroduodenoscopia	5.788	45	17	17	32

Fluorangiografia	1.217	45	19	14	36
Fondo Oculare	1.582	45	20	16	37
Holter pressorio	2.319	45	16	12	37
Impedenzometria	2.097	45	23	23	42
Mammografia	6.297	45	17	11	39
Ortopanoramica delle arcate dentarie	10.803	45	9	6	20
Potenziali evocati	749	45	19	8	43
Radiografia del capo	736	45	11	9	23
Radiografia dell'addome	42	45	16	14	34
Radiografia del torace	3.163	45	7	3	21
Radiografia ossea e delle articolazioni	56.548	45	14	12	28
RM Cervello e tronco encefalico	2.927	45	34	29	76
RM Colonna vertebrale	7.125	30	20	19	35
RM Muscoloscheletrica	11.480	30*	18	17	35
RM Pelvi, prostata e vescica	152	45	30	16	72
RM Torace e miocardio	14	30	52	63	72
Spirometria	4.365	45	18	12	37
TAC Addome completo	1.428	45	18	17	33
TAC Addome inferiore	14	45	14	16	30
TAC Addome superiore	28	45	17	14	34
TAC Capo	1.577	45	20	19	38
TAC con/senza mezzo di contrasto Arcate dentarie (dental scan)	255	30	41	34	77
TAC con/senza mezzo di contrasto Arti superiori e inferiori	477	30	13	13	26
TAC con/senza mezzo di contrasto Collo	289	45	17	14	33
TAC con/senza mezzo di contrasto Massiccio facciale	790	30	16	15	27
TAC con/senza mezzo di contrasto Orecchio	416	30	11	8	25
TAC Rachide e speco vertebrale	351	45	20	19	40
TAC Torace	1.806	45	18	16	36
Test allergologici	2.165	45	34	33	60
Urografia	54	45	11	8	22
Visita cardiologica	9.697	45	49	22	47
Visita chirurgia vascolare	1.689	45	24	22	42
Visita dermatologica	28.921	45	25	23	42
Visita dietologica	702	45	31	24	65
Visita ematologica	566	45	29	22	72
Visita endocrinologica	2.738	45	63	44	167
Visita fisiatrica	8.616	45	27	27	43
Visita gastroenterologica	1.274	45	18	13	42
Visita ginecologica	22.305	45	20	14	37
Visita nefrologica	683	45	22	20	38
Visita neurologica	4.480	45	21	21	36
Visita oculistica	31.420	64*	45	27	132
Visita odontoiatrica	11.739	45	22	22	40
Visita oncologica	951	10	10	7	14
Visita ortopedica	14.083	45	17	16	35

Visita otorinolaringoiatrica	13.542	45	24	25	40
Visita per ipertensione	341	45	30	32	51
Visita pneumologica	1.899	45	24	13	77
Visita radioterapica pretrattamento	588	10	10	10	16
Visita reumatologica	2.030	45	17	13	36
Visita stomatologica	1.248	45	30	35	53
Visita urologica	3.738	45	37	18	116

*tempo massimo di attesa obiettivo 2012 ex del. GP 623/2012

Fonte dati: GPI

La rilevazione documenta tempi medi di attesa complessivamente in linea con gli obiettivi provinciali e quindi con una buona risposta del sistema di offerta non solo per le prenotazioni con priorità clinica, ma anche per le richieste non prioritarie.

I tempi delle richieste senza codice di priorità RAO, espressi in 90° percentile, risultano anch'essi soddisfacenti salvo che per le prestazioni di seguito elencate per le quali è stata registrata una attesa superiore a 60 giorni per il 90% dei pazienti.

- Clisma opaco: 85 richieste senza codice di priorità RAO in un anno con un'attesa massima per il 90% dei pazienti di 64 giorni sull'intero sistema di offerta ma inferiore a 45 giorni in due distretti sui tre nei quali la prestazione è erogata.

Tab. n.9 : Clisma opaco - attesa per richieste senza codice di priorità clinica – anno 2013

Distretto	N.prenotazioni	Attesa media (gg)	Attesa mediana (gg)	Attesa 90° percentile (gg)
CENTRO NORD	32	44	37	78
CENTRO SUD	47	16	14	37
EST	6	10	4	29

- Rm cervello e tronco encefalico: 4.842 richieste complessive, di cui 2.927 senza codice di priorità RAO con una attesa massima complessiva di 76 giorni per il 90% dei pazienti, di 65 giorni nel distretto Centro Sud, principale sede di erogazione.

Tab. n.10 : Rm cervello e tronco encefalico - attesa per richieste senza codice di priorità clinica – anno 2013

Distretto	N.prenotazioni	Attesa media (gg)	Attesa mediana (gg)	Attesa 90° percentile (gg)
CENTRO NORD	90	23	13	40
CENTRO SUD	1903	29	26	65
OVEST	934	48	44	82

- Rm pelvi, prostata e vescica: 152 richieste senza codice di priorità RAO, con una attesa massima per il 90% dei pazienti di 72 giorni in ambito aziendale, di 41 giorni nel distretto centro sud.

Tab. n.11 : Rm pelvi, prostata e vescica - attesa per richieste senza codice di priorità clinica – anno 2013

Distretto	N.prenotazioni	Attesa media (gg)	Attesa mediana (gg)	Attesa 90° percentile (gg)
CENTRO NORD	24	31	25	69
CENTRO SUD	75	16	10	41

OVEST	53	49	64	78
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------

- RM torace e miocardio: 14 richieste senza codice di priorità RAO, con una attesa massima di 72 giorni per il 90% dei pazienti.
- Tac arcate dentarie: 255 richieste senza codice di priorità RAO, con una attesa massima di 77 giorni per il 90% dei pazienti.
- Visita dietologica: 702 richieste senza codice di priorità RAO, con una attesa massima di 65 giorni per il 90% dei pazienti.
- Visita ematologica: 766 richieste senza codice di priorità RAO, con una attesa massima di 72 giorni per il 90% dei pazienti. Si segnala che le prime visite ematologiche con codice di priorità RAO prenotate nel 2013 sono state 517; di queste, lo specialista ne ha valutato la concordanza RAO in 428 casi, esprimendo un accordo con il codice di priorità del prescrittore in 247 casi (percentuale di concordanza = 57,7%).
- Visita pneumologia: 1.899 richieste senza codice di priorità RAO, con una attesa massima a livello aziendale di 77 giorni per il 90% dei pazienti ma con attesa per il 90% dei pazienti inferiore a 45 giorni in tre distretti sui quattro dove la prestazione è erogata.

Tab. n.12 : visita pneumologica - attesa per richieste senza codice di priorità clinica – anno 2013

Distretto	N.prenotazioni	Attesa media (gg)	Attesa mediana (gg)	Attesa 90° percentile (gg)
CENTRO NORD	238	15	4	31
CENTRO SUD	1.140	32	16	92
EST	268	20	15	40
OVEST	253	11	11	21

Si segnala a questo proposito che nel 2013 sono state richieste complessivamente 3.863 prime visite pneumologiche, il 62% delle quali prenotate nel distretto Centro Sud (1.617 presso l'ospedale di Arco, 196 presso la struttura convenzionata Eremo), dove è stata registrata l'attesa maggiore (figura n 2); il 51% delle visite richieste riportava un codice di priorità RAO con una concordanza espressa dagli specialisti pari al 67% nei 1.777 casi valutati (figura n.3).

Fig. n.2: visita pneumologia – sede di prenotazione

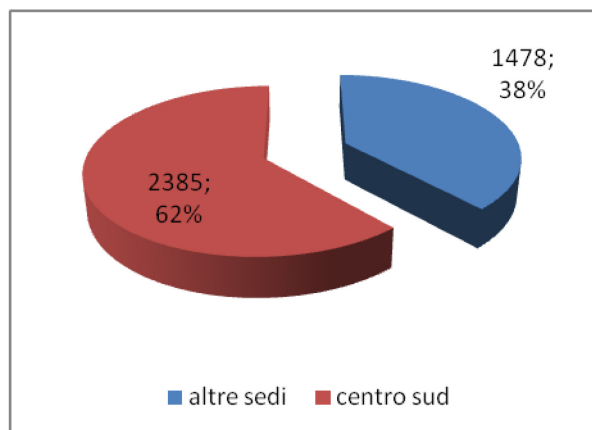
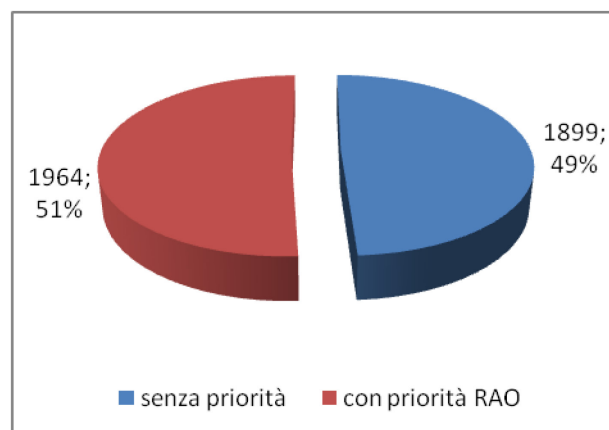


fig. n.3: visita pneumologia – richieste con codice RAO vs richieste non prioritarie



Maggiori criticità ha presentato l'accesso alla visita endocrinologica, oculistica e urologica con tempi di attesa massimi per il 90% dei pazienti superiori a 90 giorni, ma con complessivo rispetto dei tempi per le richieste con priorità RAO, salvo che per la visita endocrinologica (tabella n.6).

Tab. n.6 : tempi di attesa delle prestazioni critiche - anno 2013

Prestazione	Priorità RAO	Totale prenotazioni	Attesa max da PCTA (gg)	Attesa media (gg)	Attesa mediana (gg)	Attesa 90° percentile (gg)
Visita endocrinologica						
	B	1.070	10	8	7	17
	C	973	30	23	24	40
	E+NPR	2.738	45	63	44	167
Visita oculistica	A	969	3	2	2	3
	B	3.448	10	6	6	9
	C	4.352	30	18	19	28
	E+NPR	31.420	64	45	27	132
Visita urologica	A	385	3	2	2	3
	B	2.111	10	5	6	9
	C	1.511	30	14	11	28
	E+NPR	3.738	45	37	18	116

E+NPR = prestazione richiesta senza limite massimo di attesa (E) o senza alcun codice di priorità (NPR)

Fonte dati: GPI

Si segnala che per le tre tipologie di visite richieste con codice di priorità RAO, gli specialisti hanno espresso una concordanza rispettivamente del 68% per 1.769 visite endocrinologiche valutate, dell'80% per 3.762 visite oculistiche e dell'85% in 7.962 visite urologiche.

Per quanto riguarda in particolare l'attività di oculistica nel 2013 è proseguito il trasferimento dell'intervento di cataratta dal regime di ricovero al regime ambulatoriale con l'attivazione di un percorso condiviso con gli specialisti che ha portato a un abbattimento dei tempi di attesa per l'intervento nelle strutture pubbliche, oltre che nelle private convenzionate.

A seguito delle criticità riscontrate, nel corso dell'anno sono state attivate azioni correttive, quali il coinvolgimento delle strutture accreditate con accordi contrattuali con l'APSS e l'attribuzione di ore di attività a specialisti convenzionati interni. A questo proposito si evidenzia che nell'anno sono andati ripetutamente deserti gli avvisi per la copertura di turni per l'attività di oculistica per indisponibilità di specialisti ambulatoriali.

PIANO DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE

Il piano illustra le principali attività realizzate ed i principali obiettivi e risultati raggiunti nell'anno 2013 nell'ambito del Servizio Comunicazione interna e esterna.

Considerazioni generali, anno 2013

Il peso e il valore della comunicazione, sia quella che si rivolge all'esterno che quella diretta ai professionisti interni all'Azienda, diventano sempre più pressanti in una società che comunque di comunicazione si nutre, a tutti i livelli.

Un servizio di pronta disponibilità sul versante dell'informazione emergenza¹¹⁸, le conferenze stampa, i comunicati, le notizie e gli eventi sul sito, le Fast News settimanali, il giornale aziendale con pubblicazione trimestrale sul sito, il servizio ProntoSanità che risponde dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 ai cittadini, le pubblicazioni aziendali sono gli strumenti che l'Azienda utilizza per comunicare con i cittadini e con il proprio personale.

L'obiettivo è stato di andare oltre con nuove prospettive, potenziando e adattando le professionalità presenti all'interno del Servizio di relazioni interne e esterne, con obiettivi che ben hanno esplicitato la nuova veste operativa.

Va tenuto presente in modo chiaro e forte che uno degli argomenti verso cui si indirizza la richiesta dei cittadini e alla quale si è cercato di dare risposta è quella di una migliore e maggiore informazione da parte dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari in merito ai servizi sanitari e alla loro organizzazione una richiesta, che per altro, è molto sostenuta e sempre al centro dell'attenzione mediatica.

L'obiettivo del cittadino al centro con un'attenzione particolare alla relazione tra istituzione e utenza è sicuramente una peculiarità che ha guidato gran parte del lavoro.

L'attenzione alle segnalazioni dei cittadini e il rapporto con gli utenti ha visto inoltre un notevole incremento della partecipazione, ciò dovuto anche alla formazione di una squadra che all'interno del servizio ha saputo prendersi carico delle numerose richieste.

Obiettivi e Risultati raggiunti 2013

Attivato e operativo dal mese di gennaio 2012 il numero unico telefonico **ProntoSanità**, in tutto il territorio trentino. Un gruppo di lavoro ha lavorato a questo progetto dalla primavera 2011, le maggiori difficoltà sono state riscontrate nella costruzione della Banca Dati, avendo dovuto registrare tutti i servizi in schede uniche e uniformi, facilmente consultabili. Il monitoraggio puntuale dell'esistente e un esame comparativo con altre realtà italiane hanno comunque portato in pochi mesi all'inizio della fase sperimentale con orario 8.00/18.00 tutti i giorni dal lunedì al venerdì. Il personale che risponde al telefono è stato formato internamente con un percorso articolato.

La media delle telefonate a ProntoSanità è di oltre 40 al giorno e gli argomenti sono vari, escludendo le richieste specifiche di tipo prettamente sanitario, in genere sono sui servizi che l'Azienda offre alla popolazione trentina

Relativamente al nuovo portale aziendale, è stato predisposto il bando di gara e assegnato l'incarico alla ditta vincente.

Già nel 2013 si è iniziato a lavorare definendo i percorsi, che dovranno essere molto chiari e semplici per i cittadini, gli operatori e i fornitori, con l'intento inoltre di convergere sul Web la maggior parte della comunicazione interna e esterna dell'Azienda, le pubblicazioni, newsletter e quant'altro, coinvolgendo in tutta la fase organizzativa tutte le Articolazioni Organizzative Fondamentali e le diverse Direzioni.

Questo comporterà una particolare attenzione alle esigenze di informazione e di coinvolgimento dei cittadini e nello stesso tempo una maggior attenzione alla comunicazione da parte di tutti i

professionisti. Fondamentale in questa fase di profondo cambiamento, anche culturale, sarà la collaborazione con la Provincia, l'ufficio stampa e comunicazione e con l'Assessorato alla salute, in modo da fare convergere le scelte comunicative in canali complementari, dando al cittadino, utente, paziente un'immagine forte e unitaria del sistema sanitario trentino.

Il Servizio ha poi lavorato molto sui rapporti con le Associazioni dei cittadini, in una logica di condivisione di obiettivi, sviluppando ulteriormente il servizio di Mediazione Culturale disponibile a chiamata telefonica da tutte le strutture aziendali h24, ha affrontato e gestisce il problema della privacy e le procedure legate ai reclami, e alle osservazioni dei cittadini, trovando risposte veloci, meno burocratiche e attente al cambiamento. Si è infine pubblicato il nuovo elenco telefonico, che ha richiesto un grosso lavoro di ricognizione in tutte le strutture aziendali ed è stato affidato l'incarico dopo regolare bando, al nuovo grafico.

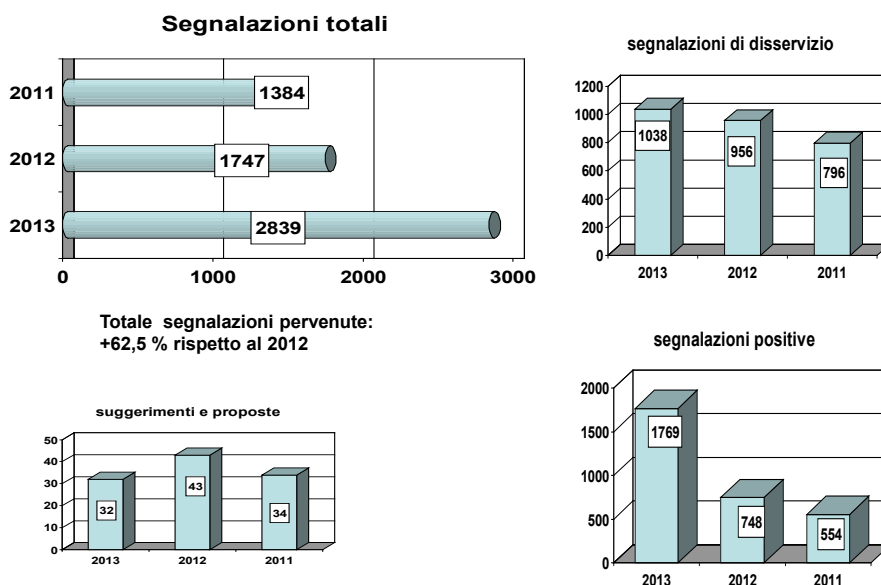
Lista progetti e attività prioritarie

Gli obiettivi per il futuro sono la conclusione e la conseguente attivazione del nuovo sito aziendale con particolare attenzione alla interattività e al web 2.0 con un grosso lavoro redazionale; aggiornamento e razionalizzazione ulteriore delle pubblicazioni aziendali, potenziamento Pronto Sanità con sua interiorizzazione con possibile coinvolgimento dei centralini e delle segreterie di reparto.

Importante la programmazione dell'attività di comunicazione e promozione della Protonterapia che entrerà in funzione dalla prossima estate e coinvolgerà altri enti in una logica di grande risorsa anche per il territorio.

E' previsto un ulteriore potenziamento di riunioni e incontri a diversi livelli nonché la programmazione di corsi di formazione in tema di Comunicazione, realizzazione e diffusione di nuovi strumenti di comunicazione "interna", da giugno 2014 è infatti prevista una Newsletter "Azienda informa" diretta a tutti i dipendenti per far circolare al massimo e in modo capillare tutte le informazioni continuare l'attenzione e approfondimento per l'accesso ai servizi della popolazione immigrata, analizzare in modo creativo e innovativo le indagini svolte sulla soddisfazione dei dipendenti e dei cittadini, proseguire i raccordi con le realtà nazionali (Fiaso, Ministero della Salute, Agenas).

Alcuni dati: Segnalazioni 2013



- tempi medi risposta ai reclami 25,7 giorni.

Ufficio Stampa

- Articoli 2013
- Quotidiani locali: media 90 articoli mensili
- Comunicati stampa: media 15 mensili
- Conferenze stampa: media 4 mensili
- Reperibilità 118: 365 gg h 9/24
- Articoli Il Trentino(Pat) 2 ogni numero)
- Apss notizie(trimestrale)
- Fast News (settimanali)
- INformazione(mensile)
- Supporto Campagne e Pubblicazioni
- Nuova segnaletica aziendale

PIANO DI SICUREZZA DEI LAVORATORI

Il documento illustra le principali attività realizzate ed i principali obiettivi e risultati raggiunti nell'anno 2013 nell'ambito della sicurezza dei lavoratori.

Considerazioni generali (anno 2013)

Nel corso del 2013 l'attività di valutazione svolta dal Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) si è concentrata prevalentemente sull'approfondimento della valutazione dei rischi igienistici specifici (es. DVR sugli agenti cancerogeni e mutageni, DVR rischio chimico Farmacia di TN, DVR chimico e biologico Odontostomatologia di Borgo, DVR radiazioni ottiche artificiali, DVR rischio movimentazione manuale pazienti in diversi reparti ospedalieri...) attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari coordinati dai medici competenti.

Il SPP ha svolto numerosi audit interni per il mantenimento della certificazione del sistema aziendale di gestione della sicurezza, rilevando in questa attività di monitoraggio diversi spunti di miglioramento per il funzionamento del sistema.

L'impegno del SPP si è profuso anche nell'attività di collaborazione con il Servizio Formazione alla realizzazione di corsi di formazione e iniziative aziendali, in particolare per quanto riguarda la gestione del rischio incendio (es. corsi antincendio per preposti coordinatori negli ospedali e questionario online a tutti i lavoratori degli ospedali relativo al piano di gestione emergenza).

Il SPP, inoltre, ha partecipato a numerosi progetti aziendali in collaborazione con diversi servizi aziendali, ad esempio per quanto riguarda la valutazione dei rischi determinati dall'esposizione a campi elettromagnetici e al radon, alla realizzazione di un numero unico aziendale per le chiamate di emergenza non sanitaria, all'implementazione di un sistema di gestione delle schede dati sicurezza dei prodotti chimici utilizzati in APSS e alla sperimentazione dei dispositivi di protezione del volto e degli occhi nelle sale operatorie.

Obiettivi e Risultati raggiunti 2013

Valutazione dei rischi e redazione/aggiornamento di DVR

Nel 2013 il SPP ha redatto i documenti di valutazione dei rischi descritti nella seguente tabella:

TIPOLOGIA DI DOCUMENTI DI VALUTAZIONE	NUMERO
DVR Fascicoli di Unità Operativa/Servizio	379
DVR del personale sanitario in occasione delle Universiadi Invernali del Trentino 2013	1
DVR di approfondimento di rischi specifici (in collaborazione con medici competenti): - DVR rischio chimico (1) - DVR agenti cancerogeni e mutageni (3) - DVR chimico e biologico presso Odontostomatologia (1) - DVR movimentazione manuale pazienti (24) - DVR rischio radiazioni ottiche artificiali (1) - DVR rumore (1) - DVR vibrazioni attrezzature (3) - DVR vibrazioni carrelli elevatori (1)	35
DVR Fascicoli di struttura (vedi SIGE)	0
DVR incendio (comprensivi di valutazioni del rischio da atmosfere esplosive ATEX)	3
PEI PEVAC	4
SIGE (documenti di valutazione degli aspetti strutturali, di sicurezza antincendio e di gestione dell'emergenza per strutture ambulatoriali di piccole-medie dimensioni non di proprietà ma dove APSS svolge attività sanitaria)	35
Valutazioni in corso: - esposizione al radon	In corso

- esposizione a campi elettromagnetici (CEM)	
--	--

Sopralluoghi, visite agli ambienti di lavoro, audit

Nel 2013 sono state svolte **293** visite agli ambienti di lavoro dell'APSS.

In preparazione alla verifica di mantenimento della certificazione OHSAS 18001, eseguita in ottobre, 2013 sono stati svolti **85** audit interni.

Attivazione su segnalazione di rischio

Nel 2013 le risposte a segnalazioni pervenute al SPP sono state **27**.

Formazione

Tra le principali iniziative formative del 2013 realizzate in collaborazione con il Servizio Formazione meritano particolare attenzione:

- l'organizzazione di corsi di training e retraining per gli addetti antincendio delle strutture a rischio incendio medio;
- l'estensione dei corsi sul rischio incendio ai coordinatori di comparto di tutti gli ospedali del SOP;
- la somministrazione del test antincendio on line tramite la piattaforma informatica aziendale a tutti i dipendenti degli ospedali del SOP; ogni test è contestualizzato con riferimento alla singola realtà ospedaliera di riferimento e costituisce un ulteriore strumento rispetto alle altre iniziative messe in campo per la gestione del rischio incendio negli ospedali;
- la somministrazione del questionario sulla rilevazione del rischio da spinta - traino di letti, carrozzine e barelle; tale indagine ha rilevato alcune carenze sulla formazione relativa alla movimentazione dei carichi.

Simulazioni antincendio

Nel 2013 il SPP ha svolto **25** simulazioni di tipo A (a tavolino) e **3** simulazioni di tipo C (evacuazione dell'intero edificio, in particolare per le strutture scolastiche universitarie).

Sorveglianza sanitaria

La Struttura del Medico Competente ha svolto tutte le attività previste dalla normativa vigente per il medico competente sia per l'APSS che per gli Enti convenzionati. In particolare sono state effettuate oltre alle visite per la sorveglianza sanitaria (preventive, periodiche e su richiesta) e alle visite degli ambienti di lavoro (art. 25 D.Lgs 81/2008), anche le visite al rientro da malattia superiore a 60 giorni (adeguamento al D.L. n. 106 del 3 agosto 2009) e gli accertamenti sanitari per l'accertamento di alcol dipendenza e assenza di tossicodipendenza (adeguamento alla Legge 125/2001 e all'Intesa Stato-Regioni del 30 settembre 2007).

Numero visite mediche effettuate: **5.731** Risultato atteso: 5000 (+ 12.8%)

Numero visite ambienti di lavoro effettuate: **544** Risultato atteso: 375 (+31.1%).

Piano Aziendale per la Salute e la Sicurezza dei Lavoratori (PASSL)

Il PASSL Acquisti raccoglie le esigenze di acquisto per la sicurezza provenienti dalle articolazioni aziendali; il PASSL Acquisti è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n° 349 del 25/06/2013 e ha previsto un finanziamento pari ad € 285.926,46.

Il PASSL Lavori definisce la proposta dei lavori da realizzare su strutture e impianti ritenuti opportuni per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza negli ambienti di lavoro aziendali; nel 2013 è stata elaborata la proposta di piano, trasmessa al Direttore Generale e al Direttore

Amministrativo con nota ID 37613640 dd. 05/03/2013, ma a tutt'oggi non ancora finanziata. Il totale degli interventi è stato stimato in € 3.453.000 suddiviso tra interventi in priorità P1 che ammontano ad € 1.182.000, quelli in priorità P2 pari a € 999.000 e quelli in priorità P3 pari a € 1.272.000.

Controllo e monitoraggio della sicurezza

Monitoraggi ambientali

In relazione all'accordo di collaborazione stipulato con Fondazione Salvatore Maugeri (Deliberazione DG n°411 del 17/08/2011, prorogato accordo fino al 31/12/2013 con Deliberazione DG n° 333 del 11/06/2013), sono stati svolti i seguenti monitoraggi e indagini ambientali per la verifica dei livelli di esposizione dei lavoratori:

- indagine ambientale presso la Lavanderia di Pergine;
- indagine ambientale ai fini della valutazione dell'esposizione professionale a polveri di legno duro degli operatori presso la Falegnameria di Pergine;
- indagine ambientale per la valutazione dell'esposizione professionale nell'attività di somministrazione dei farmaci antitumorali presso 3 unità operative della struttura ospedaliera di Trento (Day Hospital Oncologico, Day Hospital Ematologico, Oncologia Degenze).

Monitoraggi gas e vapori anestetici nelle sale operatorie

È stato affidato con determinazione n° 1092 del 15/07/2013 del Servizio Programmazione Acquisti e Logistica alla ditta S.D.S. s.r.l., l'incarico per lo svolgimento del servizio di monitoraggio dei gas e vapori anestetici nelle sale operatorie dell'APSS.

L'attività prevede lo svolgimento di due campagne di monitoraggio all'anno che si sostanziano in misure dell'andamento delle concentrazioni degli inquinanti nell'aria della sala operatoria, misure dell'esposizione personale agli anestetici alogenati tramite monitoraggio biologico, misure dell'esposizione personale agli anestetici alogenati tramite campionatori personali, interventi per le successive misure di verifica di efficacia delle bonifiche delle anomalie riscontrate.

Il personale della Struttura del Medico Competente ha dato assistenza e supporto alla ditta incaricata di effettuare i monitoraggi ed ha provveduto alla trasmissione dei risultati ai Datori di lavoro, tenendo contatti con il SIC e SIST in caso di anomalie.

Collaborazione alla realizzazione di progetti aziendali

- Valutazione dell'esposizione a campi elettromagnetici (CEM)

E' stata effettuata una campagna di misurazioni da parte dell'Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente (APPA) presso l'Ospedale S. Chiara. E' in programma una seconda campagna di misurazioni sia presso l'Ospedale S. Chiara (Dialisi, Sterilizzazione, Radiologia) sia presso l'Ospedale di Rovereto.

- Valutazione dell'esposizione al radon nei locali APSS

Il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP), in collaborazione con APPA e con il Dipartimento di Prevenzione, ha organizzato le attività per la valutazione dell'esposizione al radon, attraverso il censimento dei locali APSS in cui potrebbe essere presente tale sostanza radiogena e il posizionamento di 41 campionatori ambientali. Il periodo previsto per la misurazione delle concentrazioni nei locali individuati sarà di un anno e i risultati che ne deriveranno saranno analizzati nel 2014.

- Numero unico per le chiamate di emergenza (*9)

Il SPP ha collaborato con il Servizio Sistemi Informativi nella redazione di un progetto aziendale relativo al numero unico di chiamata per la gestione delle emergenze non sanitarie (es.: rischio incendio...), proposto e approvato dai Datori di lavoro aziendali in sede di Conferenza. Il progetto dovrà essere realizzato nel 2014.

- Sperimentazione DPI per la protezione del volto in sala operatoria

È stata completata, a cura del SPP e del Medico Competente, la fase preliminare (raccolta DPI ed identificazione personale che li testerà) del "Progetto protezione del volto da liquidi biologici" da completare nel 2014. Il progetto ha come obiettivo l'individuazione del dispositivo più adeguato dal punto di vista della protezione e dell'ergonomia e, di conseguenza, il maggiore utilizzo dei DPI negli ambienti dove il livello di rischio è più elevato (sale operatorie).

- Schede dati sicurezza dei prodotti pericolosi

In relazione alla gestione delle schede dati sicurezza si è cercato di creare un database contenente sia le schede dati sicurezza dei prodotti chimici pericolosi che le eventuali dichiarazioni di non pericolosità dei prodotti utilizzati in APSS.

A partire dal database aziendale trasmesso dal Servizio Programmazione Acquisti e Logistica sono stati individuati e classificati i prodotti chimici per i quali le ditte fornitrici avrebbero dovuto trasmettere le schede o le dichiarazioni.

Mantenimento e rinnovo della certificazione OHSAS 18001

Verifica di mantenimento 2013 (RINA s.p.a.)

Dal 28 al 31 ottobre l'APSS ha ricevuto la verifica di mantenimento della certificazione del sistema di gestione della sicurezza. I siti auditati sono stati in totale 47. Sono stati eseguiti audit presso gli ospedali di Trento, Rovereto, Cles e Borgo, il Dipartimento di Prevenzione, i Distretti (Est, Ovest e Centro Nord) e numerosi servizi della Direzione Generale.

Gli esiti dell'audit si riassumono in: 5 Non conformità e 25 Osservazioni.

Nelle verifiche sono stati coinvolti i Servizi di supporto. Gli esiti sono stati comunicati ai Datori di lavoro e alle unità operative e servizi coinvolti con la finalità di dare un feedback delle verifiche effettuate e di coinvolgere i soggetti nella risoluzione delle problematiche rilevate.

Riesame della Direzione

In data 08 ottobre 2013 si è svolto, in sede di Conferenza permanente aziendale dei Datori di Lavoro, il Riesame dell'Alta Direzione come previsto dalla normativa OHSAS.

All'attenzione dei Datori di Lavoro sono stati portati diversi argomenti:

- il resoconto dell'attività 2013 per la sicurezza (attività del SPP, sorveglianza sanitaria del MC, formazione dei lavoratori e attività di radioprotezione);
- la proposta di adottare un programma per la gestione informatizzata delle attività, delle informazioni e della documentazione del sistema di gestione della sicurezza aziendale;
- la proposta di adottare un numero unico in tutta l'azienda per le chiamate in caso di emergenze non sanitarie;
- i progetti per la formazione dei lavoratori in atto (test antincendio negli ospedali) e da realizzare (questionario per la formazione in materia di sicurezza dei lavoratori);

Mantenimento della certificazione ISO 9001 del SPP

Nel mese di dicembre 2013 il SPP ha ricevuto la verifica per il mantenimento della certificazione secondo la normativa UNI EN ISO 9001:2008 del Sistema di Gestione per la Qualità. All'esito della verifica sono state rilevate dall'ente certificatore 2 Osservazioni, che costituiscono spunti per il miglioramento continuo del sistema e che dovranno essere prese in carico dal SPP per il rinnovo della certificazione nel 2014.

La medesima verifica per il mantenimento del sistema di gestione della qualità è stata svolta presso la Struttura del Medico Competente.

Andamento infortuni

Infortuni denunciati in APSS (per AOF)							
	2011	2012	2013				
direttore generale *	31	13	23				
servizio ospedaliero provinciale **	4	10	10				
distretto centro nord	20	17	28				
distretto centro sud	17	22	9				
distretto est	15	12	17				
distretto ovest	2	6	14				
dip.to di prevenzione	4	5	4				
ospedale trento	174	213	191				
ospedale rovereto	91	85	74				
ospedale arco	39	24	19				
ospedale tione	11	18	14				
ospedale cles	24	20	23				
ospedale borgo	8	26	26				
ospedale cavalese	12	13	13				
Totale	452	484	465				

Note:

* la colonna Direttore Generale comprende i dati degli infortuni di tutte le Tecnostrutture aziendali. I dati degli infortuni a rischio biologico si riferiscono in particolare ad infortuni occorsi agli studenti del Polo universitario per le professioni sanitarie.

** I dati relativi al Servizio Ospedaliero Provinciale comprendono il totale dei dati relativi agli Ospedali di Trento, Rovereto, Arco, Tione, Cles, Borgo e Cavalese e dei servizi che afferiscono direttamente al SOP (es. TE 118).

Infortuni denunciati in APSS per tipologia	2011	2012	2013
rischio biologico (esposizione a materiale biologico potenzialmente infetto)	244	205	231
conseguenti a incidente stradale o infortuni in itinere	61	75	61
traumatismi di varia natura (cadute, distorsioni, lesioni da sforzo per movimentazione di carichi, ecc.)	123	119	135
ferite da taglio e da punta	12	59	20
aggressione da agito aggressivo	11	13	12
altro o non specificato (ustioni, ecc.)	1	13	6
Totale	452	484	465

Principali risultati raggiunti

- Mantenimento della certificazione ISO 9001 del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Mantenimento della certificazione del Sistema aziendale di gestione della sicurezza dei lavoratori di APSS secondo la norma BS OHSAS 18001:2007;
- Ottenimento della riduzione dei premi assicurativi INAIL attraverso la compilazione del modulo INAIL OT24; lo sconto sulle posizioni assicurative relativo all'anno 2012, è stato pari a € 217.932,80;
- Somministrazione dei test antincendio presso tutti gli ospedali del SOP; nella seguente tabella si riportano le percentuali di superamento del test presso le singole strutture:

ospedale	n° iscritti	% superamento
S. Chiara Trento	2837	83,19
S. Maria Carmine Rovereto	1270	46,22
Cles	488	82,99
Cavalese	287	80,14
Borgo	366	49,73
Arco	464	65,09
Tione	295	76,61

- Redazione del Protocollo operativo per la gestione emergenza Ospedale Riabilitativo "Villa Rosa" ed edifici del Distretto Est.
- Partecipazione alle attività relative alla sicurezza per l'avviamento del Centro di Protonterapia (numerose riunioni di coordinamento per l'entrata in funzione del centro; elaborazione del DUVRI per la gestione delle interferenze con le imprese che hanno in gestione il centro; organizzazione della formazione per gli addetti antincendio; sopralluoghi per prossima redazione dei DVR).

Lista progetti e attività prioritarie

1. **maggiori progetti** = iniziative di ampio respiro trasversali a tutta l'Azienda e/o rivolte a più Direzioni aziendali conclusi, intrapresi/avviati nel 2013

- Condivisione con i servizi competenti di tutti gli aspetti organizzativi per la realizzazione del progetto sul numero unico di chiamata per le emergenze non sanitarie.
- Conclusione della valutazione aziendale dei rischi determinati dall'esposizione a campi elettromagnetici e dall'esposizione al radon.
- Aggiornamento ed erogazione del corso FAD sulla sicurezza ai dirigenti e preposti dell'APSS;
- Somministrazione attraverso la piattaforma aziendale del questionario per la valutazione delle conoscenze in materia di sicurezza rivolto a tutti i lavoratori dell'APSS, in ottemperanza ai contenuti dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2011.
- Realizzazione della sperimentazione dei DPI per la protezione degli occhi degli operatori al fine di individuare i dispositivi più adeguati dal punto di vista della protezione e dell'ergonomia e garantire, pertanto, un maggiore utilizzo dei DPI negli ambienti dove il livello di rischio è più elevato (sale operatorie). La sperimentazione sarà coordinata dal Medico Competente.

2. **attività prioritarie** = interventi specifici e straordinari, di miglioramento e di innovazione

- Progettazione del nuovo documento di valutazione dei rischi per il passaggio alla versione informatizzata del DVR;
- Acquisto di un software specifico che permetta di gestire in maniera integrata e uniforme tutti gli elementi costitutivi del sistema di gestione per la sicurezza;
- Collaborazione all'implementazione del sistema di gestione delle schede dati sicurezza dei prodotti delle sostanze pericolose utilizzate in APSS.

PIANO DELLA GESTIONE AMBIENTALE

RIQUALIFICAZIONE ENERGETICA DEGLI IMMOBILI – Riduzione emissioni

Negli ultimi anni si è dato corso ad una serie di interventi straordinari sugli impianti per ridurre l'impatto ambientale di APSS in termini di emissioni e/o di ridurre la spesa corrente sostenuta dall'Azienda per il suo funzionamento.

Si tratta di interventi sugli impianti di riscaldamento e climatizzazione destinati a aumentarne l'efficienza attraverso riqualificazione tecnica o sostituzione della tipologia di combustibile utilizzata o, ancora, mediante l'allacciamento a reti di teleriscaldamento, i cui costi sono stati calcolati in modo da garantire il rientro degli investimenti in tempi relativamente brevi e successivamente permettere il conseguimento di un vantaggio economico per l'Azienda.

Una seconda tipologia di interventi si proponeva, invece, come obiettivo primario la riduzione delle emissioni inquinanti, utilizzando come parametro di riferimento principale le emissioni di CO₂ senza aumento di costi per APSS.

Spesso gli interventi effettuati hanno permesso di raggiungere contestualmente entrambi gli obiettivi con, quindi, duplice vantaggio per l'Azienda.

In particolare gli interventi di maggior rilevanza completati nel 2013 risultano costituiti da:

- riqualificazione della centrale termica della Palazzina A del Centro Servizi Sanitari di Trento,
- realizzazione di scambiatori ad acqua di pozzo con conseguente dismissione delle torri evaporative per l'impianto di raffrescamento del P.O. S.Chiera di Trento,
- realizzazione di centrale termica presso l'edificio ex-IPAI con dismissione della sottocentrale a vapore e della linea di trasporto vapore dalla centrale termica del S.Chiera,
- sostituzione macchina per il raffrescamento della Sede,
- rifacimento parziale canali aria del VI piano degenze con alimentazione da UTA del sottotetto sottoutilizzate anziché da quelle originarie al piano terra sovraccaricate,
- Sostituzione collettore vapore nei cunicoli del S.Chiera di Trento e riparazione numerose perdite che comportavano sprechi energetici dovuti alla fuoriuscita di vapore ad alta pressione e temperatura.

Per ciascuno dei prime tre interventi è stata redatta specifica relazione di valutazione dei potenziali vantaggi ambientali e/o economici.

Per gli ultimi tre i vantaggi sono evidenti, ma non calcolabili o misurabili in maniera sufficientemente precisa.

A seguire si riporta la tabella riassuntiva dei dati ricavati attraverso le singole analisi e relativi complessivi:

Immobile	Energia primaria risparmiata	Riduzione Emissioni CO2	Riduzione emissioni NOx	Riduzione immediata della spesa	Investimento iniziale	Data di ammortamento dell' investimento	Riduzione di spesa ad ammortamento avvenuto
	(KWh)	(t/a)	(g/a)	(€/anno)	(€)		(€/anno)
CSS Trento	9,46	7,56	106,32	1.986	40.000	31/12/2020	6.100,00
P.O. S.Chiara	725,4 **	0	0	59.000	124.771	31/12/2019	72.818,00
ex-IPAI	298,18	238,44	3.352,65	0	0	31/12/2018	22.386,82
totale	1.033,04	246,00	3.458,97	60.986	164.771		101.304,82

** elettrici (a cui va sommata la riduzione di consumo di acqua potabile)

Nel corso del 2014 saranno realizzati i seguenti interventi:

- utilizzo del bacino di energia di tipo geotermico del P.O. S.Chiara di Trento, costituito da acqua di pozzo ad una temperatura adatta per sfruttamento termico, ed impiego delle unità frigorifere in modalità di pompa di calore per estrarre calore dalla falda e produrre acqua calda a bassa temperatura da asservire ad alcuni circuiti quali quelli dei pannelli radianti a pavimento e del post-riscaldamento aerea delle UTA.
- riqualificazione della centrale termica della Palazzina B del Centro Servizi Sanitari di Trento,
- Realizzazione cappotto e serramenti del P.O. di Rovereto

I potenziali vantaggi ambientali ed economici di questi ultimi sono riassunti nella seguente tabella:

Immobile	Energia primaria risparmiata	Riduzione Emissioni CO2	Riduzione emissioni NOx	Riduzione immediata della spesa	Investimento	Tempi di ritorno dell' investimento	Riduzione spesa ad ammortamento avvenuto
	(MWh)	(t/a)	(g/a)	(€/anno)	(€)		(€/anno)
P.O. S.Chiara	1.083,256	250		11.164	0 *	31/12/2018	75.280
CSS Trento	9,46	7,56	106,32	1.588	40.000	31/12/2021	6.100
P.O. di Rovereto	433	90		36.000	5.400.000		36.000
totale	1.525,72	347,56	106,32	48.752,00	5.440.000		117.380

* investimento a carico del gestore

Ulteriori interventi sono attualmente allo studio. Fra questi si annoverano:

- realizzazione di accordo inter-enti e gestori per la realizzazione di nuova centrale termica/frigorifera presso l'edificio Crosina Sartori con dismissione della sottocentrale a vapore e della linea di trasporto vapore dalla centrale termica del S.Chiara. Questo intervento presuppone l'utilizzo come fonte geotermica di un pozzo autorizzato esistente

sul terreno dell'asilo, il Trasferimento del calore estratto dall'edificio in condizioni di raffrescamento per il riscaldamento delle piscine comunali, l'utilizzo in pompa di calore dell'impianto frigorifero nella stagione invernale per circuiti a bassa temperatura del Crosina, principalmente preriscaldamento acqua calda sanitaria, e delle piscine comunali;

- realizzazione di impianto fotovoltaico sulla copertura della Sede;
- rifacimento parziale canali aria del V piano del Corpo degenze del S.Chiara di Trento;
- sostituzione caldaia palazzina C, dismissione bollitore a gas e posa imp. solare termico per produzione acqua calda sanitaria presso il Centro Servizi Sanitari di Viale Verona (intervento che presumibilmente si renderà necessario visti i problemi avuto sui Corpi A e B);
- sostituzione UTA bunker e pulizia canali zona bunker del S.Chiara di Trento;
- spostamento gruppi frigo V.Igea per messa a norma centrale termica e separazione parte caldo da parte freddo;
- realizzazione impianto di freecooling presso CED per lo sfruttamento delle condizioni termiche esterne nelle stagioni fredde e negli orari notturni.

Come sopra evidenziato, ad oggi sono stati messi in atto interventi che a regime consentiranno ulteriori risparmi per APSS quantificabili, al valore attuale delle tariffe di combustibile, elettriche e dell'acqua potabile, nell'ordine degli 117.380 €/anno aggiuntivi ai 170.000 €/anno già indicati nella relazione del precedente anno.

A questi risparmi vanno sommati gli oneri evitati e derivanti dalle riparazioni e sostituzioni necessarie oggi o in un prossimo futuro per garantire la piena funzionalità degli impianti preesistenti, progressivamente sempre più obsoleti. Questi costi che sono stati stimati lo scorso in una cifra orientativa dell'ordine dei 350.000 €, possono con i nuovi interventi previsti essere aggiornati a 390.000 €.

Purtroppo tutti i risparmi conseguiti od ipotizzati non possono che compensare solo parzialmente il progressivo aumento di costi derivanti dall'entrata in funzione di nuovi volumi e nuove tecnologie impiantistiche e diagnostiche sempre più energivore.

Certificazione energetica degli edifici dell'APSS

Nel corso dell'anno tutti i principali edifici sono stati certificati, rispettando la scadenza di Legge fissata al 31/12/2013.

La Targa Energetica di ciascuna struttura è stata affissa in luogo visibile ed accessibile al pubblico.

La Certificazione ha valenza non tanto riguardo all'individuazione della classe energetica dell'immobile, che resta comunque alta per peculiarità proprie correlate all'attività sanitaria, quanto perché l'iter di certificazione prevede l'individuazione delle misure più significative in termini di risparmio energetico e tempi di ritorno dell'investimento per il miglioramento delle prestazioni, rendendo possibile indirizzare gli investimenti sul patrimonio in funzione della loro efficacia.

PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Con l'entrata in vigore della Legge 190 del 6 novembre 2012, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento ha nominato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (dott. Tullio Ferrari, deliberazione D.G. n. 147/2013) e il Responsabile per la Trasparenza (dott. Armando Toniolatti, deliberazione D.G. n. 249/2013). Tali figure sono state individuate in due soggetti distinti in quanto si è voluto tenere in considerazione le dimensioni e la complessità che caratterizzano l'A.P.S.S.

L'Azienda sanitaria trentina ha da sempre posto particolare attenzione alla tematica dei controlli e allo sviluppo della cultura dell'autocontrollo come misura di miglioramento della qualità dei propri servizi e come strumento di prevenzione di fenomeni di illecito.

Il primo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 413/2013 del 23/07/2013, è stato elaborato con il coinvolgimento, mediante confronto e partecipazione attiva, di tutti i Direttori di Tecnostruttura e dei relativi Servizi, dei direttori Amministrazione delle Articolazioni organizzative fondamentali e delle strutture di Staff al Consiglio di direzione nell'attività di mappatura dei processi a rischio, di analisi e misurazione, di individuazione delle misure preventive atte alla riduzione di fenomeni di illegalità.

Tale analisi ha portato all'elaborazione di un documento che individua per i processi a rischio alto o medio delle misure operative atte a mitigarlo e distinte tra quelle già in essere al momento di redazione del Piano e quelle, invece, da implementare entro una determinata scadenza da parte dei responsabili.

L'approvazione del Piano aziendale ha preceduto il Piano Nazionale anticorruzione il quale ha posticipato al 31 gennaio 2014 la scadenza per l'approvazione e la trasmissione al Dipartimento della Funzione Pubblica dei Piani delle singole amministrazioni.

Pertanto il Piano adottato risente della prima fase di avvio del sistema aziendale per la prevenzione della corruzione ed in particolare per quanto riguarda la raccolta di specifici indicatori diretti a misurare i principali obiettivi che la normativa si pone:

- La riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- L'aumento della capacità di scoprire i casi di corruzione;
- La creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

In relazione alle dimensioni ed alla complessità dell'Azienda, è stata creata la rete dei referenti aziendali del R.P.C., individuandoli nei responsabili di articolazione organizzativa fondamentale, nei direttori di Struttura ospedaliera, nei direttori dei Servizi amministrazione e nei direttori di tecnostruttura allo scopo di presidiare in maniera adeguata tutte le aree potenzialmente esposte al rischio corruttivo.

Al fine di ampliare la gamma di interventi per la prevenzione della corruzione, oltre alla costruzione di un efficiente sistema di controlli interni da parte dei responsabili di Servizio/U.O., si è ritenuto importante, come per altro indicato dal legislatore, programmare una serie di attività formative sia sugli aspetti contenutistici della normativa, sia su quelli valoriali, con particolare riferimento ai temi dell'etica, dell'integrità e della legalità. L'obiettivo è di sensibilizzare tutti i dipendenti, soprattutto quelli delle aree ad alto rischio, sui valori dell'integrità, legalità, etica, trasparenza, efficienza, diritto d'accesso, codici di comportamento e sanzioni, whistleblowing come strumento per coinvolgerli nelle attività di segnalazione e di contrasto alla corruzione.

L'efficacia delle misure e degli obiettivi individuati dal Piano richiedono necessariamente la collaborazione di tutti i soggetti interessati dalle sue disposizioni. Allo scopo di favorire l'emersione e la segnalazione di eventuali comportamenti in contrasto con la legge e con le disposizioni in materia di anticorruzione, con l'approvazione del Piano aziendale si è provveduto ad attivare una casella di posta elettronica specificatamente dedicata a tale ambito e visibile al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e ai funzionari del Servizio di Audit che, incaricato in qualità di servizio di controllo interno, rappresenta la struttura di supporto per l'attività del R.P.C.

L'A.P.S.S. ha elaborato ed approvato una *policy* per la tutela del *whistleblowing*, ovvero per la protezione contro qualunque forma di vittimizzazione nei confronti di coloro che, in forma anonima o qualificata, si espongono segnalando le situazioni a rischio corruzione delle quali siano venuti a conoscenza.

Tale *policy* oltre a tutelare il dipendente pubblico così come previsto dalla Legge 190/2012, garantisce protezione anche ai soggetti esterni proprio allo scopo di favorire e incentivare le segnalazioni quale strumento di prevenzione della corruzione.

Inoltre, al fine di diffonderne i contenuti e raccogliere suggerimenti da parte dei destinatari, il Piano aziendale è stato anche presentato presso i quattro distretti territoriali, l'Ospedale di Rovereto e di Trento ed il Dipartimento di Prevenzione.

Si aggiunge che il Piano aziendale è stato anche sottoposto al giudizio da parte di una società di revisione esterna (Trevor S.p.a.), nell'ambito delle attività di revisione del bilancio e senza oneri aggiunti, che lo ha valutato coerente e rispettoso del dettato normativo e pertanto non vi sono state indicazioni di modifiche sostanziali al relativo contenuto.

Relativamente alle misure di trasparenza attivate dall'Azienda il comma 4 dell'art. 49 (Norme transitorie e finali) del D.lgs n. 33/2013 prevede che *"le Regioni a statuto speciale e le Province Autonome di Trento e di Bolzano possono individuare forme e modalità di applicazione del presente decreto in ragione della peculiarità dei propri ordinamenti"*.

Nelle more dell'entrata in vigore della disposizione legislativa provinciale, che recepisca i principi della normativa statale di cui sopra, nel 2013 sono state applicate le disposizioni contenute nella Legge 190 del 2012 ed i relativi atti attuativi riferibili strettamente all'ambito dell'anticorruzione, di esclusiva competenza statale. In data 22 ottobre 2013 è stato presentato un primo disegno di legge provinciale n. 401 con le disposizioni riguardanti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, aggiornato a seguito dell'entrata in vigore della XV^a Legislatura con delibera della Giunta provinciale n. 482 dd. 04.04.2014.

In attesa della normativa provinciale di cui sopra, considerati anche i contenuti del disegno di legge sopra citato, l'APSS ha deciso di attivare delle azioni volte ad adempiere progressivamente agli obblighi in materia di trasparenza. Infatti sono stati analizzati gli adempimenti relativi alla pubblicazione delle informazioni nei siti istituzionali previsti dal D.lgs 33/2013 e pubblicati in tabella dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e trasparenza delle amministrazioni pubbliche - A.N.A.C. (ex CIVIT) e individuate le informazioni da pubblicare sul sito internet dell'APSS. Si è provveduto a creare nel sito istituzionale APSS la sezione *"Amministrazione trasparente"*.

Sono in corso di acquisizione le dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013 in capo ai direttori di vertice, di struttura complessa e semplice dipartimentale.

Come previsto dalla normativa, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 413/2013 del 23/07/2013, è stato trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica e alla Provincia. Inoltre è stato pubblicato sul sito internet dell'Azienda e, allo scopo di darne idonea pubblicità, tutti i dipendenti sono stati informati tramite posta elettronica dell'adozione del Piano e sono stati invitati a prenderne visione al link ivi indicato, precisando che il rispetto del Piano rappresenta per tutti i dipendenti un obbligo la cui violazione costituisce illecito disciplinare.

PARTE III – ANDAMENTO DELLA GESTIONE

INTRODUZIONE

Il Bilancio di esercizio 2013 è stato elaborato secondo le regole previste dall'art. 40 della L.P. n. 16 del 23.07.2010, in conformità alle direttive vincolanti per la tenuta della contabilità economico – patrimoniale adottate dalla Giunta Provinciale con deliberazione n. 3.412 di data 30.12.2002 così come modificate da ultimo, con deliberazione n. 667 di data 05.04.2012.

La gestione economica, finanziaria e patrimoniale dell'azienda è informata ai principi del codice civile, con l'obbligo di adottare i bilanci di previsione annuale e pluriennale, quali strumenti di programmazione operativa e contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, atta a consentire analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

La Giunta provinciale approva direttive in materia di gestione economica, finanziaria e patrimoniale dell'azienda, definendo in particolare gli strumenti di programmazione e gli altri documenti contabili, ivi compreso il **bilancio di esercizio** previsto dall'art. 39 della L.P. n. 16/2010.

Il sistema di contabilità generale è di tipo economico – patrimoniale e, pertanto, in sede di chiusura del progetto di bilancio, sono state operate le **operazioni di assestamento e rettifica** nel rispetto del principio di competenza economica nella rilevazione dei fatti di gestione.

La descrizione delle macrovoci del bilancio di esercizio dei singoli dati esposti nella relazione sulla gestione pone prevalente attenzione alla rappresentazione numerica del “**Conto Economico**”, in modo da poter evidenziare nel dettaglio l'andamento della spesa sanitaria provinciale, anche in rapporto con il trend evolutivo nazionale stimato per l'esercizio 2013 con rilievo ai principali aggregati funzionali che compongono la dinamica dei ricavi e dei costi dell'esercizio di riferimento. Il conto economico è quindi il documento di bilancio che, contrapponendo i costi ed i ricavi di competenza del periodo amministrativo, illustra il risultato economico della gestione dell'esercizio considerato.

La seconda parte integrante e sostanziale del bilancio di esercizio, ossia lo “**Stato Patrimoniale**”, indica la consistenza e la struttura del patrimonio aziendale in tutte le sue componenti attive e passive e viene analizzata nella sua situazione esistente a fine esercizio 2013, confrontata con la consistenza delle varie poste al 31 dicembre dell'anno precedente.

La “**Nota integrativa**” identifica il terzo documento parte integrante e sostanziale del bilancio d'esercizio e ha lo scopo di completare i dati dei prospetti contabili (Conto Economico e Stato Patrimoniale), fornendo ulteriori informazioni quantitative e descrittive complementari indispensabili per la corretta rappresentazione della situazione patrimoniale e finanziaria, nonché del risultato economico d'esercizio.

Questo documento ha dunque la funzione di illustrare e integrare le registrazioni contabili, di esplicazione del loro contenuto e di descrizione dei criteri di valutazione delle poste di bilancio.

Nell'esercizio 2013 è proseguita la razionalizzazione dei fattori produttivi, anche in recepimento ai seguenti provvedimenti provinciali:

- deliberazione di G.P. n. 109 del 25.01.2013, con cui l'esecutivo provinciale ha provveduto all'assegnazione all'APSS degli **obiettivi per l'anno 2013**;
- deliberazione della G.P. n. 1493 di data 19.07.2013, con cui la PAT ha approvato il **Piano di Miglioramento 2013-2015 dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari**.

Il Piano di Miglioramento triennale dell'APSS definisce le necessarie azioni di efficientamento dei servizi, di razionalizzazione delle procedure e di riqualificazione della spesa tali da assicurare all'Azienda il conseguimento dell'equilibrio di bilancio per tutto il triennio 2013-2015, nell'ottica primaria di assicurare un miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati agli utenti, pur in presenza di consistenti riduzioni nei trasferimenti correnti provinciali.

In sintesi il Piano prevede, da un lato, l'adozione di azioni di tipo strutturale soprattutto per quanto attiene all'organizzazione dell'attività ospedaliera, mediante il completo sviluppo della rete

ospedaliera e della rete clinica già previste nella L.P. 16/2010 e della rete dell'urgenza emergenza, e, dall'altro, una forte azione di riqualificazione della spesa corrente con riferimento alle forniture di beni, di servizi e agli appalti, nonché alle convenzioni sanitarie e socio-sanitarie con i soggetti privati. A ciò si aggiunge la previsione di consistenti azioni di ottimizzazione nelle procedure per la costituzione degli accantonamenti d'esercizio e anche in virtù delle razionalizzazioni già operate negli esercizi precedenti.

Sul fronte delle procedure aziendali, si evidenzia che, dopo la chiusura dell'esercizio, con deliberazione del Direttore Generale n. 120 di data 18.03.2014, sono state definite le disposizioni aziendali in materia di deleghe di funzioni gestionali, la cui competenza è attribuita ai responsabili dei servizi di tecnostuttura e ai responsabili dei servizi amministrazione, in ragione delle rispettive competenze per materia e territorio, come stabilite nelle rispettive declaratorie contenute nel regolamento aziendale di organizzazione e funzionamento e nei Piani di Organizzazione e Funzionamento (POF).

Sul fronte dei pagamenti ai fornitori, parte interessata del sistema sanitario provinciale, si segnala che i medesimi sono stati assolti nei termini previsti nelle rispettive obbligazioni contrattuali. Al riguardo **"l'indicatore di tempestività dei pagamenti"** è pari a 41,87 giorni, se si considera l'indice medio e pari a **35,68** se si considera il tempo medio ponderato. La diminuzione dei tempi di pagamento rispetto a quelli registrati nel 2012 è dovuto principalmente al recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi nelle transazioni commerciali (D. Lgs. 09.11.2012, n. 192, pubblicato in G.U.R.I. n. 267 di data 15.12.2012), che ha previsto, tra l'altro, che i pagamenti dovuti dagli Enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria devono avvenire nel termine di 60 giorni dal ricevimento dei documenti fiscali di addebito. In proposito, preme evidenziare che, nell'ambito delle procedure ministeriali previste nel Decreto c.d. "Sblocca Debiti", APSS ha comunicato, nei termini previsti, l'assenza di posizioni debitorie 2013, relative a debiti certi, liquidi ed esigibili.

L'indice di riscossione dei crediti è risultato pari a 142 giorni (non sono però considerati nell'indice i ricavi riscossi per pronta cassa).

Si rileva, infine, il conseguimento della certificazione del bilancio d'esercizio 2013, rilasciato dalla società di revisione Trevor S.r.l. per il periodo di competenza economica 2013. Il bilancio APSS risulta certificato a partire dal consuntivo 2005.

La continuazione del processo di revisione contabile per il triennio di competenza economica 2011-2013 conferma la rilevanza strategica ed il concreto impegno dell'APSS nella sottoposizione a revisione volontaria dei propri bilanci nell'ottica di garantire la massima trasparenza ed attendibilità delle rendicontazioni a tutte le parti interessate soprattutto in un momento storico in cui le risorse disponibili sono in progressiva contrazione e quindi vi è l'esigenza di fornire alla Comunità il puntuale resoconto delle attività realizzate e delle risorse impiegate. A livello nazionale con il Decreto del Ministero della Salute del 18 gennaio 2011, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 39 di data 17.02.2011, è stata disciplinata la valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci degli enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale, comprese le aziende sanitarie, a cui non è stata chiamata l'Azienda in quanto struttura con i bilanci già certificati.

DINAMICA COMPLESSIVA DEI PRINCIPALI AGGREGATI ECONOMICI: TENDENZA NAZIONALE E CONFRONTO LOCALE

La spesa sanitaria nazionale indicata nel Documento di Economia e Finanza, approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta dell'8 aprile 2014, è pari a 109.254 milioni di euro, in riduzione dello 0,3% rispetto alla spesa dell'anno 2012 (rilevata pari a 109.611 milioni di euro). Il costo complessivo del S.S.N. appare quindi in netta contrazione (-1.854 milioni di euro) anche rispetto alla previsione formulata nel Documento di Economia e Finanza 2013 approvato dal Governo in data 10.04.2013 e nella Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza del 20.09.2013: in tali documenti la spesa sanitaria 2013 era, infatti, indicata in 111.108 milioni di euro¹.

La spesa nazionale 2013 conferma il sensibile rallentamento della dinamica evolutiva per effetto delle misure di intervento che hanno riguardato il settore sanitario attraverso le diverse manovre statali di contenimento, anche se va sottolineato il fatto che i dati di consuntivo pubblicati ora nel D.E.F. fanno riferimento ai valori di preconsuntivo e come tali suscettibili di variazione.

Tenuto conto anche della variazione dei prezzi al consumo, nel 2013 pari allo 0,6%, si rafforza ancora di più il contenimento reale della spesa sanitaria. Rispetto al Prodotto Interno Lordo (P.I.L.) il D.E.F. mantiene la spesa pubblica per la salute alla percentuale del 7,0%.

Sulla dinamica nell'evoluzione della spesa sanitaria hanno inciso i seguenti provvedimenti normativi:

- sulle spese del personale dipendente i provvedimenti di blocco del turn over in vigore nelle Regioni sotto piano di rientro, le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto dalle Regioni non sottoposte a piano di rientro e gli automatismi introdotti dalla legislazione in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi del personale in relazione al personale cessato e le ulteriori misure di contenimento nella dinamica della spesa del personale;
- Per le spese per beni e servizi: la pubblicazione dei prezzi di riferimento da parte dell'AVCP e la rinegoziabilità dei contratti con i fornitori (con possibilità di recesso dagli stessi) nel caso in cui i prezzi unitari risultino superiori del 20% rispetto a quelli individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici; la possibilità di rinegoziare i contratti con riduzione dei corrispettivi e corrispondenti volumi di acquisto per la durata residua del contratto; la fissazione del tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici; la rideterminazione del tetto sulla farmaceutica ospedaliera al 3,5% con fissazione al 50% della quota di ripiano dello sfondamento del tetto a carico delle aziende farmaceutiche, attraverso il meccanismo del pay back;
- Per le convenzioni sanitarie ed in particolare la spesa per l'assistenza farmaceutica: l'incremento dello sconto a carico dei farmacisti dal 1,82% al 2,25%, la rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica territoriale al 11,35% con attivazione del meccanismo del pay back nel caso di superamento del tetto; la riduzione dei prezzi dei farmaci; il potenziamento delle attività di monitoraggio delle prescrizioni attraverso il sistema Tessera Sanitaria;
- Per le altre prestazioni sanitarie (ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza): una diversa regolazione, in particolare nelle Regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da strutture accreditate, attraverso fissazione di tetti di spesa ed attribuzione di budget; la riduzione in misura percentuale fissa degli importi e dei corrispondenti volumi di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera da erogatori privati.

In termini strutturali, prendendo a riferimento la spesa sanitaria nazionale indicata nel D.E.F., si rileva una spesa pro capite di 1.831 euro.

¹ Si rileva peraltro che nel Documento di Economia e Finanza 2014 la spesa sanitaria 2012 è valorizzata in 109.611 milioni di euro, mentre nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese 2012 presentata al Parlamento dal Ministro dell'Economia e delle Finanze Fabrizio Saccomanni, la spesa 2012 delle Regioni e Province Autonome è pari a 113.036 milioni di euro e quindi con una differenza rispetto all'ultimo D.E.F. di ben 3.425 milioni di euro.

Per quanto riguarda la realtà trentina è noto che il Servizio Sanitario Provinciale risulta fin dal 1994 finanziato direttamente con le risorse del bilancio provinciale e quindi al di fuori del Fondo sanitario nazionale. La Giunta Provinciale con deliberazione n. 2679 dd. 07.12.2012 ha indicato le direttive all'Azienda in materia di assunzioni e di spesa per il personale, di spese per l'acquisto di beni e servizi, di spesa per l'assistenza farmaceutica ed altre convenzioni sanitarie, automazione dei processi e semplificazione amministrativa, fissando alcuni interventi di razionalizzazione e riduzione della spesa di cui si è dato conto in Nota integrativa.

Le disposizioni per il finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'anno 2013, hanno registrato una riduzione pur in presenza di un potenziamento dei servizi quali l'attivazione del Nuovo Ospedale Villa Rosa, l'attivazione del volo notturno e dell'auto sanitaria, l'assorbimento del Punto nascita dell'Ospedale S.Camillo presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Trento, il graduale assorbimento del Centro di Protonterapia, il supporto alle Universiadi invernali 2013.

La spesa pro-capite trentina raggiunge nell'anno 2013 i **2.169 euro**, sterilizzando gli ammortamenti che non incidono a conto economico, ed i costi degli istituti socio-assistenziali i cui oneri sono rilevati in modo non uniforme nei bilanci sanitari, le componenti straordinarie, ma comprensivo del saldo di mobilità sanitaria. Il costo è pertanto in diminuzione rispetto al valore registrato l'anno precedente. Il raffronto con il dato nazionale conferma una leggera diminuzione del differenziale rispetto alla percentuale dello scorso anno (ca. 18%); tale raffronto deve però essere considerato con molta cautela in quanto non omogenei sono i valori di spesa considerati a livello nazionale, rispetto a quelli locali (si citano principalmente: dati di pre-consuntivo rispetto a dati di consuntivo; diversi criteri di imputazione dei costi anche con riferimento ai settori dell'integrazione socio-sanitaria). Si conferma comunque il differenziale storico legato al c.d. deficit di area correlato alle caratteristiche geomorfologiche montane del territorio locale, e comunque in un contesto di potenziamento dei servizi offerti a garanzia di livelli di assistenza sanitari superiori rispetto a quelli essenziali indicati dalla disciplina nazionale.

La variazione della spesa sanitaria totale rileva comunque a livello locale una contrazione pari allo 0,5% e quindi superiore rispetto a quella registrata a livello nazionale (-0,3%) a dimostrazione dei notevoli interventi di riduzione della spesa e quindi di un efficientamento dei processi in quanto attraverso gli obiettivi annualmente assegnati all'Azienda è comunque stato sviluppato un progressivo ampliamento dei servizi e dei livelli di prestazione che garantiscono un quadro di offerta superiore allo standard nazionale, come ad esempio l'assistenza sanitaria agli ospiti delle RSA, l'assistenza odontoiatrica l'integrazione socio-sanitaria, le prestazioni c.d. "aggiuntive".

Contrariamente a quanto è accaduto in Provincia di Trento, a livello nazionale in questi ultimi anni è stata data maggior enfasi ai problemi della razionalizzazione e del contenimento dei servizi (attraverso anche il ridimensionamento o addirittura la chiusura di strutture) per conseguire obiettivi di controllo della spesa, anche attraverso l'accorpamento delle ASL o mediante la costituzione di organismi di gestione di servizi centralizzati funzionali a più aziende (area vasta, consorzi).

Ulteriori iniziative di riduzione della spesa non possono che passare attraverso una ridefinizione del quadro di offerta dei servizi anche secondo quanto già previsto dal Piano di Miglioramento 2013-2015, in quanto margini per interventi ad invarianza della rete dei servizi non sono percorribili se si vogliono e si debbano mantenere adeguati standard di qualità e sicurezza dei processi assistenziali ed amministrativi di supporto.

I RISULTATI FINALI DELLA GESTIONE ECONOMICA 2013: VALUTAZIONI DI SINTESI

Il Bilancio 2013 si è chiuso in sostanziale equilibrio, con un utile di € 19.250= e con un ammontare complessivo di costi (calcolato al netto delle quote di ammortamento sterilizzate) pari a **1.218,07 milioni**, contro gli **1.223,75** del 2012 (-0,46%).

La diminuzione dei costi 2013, rilevati contabilmente, hanno riguardato principalmente:

- la contrazione dei costi per l'**acquisto di servizi sanitari e rimborsi (- 4,82 milioni**, pari a -0,97%), così disaggregata: -5,14 milioni per le prestazioni sanitarie in convenzione; -1,02 milioni relativo alla mobilità interregionale; -0,41 milioni per le prestazioni socio-sanitarie e -0,10 milioni per la voce degli altri costi. Al contrario, in tale macrovoce si evidenzia l'incremento dei contributi, rimborsi e compartecipazioni, pari complessivamente a +1,85 milioni, in relazione alle contabilizzazioni dei rimborsi per l'intera annualità 2013 dei contributi in favore di persone affette da celiachia, iscritte fino al 2012 nell'assistenza integrativa in forma diretta;
- la diminuzione dei costi per l'**acquisto di servizi tecnico-economici (-2,21 milioni**, pari a -2,06%), così ripartita: -2,43 milioni per le manutenzioni e riparazioni in appalto (pari a -10,06%) e -2,17 milioni per gli altri servizi in appalto (-3,28%). In tale posta di bilancio, invece, si segnala l'incremento degli altri servizi esterni (+2,39 milioni, pari al 14%), ripartito essenzialmente all'aumento degli oneri assicurativi e dei costi per l'energia elettrica;
- la differenza contabile, rispetto al dato 2012, nella **variazione delle rimanenze (-1,89 milioni)**, opportunamente rappresentata per tipologia di bene nella nota integrativa;
- la contrazione del **godimento beni di terzi (-0,87 milioni**, pari a -10,60%), collegata alle azioni di revisione della spesa, con particolare riferimento al nuovo affidamento della fornitura di gas medicinali, servizi correlati di ossigenoterapia e ventilatori domiciliari a lungo termine, in favore degli assistiti affetti da insufficienza respiratoria cronica;

Al contrario, si evidenziano, in modo sintetico, le seguenti dinamiche incrementative:

- i maggiori oneri della voce degli **acquisti di materie prime, sussidiarie, di consumo e merci, (+ 2,37 milioni**, pari all'1,72%) derivanti essenzialmente dall'incremento dei prodotti sanitari (medicinali e farmaci, in ragione dell'innovazione tecnologica ed assistenza farmaceutica territoriale per via dell'introduzione delle eparine a basso peso molecolare nel canale distribuiti vo "per conto";
- i maggiori costi sostenuti per il **personale dipendente (+ 3,84 milioni)**, con un aumento percentuale di 0,92 punti percentuali rispetto al dato dell'esercizio precedente;
- i maggiori oneri derivanti dagli **ammortamenti e svalutazioni (+ 1,62 milioni)**, con un incremento percentuale di 4,10 punti percentuali rispetto al dato dell'esercizio precedente;
- la lieve crescita degli **oneri diversi di gestione (+0,07 milioni**, pari a +1,35%).

Tra le poste di assestamento e rettifica, iscritte in chiusura del progetto di bilancio, si pongono in evidenza la consistenza e la natura degli **accantonamenti dell'esercizio**, pari ad Euro 15.510.486= (**-0,46 milioni** di Euro, pari a -2,85%), così ripartiti:

a) **accantonamenti per rischi, per Euro 5.308.777=** (tra cui: fondo rischi cause civili, per Euro 3.998.776= e altri rischi, per Euro 1.310.001=, opportunamente dettagliati in nota integrativa);

b) **accantonamenti per oneri, per Euro 10.201.709=** (tra cui: Euro 612.480=, per il fondo rinnovo convenzioni sanitarie ed Euro 9.589.229=, per altri oneri e passività potenziali, puntualmente evidenziati in nota integrativa).

Si precisa che gli accantonamenti sopra indicati, sono stati iscritti in bilancio con il riscontro del Collegio Sindacale.

In tema di **razionalizzazione della spesa**, la Giunta Provinciale con deliberazione n. 2.679 dd. 07.12.2012 ha approvato le direttive per l'adozione di un Piano di Miglioramento per il triennio 2013-2015, in applicazione dell'art. 3 della L.P. 10/2012 e della deliberazione PAT n. 2505 di data 23.11.2012.

In base al citato provvedimento, l'Azienda ha posto in essere rigorose azioni di monitoraggio finalizzate al raggiungimento degli obiettivi "strategici" di razionalizzazione ed essenzialità della spesa corrente nell'ambito della manovra provinciale di bilancio per l'anno 2013.

In proposito, si segnala che con successiva deliberazione n. 2.527 di data 05.12.2013, la PAT ha emanato le ultime disposizioni per il finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'anno 2013. Con tale provvedimento, è stata definita, tra l'altro, la **reciproca compensabilità delle riduzioni di spesa previste nel dispositivo della delibera PAT n. 2.679/2012**, avuto riguardo al raggiungimento dell'equilibrio complessivo di bilancio.

In relazione, infine, ai tetti di spesa previsti dalle direttive provinciali, si rimanda la trattazione al paragrafo 21 della Nota Integrativa 2013.

AZIONI DI CONTROLLO SUI COSTI INTRAPRESE DALL'AZIENDA E RISULTATI OTTENUTI

Nel corso dell'anno 2013, al pari degli anni scorsi, sono stati effettuati interventi di accorpamento e razionalizzazione degli acquisti attraverso l'espletamento di procedure di gara "centralizzate" gestite dal Servizio Programmazione Acquisti e Logistica e dal Servizio Procedure di Gara e Contratti, per conto delle diverse strutture aziendali, con conseguente definizione di nuovi rapporti contrattuali.

Inoltre, nel corso dell'anno 2013, sono state condotte le rinegoziazioni dei maggiori contratti di appalto che hanno consentito di realizzare significative economie pur salvaguardando, per quanto possibile, sia i livelli prestazionali dei servizi resi, che quelli occupazionali, delle ditte appaltatrici. Si citano a riguardo le rinegoziazioni o le nuove gare per il lavanolo, la ristorazione, l'appalto CUP-CAPIRR, le manutenzioni delle attrezzature sanitarie, le manutenzioni in appalto degli immobili e relative pertinenze, per gli impianti e macchinari, per la gestione dei distributori automatici, per l'asilo nido, per le pulizie, per le manutenzioni informatiche/licenze, per i noleggi dei fotocopiatori, per la forniture dei prodotti sanitari e non sanitari.

Dei relativi risultati è dato conto nell'apposito paragrafo della Nota Integrativa riguardante il rispetto delle direttive provinciali in materia di razionalizzazione della spesa.

Si aggiunge, inoltre, quali considerazioni di ordine generale sulle modalità di approvvigionamento di beni e servizi, che l'incremento della spesa è stato contenuto, grazie alle iniziative sopra evidenziate, pur in presenza dei seguenti fattori strutturali:

- l'incremento dei costi e dei consumi di alcune categorie di farmaci, in particolar modo quelli di innovazione tecnologica più significativa;
- il ricorso sempre più frequente alla modalità del "service" per l'acquisizione di diverse apparecchiature, con risparmio di spesa in conto capitale ma con aggravio della spesa corrente;
- l'impatto della normativa di sicurezza, con sostituzione di apparecchiature e attrezzature obsolete;
- l'obbligo della stipula del D.U.V.R.I. (Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenza) e dell'assunzione a carico dell'APSS dei relativi oneri che le Ditte devono affrontare per operare all'interno delle strutture aziendali;
- l'applicazione per l'ultimo trimestre 2013 dell'incremento dell'IVA dal 21% al 22%, a far data dal 01.10.2013;
- l'adeguamento automatico delle rivalutazioni ISTAT sui contratti di durata.

A livello di programmazione operativa aziendale, inoltre, si segnala che nel corso dell'esercizio 2013 le direttive di budget per la definizione dei programmi di attività sono state orientate alla razionalizzazione della spesa, in applicazione a quanto disposto dalle direttive provinciali definite con deliberazioni di Giunta n. 2.679 di data 07.12.2012 e n. 2.527 di data 05.12.2013.

Le iniziative poste in atto per consolidare la nuova organizzazione dell'APSS e per dare concreta attuazione alle nuove funzioni assegnate ad essa in ambito socio-sanitario impattano inevitabilmente sulla programmazione delle attività per il prossimo triennio, in linea anche con il **Piano di Miglioramento 2013-2015 dell'APSS**, approvato con deliberazione di G.P. n. 1.493 di data 19.07.2013.

Parimenti, va sottolineato che nell'attuale contesto sociale ed economico che determina anche una significativa contrazione delle risorse a disposizione dell'APSS, assume una evidente rilevanza nello sviluppo del processo di budget l'implementazione di attività di monitoraggio e razionalizzazione, atte a migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi gestiti e assicurare la sostenibilità dell'intero sistema pubblico di assistenza sanitaria della Provincia Autonoma di Trento.

Il setting del **processo di budget** prevede un numero limitato di obiettivi e indicatori, realmente significativi e facilmente monitorabili; la coerenza degli obiettivi ai diversi livelli (con formulazione, distribuzione e pesatura coerente, sia degli obiettivi specifici che trasversali); l'effettivo coinvolgimento dei responsabili di centro di responsabilità (costruzione partecipata degli obiettivi e

dei relativi piani di attività e risultati attesi; per alcuni obiettivi maggiormente complessi e di rete è prevista l'attivazione di alcuni gruppi di lavoro supportati dai servizi centrali, cd. Project Work; l'analisi dei risultati e azioni correttive in itinere, in una logica collaborativa e di supporto.

Le azioni di monitoraggio della spesa hanno presupposto il necessario contenimento dei tempi del processo, anche attraverso la revisione degli strumenti e il presidio anticipato - e non solo finale - della coerenza delle attività e delle risorse tra i diversi livelli.

Ulteriormente, si sottolinea che con deliberazione di G.P. n. è stato approvato il **Programma di Sviluppo Strategico 2013-2015** dell'APSS, adottato con delibera del Direttore Generale n. 615 del 18/12/2012, che costituisce un documento di pianificazione strategica aziendale, in cui vengono descritte le linee fondamentali che l'Azienda Sanitaria è tenuta ad attuare con un orizzonte pluriennale, nel rispetto e sulla base dei principi della legislazione vigente e degli obiettivi della programmazione provinciale, che sono prerogativa del livello politico-istituzionale.

Nel dettaglio del conto economico, infine, si evidenzia che la spesa complessiva sostenuta per l'**assistenza farmaceutica territoriale**, sia in regime di convenzione con le farmacie pubbliche e private del territorio (AFC), sia "per conto di APSS" (DPC), nell'anno 2013 è rimasta sostanzialmente stabile rispetto al 2012 (+ 0,15 milioni di €uro, in termini percentuali +0,19%). Al raggiungimento di questo risultato hanno contribuito in misura diversa le singole voci di spesa. Infatti, in termini assoluti la riduzione del 2,4% della spesa in AFC ha assorbito quasi del tutto l'aumento di spesa del 19,17% della DPC.

Il contenimento della spesa in AFC è dipeso dalle misure di ripiano, già in vigore a carico dei farmacisti e delle aziende, per le aziende farmaceutiche, l'applicazione del meccanismo del pay-back alternativo al taglio dei listini del 5% e il versamento dello sconto dello 0,6% e del 1,83% sul prezzo dei farmaci, mentre per le farmacie lo sconto progressivo sul prezzo dei farmaci, il prelievo dello 0,6 % e la trattenuta del 1,82% su tutti i farmaci dispensati.

Inoltre al contenimento della spesa farmaceutica hanno contribuito, il provvedimento adottato da AIFA ad Aprile 2011 che allinea il prezzo dei farmaci inseriti nelle liste di trasparenza alla media dei prezzi della UE e le sopravvenute scadenze brevettuali di principi attivi ad elevato consumo.

L'aggiornamento del prezzo massimo di rimborso operato dall'AIFA ha avuto effetti immediati sulla spesa farmaceutica SSN, ma ha anche penalizzato l'accesso gratuito dei cittadini al farmaco. A tale proposito, la PAT, per il 2013, è nuovamente intervenuta a sostegno dei cittadini, facendosi carico delle quote differenziali, normalmente a carico dell'assistito, qualora non fosse stato disponibile nel ciclo distributivo locale il farmaco a prezzo di riferimento (gratuito per l'assistito).

L'accordo di "distribuzione per conto" stipulato tra le farmacie convenzionate pubbliche e private della provincia e APSS oltre ad aver assicurato nel corso del 2013 la consegna capillare di farmaci innovativi e di alto costo senza alcun disagio o costo per i cittadini, è stato ulteriormente efficientato, sia aggiornando l'elenco delle specialità sotto soglia di convenienza, sia introducendo una gara unica di acquisto per i farmaci utilizzati in ospedale e sul territorio. L'effetto diretto di questo provvedimento si è tradotto in un aumento dello sconto medio di acquisto delle singole confezioni, passato dal 37% al 50%, con un incremento di spesa del 13,5%.

I costi di distribuzione sono cresciuti del 55,1%, ma anche il numero di pezzi è salito del 73% per via dell'introduzione delle eparine a basso peso molecolare nella DPC. Concludendo pezzi e oneri distributivi hanno avuto incrementi coerenti, mentre l'acquisto farmaci ha risentito positivamente della unica gara farmaci. Si specifica che il conto "acquisto prodotti farmaceutici per assistenza farmaceutica territoriale" non comprende i medicinali di classe A acquistati a gara nel 2012 ed erogati direttamente dalle strutture ospedaliere alla dimissione per la continuità terapeutica ospedale territorio.

LA GESTIONE ECONOMICA: I RICAVI TIPICI DI ESERCIZIO

IL VALORE DELLA PRODUZIONE

Identifica i componenti positivi di reddito che riguardano la gestione caratteristica. Comprende i seguenti aggregati funzionali:

- i contributi erogati a vario titolo dalla Provincia per il funzionamento dei servizi sia a carattere indistinto che vincolato: fondo sanitario di parte corrente, fondo assistenza integrata, fondi per progetti finalizzati;
- i ricavi propri derivanti dall'attività: ticket, prestazioni a enti e imprese, rimborsi, attività libero-professionale, ecc.;
- alcune voci rettificative di costi d'esercizio: variazione degenze e costi capitalizzati.

Nella tabella seguente sono riepilogati, per voce aggregata, i valori relativi al 2013, confrontati con i corrispondenti valori dell'anno precedente:

Tabella 1: articolazione del valore della produzione

ARTICOLAZIONE VALORE DELLA PRODUZIONE	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
CONTRIBUTI E RICAVI DELLE VENDITE E DELLE PRESTAZIONI	1.203.472.907	1.210.336.961	-6.864.054	-0,57%
VARIAZIONE DELLE DEGENZE IN CORSO	-73.241	152.681	-225.922	-147,97%
CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI	3.427.210	3.622.277	-195.067	-5,39%
COSTI CAPITALIZZATI	42.002.668	40.335.338	1.667.330	4,13%
ALTRI RICAVI E PROVENTI	3.214.951	2.964.548	250.403	8,45%
TOTALE	1.252.044.495	1.257.411.805	-5.367.310	-0,43%

L'esercizio 2013 è caratterizzato da un complessivo decremento delle risorse della gestione caratteristica per un importo pari a 5,4 milioni di euro. Il decremento è dovuto per la maggior parte ai minori contributi in conto esercizio dalla PAT e da Enti diversi pari a 6,8 milioni di euro (19,42 milioni di euro in meno derivano dai minori contributi a destinazione indistinta; aumentano invece i ricavi da prestazioni sanitarie di 0,8 milioni, la compartecipazione degli utenti alla spesa sanitaria di 1,2 milioni e i contributi a destinazione vincolata per 11,82 milioni). In decremento anche le variazioni delle degenze in corso e i concorsi e recuperi da diversi per 0,4 milioni. Costi capitalizzati ed altri ricavi e proventi aumentano per un importo pari a 1,9 milioni di euro.

Nella voce contributi e ricavi delle vendite e delle prestazioni la componente più rilevante è rappresentata dai contributi provinciali in conto esercizio (assegnazioni correnti), di cui si propone la seguente analisi:

Tabella 2: contributi in conto esercizio

CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO A DESTINAZIONE INDISTINTA	918.049.845	937.471.024	-19.421.179	-2,07%
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO A DESTINAZIONE VINCOLATA	204.247.847	192.432.626	11.815.221	6,14%
TOTALE	1.122.297.692	1.129.903.650	-7.605.958	-0,67%

Complessivamente le assegnazioni provinciali 2013 contabilizzate a bilancio sono pari a 1.121,5 milioni di euro (nel 2012 € 1.128,7 milioni di euro). In particolare, le risorse rilevate sul Fondo sanitario provinciale e sul Fondo Assistenza Integrata nell'anno 2013 sono state pari ad euro 1.106 milioni ai quali si aggiungono i finanziamenti per prestazioni ex art. 34 L.P. 33/88, pari ad euro 0,7 milioni di euro ed il finanziamento del saldo di mobilità sanitaria di euro 14,8 milioni. Il decremento del finanziamento provinciale contabilizzato tra il 2012 e il 2013 è stata di 7,4 milioni di euro come indicato nella tabella riportata nella pagina successiva. Nella quota vincolata sono comprese, oltre alle quote del fondo per l'assistenza integrata pari a 174 milioni di euro, le risorse per il saldo di mobilità sanitaria (14,89 milioni) ed i rimborsi di cui alla L.P. 33/88 (0,7 milioni). Per quanto riguarda i finanziamenti provinciali relativi a progetti finalizzati, erogati su specifica rendicontazione, sono stati riscontati 0,314 milioni di euro in relazione ai costi effettivamente sostenuti nel corso dell'esercizio 2013 e 1,324 milioni di euro relativi ai progetti finanziati da altri enti, determinando un saldo contabile, rispettivamente, di euro 0,537 milioni e di 0,452.

Le deliberazioni adottate dalla Giunta provinciale prevedono la seguente articolazione del finanziamento, in relazione all'adozione del sistema di finanziamento a prestazione per le degenze (DRG) e per l'attività ambulatoriale (tariffe).

Tabella 3: finanziamenti provinciali per destinazione

FINANZIAMENTI PROVINCIALI PER DESTINAZIONE	ANNO		VARIAZIONE	
	2013 (PREV.)	2012 (PREV.)	in v.a.	in %
ATTIVITA' OSPEDALIERA, di cui	501.186.419	508.729.083	-7.542.664	-1,48%
IN OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA	373.080.369	376.123.116	-3.042.747	-0,81%
IN OSPEDALI ACCREDITATI	55.576.000	57.338.000	-1.762.000	-3,07%
ATTIVITA' OSPEDALIERA NON FINANZIATA A TARIFFA *	57.505.450	58.173.367	-667.917	-1,15%
ALTRA ASSISTENZA OSPEDALIERA	15.024.600	17.094.600	-2.070.000	-12,11%
ASSISTENZA SPECIALISTICA	148.188.389	148.178.236	10.153	0,01%
ALTRI ISTITUTI ACCREDITATI di cui	170.859.609	171.844.101	-984.492	-0,57%
ISTITUTI FINANZIATI IN ASSISTENZA ORDINARIA	3.150.000	3.150.000	0	0,00%
ISTITUTI FINANZIATI DAL F.A.I.	167.709.609	168.694.101	-984.492	-0,58%
ASSISTENZA TERRITORIALE	322.055.047	323.932.844	-1.877.797	-0,58%
ASSISTENZA AGGIUNTIVA	6.275.391	6.275.391	0	0,00%
L.P. 33/88	715.000	734.503	-19.503	-2,66%
FINANZIAMENTO SALDO MOBILITA' SANITARIA	14.885.000	15.560.500	-675.500	
TOTALE	1.164.164.855	1.175.254.658	-11.089.803	-0,94%
ENTRATE PROPRIE (COMPRESSE SOPRAVVVENIENZE ATTIVE)	42.661.612	42.987.725	-326.113	-0,76%
TOTALE FABBISOGNO NETTO	1.121.503.243	1.132.266.933	-10.763.690	-0,95%

* SPDC, Trentino Emergenza, ecc

Nella voce "Ospedali a gestione diretta" sono compresi anche i fondi di riequilibrio.

- - - -

La rappresentazione in tabella è meramente figurativa in quanto quelli che sono stati indicati come valori di previsione (2013 PREV e 2012 PREV) in realtà rappresentano dei tetti di finanziamento. Si nota un generale decremento dei finanziamenti per tutti i livelli assistenziali tranne che per la specialistica che rimane pressoché invariato.

Nella Tabella che segue viene riportato il quadro di raccordo dei finanziamenti provinciali così come indicati nei provvedimenti di assegnazione, rispetto ai valori contabilizzati:

Descrizione	2013		2012		Note
	Finanziato	Contabilizzato	Finanziato	Contabilizzato	
Finanziamento F.S.P. di parte corrente	931.918.243,40	931.918.243,40	941.002.438,00	941.002.438,00	compreso fin.to S.Camillo e obt.vi PAT
Finanziamento F.A.I.	173.985.000,00	173.985.000,00	174.969.492,00	174.969.492,00	compreso fondo soc.ass.
Assegnazione L.P. 33/88	715.000,00	715.000,00	734.503,00	675.960,97	
Finanziamento saldo Mobilità sanitaria	14.885.000,00	14.885.000,00	15.560.500,00	15.560.500,00	
<i>Sommano</i>	<i>1.121.503.243,40</i>	<i>1.121.503.243,40</i>	<i>1.132.266.933,00</i>	<i>1.132.208.390,97</i>	
Risconti iniziali Obiettivi 2010		-		18.680,00	
Risconti iniziali Obiettivi 2011		-		111.971,00	
Risconti iniziali Obiettivi 2012		165.901,74		-	
Risconti iniziali su fin.to nuove funzioni 2011		4.009.000,00		4.009.000,00	
Risconti iniziali su fin.to nuove funzioni 2012		3.386.125,00			
Risconti iniziali su fin.to S.Camillo		110.038,00			
Risconto finale Obiettivi 2012		- 122.842,51		- 165.901,74	
Risconto finale Obiettivi 2013		- 367.420,84			
Risconto finale su fin.to nuove funzioni 2011		- 4.009.000,00		- 4.009.000,00	
Risconto finale su fin.to nuove funzioni 2012		- 3.386.125,00		- 3.386.125,00	
Risconto finale su fin.to S.Camillo		-		- 110.038,00	
Totale	1.121.503.243,40	1.121.288.919,79	1.132.266.933,00	1.128.676.977,23	

Nei contributi sono contabilizzati i finanziamenti per progetti finalizzati dalla PAT e da altri enti che nel 2013 sono stati riscontati per le quote non utilizzate (e conseguentemente non rendicontate) pari, rispettivamente, ad € 313.844= quelli derivanti da contributi della Provincia e ad € 1.324.051= quelli provenienti da altri enti pubblici, come previsto dalle vigenti direttive contabili provinciali.

Oltre alle assegnazioni provinciali di cui si è detto, nell'ambito dei ricavi complessivi sono compresi anche quelli «propri» che sono esposti dettagliatamente nella tabella di seguito riportata.

Tabella 4: articolazione dei ricavi propri

ARTICOLAZIONE DEI RICAVI PROPRI	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
RICAVI DA PRESTAZIONI SANITARIE AD ASSISTITI	46.714.001	47.475.677	-761.676	-1,60%
PROVENTI PER SERVIZI A ENTI, IMPRESE E PRIVATI	5.225.322	5.099.433	125.889	2,47%
PROVENTI DALLA CESSIONE DI BENI	503.889	550.228	-46.339	-8,42%
COMPARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI ALLA SPESA SANITARIA	18.809.819	17.616.921	1.192.898	6,77%
RICAVI DA PRESTAZIONI E SERVIZI EROGATI IN LIBERA PROFESSIONE SANITARIA	9.922.184	9.691.052	231.132	2,39%
CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI	3.427.210	3.622.277	-195.067	-5,39%
ALTRI RICAVI E PROVENTI	3.214.951	2.964.548	250.403	8,45%
TOTALE (escluse sopravvenienze attive)	87.817.376	87.020.136	797.240	0,92%

Nella voce «proventi per prestazioni sanitarie ad assistiti» si segnala, per significatività, il valore delle prestazioni rese a residenti fuori Provincia nell'ambito dell'istituto della mobilità sanitaria interregionale (mobilità attiva) che per l'anno 2013 sono quantificati in 44,30 milioni di euro.

A commento dell'andamento delle varie voci si evidenzia che:

- i proventi per servizi a enti privati e pubblici registrano un incremento di 0,13 milioni con una variazione percentuale del 2,47%;

- i proventi per compartecipazioni degli utenti alla spesa sanitaria (ticket) registrano un incremento percentuale del 6,77% ed in termini assoluti di € 1,19 milioni;
- i ricavi da prestazioni e servizi erogati in libera professione rilevano un incremento complessivo di 0,25 milioni di euro;
- i concorsi, recuperi e rimborsi sono diminuiti, rispetto al 2012, di euro 0,19 milioni (- 5,39%), attestandosi a quota 3,43 milioni di euro;
- la voce residuale degli altri ricavi e proventi registra un incremento di circa 0,25 milioni di euro (+ 8,45%).

I proventi straordinari si attestano complessivamente sul valore di 4,79 milioni di euro, 0,8 milioni in più rispetto al 2012.

Si segnala inoltre che gli oneri straordinari sono iscritti nell'esercizio 2013 per una quota di € 4,09 milioni e quindi la gestione straordinaria chiude in sostanziale pareggio.

Discorso a parte deve essere fatto per le contribuzioni in conto capitale che con il sistema di contabilità economico-patrimoniale non vengono rilevate in corrispondenza dell'assegnazione provinciale, ma vengono contabilizzate al momento dell'utilizzo, o meglio, al momento della richiesta di materiale erogazione del contributo alla Provincia (o a Cassa del Trentino S.p.a. all'atto di presentazione del fabbisogno di periodo), una volta completata la procedura di acquisto e regolati i rapporti finanziari con il fornitore. In tal modo non vi è più corrispondenza tra assegnazioni di fondi previste nel bilancio provinciale e iscrizione di contributo nel bilancio dell'Azienda.

Per completezza di informazione si riepilogano le assegnazioni in conto capitale disposte dalla Giunta Provinciale nel corso del 2013 per il finanziamento del programma degli investimenti aziendali:

- € 3,00 milioni con delibera della G.P. n. 1001 dd. 24.05.2013, assegnazione interamente destinata all'acquisto di presidi protesici;
- € 4,48 milioni, con delibera della G.P. n. 1137 dd. 07.06.2013, destinati ad opere di edilizia sanitaria;
- € 1,5 milioni con delibera della G.P. n. 2029 dd. 27.09.2013, destinati all'acquisto di attrezzature economali. La delibera prevede inoltre lo spostamento di 0,1 milioni di euro dal finanziamento finalizzato all'acquisto di presidi protesici a quello destinato all'acquisto di attrezzature economali;

Complessivamente i finanziamenti in conto capitale assegnati all'Azienda nell'anno 2013 sono stati pari a € 8,98 milioni, così ripartiti:

- Attrezzature Economali: € 1,6 milioni
- Presidi Protesici: € 2,9 milioni
- Opere di edilizia sanitaria: € 4,48 milioni

Una quota parte dei contributi in conto capitale contabilizzati nell'anno (con il criterio di cui si è detto) viene utilizzata per la neutralizzazione degli ammortamenti dei beni trasferiti dalla Provincia ovvero acquisiti con i contributi in conto capitale.

Tra i costi capitalizzati figura pertanto l'utilizzo del Fondo per contributi in conto capitale assegnati dalla Provincia in misura pari alla quota degli ammortamenti a carico dell'esercizio relativa ai beni trasferiti, ovvero acquisiti con contribuzione in conto capitale della Provincia. Tale operazione in termine tecnico consente di ottenere la «sterilizzazione» degli ammortamenti, rendendoli ininfluenti sul risultato economico.

LA GESTIONE ECONOMICA: I COSTI TIPICI DI ESERCIZIO

I COSTI DELLA PRODUZIONE

Il Bilancio d'esercizio è redatto in termini economico – patrimoniali ed i costi di competenza dell'esercizio sono esposti secondo macrovoci che rappresentano in modo sintetico ed omogeneo la dinamica e l'entità dei fatti di gestione che hanno avuto rappresentazione numeraria e riflesso nei dati di consuntivo 2013.

In base al contenuto del Conto Economico, ai sensi dell'art. 2425 del Codice Civile, nell'area della gestione ordinaria sono riprodotti i costi tipici, che identificano i valori relativi all'attività tipica e caratteristica dell'azienda, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi istituzionali dettati dalla normativa nazionale e dalle direttive provinciali.

Il risultato netto espresso dal confronto tra ricavi e costi tipici indica il margine ottenuto dalla gestione caratteristica, che nel sistema di contabilità economica rappresenta uno degli indicatori più significativi per valutare l'andamento della gestione.

Dopo la gestione caratteristica, trovano esposizione le operazioni inerenti all'area della gestione finanziaria, all'area della gestione straordinaria e le imposte sui redditi (l'Imposta sul reddito delle Società I.R.E.S. e l'Imposta regionale sulle attività produttive I.R.A.P.), che concorrono alla determinazione del risultato finale di esercizio.

Di seguito si evidenzia la dinamica dei costi tipici sostenuti nell'esercizio di competenza economica 2013, in considerazione del fatto che questo aggregato è il più importante e significativo per individuare i servizi erogati.

Tabella 5: costi della produzione

COSTI DELLA PRODUZIONE	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
ACQUISTO DI MATERIE PRIME, SUSSIDIARIE, DI CONSUMO E MERCI	140.177.992	137.811.163	2.366.829	1,72%
ACQUISTO DI SERVIZI TECNICO-ECONOMALI	105.265.522	107.479.877	-2.214.355	-2,06%
ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI E RIMBORSI	489.800.622	494.618.000	-4.817.378	-0,97%
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	7.360.230	8.233.178	-872.948	-10,60%
PERSONALE	420.647.351	416.808.441	3.838.910	0,92%
AMMORTAMENTI E SVALUTAZIONI	41.051.030	39.432.574	1.618.456	4,10%
VARIAZIONI DELLE RIMANENZE	-1.116.465	774.743	-1.891.208	-244,11%
ACCANTONAMENTI DELL'ESERCIZIO	15.510.486	15.965.869	-455.383	-2,85%
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	5.392.224	5.320.480	71.744	1,35%
TOTALE	1.224.088.992	1.226.444.325	-2.355.333	-0,19%

In ordine alla composizione dei costi della produzione, si rinvia alle tabelle di dettaglio sotto riportate.

A) Acquisti di materie prime e sussidiarie

La macrovoce di bilancio dei prodotti di tipo sanitario indica un incremento di 2,7 milioni di Euro (+2,1%), ripartito essenzialmente all'aumento dei costi sostenuti per l'assistenza farmaceutica territoriale, compresi gli oneri per il servizio di distribuzione alle farmacie e al trend di crescita dei costi per i presidi chirurgici.

I "medicinali e prodotti farmaceutici" mostrano un incremento di 1,09 milioni di Euro (+ 2,48%) rispetto al corrispondente valore 2012, dovuto all'approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici ad alto tasso di innovazione tecnologica.

Gli emoderivati, plasma e sangue, prodotti per trasfusioni mostrano una significativa diminuzione dei costi in ragione del fatto che il dato di consuntivo 2012 risente in maniera rilevante dell'acquisto a prezzi maggiori su libero mercato di forniture in conto "cessione sangue" per circa 0,27 milioni di Euro (IVA inclusa), come conseguenza di una possibile contaminazione del sangue utilizzato per la lavorazione dei prodotti che l'Azienda acquista in conto sangue, essendo stati ritirati dei lotti di albumina e dovendo garantire la fornitura d'immunoglobuline per far fronte alle richieste dei reparti.

Per l'acquisto di beni e servizi necessari all'assistenza farmaceutica territoriale (distribuzione per conto) si è detto in premessa, nel paragrafo delle azioni di controllo sui costi intraprese dall'Azienda ed i risultati ottenuti.

Tabella 5.1: acquisto materie prime e sussidiarie

ACQUISTI MATERIE PRIME E SUSSIDIARIE	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
PRODOTTI SANITARI	120.114.303	119.249.180	865.123	0,73%
ACQUISTO FARMACI E SERVIZI ASS. FARM. TERRITORIALE	11.420.076	9.583.136	1.836.940	19,17%
PRODOTTI NON SANITARI	8.643.613	8.978.847	-335.234	-3,73%
TOTALE	140.177.992	137.811.163	2.366.829	1,72%

B) Acquisto servizi tecnico-economali

Tabella 5.2: acquisto servizi tecnico-economali

ACQUISTO SERVIZI TECNICO-ECONOMALI	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI IN APPALTO	21.716.609	24.144.397	-2.427.788	-10,06%
ALTRI SERVIZI IN APPALTO	64.109.565	66.284.000	-2.174.435	-3,28%
ALTRI SERVIZI ESTERNI	19.439.348	17.051.480	2.387.868	14,00%
TOTALE	105.265.522	107.479.877	-2.214.355	-2,06%

La diminuzione della macrovoce "acquisto servizi tecnico-economali" è pari a circa 2,21 milioni di € rispetto al corrispondente valore registrato a consuntivo per l'esercizio 2012 (-2,06%) e a tal riguardo si evidenzia la dinamica dei costi dei seguenti tre aggregati di spesa:

a) manutenzioni e riparazioni in appalto

Le "manutenzioni e riparazioni in appalto" registrano complessivamente una contrazione dei costi sostenuti di circa 2,43 milioni di Euro, pari al 10,06% in meno rispetto il dato di consuntivo del 2012. Le voci che hanno concorso maggiormente a tale riduzione sono, per significatività, le manutenzioni delle attrezzature sanitarie e gli interventi sul patrimonio immobiliare. In dettaglio:

a) le manutenzioni in appalto degli immobili rilevano una contrazione dei costi di circa 0,82 milioni di Euro, in ragione delle azioni di razionalizzazione della spesa, declinate tramite l'autorizzazione degli interventi sul patrimonio immobiliare necessari al mantenimento in sicurezza, non essendo comprimibili gli interventi diretti ad assicurare la piena funzionalità degli impianti generali delle strutture;

b) la voce delle manutenzioni degli impianti e macchinari presenta un decremento di circa 0,09 milioni di Euro (-5,13%), di cui circa 400.000= Euro riguardano l'acquisizione degli impianti per la fornitura a domicilio dei gas medicinali;

c) le manutenzioni in appalto delle attrezzature sanitarie indicano una notevole riduzione, pari a circa 1,16 milioni di Euro (- 10,12%), derivante dalle azioni di "spending review", attivata anche con la soppressione di alcuni contratti. La revisione di spesa è stata posta in essere, mantenendo gli standard di sicurezza previsti dalla normativa, con il necessario mantenimento della certificazione CE delle apparecchiature a garanzia di corretto funzionamento delle stesse e computando la quota fissa degli oneri per la sicurezza (DUVRI);

d) le manutenzioni delle attrezzature tecnico - economiche e dei mezzi di trasporto indicano, parimenti, una riduzione complessiva di 0,23 milioni di Euro, pari al 21,76% in meno;

e) gli oneri manutentivi per servizi ICT hardware e software rilevano una contrazione complessiva pari a circa 0,11 milioni di Euro (- 1,62 punti percentuali), tenuto conto dell'effetto compensativo derivante dall'incremento della componente hardware (+ 0,39 milioni) e della contrazione dei costi per manutenzioni software (- 0,50 milioni). Si segnalano, in proposito, per significatività, le principali nuove iniziative attivate nel 2013: avvio progetto di migrazione del software di produttività individuale ad Open Office, evoluzione del progetto Ampere per la gestione dell'e-prescription e dell'interoperabilità in ambito CAD, noleggio apparati di rete da Trentino Network, nuova acquisizione di funzionalità software relativi ad interventi di manutenzione evolutiva per i Punti Unici di Accesso.

Infine, al pari dello scorso esercizio la voce residuale delle altre manutenzioni in appalto fa riferimento a sistemazioni e sostituzioni minori, non riconducibili per natura ad una delle voci precedentemente descritte. Il dato 2013 presenta una contrazione di circa 20.000= Euro e riguarda, per significatività, gli interventi in economia per la gestione delle aree verdi e la pulizia della copertura dei presidi ospedalieri;

b) altri servizi in appalto

Gli altri servizi in appalto registrano una contrazione di circa 2,17 milioni di Euro (- 3,28%), di seguito si dà evidenza delle dinamiche intervenute nell'esercizio 2013, rispetto al corrispondente dato di consuntivo 2012.

In premessa, si dà evidenza del fatto che, in relazione alle azioni di contenimento della spesa, coerenti con il Piano triennale di Miglioramento, sui principali contratti di appalto di servizi sono state attivate significative riduzioni nei corrispettivi pagati sia per effetto di sconti sui prezzi, sia per la ridefinizione nei livelli di servizio. L'adozione di puntuali azioni di "spending review" ha consentito di calmierare i fattori incrementali incompressibili derivanti dall'aumento dell'aliquota IVA ordinaria e dall'indicizzazione dei contratti di appalto di forniture e servizi di durata pluriennale.

Nel dettaglio delle singole voci, che costituiscono tale aggregato, si segnala:

- 1) una contrazione del servizio di **cucina** (per circa 0,64 milioni di Euro) e dell'appalto **mensa** (per circa 0,08 milioni di Euro), in conseguenza del fatto che, a far data dall'ultimo quadrimestre dell'esercizio 2013, è stato attivato il nuovo appalto con riduzione degli oneri rispetto al contratto previgente e con riferimento anche ai servizi ausiliari di mensa;
- 2) la crescita in termini nominali dei costi concernenti il servizio di **pulizia**, (+ 0,27 milioni di Euro rispetto al dato dell'anno 2012), tenuto conto, da un lato, della rinegoziazione del servizio espletato e dall'altro dell'aumento di superfici del presidio ospedaliero Villa Rosa, la cui cubatura risulta di circa 3 volte superiore rispetto alla struttura dismessa e, dall'altro lato, delle attività a carattere straordinario, rese necessarie presso il p.o. di Rovereto e dello stesso Nuovo Villa Rosa, nonché alla rideterminazione degli oneri aggiuntivi per tale nuovo presidio, in conseguenza del ricalcolo per area omogenea degli spazi soggetti a pulizia;
- 3) la diminuzione dell'appalto **lavanderia** (- 0,36 milioni di Euro), in ragione delle azioni di revisione della spesa in attesa della nuova gara, con riduzione di alcune prestazioni accessorie;
- 4) un incremento dei servizi di **trasporto** (+ 0,06 milioni di Euro), dovuto essenzialmente alla riorganizzazione funzionale e logistica delle strutture aziendali, con particolare riferimento all'entrata in funzione del presidio ospedaliero Nuovo Villa Rosa di Pergine Valsugana;

- 5) la sostanziale invarianza dei costi per la **centrale termica** (appalto calore "Multiservice", con aumento di circa 0,09 milioni di €uro). Le concause che hanno determinato il valore di bilancio (€ 19,59 milioni), sono i seguenti:
- i "gradi giorni" (+ 3% rispetto alla media di capitolato), con un'incidenza direttamente proporzionale sul costo della gestione calore;
 - le variazioni volumetriche occorse durante l'anno per ampliamenti ed aree ristrutturate messe in esercizio, con particolare riferimento al Nuovo Villa Rosa di Pergine Valsugana;
 - dal 2013, il costo del calore ad uso diverso dal riscaldamento, costituito da voci quali acqua calda sanitaria e vapore per le sterilizzazioni, vengono pagati a consumo, come previsto da contratto, anziché secondo importo presunto di capitolato;
 - i risparmi conseguenti alle operazioni di revisione della spesa, definite in accordo con l'A.T.I. aggiudicatrice del servizio a fine esercizio 2012;
 - L'attività di certificazione energetica dei fabbricati, oggetto di variante al contratto originario, completata per disposizioni di legge entro il 31/12/2013 e conseguentemente contabilizzata nei debiti per fatture da ricevere a congruaglio dell'attività di competenza economica 2013;
- 6) il servizio di **elaborazione dati** presenta una significativa riduzione su base annua, pari a circa 1,04 milioni di €uro, relativa alle seguenti concause a determinazione della contrazione della spesa:
- rinegoziazione dei corrispettivi per il servizio di elaborazione dati per la gestione dell'anagrafe sanitaria;
 - diminuzione delle manutenzioni evolutive ai programmi già esistenti;
 - riduzione dei servizi informatici di Fleet Management (servizi di gestione del posto di lavoro);
- 7) un incremento del **servizio di vigilanza** (per circa 0,13 milioni di €uro), riferito anche all'aggiudicazione del nuovo servizio di sorveglianza durante la consultazione, front/back office e di catalogazione del materiale bibliografico presso le Biblioteche facenti capo al Polo Universitario delle Professioni Sanitarie;
- 8) una contrazione, pari a circa 0,59 milioni di €uro, dei costi dell'**appalto CUP-CAPIRR**, per le informazioni, prenotazioni ed attività amministrative con sistemi informatici, telefonici e sportelli unici multi servizi, secondo le condizioni contrattuali previste dalla determinazione del Direttore dell'Area Tecnica n. 1.072 di data 11.07.2013, con affidamento triennale, per un importo complessivo - pari ad € 16.794.607= IVA inclusa - al netto degli oneri fiscali e di quelli per la sicurezza;
- 9) un aumento dell'**assistenza protesica** in convenzione (+ 0,08 milioni di €uro), ripartito alle spese di sanificazione, revisione e riconsegna a domicilio di ausili, riutilizzo e smaltimento di protesi ed ausili;
- 10) la diminuzione degli oneri per la gestione dell'**asilo nido aziendale** (pari ad - € 29.969=, rispetto al 2012), ripartita alla contrazione dei costi sostenuti per il progetto di ricerca per la costruzione di un modello di nido aziendale, garantito dall'Università degli Studi di Trento;
- 11) la voce residuale degli **altri servizi in appalto**, rileva una lieve diminuzione dei costi rispetto al 2012 (- 13.125=), tenuto conto che in tale posta sono imputati, tra l'altro, il servizio di trasporto dei rifiuti, i servizi ausiliari di reparto e l'attività di trasporto infermi.

Da evidenziare, infine, la sostanziale stabilizzazione dei costi per l'esternalizzazione dei servizi e delle prestazioni per l'affidamento rispettivamente, delle attività connesse all'appalto per lo **smaltimento rifiuti** e per il **servizio di stampa**, in relazione agli oneri connessi alla locazione e manutenzione del parco delle stampanti dell'APSS;

c) gli altri servizi esterni rilevano un significativo incremento dei costi 2013, rispetto al dato 2012, registrando un aumento del 14% punti percentuali (+ 2,39 milioni di €uro), ripartito alle voci dell'energia elettrica e degli oneri assicurativi.

L'aumento dei costi per l'energia elettrica (circa € 1,66 milioni rispetto al valore 2012) è derivato da un lato, dal minor quantitativo di energia agevolata messa a disposizione da parte dell'Agenzia Provinciale per le risorse idriche e dall'altro lato, dall'attivazione del Nuovo Villa Rosa, che ha rilevato un significativo aumento di cubatura servita rispetto alla situazione previgente.

L'incremento degli oneri assicurativi, che risultano iscritti per circa € 8,53 milioni (+ 1 milione rispetto al 2012), derivano dal "Nuovo progetto assicurativo", in vigore dal maggio 2013 che prevede l'autoassicurazione di una parte dei sinistri (franchigia a 0,5 milioni di Euro per sinistro). I costi assicurativi prevedono, oltre al pagamento dei premi, gli oneri per gli indennizzi diretti pari a euro 0,171 milioni e gli oneri per gli accantonamenti di passività potenziali pari ad euro 5,4 milioni per i sinistri denunciati nel corso del 2013, a partire dal mese di maggio 2013 e non ancora definiti alla data di chiusura del bilancio.

La contrazione delle consulenze amministrative e tecniche, i cui costi risultano pari complessivamente ad € 125.578.= (circa – 98.000 € rispetto al 2012), tiene conto del fatto che sono stati affidati incarichi finalizzati in gran parte legati al mantenimento degli standard certificativi di eccellenza in ambito organizzativo e di sicurezza. Si specifica, inoltre, che è stato puntualmente rispettato il tetto di spesa previsto dall'esecutivo provinciale per l'esercizio 2013, fissato dalle direttive provinciali in € 200.000.=.

C) Servizi sanitari e rimborsi

Tabella 5.3: acquisto servizi sanitari e rimborsi

ACQUISTO SERVIZI SANITARI E RIMBORSI	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
PRESTAZIONI SANITARIE IN CONVENZIONE	377.722.585	382.867.167	-5.144.582	-1,34%
PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE	23.778.310	24.183.444	-405.134	-1,68%
PRESTAZIONI SANITARIE DA PUBBLICO - MOBILITA' INTERREGIONALE	59.795.116	60.815.917	-1.020.801	-1,68%
CONTRIBUTI, RIMBORSI E COMPARTECIPAZIONI	24.391.443	22.540.708	1.850.735	8,21%
ALTRI COSTI	4.113.168	4.210.764	-97.596	-2,32%
TOTALE	489.800.622	494.618.000	-4.817.378	-0,97%

La macrovoce dell'**acquisto di servizi sanitari e rimborsi** registra una contrazione di € 4.82 milioni di Euro, pari a 0,97 punti percentuali rispetto al dato di consuntivo 2012.

Le poste che compongono tale aggregato di spesa sono:

- le prestazioni sanitarie in convenzione, pari ad € 377.722.585=;
- le prestazioni socio-sanitarie, per € 23.778.310=;
- le prestazioni sanitarie da pubblico per la regolazione della mobilità interregionale, pari ad € 59.795.116=;
- i contributi, i rimborsi e le compartecipazioni, il cui importo complessivo risulta di € 24.391.443=;
- la voce residuale degli "altri costi", pari ad € 4.113.168=.

Il dettaglio analitico delle prestazioni sanitarie in convenzione è così articolato.

Tabella 5.3.1: prestazioni sanitarie in convenzione

PRESTAZIONI SANITARIE IN CONVENZIONE	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
ASSISTENZA MEDICO GENERICA E INFERMIERISTICA	59.194.461	59.264.951	-70.490	-0,12%
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA	7.346.093	6.604.538	741.555	11,23%
ASSISTENZA FARMACEUTICA	67.719.010	69.403.426	-1.684.416	-2,43%
ASSISTENZA SPECIALISTICA ESTERNA	21.182.046	20.037.345	1.144.701	5,71%
ASSISTENZA OSPEDALIERA PRIVATA ACCREDITATA	54.519.491	56.130.027	-1.610.536	-2,87%
ASSISTENZA OSPEDALIERA CONVENZIONATA FUORI PROVINCIA	1.575.576	1.383.043	192.533	13,92%
ASSISTENZA SANITARIA IN R.S.A.	126.699.687	127.524.504	-824.817	-0,65%
ASSISTENZA SANITARIA IN ISTITUTI SPECIALI E SOCIO-ASSISTENZIALI	10.023.027	11.149.727	-1.126.700	-10,11%
ASSISTENZA SANITARIA PROTESICA IN CONVENZIONE	10.515.922	9.883.158	632.764	6,40%
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA DIRETTA	8.593.714	10.084.559	-1.490.845	-14,78%
PRESTAZIONI SANITARIE AGGIUNTIVE DIRETTE E IN CONVENZIONE	2.960.557	3.085.817	-125.260	-4,06%
PRESTAZIONI SANITARIE PER ASSISTENZA TERMALE	2.750.691	2.730.765	19.926	0,73%
ALTRA ASSISTENZA IN CONVENZIONE (comprese consulenze sanitarie e incarichi libero-professionali)	4.642.310	5.585.307	-942.997	-16,88%
TOTALE	377.722.585	382.867.167	-5.144.582	-1,34%

Nell'esercizio 2013, le prestazioni sanitarie in convenzione rilevano una contrazione dei costi di circa 5,14 milioni di Euro. Nel dettaglio, si dà conto delle dinamiche di spesa delle singole voci, rispetto al dato del bilancio di esercizio 2012:

- **l'assistenza medico – generica** evidenzia un dato 2013 in sostanziale stabilità rispetto all'esercizio 2012 (- 70.000= Euro), considerando che anche nell'esercizio 2013 sono contabilizzati i fondi finalizzati alla realizzazione del progetto "Prescrizione farmaci equivalenti", in puntuale applicazione dell'art. 56 comma 6bis della L.P. 16/2010, che prevede il finanziamento triennale (2011-2013) del progetto. Nella voce degli accantonamenti, si sottolinea l'iscrizione di una quota pari a Euro 612.480= a titolo di fondo rinnovo convenzioni mediche, in applicazione a quanto previsto, da ultimo, dalla deliberazione di Giunta Provinciale n. 2527 di data 05.12.2013 (Allegato A).

L'assistenza specialistica ambulatoriale interna (SUMAI) rileva un incremento di 0,74 milioni di Euro, rispetto al dato di consuntivo 2012, dovuto essenzialmente ad un aumento delle ore affidate agli specialisti, sia per far fronte alla copertura sanitaria delle Universiadi, sia per garantire la continuità assistenziale nelle more delle procedure di assunzione del personale dipendente sanitario, tenuto anche conto del blocco del "turn over" previsto dalle direttive provinciali.

L'assistenza farmaceutica territoriale, in regime di convenzione con le farmacie pubbliche e private del territorio (AFC), indica la riduzione del 2,43% in ragione delle misure di ripiano, già in vigore a carico dei farmacisti e delle aziende, per le aziende farmaceutiche, con l'applicazione del meccanismo del pay - back alternativo al taglio dei listini del 5% ed il versamento dello sconto dello 0,6% e dell'1,83% sul prezzo dei farmaci, mentre per le farmacie lo sconto progressivo sul prezzo dei farmaci, il prelievo dello 0,6 % e la trattenuta del 1,82% su tutti i farmaci dispensati.

L'assistenza specialistica esterna presenta un incremento, rispetto l'esercizio 2012, pari al 5,71%, tenuto peraltro conto delle seguenti variazioni nell'imputazione contabile per natura dei seguenti addebiti:

- la rilevazione contabile degli oneri derivanti dalla convenzione con il Centro Iperbarico di Bolzano, precedentemente iscritti nella voce residuale delle "altre prestazioni sanitarie in convenzione", in considerazione della natura delle prestazioni ed al regime di rendicontazione delle stesse. Nel 2013 la convenzione in parola rileva un dato, pari ad € 385.652=;

- all'interno della posta dell'assistenza specialistica esterna, sono rilevati anche i costi sostenuti nell'ambito dell'assistenza per la riabilitazione dei soggetti con sclerosi multipla ed età evolutiva e

quelli per la riabilitazione in ambito di logopedia (pari complessivamente a circa € 410.000=), precedentemente iscritti negli istituti speciali, come previsto dalla deliberazione del D.G. n. 54 di data 14.02.2013 e tenuto conto della compensabilità tra finanziamento per la degenza e finanziamento per la specialistica ambulatoriale.

L'**assistenza ospedaliera accreditata in territorio provinciale** presenta una diminuzione dei costi rispetto al 2012, pari a -1,61 milioni di Euro, con puntuale rispetto del tetto fissato dalla PAT con il dispositivo recante le ultime disposizioni per il finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'anno 2013 (Tabella E) allegata al provvedimento dell'Esecutivo Provinciale n. 2.527 di data 05.12.2013). Si segnala che la quota derivante dalla messa a disposizione del personale del San Camillo, a seguito della chiusura del punto nascita, è stata contabilizzata negli altri oneri del personale dipendente, all'interno del ruolo sanitario.

L'**assistenza ospedaliera convenzionata fuori P.A.T.** registra un saldo 2013 con incremento su base annua pari a circa 0,19 milioni di Euro, interamente ripartibile all'incremento degli oneri derivanti dall'accordo con il Land Tirol, per l'effettuazione di trapianti di organi e tessuti da parte dell'ospedale regionale di Innsbruck (Clinica Universitaria), in favore di assistiti iscritti al Servizio Sanitario Provinciale. L'altra convenzione contabilizzata in questa voce è l'accordo con l'ULSS n. 2 di Feltre, per l'erogazione delle seguenti attività: a) prestazioni specialistiche a maggiore domanda (quali, ad esempio, la chirurgia generale, la fisioterapia e l'ortopedia); b) prestazioni specialistiche presso le RSA del Distretto Est; c) la consulenza per l'assistenza domiciliare integrata presso il domicilio del paziente (cure palliative).

L'**assistenza sanitaria** garantita nelle **case di riposo** rileva una contrazione pari a circa 0,82 milioni di Euro rispetto all'esercizio 2012, rispettando il tetto di spesa prevista nel finanziamento PAT, alla luce dell'applicazione delle direttive provinciali in materia, per l'esercizio 2013, emanate con deliberazione di Giunta Provinciale n. 2701/2012, integrate dai successivi provvedimenti dell'esecutivo PAT n. 480/2013 e n. 1561/2013. Anche le RSA, accreditate con il Servizio Sanitario Provinciale, hanno concorso alla complessiva azione di revisione della spesa, tramite la revisione delle tariffe sanitarie di remunerazione dei posti letto negoziati tra APSS e RSA, con riduzione contenuta nell'ordine di un punto percentuale rispetto a quelle vigenti nel 2012. Ulteriormente, a partire dal secondo semestre 2013, è stata attivata una riduzione del finanziamento nel caso di mancato invio di dati previsti dal flusso informatico di riferimento per il comparto sanità, in quanto le case di riposo sono tenute a mantenere aggiornata la banca dati aziendale per la rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali nel sistema informativo sanitario nazionale, attraverso meccanismi di interoperabilità, in quanto tale previsione è collegata all'applicazione di una riduzione economica del finanziamento. Infine, sempre a partire dal 1 luglio 2013, è stata definita l'introduzione di una riduzione della tariffa sanitaria in caso di assenza prolungata dell'ospite.

L'**assistenza sanitaria in istituti speciali e socio-assistenziali** indica una significativa contrazione in termini nominali (-1,13 milioni di Euro, tenuto conto del fatto che, in applicazione a quanto previsto con deliberazione aziendale n. 54/2013, come indicato nel commento dell'assistenza sanitaria specialistica, sono contabilizzati in quest'ultima posta gli oneri sostenuti nell'ambito dell'assistenza per la riabilitazione dei soggetti con sclerosi multipla ed età evolutiva e quelli per la riabilitazione in ambito di logopedia (pari complessivamente a circa € 410.000=), precedentemente iscritti negli istituti speciali). La contrazione di costo è ripartita anche al budget assegnato per l'assistenza ai pazienti tossicodipendenti (con significativa diminuzione degli oneri per le prestazioni garantite dagli Istituti privati extraprovinciali) e a quella per la cura dei disabili psichici in strutture specializzate extraprovinciali.

Il trend dell'**assistenza sanitaria protesica in convenzione** mostra un incremento, rispetto al 2012, pari a 0,63 milioni di Euro e, in termini assoluti, tale voce è ripartita in quote sostanzialmente equivalenti, pari ciascuna ad Euro 5,26 milioni, sia per protesi e presidi tecnici, sia con ausili per incontinenza. L'aumento di spesa è coerente con il trend di incremento, nel valore e nel numero, delle autorizzazioni di spesa rilasciate per l'acquisto di protesi ed ausili. Gli incrementi più significativi si sono avuti nell'erogazione di ausili per l'assorbimento (+ € 0,30 milioni), ausili per stomia (+ € 0,07 milioni), apparecchi ortopedici per arto inferiore (+ € 0,05 milioni), cateteri esterni e vescicali (+ € 0,04 milioni).

L'**assistenza integrativa diretta** rileva una contrazione pari a circa 1,49 milioni di Euro, in considerazione del fatto che i costi per gli alimenti in favore di soggetti con il morbo celiaco,

trovano esposizione, a regime per l'esercizio 2013, nella voce dei contributi e rimborsi, quindi non più nelle prestazioni sanitarie in convenzione (nell'anno 2012, la diversa imputazione riguardava i nuovi soggetti celiaci dal II semestre e i pazienti già fruitori del concorso da parte del S.S.P., a far data dal mese di ottobre).

Le **prestazioni sanitarie aggiuntive dirette ed in convenzione** registrano una diminuzione di circa 0,13 milioni di Euro, rispetto al dato 2012, mentre le variazioni più significative del quadro di offerta del livello aggiuntivo di assistenza sono registrate nelle prestazioni "indirette" a rimborso, di cui si dà conto nella relativa voce di costo dei "contributi, rimborsi e compartecipazioni ad enti e privati".

Le prestazioni sanitarie di **assistenza termale** rilevano un saldo, al 31.12.2013, in lieve incremento pari a circa € 20.000=, comprensivo dell'accantonamento per debiti di fatture da ricevere, in relazione all'incremento del 3,26% delle tariffe per il periodo con decorrenza 01.07.2013 e scadenza 31.12.2015.

Infine, le **altre prestazioni sanitarie in convenzione** indicano una contrazione dei costi di 0,94 milioni di Euro, dovuto alle seguenti dinamiche:

- una diminuzione degli incarichi e consulenze sanitarie ad esterni (-0,43 milioni), anche grazie all'attivazione di una procedura aziendale di gestione degli incarichi libero - professionali nell'ambito del Servizio Ospedaliero Provinciale, secondo un principio generale di essenzialità della spesa;
- il mancato ricorso nell'esercizio 2013 al personale sanitario somministrato, tramite agenzia di lavoro interinale, (nel 2012 sono rilevati oneri per ricorso a figure professionali infermieristiche per circa 0,06 milioni);
- una significativa contrazione delle altre prestazioni di assistenza ordinaria in convenzione (- € 0,46 milioni), in gran parte riconducibile alla contabilizzazione, a far data dal 2013, degli oneri derivanti dalla convenzione con l'Iperbarico S.r.l. di Bolzano, nella voce dell'assistenza specialistica interna, in considerazione della tipologia di tale attività (nel 2013 i costi per la convenzione con l'Iperbarico S.r.l. di Bolzano risultano pari ad € 385.652=, a fronte del corrispondente dato 2012, quantificato in € 499.313=).

I **contributi, rimborsi e compartecipazioni ad enti e privati** indicano gli oneri connessi alle prestazioni di assistenza ordinaria ed aggiuntiva, ai trasferimenti ad enti (quota dovuta sull'attività veterinaria ex Decreto Legislativo n. 432/1998), nonché alle compartecipazioni per attività in regime libero-professionale; nel 2013 tale voce indica un aumento di € 1,85 milioni rispetto al dato 2012.

Nel dettaglio, tra i rimborsi e i contributi ad enti e privati per assistenza ordinaria si evidenzia l'applicazione a regime per l'intera annualità 2013, delle contabilizzazioni dei "contributi in favore di persone affette da celiachia". Tali oneri risultano pari a circa 2,8 milioni di Euro e la modifica del sistema di erogazione di prodotti senza glutine, realizzato precedentemente tramite distribuzione da parte di farmacie convenzionate con rimborso, è avvenuta con decorrenza dal 01.06.2012 per i nuovi cittadini certificati e dal 01.10.2012 per i cittadini già in possesso delle autorizzazioni mensili. Tra le voci più significative in valore assoluto, si segnala a sostanziale stabilizzazione, su base annua, dei contributi ad associazioni trasporto infermi, pari ad € 8.244.364=, a seguito di quanto disposto con deliberazione di Giunta provinciale n. 390 di data 21.03.2014. Tale provvedimento stabilisce in Euro 8.250.000 il tetto di spesa per l'anno 2013, con incremento delle tariffe per il servizio attivo, per la reperibilità e dell'importo complessivo del Fondo di riequilibrio, secondo il dettaglio indicato in Nota integrativa 2013.

Tra le poste che registrano un incremento significativamente rilevante, si pone in evidenza l'aumento dei costi per i rimborsi di assistenza protesica, che registrano un dato al 31.12.2013, pari ad € 490.653=, dovuto all'aumento di rimborsi per l'acquisto di computer e di poltrone auto elevabili, la cui valutazione sull'appropriatezza viene effettuata da apposita Commissione Multidisciplinare.

Nella voce residuale degli "altri rimborsi", tra l'altro, trovano imputazione, per significatività, i rimborsi per trasporti urgenti di pazienti con l'utilizzo di aeroambulanze, nei casi in cui i mezzi tradizionali di viaggio non risultano idonei per le condizioni di salute dei malati.

La voce residuale **"altri costi"** evidenzia una contrazione pari a circa 0,1 milioni di € (-2,32%) rispetto al saldo dell'esercizio 2012. Nel dettaglio:

- gli oneri per scuole e corsi infermieri rilevano, nel complesso, una diminuzione di € 40.125= (pari a - 3,07%), correlata alla sospensione (dal mese di settembre 2012, con effetto a regime sull'esercizio 2013) dei corsi di laurea delle professioni sanitarie per le quali l'aspettativa e la proiezione occupazionale hanno indicato un'oggettiva diminuzione nell'offerta di lavoro, in particolare Corso di Laurea per Tecnico di Laboratorio e Corso di Laurea per Tecnico di Radiologia;
- al contrario, l'incremento della voce residuale **"altri costi ed oneri"**, pari ad € 105.588= (in termini percentuali: + 90,27%), è dovuto all'attivazione di progetti scientifici e di ricerca sanitaria, nonché alla contabilizzazione degli oneri sostenuti per il servizio di prevenzione degli incendi presso l'elisuperficie del presidio ospedaliero di Arco.

Infine, nella tabella sottostante, si dà evidenza della quantificazione dei costi iscritti nel bilancio 2013 per le attività ed i servizi legati all'assistenza ed alle **prestazioni socio-sanitarie**, pari complessivamente ad € 23.778.310=.

PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
ASSISTENZA DOMICILIARE IN ADI - ADI/CP	1.732.183	1.870.856	-138.673	-7,41%
ASSISTENZA IN CENTRI DIURNI PER ANZIANI/ALZHEIMER	5.795.407	5.883.757	-88.350	-1,50%
ASSISTENZA IN CENTRI RESIDENZIALI PER DISABILI	11.661.603	11.890.279	-228.676	-1,92%
ASSISTENZA IN CENTRI DIURNI SOCIO-RIABILITATIVI PER DISABILI	1.709.239	1.689.239	20.000	1,18%
ASSISTENZA IN COMUNITA' SOCIO-SANITARIE PER MINORI	497.000	497.000	0	0,00%
ASSISTENZA IN COMUNITA' SOCIO-SANITARIE PER ADULTI	1.982.132	1.982.132	0	0,00%
SERVIZI DI TRASPORTO PER SOGGETTI NEFROPATICI	400.746	370.181	30.565	8,26%
TOTALE	23.778.310	24.183.444	-405.134	-1,68%

D) Costo personale

Tabella 5.4: costo del personale

COSTO DEL PERSONALE	ANNO		VARIAZIONE	
	2013	2012	in v.a.	in %
STIPENDI E ASSEGNI FISSI	1.103.417	269.315.268	-268.211.851	-99,59%
COMPETENZE ACCESSORIE	320.372.706	26.067.948	294.304.758	1128,99%
INCENTIVAZIONI	1.569.081	26.362.873	-24.793.792	-94,05%
ONERI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI	62.648.132	93.802.505	-31.154.373	-33,21%
ALTRI ONERI DIVERSI	34.954.015	1.259.847	33.694.168	2674,47%
TOTALE	420.647.351	416.808.441	3.838.910	0,92%

Al fine di una migliore comprensibilità dei dati esposti nella tabella, si puntualizza che:

- il costo del personale non comprende l'IRAP, calcolata con metodo retributivo e contabilizzata tra le imposte sul reddito dell'esercizio;
- il costo del personale contiene tutti gli oneri relativi, ossia le competenze fisse, le competenze accessorie, le incentivazioni e gli oneri riflessi di tipo previdenziale ed assicurativo; si evidenzia, inoltre, che non sono state iscritte quote accantonate di

esercizio al fondo per rinnovi contrattuali del personale dipendente. Gli oneri fiscali (IRAP) risultano contabilizzati nella voce delle imposte sul reddito di esercizio;

- all'interno del costo del personale, rientra anche quello sostenuto per i direttori responsabili di articolazione organizzativa fondamentale, mentre i costi per i componenti del Consiglio di Direzione, ai sensi dell'art. 29 della L.P. 16/2010, rientrano nelle indennità e compensi agli organi istituzionali.

Nella tabella successiva è riportata la consistenza del personale, espressa in unità equivalenti:

Tabella 6: consistenza del personale al 31.12.2013

PERSONALE AL 31.12.2013

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	var. % 13/12
TOTALE	7.467	7.588	7.781	7.866	7.969	8.040	8.237	8.156	-0,99%
DI CUI PART TIME	1.612	1.653	1.709	1.699	1.814	1.898	1.893	1.862	-1,66%
UNITA' EQUIVALENTI	6.933,19	7.045,24	7.227,83	7.322,14	7.398,59	7.455,77	7.660,46	7.597,26	-0,83%
PERSONALE MESSO A DISPOSIZIONE DELLA P.A.T.	10	10,17	8,17	8,17	7,67	6,67	6,73	5,67	-18,69%
PERSONALE MESSO A DISPOSIZIONE DA ALTRI ENTI								20,34	100,00%
PERSONALE MESSO A DISPOSIZIONE A.P.P.A.	-6,69	-5,69	-5,37	-5,83	-5,83	-5,51	-5,51	-5,51	0,00%
PERSONALE MESSO A DISPOSIZIONE CERIN				-6,00	-7,83	-2,83	-4,83	-4,00	-20,75%
PERSONALE MESSO A DISPOSIZIONE CIMEC								-1,00	100,00%
TOTALE GENERALE	6.936,50	7.049,72	7.230,63	7.318,48	7.392,60	7.454,10	7.656,85	7.612,76	-0,01

Relativamente ai dati del **personale dipendente**, si evidenzia che, alla contrazione della consistenza del personale, espressa in termini di unità equivalenti, si contrappongono le seguenti dinamiche, che hanno portato, in ogni caso, all'aumento dei costi 2013, su base annua rispetto al dato di consuntivo 2012 (+3,84 milioni, pari a 0,92 punti percentuali), tenuto conto del fatto che è stato puntualmente applicato il tasso di "turn over" previsto dalle direttive provinciali:

- minori cessazioni di personale dipendente, rispetto ai dati stimati durante l'anno 2013;
- effetto trascinamento delle assunzioni intercorse nell'esercizio 2012, autorizzate dalla PAT e con impatto economico a regime sull'intera annualità 2013;
- peso ponderato, in termini economici, delle assunzioni di personale sanitario con costo standard elevato, rispetto al mix delle cessazioni di profili professionali con minor valor medio stipendiale;
- rideterminazione di componenti stipendiali, a cura del competente Servizio Amministrazione del Personale, con iscrizione della quota 2013 nella gestione caratteristica e della quota 2012 nella gestione straordinaria (retribuzione individuale di anzianità, c.d. "RIA").

Per quanto riguarda le altre voci di costo, si espongono in modo sintetico alcuni elementi di chiarimento, rinviando alla Nota integrativa per gli aspetti di dettaglio tecnico:

- il godimento beni di terzi (pari a 7,360 milioni di €) evidenzia un decremento di circa 0,873 milioni di €, in termini percentuali - 10,60%, ripartito alle seguenti dinamiche:
 - la significativa contrazione degli oneri sostenuti per i canoni di noleggio delle altre apparecchiature (- 0,805 milioni di €, pari al 21,72%), riconducibile alla revisione della spesa e al nuovo affidamento della fornitura di gas medicinali, servizi correlati di ossigenoterapia e ventilatori domiciliari a lungo termine;

- il fisiologico aumento dei canoni di leasing operativo (+ € 13.508=, pari in termini percentuali a + 0,85%), relativi al noleggio operativo hardware e sistema operativo, i cui oneri sono sterilizzati con l'utilizzo dei contributi in conto capitale, assegnati per il finanziamento dei programmi di acquisto delle attrezzature;
- il calo degli oneri derivanti dagli affitti passivi e degli altri costi per godimento di beni di terzi (complessivamente - 0,08 milioni), in ragione della dismissione di alcuni contratti di locazione relativi all'utilizzo di strutture immobiliari per finalità istituzionali;
- ammortamenti e svalutazioni (41,051 milioni di €, di cui € 2,391 milioni per l'ammortamento delle immobilizzazioni immateriali; € 38,131 milioni per l'ammortamento delle immobilizzazioni materiali e, infine, € 0,528 milioni per la svalutazione dei crediti dell'attivo circolante) a titolo di svalutazione crediti: contengono gli ammortamenti delle immobilizzazioni materiali e immateriali, calcolati come specificato in Nota Integrativa. Gli ammortamenti sono sterilizzati con una specifica posta nei ricavi, in relazione ai beni trasferiti ovvero acquisiti con contributo provinciale, di altri Enti o privati e da donazioni;
- variazioni delle rimanenze (- 1,116 milioni di euro). Per la trattazione delle rimanenze relative a ciascuna tipologia di bene e per l'analisi di sostanza del magazzino secondo indici di valutazione della rotazione delle scorte, si rinvia all'apposito paragrafo della Nota Integrativa.

Gli accantonamenti dell'esercizio (15,510 milioni di €), che sono composti delle voci per rischi e delle poste per oneri, così ripartite:

a) accantonamenti per rischi, Euro 5.308.777=;

b) accantonamenti per oneri, Euro 10.201.709=.

Nel dettaglio, le quote accantonate dell'esercizio 2013 per rischi sono inerenti alle seguenti poste:

- fondo rischi cause civili, per Euro 3.998.776=;
- altri rischi, per complessivi Euro 1.310.001=, di cui: € 964.799= riferiti all'aggiornamento dell'accantonamento eseguito gli scorsi esercizi riguardanti la definizione del tempo lavorativo; ed € 345.202= in ordine a passività potenziali relative all'applicazione della convenzione per l'assistenza farmaceutica;
- fondo rinnovo convenzioni sanitarie, per Euro 612.480=;
- altri oneri, per Euro 9.589.229=.

Nel dettaglio, la voce residuale degli altri oneri per l'esercizio 2013 si compone delle seguenti poste:

a) Euro 351.690=, a titolo di compensi integrativi per il conseguimento degli obiettivi specifici PAT 2013;

b) Euro 1.141.815=, per la revisione prezzi per gli appalti pluriennali (quota di competenza dell'anno sui contratti di servizio in essere);

c) Euro 1.169.314=, per il completamento dei piani di cura odontoiatrica ex L.P. 22/2007, in corso alla data del 31.12.2013;

d) Euro 5.408.472=, per l'accantonamento al fondo di passività potenziali derivanti dagli indennizzi diretti per sinistri sorti nell'esercizio 2013;

e) Euro 1.162.317=, derivanti dall'applicazione della delibera di Giunta Provinciale n. 1788 del 19.08.2011, che impartisce all'APSS le direttive in materia di compartecipazione alla spesa sulle prestazioni di assistenza specialistica di pronto soccorso;

f) Euro 355.621=, riferiti all'aggiornamento dell'accantonamento eseguito lo scorso esercizio per l'accantonamento al fondo di passività potenziali derivanti dalle polizze assicurative dei sinistri RCT.

Si precisa che gli accantonamenti sopra indicati, sono stati iscritti in bilancio con il riscontro del Collegio Sindacale.

Gli oneri diversi di gestione sono pari ad € 5,392 milioni, con un incremento di circa 0,07 milioni di Euro in termini assoluti, vale a dire di circa 1,34 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

Nel dettaglio, per significatività, gli oneri diversi di gestione comprendono, tra l'altro:

- a) i costi per le indennità ed i rimborsi spese degli Organi dell'Azienda per 1,020 milioni di € (in tale posta, sono ricompresi le indennità del Direttore Generale, i compensi del Consiglio di Direzione e quelli del Collegio Sindacale, nonché i corrispettivi erogati per il funzionamento degli organismi e commissioni istituzionali, compreso il Nucleo di Valutazione aziendale);
- b) costi per comunicazione istituzionale al Garante per 0,327 milioni di €, di cui € 0,300 per servizi di comunicazione ed € 0,027 per acquisto di materiale strumentale alla comunicazione (incremento complessivo di € 92.622= rispetto l'esercizio 2012, con aumento in termini percentuali pari al 39,45%), tenuto conto dell'obbligo di pubblicità degli estratti dei bandi di gara, secondo le indicazioni previste nel Codice degli Appalti;
- c) spese postali per circa 0,860 milioni di € (aumento di € 11.756= rispetto all'anno precedente, in termini percentuali pari a 1,39 punti percentuali);
- d) abbonamenti a riviste e pubblicazioni scientifiche per 0,629 milioni di € ed abbonamenti a quotidiani e periodici per circa € 0,026 milioni di € (complessivamente, diminuzione dei costi per € 91.162=, percentualmente pari al 12,22%);
- e) spese notarili, legali e per liti ed arbitrati legali per 0,359 milioni di € (con aumento per € 133.844= rispetto l'esercizio precedente, pari al 59,47%), in ragione della conclusione di alcuni contenziosi sorti e conclusi nell'anno 2013;
- f) altri oneri diversi di gestione, tra cui per significatività si evidenziano gli oneri fiscali (tassa rifiuti, imposta di bollo ed altre voci), e le minusvalenze da alienazioni patrimoniali, per € 0,210 milioni.

LA GESTIONE ECONOMICA: DIMOSTRAZIONI DEL RISULTATO D'ESERCIZIO

Come evidenziato in precedenza, si segnala che i componenti negativi di reddito più significativi per l'Azienda sono quelli strumentali allo svolgimento dell'attività tipica istituzionale, mentre la restante parte dei costi e dei ricavi riguarda, rispettivamente:

- la gestione finanziaria;
- le rettifiche di valore del patrimonio;
- la gestione straordinaria;
- la gestione delle imposte sui redditi.

Si presenta di seguito una tabella riassuntiva che rappresenta in maniera sintetica il risultato derivante dalla gestione economica, sottraendo dal margine di produzione tutti gli altri costi e sommando tutti gli altri ricavi.

Tabella 7: dimostrazione risultato d'esercizio

	COSTI		RICAVI		SALDI	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
TOTALE	1.224.088.992	1.226.444.325	1.252.044.495	1.257.411.805	27.955.503	30.967.480
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	1.808	18.835	15.015	123.238	13.207	104.403
RETTIFICHE DI VALORE ATTIVITA'	0	0	391.856	538.218	391.856	538.218
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	4.092.084	6.818.304	4.791.449	3.992.031	699.365	-2.826.273
IMPOSTE SUL REDDITO	29.040.679	28.721.276	0	0	-29.040.679	-28.721.276
Arrotondamenti					-2	-2
RISULTATO DI ESERCIZIO	1.257.223.563	1.262.002.740	1.257.242.815	1.262.065.292	19.250	62.550

I dati della presente tabella sono in linea con lo schema di Bilancio di esercizio 2013 presente in Nota integrativa, al quale è stato applicato sui totali delle macrovoci il principio dell'arrotondamento per garantire la congruenza sia negli schemi riassuntivi che in quelli di dettaglio.

Le imposte sul reddito comprendono l'IRES e l'IRAP di competenza dell'esercizio.

L'esercizio 2013 si è chiuso con un risultato differenziale di € 19.250= (utile d'esercizio).

LA GESTIONE PATRIMONIALE

Nella relazione sulla gestione, trova spazio la descrizione sintetica della consistenza dello Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2013, rimandando tutte le altre informazioni di dettaglio alla Nota Integrativa.

Viene nel seguito presentata una tabella attestante i valori dei principali raggruppamenti patrimoniali.

Tabella 8: stato patrimoniale al 31 dicembre 2013

STATO PATRIMONIALE	ATTIVO		PASSIVO	
	2013	2012	2013	2012
IMMOBILIZZAZIONI	591.846.221	565.700.448		
ATTIVO CIRCOLANTE	317.872.222	308.213.067		
RATEI E RISCONTI ATTIVI	4.369.843	232.285		
PATRIMONIO NETTO			562.600.040	536.839.947
FONDI PER RISCHI E ONERI			102.325.790	89.288.147
TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO			5.504.246	5.238.363
DEBITI			233.166.590	232.079.889
RATEI E RISCONTI PASSIVI			10.491.620	10.699.454
CONTI TRANSITORI			0	0
TOTALE	914.088.286	874.145.800	914.088.286	874.145.800

FATTI DI RILIEVO INTERVENUTI DOPO LA CHIUSURA DELL'ESERCIZIO

Tra i fatti di rilievo avvenuti dopo la chiusura dell'esercizio si segnala che, a far data dal 1 gennaio 2014, è stato finalizzato il subentro di APSS nella gestione della **protonterapia medica**, in luogo dell'Agenzia provinciale per la protonterapia (ATreP), come previsto con deliberazione di Giunta provinciale n. 2787 di data 30.12.2013. Con successiva deliberazione del Direttore Generale di APSS n. 47 di data 07.02.2014, è stato disposto l'inserimento dell'U.O. di Protonterapia nel Dipartimento di Oncologia con afferenza della struttura al presidio ospedaliero S. Chiara di Trento.

In materia di anticorruzione, etica e integrità della P.A., con deliberazione del Direttore generale n. 35 di data 30.01.2014, sono stati adottati il **Piano triennale di prevenzione della corruzione e la Politica per la tutela delle segnalazioni di rischi e irregolarità e il Programma triennale per la trasparenza**. Tali documenti aziendali sono di riferimento per tutti i dipendenti, collaboratori e fornitori (questi ultimi per le parti di rilevanza) e sono volti a promuovere la legalità e l'integrità all'interno dell'APSS, anche favorendo le segnalazioni di irregolarità/illeciti assicurando la riservatezza e la tutela, qualora non siano anonime, dei soggetti interni ed esterni.

In ambito organizzativo, con deliberazione del Direttore Generale n. 85 di data 25.02.2014, sono stati **nominati i componenti del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni** (CUG) dell'APSS, previsto dall'articolo 21 della legge 4 novembre 2010, n. 183 e recepito nell'ambito provinciale con L.P. 18 giugno 2012, n. 13, con istituzione di tale nuovo organismo in Azienda Sanitaria con deliberazione del Direttore generale n. 60 di data 14.02.2013. Il CUG sostituisce, unificandoli, i Comitati per le pari opportunità e dei Comitati paritetici per il contrasto del fenomeno del mobbing. Fanno parte del Comitato componenti designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale e un pari numero di rappresentanti dell'APSS.

In tema di **privacy**, infine, si evidenzia che, con deliberazione del Direttore Generale n. 111 di data 12.03.2014, sono state disciplinate le **modalità per la nomina dei Responsabili del trattamento dei dati esterni all'Azienda**, secondo lo schema previsto dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 1081/2013 per le nuove disposizioni attuative della disciplina della protezione dei dati personali.

INVESTIMENTI SUL PATRIMONIO IMMOBILIARE

Per quanto riguarda gli interventi manutentivi maggiormente rilevanti effettuati sul patrimonio immobiliare, si evidenziano nella tabella sottostante, quelli trasmessi alla PAT nell'esercizio 2013:

DESCRIZIONE LAVORI IN FASE DI <u>PROGETTAZIONE</u> NELL'ESERCIZIO 2013	IMPORTO
BORGO VALSUGANA - Ristrutturazione ed ampliamento Edificio Principale	16.300.000,00
CAVALESE - Lavori di ampliamento e riqualificazione funzionale dell'ospedale di Cavalese	13.000.000,00
CAVEDINE - Casa della Salute di Stravino	2.146.907,15
PINZOLO - Realizzazione della Casa della Salute a Pinzolo	1.950.000,00
PREDAZZO - Realizzazione della Casa della Salute a Predazzo	2.600.000,00
ROVERETO - NUOVO REPARTO ENDOSCOPIA DIGESTIVA	2.290.000,00
ROVERETO - Ospedale S.Maria del Carmine - MESSA A NORMA ANTINCENDIO	7.500.000,00
ROVERETO - RIQUALIFICAZIONE DELL'8° PIANO EDIFICIO DEGENZE	5.963.879,88
ROVERETO - SALA OPERATORIA, NIDO E LOCALI DI SUPPORTO	4.190.000,00
TIONE - Pronto Soccorso	1.650.000,00
TRENTO - Adeguamento antincendio P.O. S.Chiara di Trento	2.050.000,00
TRENTO - Impianto protezione scariche atmosferiche presso il P.O. S.Chiara di Trento	1.750.000,00
TRENTO - Terminale di finitura per la preparazione dei pasti per L'Ospedale S.Chiara di Trento	2.210.000,00
TOTALE	€ 63.600.787,03

DESCRIZIONE LAVORI IN FASE DI <u>ATTUAZIONE</u> NELL'ESERCIZIO 2013	IMPORTO
ALA - Risanamento conservativo ex convitto comunale "S.Pellico" per studentato universitario	7.760.000,00
ROVERETO - EDIFICIO EX CASA DI RIPOSO ADEGUAMENTO ANTINCENDIO	536.000,00
ROVERETO - Nuova dialisi presso l'ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto	2.800.000,00
ROVERETO - RIQUALIFICAZIONE INVOLUCRO EDIFICIO DEGENZE	5.400.000,00
ROVERETO - PARCHEGGIO NORD	610.000,00
ROVERETO - Realizzazione sede attività amministrative e territoriali Distretto Centro Sud	13.990.000,00
TIONE - Progetto per la riorganizzazione della struttura sanitaria mandamentale di Tione - II° lotto	18.146.799,18
TRENTO - Progetto di ristrutturazione laboratori U.O. Anatomia Patologica S. Chiara di Trento	826.000,00
TOTALE	€ 50.068.799,18

DESCRIZIONE LAVORI <u>CONCLUSI</u> NELL'ESERCIZIO 2013	IMPORTO
CLES - Ampliamento e ristrutturazione Ospedale di Cles - IV LOTTO -	23.172.000,00
TRENTO - Nuova Risonanza Magnetica presso il P.O. S.Chiara di Trento	1.738.000,00
BRENTONICO - Poliambulatorio	997.551,61
PERGINE VALSUGANA - NUOVO VILLA ROSA - Controllo accessi ed impianti speciali	1.050.000,00
PERGINE VALSUGANA - NUOVO VILLA ROSA - Impianti elettrici	2.800.000,00
TOTALE	€ 29.757.551,61

INVESTIMENTI EFFETTUATI

Di seguito si evidenziano gli acquisti, per i quali è stata pagata la relativa fattura, di beni ad utilità pluriennale maggiormente significativi per importo e tipologia di bene, suddivisi per aggregato funzionale di attrezzatura.

Per tale tipologia di approvvigionamento, pari ad € 14.931.801=, l'APSS ha utilizzato i finanziamenti provinciali in conto capitale previsti nei provvedimenti deliberativi dell'esecutivo provinciale.

ARREDI ED ATTREZZATURE ECONOMICI	
SERVIZI ALBERGHIERI	181.609,77
AUTOMEZZI	243.948,82
INDISTINTE SEDE	182.912,16
INTERVENTI STRAORDINARI	49.813,50
DISTRETTO OVEST	39.221,35
DISTRETTO CENTRO NORD	59.080,68
DISTRETTO EST	57.606,45
DISTRETTO CENTRO SUD	52.848,96
STRUTTURA OSPEDALIERA TRENTO	284.446,59
STRUTTURA OSPEDALIERA ROVERETO	110.387,64
STRUTTURA OSPEDALIERA ARCO	28.565,86
STRUTTURA OSPEDALIERA TIONE	20.314,17
STRUTTURA OSPEDALIERA CLES	33.246,39
STRUTTURA OSPEDALIERA BORGO	12.015,11
STRUTTURA OSPEDALIERA CAVALESE	24.710,57
TOTALE	€ 1.380.728,02

ATTUAZIONE PIANO INFORMATICA	
PC, STAMPANTI, SERVER, LICENZE, SOFTWARE	286.047,31
CANONI	1.608.256,98
TOTALE	€ 1.894.304,29

PRESIDI PROTESICI	
ASSISTENZA PRIMARIA – DISTRETTO EST (AMBITO TERRITORIALE PRIMARIO)	1.270,50
OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE	7.014,80
STUDIO DEL SONNO – ARCO	58.879,71
FIBROSI CISTICA – ROVERETO	2.722,34
TOTALE	€ 69.887,35

INVESTIMENTI STRAORDINARI	
SALA OPERATORIA S. CHIARA (ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA)	1.306,80
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA S. CHIARA (ACCELERATORE LINEARE)	2.116.715,67
VILLA ROSA DI PERGINE	662.884,39
TOTALE	€ 2.780.906,86

FINANZIAMENTI STRAORDINARI ASSISTENZA ODONTOIATRICA	€ 748.229,24
--	---------------------

PRESIDI PER INTERVENTI PRIORITARI Lg.81/2008	€ 225.605,22
---	---------------------

ATTREZZATURE SANITARIE	
ACCESSORIO GAMMA CAMERA	29.040,00
ACCESSORI PER PENSILE S.O.	7.551,83
ACCESSORIO PER MICROSCOPIO ELETTRONICO	24.200,00
AGITATORE DA LABORATORIO	877,86
ANALIZZATORE ALCOOL	922,02
ANALIZZATORE OSSIGENO	726,00
APPARECCHIO PER ANESTESIA	88.768,86
APPARECCHIO PER CRIOCHIRURGIA	3.069,17
APPARECCHIO PER GINNASTICA PASSIVA RIABILITATIVA	26.087,60
APPARECCHIO PER LAVAGGIO AD ULTRASUONI	2.210,08
APPARECCHIO PER SOLLEVAMENTO MALATI	9.961,69
APPARECCHIO PORTATILE PER RADIOSCOPIA	214.896,00
ARMADIATURE ATTREZZATE	27.021,72
ARMADIO CARRELLATO	9.443,81
ARMADIO IGNIFUGO	6.047,58
ARREDI VILLA ROSA DI PERGINE VALSUGANA	355.521,66
ARTROSCOPIO	68.501,37
ASPIRATORE MEDICO CHIRURGICO	25.890,65
AUTOCLAVE PER PICCOLI CARICHI	35.329,88
AUTOLETTIGA E ACCESSORI	92.493,61
BAGNO TERMOSTATICO	12.770,64
BANCONE DI LAVORO	10.893,63
BARELLA	30.938,80
BILANCIA PESA PERSONE	584,43
BRONCOSCOPIO	8.602,29
CARDIOSTIMOLATORE ESTERNO	7.768,80
CARRELLO PORTA APPARECCHIATURE MEDICALI	36.655,74
CARRELLO PER TERAPIA	3.790,00
CARROZZELLA	4.612,33
CELLA FRIGORIFERA PREFABBRICATA	5.662,80
CENTRALE MONITORAGGIO	298.330,24
CICLOERGOMETRO E ACCESSORI	29.675,25
CISTOSCOPIO	36.754,72
COLPOSCOPIO	27.926,80
COLORATORE AUTOMATICO DI TESSUTI	89.514,37
CONGELATORE DA LABORATORIO	1.562,11
CONTATORE DI PARTICELLE	786,50
DEFIBRILLATORE E ACCESSORI	167.999,95
ECOTOMOGRAFO E ACCESSORI	331.734,30
ELABORATORE PER BIOIMMAGINI	72.719,01
ELETTROBISTURI	42.653,32
ELETTROCARDIOGRAFO	94.441,69
ELETTRONEUROSTIMOLATORE	1.640,50
EMOVELOCIMETRO DOPPLER	413,82

FONTE LUMINOSA	3.679,62
FOTOCOAGULATORE LASER	16.335,00
FOTOMETRO	2.055,88
FRIGORIFERO PER MEDICINALI	12.363,78
FRONTIFOCOMETRO	69.239,17
IMMOBILIZZATORE	10.982,69
INIETTORE ANGIOGRAFICO	3.630,00
ISOLA NEONATALE	52.281,68
ISTEROSCOPIO	11.634,39
LAMPADA A FESSURA	10.108,07
LAMPADA SCIALITICA	49.980,05
LAPAROSCOPIO	4.592,87
LASER CHIRURGICO	16.940,00
LASER TERAPEUTICO	16.516,50
LAVAPADELLE	15.190,34
LAVA-STRUMENTI	23.062,84
LAVATOIO/LAVELLO	5.324,00
LETTO ADULTI	67.413,28
LETTO ELETRIFICATO PER TERAPIA E/O VISI	53.651,40
LETTO/SEDIA PARTO	35.860,83
LINFOANGIOGrafo A FLUORESCENZA	48.400,00
LOCALIZZATORE APICALE	878,40
MAMMOGrafo	399.999,99
MANIPOLO MOTORIZZATO PER CHIRURGIA ORTOPEDICA	7.750,05
MASTOSUTTORE	911,74
MICROINFUSORE DI INSULINA	67.149,29
MICROSCOPIO CORNEALE	121.000,00
MICROTOMO	6.413,00
MISURATORE NON INVASIVO ABI	5.983,45
MISURATORE VOLUME VESCICALE AD ULTRASUONI	21.198,00
MONITOR FETALE	41.274,33
MONITOR MULTIPARAMETRICO E ACCESSORI	147.512,13
MORCELLATORE	8.540,00
NASOFARINGOSCOPIO	4.235,00
ORTOPANTOMOGrafo	150.645,00
OTTICA	7.745,94
PARETE ATTREZZATA	36.984,36
PEDANA	1.069,40
PENSILE PER SALA OPERATORIA	92.257,15
POLIGrafo	75.020,00
POLTRONA RELAX	10.401,16
POLTRONA RIUNITO/OPERATORIA	20.107,78
POMPA A SIRINGA	52.518,84
POMPA DI INFUSIONE	46.322,10
PRODUTTORE DI GHIACCIO	1.272,92
PULSOSSIMETRO	15.618,50
REGISTRATORE HOLTER DELLA PRESSIONE SANGUIGNA	2.100,56

RILEVATORE BATTITO CARDIACO FETALE	1.761,45
RINOMANOMETRO	4.961,00
RIPARAZIONE IN MANUTENZIONE STRAORDINARIA	26.620,00
RISCALDATORE RADIANTE PER NEONATI	15.076,60
RISCALDATORE SANGUIGNO	5.443,57
SGABELLO CHIRURGICO	3.271,42
SISTEMA ANGIOGRAFIA DIGITALE	423.500,00
SISTEMA ELETTROMECCANICO PER TERAPIA FISIATRICA	15.407,58
SISTEMA MOTORIZZATO PER CHIRURGIA ORTOPEDICA	21.700,28
SISTEMA PER ANALISI MOVIMENTO	127.171,00
SISTEMA PER CIRCOLAZIONE EXTRACORPOREA	269.588,00
SISTEMA PER LOCOMOZIONE ASSISTITA	373.890,00
SISTEMA PER RADIOLOGIA DIGITALE	305.888,00
SISTEMA PER RIEDUCAZIONE ARTI SUPERIORI	16.357,17
SISTEMA TRASFERIMENTO PAZIENTE	2.904,00
SOLLEVATORE E DEAMBULATORE ELETTRICO	34.618,10
SONDA CHIRURGICA	14.520,00
SONDA ECOGRAFICA	38.780,50
SPIROMETRO	14.242,31
STAMPANTE PER SISTEMI MEDICI	3.983,08
STERILIZZATORE PER COLTELLI	290,40
STERNOTOMO	6.050,00
STIMOLATORE NEUROMUSCOLARE	1.045,44
TAVOLO OPERATORIO E ACCESSORI	84.708,90
TAVOLO TELECOMANDATO PER APPARECCHIO RADIOLOGICO	278.784,00
TELECAMERA MEDICALE	4.598,00
TELEMETRIA CARDIOTOCOGRAFICA	7.572,97
TOMOGRFO A RISONANZA MAGNETICA	1.166.439,99
TRAPANO ORTOPEDICO E ACCESSORI	20.460,50
TUBO RADIOGENO AD ANODO RUOTANTE	34.176,05
UMIDIFICATORE	3.630,00
UNITA' TRASMITTENTE PER TELEMETRIA ELETTROCARDIOGRAMMA	37.268,00
UROFLUSSOMETRO	3.025,00
VARIATORE TENSIONE ELETTRICA	13.794,00
VENTILATORE POLMONARE	83.782,64
VIBRATORE PASTA PER IMPRONTE	896,70
VIDEOPRONCOSCOPIO	13.310,00
VIDEOLARINGOSCOPIO	22.385,00
VIDEOREGISTRATORE PER BIOIMMAGINI	7.865,00
WORKSTATION DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	101.228,60
TOTALE	€ 7.832.140,16

TOTALE ACQUISTI RENDICONTATI P.A.T.

€ 14.931.801,14

PARTE IV – OBIETTIVI PAT

OBIETTIVI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA ASSEGNATI DALLA PAT ALL'APSS PER L'ANNO 2013

PREMESSA

Con provvedimento n. 109 del 25 gennaio 2013 la Giunta provinciale ha assegnato all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari i seguenti obiettivi annuali, riferiti a cinque aree di intervento (mobilità sanitaria, piano di miglioramento della pubblica amministrazione, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria, prevenzione):

Area d'intervento	n.	Denominazione obiettivo
1. Mobilità sanitaria	1	Miglioramento del saldo negativo totale di mobilità sanitaria interregionale
2. Piano per il Miglioramento della p.a.	2	Piano di Miglioramento Apss 2013-2015
3. Assistenza ospedaliera: indicatori di performance	3A	Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione
	3B	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
	3C	Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
	3D	Trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale
	3E	Tasso di utilizzo dei posti letto nelle UU.OO. Ospedaliere di chirurgia generale, ortopedia e traumatologia
4. Assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria	4A	Cure Domiciliari
	4B	Assegno di Cura
	4C	Elisoccorso h24 in Provincia di Trento
	4D	Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.)
5. Prevenzione	5A	Screening oncologici
	5B	Sistemi di sorveglianza
	5C	Sicurezza alimentare
	5D	Coperture vaccinali

Inoltre con lo stesso provvedimento n 109/2013 è stato posto l'obiettivo del rispetto di determinati tempi massimi d'attesa per prestazioni o interventi specifici, a norma dell'articolo 26, comma 3, lett. b l.p. 16/2010.

Infine, per quanto riguarda la valutazione della qualità complessiva dell'offerta assistenziale assicurata dall'Azienda, (art. 28, co. 7 l.p.16/2010), è stato chiesto di relazionare su:

- l'attuazione dei provvedimenti provinciali di programmazione sanitaria e socio-sanitaria emanati dalla Giunta provinciale;
- lo sviluppo delle reti assistenziali;
- un'idonea e verificabile integrità dei dati sanitari (affidabilità accuratezza, tracciabilità, validità, disponibilità, utilizzo per pianificazione e controllo) sia di fonte ospedaliera che territoriale che esterna, nonché un tempestivo e completo invio dei dati sanitari al nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);

- il progressivo sviluppo della cultura della valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate

SINTESI DEI RISULTATI

Riguardo agli obiettivi specifici viene riportata una sintesi dei risultati ottenuti, mentre, di seguito vengono trattati ed approfonditi, uno per uno, tutti gli obiettivi.

N	Descrizione Obiettivo	Valore Obiettivo	Risultato
1	Miglioramento del saldo negativo totale di mobilità sanitaria interregionale	Euro 1.000.000	(1)
2	Piano di Miglioramento Apss 2013-2015	Predisposizione entro il 28/02/2013	Trasmesso 28/02/13
3A	Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	almeno 60%	60%
3B	Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	non più del 19%	21% (5,79% senza urgenze)
3C	Percentuale ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	non più del 30%	22%
3D	Trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale (cataratta)	almeno 60%	82%
3E	Tasso di utilizzo dei posti letto nelle UU.OO. Ospedaliere di chirurgia generale, ortopedia e traumatologia	almeno 80% Ric. Ord. almeno 100% DH	81% 107%
4°	Cure Domiciliari	- Relazione entro 30.06.13 - Relazione entro 30.06.14 - Doc. LEA entro aprile 2013	1°relazione inviata documento inviato
4B	Assegno di Cura	- istruttoria domande - Sistema di monitoraggio (rel. entro 30.06.14)	Istruttoria completata predisposto sistema di monitoraggio
4C	Elisoccorso h24 in Provincia di Trento	studio di fattibilità 28.02.13	Studio condotto in PAT
4E	Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.)	- Ridefinizione dell'assetto organizzativo della rete - Tempi attesa: rel. entro 30.6.14 - 2 Report attività UVA	Trasmesso doc 21.03.2014 inviati 2 report nei termini
5°	Screening oncologici	Raggiungimento target	
5B	Sistemi di sorveglianza	PASSI: 600 interviste HBSC: rispetto protocollo	593 (99%) interviste predisposti gli strumenti
5C	Sicurezza alimentare	Relazione su: - elaboraz. linee guida - gestione stati d'allerta	Predisposte linee guida e direttiva per gestione stati d'allerta
5D	Coperture vaccinali	95% a 24mesi per difterite, tetano, poliomielite, epatite B	relaz. di monitoraggio

(1)

Il primo obiettivo è volto alla riduzione della mobilità sanitaria passiva. Considerato che i dati relativi alla mobilità sono nella disponibilità aziendale alla fine del mese di maggio dell'anno successivo a quello considerato, non si è in grado di fornire le informazioni in merito al livello di conseguimento dell'obiettivo, se non attraverso il monitoraggio dell'andamento dell'attività svolta all'interno delle strutture del SSP inerente i DRG e le prestazioni specialistiche per le quali è più frequente la mobilità dei pazienti, ipotizzando una relazione inversa con l'andamento delle mobilità passive.

Si evidenzia come gli obiettivi siano stati perseguiti con esito positivo.

CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

L'obiettivo sul contenimento dei tempi massimi di attesa riguarda il rispetto dei giorni massimi di attesa non prioritari, riferiti al 90° percentile con attinenza alle prestazioni seguenti: visita oculistica (70 gg), cataratta, escl S. Chiara (60 gg), Audiometria (45 gg), By pass aortocoronarico (80gg), intervento chirurgico di tumore alla prostata (30 gg).

I tempi indicati sono stati rispettati salvo che per "visita oculistica", "visita endocrinologica" e "bypass aortocoronarico", per cui non è stato possibile conseguire lo standard richiesto presso tutti gli ambiti distrettuali malgrado gli interventi posti in essere.

QUALITÀ COMPLESSIVA DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE

Con riguardo ai temi indicati, si rimanda alle specifiche relazioni.

OBIETTIVO N. 1 - MOBILITÀ SANITARIA

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari dovrà assicurare, con le modalità ritenute più opportune ed efficaci (anche mediante lo studio e la proposta all'Assessorato di specifici accordi di confine con la Regione Veneto e la Provincia autonoma di Bolzano) il miglioramento del saldo negativo totale di mobilità sanitaria interregionale, rispetto al 2012 di:

- **1 milione di euro per l'anno 2013;**
- 2 milioni di euro per l'anno 2014;
- 3 milioni di euro per l'anno 2015.

Condizioni di contesto:

- a. la quota di mobilità passiva che interessa il Distretto del Primiero ai sensi della convenzione vigente con la Regione Veneto non è oggetto di questo obiettivo
- b. al raggiungimento dell'obiettivo non concorre l'eventuale trasferimento degli interventi dal regime di ricovero al regime ambulatoriale (effetto sostituzione)

PREMESSA

Poiché i dati relativi alla mobilità sono nella disponibilità aziendale alla fine del mese di maggio dell'anno successivo a quello considerato, non si è in grado di disporre dei valori effettivi di mobilità relativamente al 2013.

Si è ritenuto pertanto di porre l'attenzione su eventuali variazioni nell'andamento di attività chiave, andando a monitorare periodicamente l'attività svolta all'interno delle strutture del SSP inerente i DRG e le prestazioni specialistiche più frequenti, ipotizzando una relazione inversa con l'andamento delle mobilità passive.

Pertanto, data la molteplicità dei fattori condizionanti - strutturali, organizzativi, di personale - è evidente che i risultati in questo campo dipendono da modifiche di contesto che richiedono tempi lunghi per dimostrarsi efficaci.

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

In relazione agli ambiti specialistici evidenziati come maggiormente critici per quanto riguarda la mobilità, sono state organizzate riunioni con i dipartimenti di competenza (es Dip. Ortopedico, Dip. Neuroscienze) finalizzate ad esaminare in modo dettagliato i dati di mobilità sanitaria dei pazienti trentini nell'anno precedente (numero, tipologia di prestazioni, costi, area geografica) e ad analizzare le cause degli spostamenti dei pazienti per singola prestazione /intervento con l'intento di individuare gli eventuali interventi da porre in essere.

Nell'ambito del SOP è proseguito l'impegno già intrapreso nel corso dell'anno 2012 ad implementare le sedute operatorie in ambito ortopedico ed oculistico.

RMN: è stato pianificato anche attraverso attività aggiuntiva da parte degli operatori un più intensivo utilizzo delle nuove attrezzature.

Strutture Private Convenzionate attraverso le negoziazioni per l'anno 2013 si è richiesto alle Strutture di indirizzare l'attività in modo tale da contribuire al perseguimento dell'obiettivo.

RISULTATI

Come accennato, data l'indisponibilità dei dati relativi alla mobilità sanitaria 2013, per monitorare il fenomeno si è utilizzato un indicatore proxy, di valutazione dell'andamento delle attività per determinati DRG come evidenziato nelle tabelle n. 1 e 2 sottostanti.

Tab. 1

DRG	Descrizione DRG	2011	2012	2013	Δ % 12-13
36	Interventi sulla retina	90	34	62	45,2
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	597	588	604	2,7
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.419	1.326	1.437	8,4
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.232	1.305	1.389	6,4
totale		3.338	3.253	3.492	7,3

Per quanto riguarda le prestazioni di RMN per esterni inerenti l'apparato osteo-articolare, i dati a consuntivo mostrano un importante aumento delle prestazioni nelle strutture aziendali rispetto all'anno precedente (+ 19%), a fronte di una riduzione nelle strutture private accreditate, come risulta dalla sotto riportata Tab. 2.

Tab. 2

APSS

Cod. prestazione	descrizione	2011	2012	2013	Δ % 12-13
8893	RMN colonna	3.265	2.652	3.848	45,1
88941	RMN muscoloscheletrica	4.289	4.830	5.053	4,6
totale		7.554	7.482	8.901	19

Strutture Accreditate

Cod. prestazione	descrizione	2011	2012	2013	Δ % 12-13
8893	RMN colonna	9.226	8.975	8.345	-7
88941	RMN muscoloscheletrica	11.195	10.826	10.383	-4,1
totale		20.421	19.801	18.728	-5,4

APSS + Strutture Accreditate

Cod. prestazione	descrizione	2011	2012	2013	Δ % 12-13
8893	RMN colonna	12.491	11.627	12.193	4,9
88941	RMN muscoloscheletrica	15.484	15.656	15.436	-1,4
totale		27.975	27.283	27.629	1,3

CONSIDERAZIONI

Pur nell'assenza dei dati precisi di mobilità, possono formulare le seguenti considerazioni.

L'area oculistica fa registrare un, seppur lieve, aumento di attività per gli interventi sulla retina, ambito questo di attività per il quale è in corso uno specifico programma di acquisizione di competenze.

Nell'area ortopedica sono sensibilmente aumentati gli interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione (DRG 503) e sono altresì aumentati, seppure in misura minore, le sostituzioni di articolazioni maggiori o reimpianti degli arti inferiori (DRG 544)

E' quindi possibile evidenziare per i DRG oggetto di misurazione un trend complessivo in aumento rispetto al 2012.

Per quanto riguarda l'attività diagnostica con RMN per esterni, appare evidente un aumento di attività presso APSS, specie per la RM della colonna, a fronte di un calo nelle strutture accreditate, con evidente spostamento verso la struttura pubblica e con saldo complessivo comunque in aumento.

Va segnalato che è proseguita in APSS l'attività di orientamento verso lo sviluppo delle metodiche più complesse/avanzate e in particolare RMN oncologica, neuroradiologica, cardiovascolare, funzionale.

L'aumento della produttività 2013 è dovuto all'entrata in funzione di due nuove apparecchiature per la risonanza magnetica, da cui si attende un ulteriore incremento dell'attività nel corso del 2014, non essendo ancora raggiunti i risultati attesi a causa della carenza di personale tecnico, alla quale si è riusciti a sopperire solamente ad inizio 2014.

OBIETTIVO N. 2 – PIANO DI MIGLIORAMENTO APSS 2013-2015

Obiettivo: predisposizione, entro il 28 febbraio 2013, del Piano di miglioramento 2013 – 2015 dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, in coerenza con quanto previsto dalle direttive della Provincia Autonoma di Trento.

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

RISULTATI CONSEGUITI:

In merito all'obiettivo di predisposizione del piano di miglioramento sono state fornite precise direttive dalla Giunta provinciale con la deliberazione n.109/2013, ad integrazione di quelle contenute nella precedente deliberazione n. 2679 del 7 dicembre 2012.

Il piano di miglioramento 2013-2015 è stato predisposto e trasmesso dall'APSS alla Provincia entro i termini previsti (con lettera di data 28/02/2013, prot. n. 0026916), e successivamente approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 1493 del 19 luglio 2013.

OBIETTIVO N. 3A - PERCENTUALE DI FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO DUE GIORNI DALL'AMMISSIONE

Obiettivo: numero di fratture di femore operate entro due giorni dall'ammissione pari al 60% del numero totale degli interventi per frattura del femore.

Valore PAT 2011 (MES Pisa): 38,40%

Obiettivo: 60%

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

Sono proseguite le azioni di

- sviluppo delle funzioni di orto-geriatria
- ripartizione della traumatologia del femore tra gli ospedali secondo criteri preventivamente individuati e condivisi con il 118;

RISULTATI

DATO COMPLESSIVO:

- **VALORE 2013: 60%** (58% nel 1° semestre dell'anno)

DATI DISAGGREGATI:

	anno 2013	anno 2012
S. CHIARA	51%	28%
S. MARIA DEL CARMINE	48%	43%
CAVALESE	86%	79%
S. LORENZO – BORGO	59	---
CLES	89%	82% ¹
TIONE	54%	46%
Totale APSS	60%	45%

CONSIDERAZIONI

Il dato complessivo corrisponde al valore dell'obiettivo. Dai dati disaggregati si evidenzia il permanere nell'anno 2013 di disomogeneità di risultato tra i vari ospedali, benché in via di lenta attenuazione. Il confronto con i risultati ottenuti nel 2012 evidenzia il netto miglioramento conseguito in tutte le strutture, e in misura più rilevante per l'ospedale S. Chiara che presentava un valore inferiore rispetto alle altre strutture ma in via di progressivo allineamento.

Il miglioramento dei tempi di intervento, graduale e costante negli ultimi anni e più spiccato nel 2013, ha portato la percentuale delle fratture operate tempestivamente dal 39% del 2010 al 45% del 2012 e al 60% del 2013, in conseguenza dell'impegno profuso nel programma di recupero, attuato dai Dipartimenti di ortopedia e anestesia, che ha coinvolto tutte le strutture ospedaliere e ha richiesto una forte collaborazione interospedaliera nella ripartizione della gestione dei casi, dato il carattere di urgenza che connota la patologia.

Si osserva inoltre che, poiché una quota di pazienti traumatizzati viene ricoverata in rianimazione e non è eseguibile nell'immediato l'intervento, in ipotesi, scorporando dal totale i pazienti con frattura di femore ricoverati in tale U.O., i tempi medi di intervento risulterebbero ulteriormente migliorati.

OBIETTIVO N. 3B - PERCENTUALE DI DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI: RICOVERI ORDINARI

Obiettivo: quota di ricoveri ordinari nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico pari al 19,00%

Valore PAT 2011 (MES Pisa): 26,01%

Obiettivo: 19%

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

E' stato attuato dal Servizio ospedaliero un incremento dell'osservazione breve di pronto soccorso (OBI), laddove appropriata, e il ricovero in area medica in modo tale da poter migliorare l'appropriatezza di ammissione dei pazienti provenienti dal pronto soccorso che presentano quadri clinici non ancora definiti, riducendo il numero di ricoveri in regime ordinario di pazienti senza indicazione all'intervento chirurgico.

RISULTATI

Valore 2013 calcolato su tutti i ricoveri:	VALORE complessivo 2012:
21%	26%
Valore 2013 calcolato sui ricoveri non urgenti:	Valore 2012 calcolato sui ricoveri non urgenti:
6%	7%

CONSIDERAZIONI

L'obiettivo può essere considerato raggiunto dato che la percentuale dei DRG medici, se calcolata scorporando i ricoveri originati in condizioni di urgenza, risulta sensibilmente inferiore al valore posto (6% vs 19%)

In effetti, numerosi sono i ricoveri in urgenza, cioè originati dal pronto soccorso, che vanno scorporati dal totale in quanto si traducono in buona parte in DRG medici, senza possibilità di intervento da parte delle unità operative chirurgiche.

Ad ogni buon conto, il potenziamento, attuato nel 2013, dell'azione di filtro del Pronto soccorso sulle ammissioni di pazienti senza indicazione all'intervento nei reparti chirurgici, ancora piuttosto elevate, mediante lo sviluppo dell'osservazione breve ha consentito una apprezzabile riduzione del fenomeno nel corso dell'anno.

E' infatti evidente che il dato complessivo del numero ricoveri in reparti chirurgici a cui viene attribuito un DRG medico documenta un esito di poco non conforme al valore posto dall'obiettivo. Si osserva che nel corso del 2013 si è ottenuto un apprezzabile miglioramento in riduzione (da 26% a 21%), tale da far registrare uno scostamento di lieve entità rispetto alla misura attesa, anche senza l'esclusione dei ricoveri urgenti.

OBIETTIVO N. 3C - PERCENTUALE DI RICOVERI IN DH MEDICO CON FINALITA' DIAGNOSTICA

Obiettivo: riduzione del numero dei ricoveri con finalità diagnostica al 30% del totale dei ricoveri in day hospital medico.

Valore PAT 2011 (MES Pisa): 32,64%.

Obiettivo: 30%

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

Il Servizio Ospedaliero ha proseguito nel mantenere l'indicazione alle UU.OO. mediche di valutare il trasferimento al regime ambulatoriale di una quota di prestazioni prenotate in DH.

RISULTATI:

VALORE 2013: 22 %

ALCUNI RISULTATI DISAGGREGATI:

	Anno 2013	Anno 2012
S. CHIARA:	31%	39%
VILLA IGEA:	2%	0%
S. MARIA DEL CARMINE:	22%	24%
CAVALESE:	2%	3%
BORGO VALS.:	2%	9%
CLES:	19%	39%
ARCO:	10%	8%
TIONE:	11%	9%
Totale	22%	29%

CONSIDERAZIONI

Il valore richiesto dall'obiettivo risulta ampiamente raggiunto. Il valore medio registrato dei ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostica appare infatti inferiore a quanto richiesto dall'obiettivo provinciale. E' riscontrabile una situazione non omogenea, con risultati diversificati nelle varie unità operative: valori maggiori fanno registrare le UUOO di pediatria nonché, a Trento, gastroenterologia, chirurgia vascolare e oculistica e ad Arco pneumologia.

OBIETTIVO N. 3D - TRASFERIMENTO PRESTAZIONI DAL REGIME DI RICOVERO DIURNO AL REGIME AMBULATORIALE.

Ambito di intervento: trasferimento al regime ambulatoriale dell'intervento di cataratta

OBIETTIVO:

- *L'Apss dovrà trasferire al regime ambulatoriale nel 2013 tutti gli interventi di cataratta ritenuti idonei e comunque in numero non inferiore al 60% degli interventi totali.*
- *L'obiettivo verrà ripreso anche per gli anni 2014 e 2015 con target, rispettivamente, del 70% e del 75%.*

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

Nel corso del 2013 è stata perseguito il progressivo aumento della quota di interventi di cataratta effettuati in regime ambulatoriale, in applicazione del relativo percorso diagnostico-terapeutico aziendale condiviso, e della procedura "Modalità organizzative per il paziente da sottoporre a intervento di cataratta presso il centro multidisciplinare di day surgery e chirurgia ambulatoriale", formalmente approvata dal SOP – Osp S. Chiara.

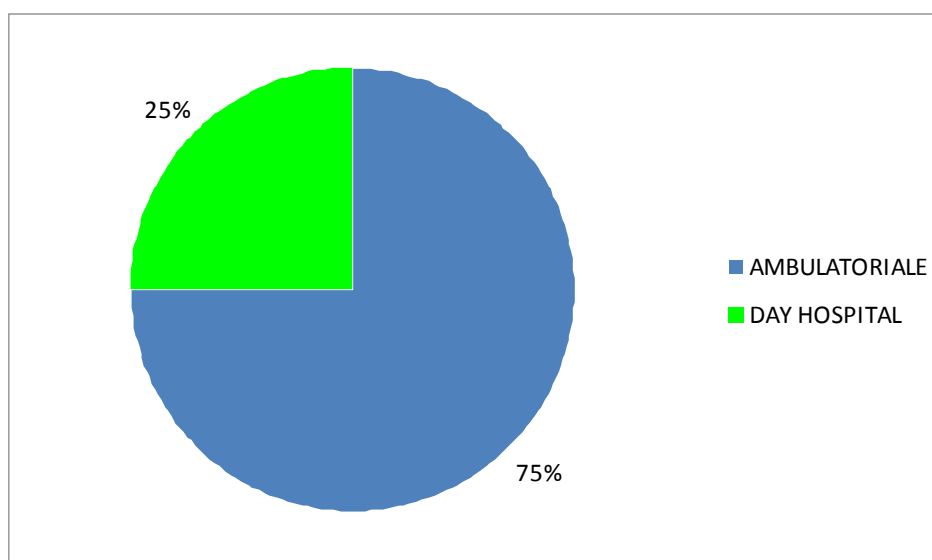
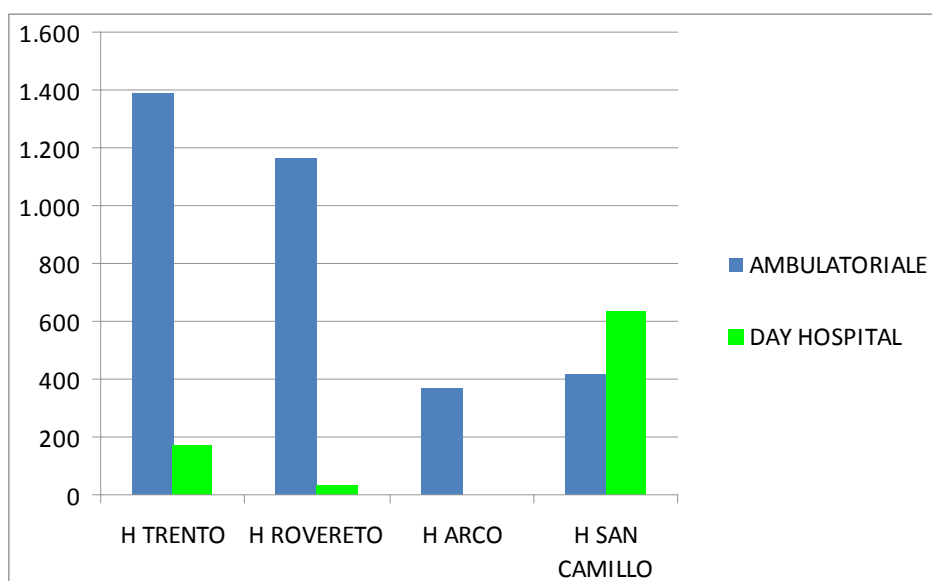
E' stato inoltre continuato il monitoraggio sistematico del progressivo trasferimento al regime ambulatoriale dell'intervento di cataratta.

RISULTATI (obiettivo 60% ambulatoriale)

CODICE "13.71" Intervento di cataratta con impianto di lente intraoculare – anno 2013

Struttura	Nr interventi Ambulatoriali	Nr interventi day surgery	totale	% ambulatoriale	% day surgery
Osp. Trento	1.394	169	1.563	89,19%	10,81%
Osp. Rovereto	1.166	37	1.203	96,92%	3,08%
Osp. Arco	369	3	372	99,19%	0,81%
totale apss	2.929	209	3.138	93,34%	6,66%
San Camillo	418	632	1.050	39,81%	60,19%
Villa Bianca	252	357	609	41,38%	58,62%
totale accreditate	670	989	1.659	40,39%	59,61%
totale	3.599	1.198	4.797	75,03%	24,97%

fonte: servizio sistemi informativi



CONSIDERAZIONI

Come appare dai dati rappresentati nella tabella e nei grafici soprariportati, l'obiettivo appare raggiunto con superamento della quota di interventi di cataratta da effettuare in regime ambulatoriale che era stato posto come obiettivo.

OBIETTIVO N. 3E: TASSO UTILIZZO DEI POSTI LETTO UU.OO. DI CHIRURGIA GENERALE, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

Obiettivo:

Tasso di utilizzo non inferiore all'80% per i posti letto ordinari e non inferiore al 100% per i posti letto in day hospital/day Surgery (senza aumento della degenza media) per ogni singolo reparto

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

Nell'ambito della riorganizzazione delle strutture ospedaliere del SOP in aree di degenza, attuata al fine di favorire la flessibilità strutturale ed organizzativa e l'integrazione multidimensionale e multi professionale delle risorse umane, è stata effettuata la ricognizione dei posti letto utilizzati nelle strutture ospedaliere per l'attività di ricovero nell'anno 2013, da attribuire alle singole aree, e recepita con deliberazione del Direttore Generale.

La dotazione formale di posti letto, che viene utilizzata per il calcolo e il monitoraggio dei relativi indicatori di attività, è stata quindi rideterminata in corrispondenza a quella reale, prendendo atto delle modifiche organizzative interne attuate negli ospedali mediante l'individuazione di aree funzionali omogenee per intensità assistenziale, dotate di posti letto e di risorse assistenziali dichiaratamente indistinte. Pertanto la previsione di posti letto per singola disciplina/specialità/funzione è da considerarsi indicativa e gestibile in modo flessibile nell'ambito del numero complessivo previsto per l'area omogenea di degenza.

RISULTATI

Struttura Ospedaliera	U.O	Tasso Utilizzo	Tasso Utilizzo
		Ricovero ordinario	D.H./ D.S.
S Chiara	Chirurgia generale I	89%	131%
	Chirurgia generale II	94%	153%
	Ortopedia traumatologia	75%	94%
S. Maria del Carmine	Chirurgia generale	72%	124%
	Ortopedia traumatologia	78%	136%
Cavalese	Chirurgia generale	71%	125%
	Ortopedia traumatologia	77%	108%
S. Lorenzo Borgo	Chirurgia generale	98%	111%
	Ortopedia traumatologia	89%	93%
Valle del Noce - Cles	Chirurgia generale	76%	84%
	Ortopedia traumatologia	87%	90%
Arco	Chirurgia generale	80%	91%
Tione	Chirurgia generale	93%	87%
	Ortopedia traumatologia	76%	123%
	Totale	81%	107%

CONSIDERAZIONI

L'obiettivo risulta raggiunto sia per i ricoveri ordinari che diurni.

OBIETTIVO N. 4A: CURE DOMICILIARI

Obiettivo:

L'Azienda dovrà:

- a) mantenere, nel 2013, pur in presenza di una riduzione delle risorse economiche totali a disposizione, i livelli di assistenza domiciliare complessivamente erogati nel 2012;*
- b) dimostrare, a fine 2013, una riduzione dei divari territoriali rispetto al LEA domiciliare.*
- c) definire, entro aprile 2013, il LEA - livello essenziale dell'assistenza domiciliare da garantire su tutto il territorio provinciale;*

L'obiettivo verrà ripreso anche per gli anni 2014 e 2015.

Sui punti a) e b) l'Azienda dovrà relazionare entro il 30 giugno 2013 per l'attività 2012, entro il 30 giugno 2014 per l'attività 2013

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

L'obiettivo di potenziamento delle cure domiciliari è stato perseguito dai singoli distretti sia con azioni congiunte e parallele coordinate dal Dipartimento cure primarie, sia disgiuntamente in relazione alle specifiche realtà locali.

Lettere a) e b):

Per i punti a) "Mantenimento dei livelli di assistenza domiciliare complessivamente erogati nel 2012" e b) "Dimostrazione di una riduzione dei divari territoriali rispetto al LEA domiciliare",

- è stata trasmessa alla Provincia la relazione relativa all'anno 2012 entro il termine previsto del 30 giugno 2013 (trasmessa con nota n. 00804550 di data 28/06/2013);
- in ordine all'attività 2013, si prevede di produrre la specifica relazione entro giugno 2014, come stabilito dall'obiettivo. Pertanto, per le considerazioni relative al mantenimento dei LEA complessivamente erogati nel 2012 e alla riduzione dei divari territoriali si rinvia a tale documento.

Lettera c):

E' stato elaborato nei tempi prescritti, e trasmesso al Dipartimento Lavoro e Welfare, il documento di analisi e proposta "LEA cure domiciliari". La proposta, elaborata con il coinvolgimento dei direttori di Distretto, dei direttori di U.O. Cure primarie e dei responsabili dei servizi per le professioni sanitarie, nonché del direttore del Dipartimento di riabilitazione, definisce, in riferimento alle finalità delle cure domiciliari nel sistema sanitario, i criteri di individuazione dei destinatari, i requisiti di attivazione, il processo di presa in carico e le modalità di erogazione dell'assistenza. Individua infine gli interventi di miglioramento, in particolare per quanto riguarda l'area delle cure domiciliari fisioterapiche e logopediche.

OBIETTIVO N. 4B: ASSEGNO DI CURA

Obiettivi:

A. Completamento dell'istruttoria delle domande presentate entro il 31.1.2013 non oltre il 30.04.2013.

B. Costruzione di un sistema strutturato per il monitoraggio sistematico degli indicatori di processo e di esito del nuovo Istituto, incentrato sul beneficiario dell'assegno e in grado di verificare la dinamica nel tempo degli interventi assistenziali (relazione entro il 30 giugno 2014).

PREMESSA

Con l'approvazione della legge provinciale 24 luglio 2012 n. 15 è stato disciplinato all'articolo 10 l'istituto dell'assegno di cura e sono state definite all'articolo 4 le modalità e i tempi per la valutazione della condizione di non autosufficienza.

Le misure organizzative dell'istituto sono state inizialmente definite dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 2207 del 15 ottobre 2012, e successivamente sostituite nel corso del 2013, dopo una prima fase applicativa e relativa verifica della compatibilità della spesa con le risorse stanziare, con deliberazione n. 1233 del 14 giugno 2013.

AZIONI

Nel 2013, ai fini dell'applicazione della legge provinciale n. 15/2012 per la parte relativa al riconoscimento dell'assegno di cura secondo i criteri e le modalità definite da ultimo dalla Giunta provinciale in data 14 giugno 2013, sono state poste in essere dall'Azienda le seguenti azioni:

- sono state adottate, con deliberazione del Direttore generale n. 403 di data 16 luglio 2013, le disposizioni attuative dell'APSS in applicazione della deliberazione della Giunta provinciale n. 1233/2013,
- con deliberazione del Direttore generale n. 486 di data 24 settembre 2013 sono state recepite le modifiche introdotte dalla legge provinciale n. 16 del 9 agosto 2013 alla legge provinciale n. 15/2012,
- sono state trasmesse, a cura della Direzione per l'integrazione socio-sanitaria, le direttive aziendali ai Distretti sanitari, al Dipartimento Prevenzione e alle Comunità di Valle e Territorio Valle dell'Adige per la loro concreta applicazione.

RISULTATI

Le valutazioni della condizione di non autosufficienza finalizzate al riconoscimento dell'assegno di cura sono state avviate nel mese di novembre 2012, in ambulatorio e a domicilio dei pazienti. I richiedenti hanno presentato domanda a partire dal 5 novembre 2012.

A fine marzo 2013 erano state presentate 1.479 richieste. Le richieste presentate nel periodo 1.11.2012 – 31.1.2013 sono state valutate entro il termine di aprile 2013, nel rispetto della tempistica stabilita dall'obiettivo.

E' stato predisposto, ed è utilizzato, un sistema per il monitoraggio sistematico degli indicatori, distinti per distretto e secondo le tre fasce d'età e i quattro livelli di gravità di non autosufficienza e di fabbisogno assistenziale individuati dalle disposizioni attuative della legge provinciale, inclusivi di quelli individuati dall'obiettivo.

Si provvederà entro il termine assegnato (30 giugno 2014) a relazionare in ordine al monitoraggio degli indicatori e alla verifica della dinamica nel tempo degli interventi assistenziali.

OBIETTIVO N. 4C: ELISOCCORSO H24 IN PROVINCIA DI TRENTO

L'Azienda dovrà presentare, entro il 28 febbraio 2013, uno studio di fattibilità per estendere il servizio di elisoccorso h24 su tutto il territorio provinciale.

- Lo studio di fattibilità per l'estensione del servizio di elisoccorso H24 mediante l'attivazione del volo notturno ha coinvolto diversi enti e strutture provinciali e per questo all'inizio del 2013 è stato costituito un apposito gruppo di lavoro presso il Dipartimento di Protezione civile della Provincia (coordinatore Ing. Vittorio Cristofori), al quale hanno preso parte il Servizio Antincendi e Protezione civile, il Nucleo Elicotteri, il Dipartimento Organizzazione, Personale e Affari generali, il Dipartimento Lavoro e Welfare e L'Azienda provinciale per i servizi sanitari.
- L'attività programmatica aziendale è pertanto confluita in tale gruppo, che, nei mesi di gennaio e febbraio 2013, in diversi incontri tecnici, ha provveduto ad analizzare in maniera integrata gli aspetti operativi, tecnici e finanziari finalizzati alla elaborazione di una proposta di fattibilità da sottoporre all'esecutivo provinciale.

La proposta, recepita poi con deliberazione della Giunta provinciale n. 411 del 8 marzo 2013, ha definito il modello organizzativo, incaricando ciascuna struttura coinvolta - APSS, Provincia, Cassa Provinciale Antincendi e gestore servizi aeroportuali - di curare i provvedimenti e gli adempimenti di propria competenza secondo la tempistica definita, e calcolando i costi aggiuntivi a carico di ciascuno.

L'elisoccorso H24 è stato avviato, con decorrenza dal 1 luglio 2013, senza criticità di rilievo su tutto il territorio provinciale secondo quanto pianificato dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 411 del 8 marzo 2013.

OBIETTIVO N. 4D: UNITA' DI VALUTAZIONE ALZHEIMER

Nel 2013 APSS dovrà ridefinire l'assetto organizzativo della Rete delle Unità di valutazione Alzheimer, specificando funzioni e livelli dei singoli nodi, esplicitando i criteri di prioritarizzazione delle domande e le modalità di collegamento – integrazione strutturale con le UVM.

Dovrà inoltre fare in modo che:

- in almeno il 50% dei casi la prima visita abbia un tempo di attesa non superiore a 45 giorni;
- nel 90% dei casi la prima visita abbia un tempo di attesa non superiore a 3 mesi.

I tempi di attesa saranno calcolati prendendo a riferimento la data di chiamata al CUP.

I dati sui tempi di attesa dovranno essere forniti entro il 30 giugno 2014.

Dal 2013, inoltre, APSS dovrà produrre un report periodico sulle attività delle Unità di valutazione Alzheimer, entro il 31 agosto per il primo semestre dell'anno ed entro il 28 febbraio per il secondo semestre dell'anno, con indicazione quanto meno dei seguenti dati:

- numero degli ambulatori aperti;
- giorni ed ore settimanali di attività;
- numero delle visite effettuate, distintamente per prime visite e visite di controllo;
- distribuzione dei tempi di attesa;
- durata media della prima visita;
- numero di persone valutate in UVA e da quest'ultima segnalate all'UVM

Indicatore del grado di raggiungimento dell'obiettivo:

- riscontro operativo dell'assetto organizzativo della rete UVA
- disponibilità del report periodico richiesto

Azioni

1. Nel corso del 2013 sono state poste in essere le azioni propedeutiche alla realizzazione del nuovo modello organizzativo per la gestione del paziente con demenza, tra le quali: la mappatura dei punti di offerta di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ospedaliere e territoriali, l'individuazione dei livelli assistenziali e dei nodi della rete, le modalità ed i tempi di accesso alla unità di valutazione (con revisione delle relative agende informatizzate di prenotazione), condivisione del percorso diagnostico – terapeutico a livello delle UVA ospedaliere e distrettuali, elaborazione e diffusione del documento per la gestione del dolore nei pazienti con disturbi cognitivi.
2. Sulla base di quanto sopra è stato quindi ridefinito l'assetto organizzativo della rete delle UVA. In data 21 marzo 2014 (con nota prot. n. 042531) è stato inviato al Dipartimento Salute e solidarietà sociale il documento "Proposta organizzativa per lo sviluppo delle rete delle demenze" nel quale, in linea con l'obiettivo, è definito lo sviluppo della componente sanitaria di gestione del percorso del paziente e della famiglia e le connessioni per l'accesso alla rete di servizi socio-sanitari attualmente disponibili.
3. Sono stati elaborati entro i termini stabiliti, e trasmessi alla Provincia, i report periodici di attività, relativi rispettivamente al primo semestre 2013 e all'anno 2013, comprensivi dei dati dei tempi di attesa.
4. si provvederà a relazionare ulteriormente relativamente ai tempi di attesa entro il termine stabilito dall'obiettivo del 30 giugno 2014.

OBIETTIVO N.5A: SCREENING ONCOLOGICI

Nel 2013, l'Azienda sanitaria dovrà verificare per ciascun programma di screening attualmente proposto (per la prevenzione del tumore alla cervice uterina, della mammella e del colon retto):

- A) l'attuale grado di copertura e di adesione generale;
- B) le eventuali carenze e criticità su questi due versanti;
- C) le possibili ipotesi di miglioramento, tenendo particolare conto dell'obiettivo dell'omogeneizzazione del livello dei due parametri sull'intero territorio provinciale.

Obiettivo: Raggiungimento target specifici:

- *estensione screening mammografico (indicatore Mes Pisa B.5.1.1.): 95%*
- *adesione screening mammografico (indicatore Mes Pisa B.5.1.2.): 75%*
- *estensione screening cervice uterina (indicatore Mes Pisa B.5.2.1.): 75%*
- *adesione screening cervice uterina (indicatore Mes Pisa B.5.2.2.): 65%*
- *estensione screening colonrettale (indicatore Mes Pisa B.5.3.1.): 80%*
- *adesione screening colonrettale (indicatore Mes Pisa B.5.3.2.): 75%*

Indicatore del grado di raggiungimento dell'obiettivo:

Trasmissione dei dati secondo la metodologia del network della scuola S. Anna di Pisa, entro il 30 aprile 2014.

Il grado di raggiungimento del target è calcolato rispetto alle percentuali di estensione e di adesione del 2013.

TASSI ANNO 2012

I tassi relativi all'anno 2013 non sono disponibili per le naturali tempistiche legate agli aspetti tecnici di raccolta, consolidamento, convalida e aggregazione dei dati inerenti i flussi informativi specifici.

Al momento attuale il Servizio di epidemiologia clinica e valutativa sta raccogliendo, presso i servizi e le unità operative di riferimento, i dati per l'elaborazione della prima parte della Survey (estensione ed adesione) di cui è previsto l'invio al Ministero della Salute e all' ONS entro la fine del mese di maggio. Per quanto riguarda la seconda parte della Survey, riferita agli approfondimenti diagnostici e agli interventi terapeutici, la stesura è prevista entro la fine del mese di settembre.

La verifica del grado di copertura generale rispetto ai programmi di screening al momento è disponibile con riferimento all'anno 2012, con i livelli riportati nella tabella seguente.

Programma di screening	Periodo di riferimento	Indicatore	Valore %
Cervice uterina	2010-2012	Estensione grezza*	97,9
	2012	Adesione grezza**	33,5
Mammografico	2011-2012	Estensione corretta	100,0
	2012	Adesione corretta	79,4
Colon retto	2012-2013	Estensione corretta	96,3
	2012	Adesione corretta	58,8

* Estensione grezza = nr soggetti invitati rispetto alla popolazione residente (nella popolazione residente sono comprese anche le donne che andrebbero escluse dall'invito perché recentemente hanno già eseguito il test).

** Adesione grezza = nr soggetti aderenti rispetto al numero degli invitati con estensione grezza (al denominatore cioè, sono comprese anche le donne invitate nonostante la recente esecuzione del test).

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

In relazione alle criticità presenti nei diversi programmi di screening, sono state poste in essere nel 2013 iniziative concernenti l'organizzazione interna, la formazione e la comunicazione.

1. Riguardo agli aspetti di organizzazione e pianificazione sono state attuate le seguenti iniziative di miglioramento, condivise nei gruppi di valutazione dei tre screening:

- predisposizione di un piano di sviluppo dei programmi di screening di prevenzione oncologica;
- trasferimento, nel mese di febbraio, del primo livello (pianificazione e gestione degli inviti) dello screening mammografico dal Dipartimento di Radiologia all'Area di coordinamento screening presso il Dipartimento di prevenzione;
- modifica delle procedure di accesso al secondo livello dello screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina, attraverso l'individuazione di tre Centri di riferimento (Trento, Rovereto, Cles), il coinvolgimento del CUP, con la creazione di liste riservate per la prenotazione diretta delle colposcopie da parte dell'U.O. di Anatomia patologica di Trento;
- attivazione del software gestionale presso i tre Centri provinciali della colposcopia di screening con dismissione dei referti cartacei;
- implementazione degli interventi di counseling per la colonscopia di secondo livello nell'ambito del programma di screening per la prevenzione del tumore colo-rettale negli ambiti territoriali Giudicarie e Rendena, Alta e Bassa Valsugana e Primiero (già avviati sperimentalmente nel 2012 nell'ambito della Val di Non);
- predisposizione di un progetto di fattibilità per la gestione unificata dei programmi di screening femminili tramite gestionale unico;
- sperimentazione della gestione degli inviti per il pap-test presso l'area di coordinamento screening, in attesa della possibilità di acquisizione di uno specifico unico software;
- predisposizione del protocollo di gestione del pap-test anormale nell'ambito dello screening della cervice uterina e sua diffusione agli operatori;
- inoltro all'Assessorato alla salute e politiche sociali del parere sul documento "Applicazione screening molecolare per la ricerca di HPV nelle donne della provincia di Trento di età superiore ai 30 anni", predisposto dal dr. Paolo Dalla Palma;
- monitoraggio dell'attività di 1° livello del programma di screening per la prevenzione del tumore della mammella (pianificazione attività) e monitoraggio tempi di attesa per la refertazione delle mammografie di screening;
- monitoraggio delle attività di 1° livello (pianificazione attività e call center) del programma di screening per la prevenzione del tumore del colon-retto.

2. Formazione: le iniziative di formazione sono state articolate come segue.

- realizzazione di due giornate di formazione in tema di screening indirizzate ai medici di medicina generale ed alle diverse figure professionali territoriali ed ospedaliere coinvolte negli screening (gennaio - febbraio 2013);
- realizzazione di una giornata di aggiornamento indirizzata ai colposcopisti coinvolti nel 2° livello dello screening della cervice uterina (marzo 2013);

3. Iniziative di comunicazione e promozione.

- spedizione, nei mesi di febbraio e marzo 2013, degli elenchi delle donne non responder all'invito, per pap-test e mammografia, ai medici di medicina generale al fine di una azione di counseling a sostegno dell'adesione ai programmi di screening;
- invio elenco donne non responder dei comuni di Folgaria, Lavarone e Luserna al consultorio di Rovereto per sollecito telefonico, visto il basso tasso di adesione al pap-test;

- predisposizione dei materiali divulgativi per il miglioramento della comunicazione relativa allo screening mammografico, concordata con i rappresentanti dei medici di medicina generale e per una campagna di sensibilizzazione sugli interventi di diagnosi precoce oncologica indirizzata ai professionisti sanitari;

Altre iniziative di sensibilizzazione sono in corso, quali il censimento dei materiali informativi predisposti per i tre screening, al fine di una loro revisione e aggiornamento in vista della predisposizione di un piano della comunicazione indirizzato all'utenza esterna e interna.

RISULTATI E CONSIDERAZIONI

Tumore della cervice uterina

Per il pap-test viene rilevata l'adesione grezza e non quella corretta; ciò comporta che al denominatore siano comprese anche le donne che, pur avendo già effettuato un pap test opportunistico o spontaneo, sono comunque invitate. Il tutto si traduce in una notevole sottostima della reale adesione. Pertanto benché l'adesione all'invito risulti bassa, all'attività dello screening organizzato si affianca l'attività spontanea delle donne per cui si può concludere che la maggior parte delle donne trentine si sottopone all'esame del Pap test. Vi ricorrono complessivamente 8 donne su 10.

A sostegno dell'ipotesi di una consistente attività spontanea da parte delle donne trentine, si osserva che **le stime del sistema di sorveglianza PASSI indicano come, nel periodo 2009-2012, l'82% delle donne di età 25-64 anni abbia effettuato un Pap test nel corso degli ultimi 3 anni.** Il dato medio nazionale di adesione è del 39,8% nel 2011 (valore rilevato nel report ONS 2012).

L'attività svolta in provincia di Trento si può considerare complessivamente buona (l'incidenza delle forme invasive di carcinoma del collo dell'utero risulta peraltro tra le più basse d'Italia e la mortalità per questo tumore è molto bassa - 6 decessi nel 2012).

L'attività dello screening, sia organizzato sia spontaneo, mostra buone capacità di intercettazione dei casi di lesione invasiva e preinvasiva: poche donne vengono inviate ad accertamento colposcopico (0,8%) e i casi positivi al Pap test sono effettivamente dei "veri" positivi.

Tumore della mammella

Sebbene restino da migliorare i tempi di refertazione, l'attività svolta in provincia di Trento nell'ambito di questo screening organizzato si può considerare, anche in riferimento al dato nazionale ed in particolare alle regioni del nord d'Italia, complessivamente molto buona.

Il programma è esteso alla totalità delle donne candidate allo screening, cioè in età tra i 50 e i 69 anni e ottiene un'ottima adesione (79,4 %). I richiami per approfondimenti sono contenuti e migliori della media nazionale; la percentuale di tumori identificati durante la campagna di screening è in linea con la media italiana (0,53 %). Su 1.000 donne che hanno fatto la mammografia, 6 sono state inviate all'intervento chirurgico. La quasi totalità (98%) è stata operata, da cui è risultato che meno di 1 donna su 1.000 (0,7) aveva un tumore benigno e 5 su 1.000 avevano un tumore maligno. È risultato che una su 1.000 aveva un tumore *in situ*, mentre 4,2 su 1.000 avevano un tumore invasivo, e 3,4/1.000 avevano un tumore invasivo inferiore ai 2 centimetri. Circa 9 donne su 10 operate per tumore invasivo sono state sottoposte a intervento chirurgico conservativo.

Colon retto

I dati ultimi disponibili, relativi all'attività del 2012, consentono di confermare, per il programma provinciale dello screening colo-rettale, un livello di adesione da parte della popolazione tra le più alte d'Italia (58,8 % verso il dato nazionale medio del 47%), l'ottimale adesione alla colonscopia (94,9%) e la elevata proporzione di colonscopie complete (97,1), nonché la capacità di identificare le lesioni maligne e quelle ad alto rischio nella popolazione screenata. Questi indicatori ci danno la misura da una parte della partecipazione della popolazione all'iniziativa e dall'altra del livello di qualità del secondo livello diagnostico-terapeutico.

L'attenzione dovrà ora essere posta al rispetto dei tempi tra counselling ed attuazione della colonscopia diagnostica e tra colonscopia ed eventuale intervento chirurgico.

OBIETTIVO N.5B: SISTEMI DI SORVEGLIANZA

Nel 2013, l'Azienda sanitaria dovrà garantire un numero minimo di interviste PASSI e la conduzione dell'indagine Health Behaviour School Aged Children (HBSC) a livello provinciale.

Obiettivo: Raggiungimento target specifici:

- interviste PASSI: 600/anno distribuite su 11 mensilità
- HBSC: rispetto del protocollo nazionale

1. PASSI

Il sistema di sorveglianza "Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia" (PASSI), coordinato per la PAT di Trento dall'Osservatorio per la Salute PAT, raccoglie informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni), attraverso indagini campionarie sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi per la loro prevenzione.

I temi indagati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

A livello aziendale il sistema prevede lo svolgimento di attività di rilevazione, registrazione e analisi dei dati. Nell'anno 2013 le interviste telefoniche effettuate dall'APSS con un questionario standardizzato ad un campione rappresentativo della popolazione tra 18 e 69 anni sono state 593 rispetto ad un numero di 600 (99%). L'obiettivo è stato raggiunto in considerazione del fatto che lo scostamento minimo osservato (1%) è fisiologico in relazione alle metriche sotto riportate.

Il tasso di sostituzione (proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili) è di 12,4%, a fronte di un dato nazionale di 12,3%.

Il tasso di rifiuto (proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili) è di 8%, con media nazionale 9%.

Il tasso di non reperibilità (proporzione di persone eleggibili che non è stato possibile raggiungere telefonicamente su tutte le persone eleggibili) è di 4,4% rispetto ad una media nazionale di 3,4%.

Interviste PASSI - Trentino - Anno 2013 (numero assoluto e percentuale sull'atteso)

<i>me</i> se	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG- AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	TOT ANNO
<i>% Atteso</i>	99%	106%	110%	99%	95%	108%	101%	103%	92%	88%	86%	99%
<i>Nr.</i>	54	58	60	54	52	59	55	56	50	48	47	593

2. Rilevazione HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)

Il sistema di sorveglianza nazionale HBSC, a cui ha aderito la Provincia, ha lo scopo di monitorare i comportamenti legati alla salute di bambini e adolescenti.

L'indagine viene ripetuta con cadenza quadriennale, e sarà avviata nella seconda edizione nel corso dell'anno scolastico 2013-2014.

L'Istituto Superiore di Sanità entro il 31 dicembre 2013 ha organizzato una giornata di formazione dei referenti regionali (il 5 dicembre) illustrando il crono programma.

E' stato individuato in APSS un referente provinciale, al quale, nel corso del primo semestre del 2014, spetta individuare gli operatori sanitari di supporto alle indagini, provvedere alla loro formazione, alla distribuzione dei questionari, ecc., fino alla redazione dei due report quando l'ISS metterà a disposizione l'elaborazione dei dati inseriti nel software dedicato.

Nel mese di aprile 2014 sono stati avviati i lavori di preparazione per la rilevazione, in collaborazione con le il Dipartimento della Conoscenza della PAT e i Distretti.

OBIETTIVO N.5C: SICUREZZA ALIMENTARE

Obiettivo: Raggiungimento target specifici:

- *Semplificazione della gestione della sicurezza alimentare nelle microimprese: elaborazione di linee guida per l'autocontrollo e le buone pratiche nelle microimprese alimentari per migliorare la qualità delle produzioni e favorire il consumo di alimenti sicuri di produzione locale*
- *Gestione comune degli stati d'allerta: consolidare l'attività del nodo provinciale semplificando le procedure e graduando la forza d'azione secondo la valutazione di priorità di rischio*

Indicatore del grado di raggiungimento dell'obiettivo:

elaborazione e trasmissione di una specifica relazione su quanto richiesto

Semplificazione della gestione della sicurezza alimentare nelle microimprese: elaborazione di linee guida per l'autocontrollo e le buone pratiche nelle microimprese alimentari per migliorare la qualità delle produzioni e favorire il consumo di alimenti sicuri di produzione locale.

Il contesto agroalimentare trentino è rappresentato da molte piccole imprese artigianali (oltre 5000) caratterizzate da un basso numero di addetti (titolare dell'azienda in molti casi che opera da solo, o con uno pochi operatori del settore alimentare) e da strutture di piccole dimensioni che producono una numerosa varietà di prodotti trentini con forti connotati di tipicità.

Il Regolamento (CE) n. 852/2004 stabilisce che gli operatori del settore alimentare garantiscano che la preparazione, la trasformazione, la fabbricazione, il confezionamento, il deposito, il trasporto, la distribuzione, la manipolazione, la vendita o la fornitura, compresa la somministrazione, dei prodotti alimentari siano effettuati in modo igienico. All'art. 5, in particolare, specifica che gli operatori del settore alimentare predispongano, attuino e mantengano una o più procedure permanenti, basati sui sette principi HACCP (identificazione dei pericoli, dei punti critici di controllo e dei relativi limiti critici, di sistemi di sorveglianza efficaci, di azioni correttive nonché opportune verifiche e registrazioni).

D'altra parte, lo stesso Regolamento (CE) n. 852/2004 consente l'applicazione delle procedure basate sul sistema HACCP con una certa flessibilità in funzione del grado di organizzazione, della dotazione di personale e delle attività che sono condotte nella specifica impresa alimentare. Il quindicesimo considerando, infatti, riporta che i requisiti del sistema HACCP dovrebbero essere abbastanza flessibili per poter essere applicati in qualsiasi situazione, anche nelle piccole imprese. In esse, per esempio, la sistematica registrazione del monitoraggio continuo dei punti di controllo critico, con conservazione della relativa documentazione, può costituire un appesantimento procedurale e formale, con limiti di compatibilità operativa; per di più, non è sempre possibile identificare i punti critici di controllo e la loro sorveglianza può essere sostituita dall'adozione di corrette prassi igieniche; anche.

In aggiunta, nel 2005 il Directorate Generale per la salute e Protezione del Consumatore dell'Unione Europea ha emesso il documento (SANCO/1955/2005) "Guida all'applicazione delle procedure basate sui principi dell'HACCP e sulla semplificazione dell'attuazione di principi del sistema HACCP in talune imprese alimentari" che fornisce una guida per l'implementazione nelle imprese alimentari delle procedure per l'HACCP e per la loro semplificazione applicativa.

Alcune Regioni d'Italia quali l'Emilia Romagna² e la Lombardia³ hanno adeguato la propria normativa alle disposizioni della Comunità europea approvando provvedimenti che riformulano le procedure semplificate per la sicurezza alimentare in alcune tipologie di imprese.

² DGR n.41 del 17/11/2008 "Semplificazione del sistema HACCP per le imprese del settore alimentare

³ DGR n.1105 del 20/12/2013 "Linee di indirizzo per la semplificazione del sistema HACCP nelle microimprese del settore alimentare

Una gestione semplificata del rischio nelle piccole imprese alimentari della provincia di Trento, è ritenuta indispensabile non solo per ridurre i costi e migliorare la competitività delle imprese, ma anche per migliorare l'autocontrollo orientandolo ad azioni di provata efficacia. Parimenti appare importante che siano adottati nell'attività di controllo ufficiale atteggiamenti condivisi, creando quindi maggiore coerenza e sinergia tra le azioni di controllo e di autocontrollo migliorando la sicurezza alimentare e la tutela della salute dei consumatori.

Le "linee guida per il contenimento e la riduzione del rischio alimentare", proposte in allegato, predisposte dal gruppo di lavoro dipartimentale "Sicurezza alimentare e nutrizione, istituito nel dicembre 2012, assolvono agli adempimenti previsti dal sistema HACCP e sono il frutto di una serie di scelte operate in base (1) alla conoscenza dei processi produttivi delle attività alimentari delle microimprese del Trentino, (2) alla conoscenza dei pericoli associati, (3) dei risultati dei controlli ufficiali degli ultimi anni (APSS), (4) degli esiti dei laboratori ufficiali provinciali (IZSve, APSS e APPA), (5) completata dalla valutazione dei principali rischi alimentari, (6) alla luce anche dei riscontri del sistema rapido di allerta (RASFF).

Si riassume, di seguito, il contenuto del **documento che viene allegato**.

Individuazione delle imprese che possono beneficiare della semplificazione del sistema HACCP.

L'obbligo, da parte delle imprese alimentari di attuare un sistema di autocontrollo del processo produttivo basato sui principi HACCP è stato introdotto con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 155/1997. Allo scopo di favorire l'applicazione di questo Decreto e prestando particolare attenzione alle imprese alimentari di piccole dimensioni, la Giunta Provinciale ha approvato, con DPG n. 6086/1999 e con DPG n.1355/2000 sia le linee guida per applicazione del D.Lgs.vo 155/1997, individuando quali imprese alimentari possono applicare un sistema semplificato di HACCP, sia il manuale per la validazione dei sistemi di autocontrollo.

Il D. Leg.vo 155/1997 è stato abrogato nel 2007⁴ e di conseguenza anche le linee guida approvate dalla Giunta provinciale sono decadute.

D'altra parte Il Regolamento 852/2004 ha sancito l'obbligo, da parte dell'operatore alimentare, di predisporre, attuare e mantenere procedure basate sui principi del sistema HACCP al fine di garantire la salubrità degli alimenti prodotti. Di conseguenza, le piccole imprese alimentari possono incontrare difficoltà nell'applicare e sviluppare dettagliate procedure che soddisfino quanto previsto dall'art.5 del Reg. 852/2004: per esse l'utilizzo di piani di autocontrollo semplificati garantisce una riduzione degli oneri burocratici e l'implementazione di azioni efficaci per la garanzia igienico-sanitaria. Molto spesso si tratta di piccole imprese che, non solo forniscono il mercato locale, ma che rappresentano una risorsa per la stessa economia territoriale, impiegando personale del luogo e utilizzando fornitori e materie prime locali.

Sono definite microimprese (secondo Taylor, 2001) le imprese che, con numero di addetti comunque inferiore a 10, presentano caratteristiche che le rendano assimilabili alle microimprese con operatività in ambito locale (provincia sede dell'impresa e province limitrofe), proprietario singolo o costituito da un piccolo gruppo di persone, gestione in capo al proprietario e nessun collegamento a grandi aziende e/o alla grande distribuzione organizzata. Secondo il Regolamento CE 800/2008, per microimpresa si intende una "Impresa il cui organico sia inferiore alle 10 persone e il cui fatturato o il totale di bilancio annuale non superi i 2 milioni di euro".

Sono state definite le aziende alimentari che possono beneficiare dell'adozione di misure dirette a semplificare le procedure dell'autocontrollo, individuando le tipologie di attività, l'ambito operativo (ossia il territorio provinciale e il territorio delle Province contermini) e le dimensioni (cioè imprese gestite da un singolo proprietario o da una piccola società), così come di seguito illustrato:

- Esercizi per la vendita al dettaglio nei quali non viene effettuata alcuna trasformazione degli alimenti. Per esempio commercio al dettaglio di prodotti alimentari con banco formaggi e salumi, erboristerie, commercio al dettaglio di frutta e ortaggi, pescherie, macellerie;
- Depositi di prodotti alimentari, bevande, frutta e ortaggi, dove non avviene alcuna manipolazione degli alimenti e che effettuano prevalentemente una vendita all'ingrosso;
- Esercizi di ristorazione pubblica con somministrazione al consumatore finale quali pizzerie, ristoranti, agritur, chioschi, bar e bar con pasti veloci;

⁴ D. Leg.vo n. 193 del 6 novembre 2007 "Attuazione della Direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore

- Laboratori di produzione con vendita diretta al consumatore finale, nello specifico pasticcerie, gelaterie, pizze al taglio, panifici, pastifici, pescherie, macellerie, rosticcerie/gastronomie;
- Laboratori di produzione e confezionamento classificati a basso rischio quali: produttori di succhi e confetture, torrefazioni, produttori di condimenti e spezie.

Le strutture alberghiere rientrano nel campo di applicazione solo se gli addetti alle attività di ristorazione (cuochi, camerieri, lavapiatti), sono in numero inferiore a dieci.

Non rientrano nel campo di applicazione gli stabilimenti riconosciuti e le imprese alimentari che non ricadono nelle tipologie sopra riportate.

Semplificazione del sistema HACCP.

Nelle piccole imprese caratterizzate da un numero molto limitato di addetti, i determinanti e fattori di resistenza che influenzano la gestione del rischio sono associati alle conoscenze e ai comportamenti degli operatori. In questi contesti la corretta conoscenza ed adozione degli adempimenti di base (prerequisiti) sono spesso sufficienti a conseguire l'obiettivo del controllo dei pericoli alimentari, si deve quindi considerare, sulla base del principio di proporzionalità, che gli obblighi sanciti in forza delle norme sull'igiene degli alimenti sono considerati soddisfatti e che non è indispensabile predisporre, attuare e mantenere una procedura permanente basata sui principi del sistema HACCP.

Per tali microimprese, la semplificazione dell'autocontrollo basato sui principi dell'HACCP consiste in:

- attivare e documentare le buone prassi igieniche del personale e le procedure di sanificazione degli ambienti e delle attrezzature (GHP);
- descrivere il processo di produzione e le buone prassi collegate (GMP);
- indicare gli eventuali punti di controllo critici relativi alla lavorazione, la gestione di eventuali rischi e le azioni correttive;
- effettuare la registrazione di dati;
- assicurare la formazione del personale.

Resta inteso che l'applicazione di un sistema semplificato di autocontrollo da parte delle microimprese deve comunque garantire la sicurezza degli alimenti; non deve essere statico, deve essere adattabile ad eventuali variazioni tecnologiche o produttive, deve tendere al progressivo miglioramento, ma anche essere suscettibile di ulteriori semplificazioni in caso di evidenti e protratte nel tempo situazioni di conformità alla norma, in accordo con il controllo ufficiale.

Obblighi del responsabile dell'impresa alimentare.

Il responsabile dell'impresa alimentare deve individuare nell'ambito della propria attività ogni fase che potrebbe rivelarsi critica per la sicurezza degli alimenti e far sì che siano applicate e mantenute idonee procedure, secondo quanto descritto al punto b (semplificazione del sistema HACCP).

Pertanto risulta necessario e sufficiente per assolvere agli obblighi di un piano di autocontrollo semplificato applicare quanto riportato nelle presenti linee guida, che si basano sui prerequisiti sotto elencati.

I principali prerequisiti da considerare sono:

- Requisiti infrastrutturali e attrezzature compresa la manutenzione
- Requisiti delle materie prime e qualifica fornitori
- La corretta manipolazione dell'alimento (incluso il confezionamento e il trasporto)
- Igiene della lavorazione
- Gestione dei rifiuti e corretta gestione degli scarti di lavorazione
- Procedure di controllo degli infestanti
- Procedure igieniche (pulizia e disinfezione ove opportuno)
- Controllo delle temperature e mantenimento della catena del freddo
- Igiene del personale: piano di igiene del personale articolato in igiene dell'abbigliamento, sistemi di lavaggio delle mani, norme comportamentali per il personale
- Formazione: piano di formazione del personale che preveda la partecipazione con verifica apprendimento a corsi interni/esterni all'azienda.

Tali prerequisiti sono diretti a controllare i pericoli in maniera generale, la rintracciabilità (articolo 18 del regolamento (CE) n. 178/2002) e il ritiro degli alimenti e l'obbligo di informazione delle autorità

competenti (articolo 19 del regolamento (CE) n. 178/2002), pur non figurando tra i prerequisiti devono essere, comunque, considerate prescrizioni di base.

Qualora l'OSA ritenga che nell'ambito della propria attività esistano fasi del processo da sottoporre a monitoraggio o per cui sia necessaria l'applicazione dell'HACCP per il controllo dei pericoli (pastorizzazione, pH...) sarà necessario o applicare integralmente i principi HACCP o svolgere delle verifiche analitiche su struttura e prodotti.

Inoltre in presenza di modifiche (ampliamenti strutturali, variazione dei cicli produttivi) o di rivalutazione da parte del controllo ufficiale della classe di rischio, è obbligo dell'operatore adeguare il piano di autocontrollo alla nuova situazione.

Documentazione dell'impresa alimentare

L'autocontrollo definito come controllo semplificato deve essere basato su una serie di documenti datati e firmati dal responsabile dell'industria alimentare:

- Descrizione della struttura, delle attrezzature utilizzate e una planimetria dei locali in uso
- Descrizione del processo produttivo, con individuazione degli eventuali rischi riconosciuti nella fase di lavorazione, delle azioni correttive e registrazione dei dati
- Descrizione delle buone prassi di igiene del personale e delle procedure di sanificazione degli ambienti e delle attrezzature
- Evidenza della formazione del personale in materia di igiene degli alimenti.

Gestione comune degli stati d'allerta: consolidare l'attività del nodo provinciale semplificando le procedure e graduando la forza d'azione secondo la valutazione di priorità di rischio

Con DPG n. 2134 del 2003 la Provincia Autonoma di Trento ha delegato le funzioni di nodo provinciale per la gestione del sistema di allerta rapido degli alimenti alla Direzione Igiene e Sanità Pubblica, attuale Dipartimento di Prevenzione, dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS).

Di conseguenza, l'APSS è responsabile del funzionamento del sistema 24 ore su 24 e della comunicazione dei propri punti di contatto e della nomina dei referenti al Ministero della Salute; spetta alla stessa APSS l'attivazione del sistema d'allerta (con invio delle notifiche al Ministero della salute e altri punti di contatto regionale) e la ricezione delle segnalazioni diramate dal Ministero della Salute o da altre Regioni.

A seguito dell'approvazione dell'Intesa del 13/11/2008 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome recante le "Linee Guida per la gestione operativa del Sistema di Allerta per alimenti destinati al consumo umano" e del Regolamento (UE) n.16/2011 della Commissione del 10 gennaio 2011 recante disposizioni di applicazione relative al sistema di allarme rapido per gli alimenti ed i mangimi, il Dipartimento di Prevenzione ha perfezionato la procedura aziendale per la gestione del sistema di allerta definendo scopo e campo d'applicazione, competenze e livelli di responsabilità attribuiti ai diversi operatori sanitari interessati e individuando le attività da svolgere da parte dell'U.O. di Igiene Pubblica e delle Unità Operative di Igiene e Sanità pubblica veterinarie (vedere documento "**Gestione comune stati d'allerta**" allegato).

Criticità evidenziate nella gestione del sistema di allerta

Nella gestione del sistema nazionale, sono state evidenziate alcune criticità sia relativamente alla lentezza nei flussi di comunicazione tra i livelli nodali delle liste di distribuzione dei prodotti oggetto di allerta e informazioni incomplete sulle schede di notifica sia all'attivazione talvolta non pertinente del sistema per "insufficiente valutazione dei rischi" e del relativo impatto sugli interventi e provvedimenti adottati che possono ripercuotersi sulla salute del consumatore.

Perciò si è ritenuto necessario aggiornare la procedura da adottare in caso di ricezione delle segnalazioni di allerta attribuendo un "profilo di rischio" alla segnalazione pervenuta.

Sono stati definiti 5 criteri di classificazione delle notifiche e per ciascun criterio sono stati fissati 4 livelli di rischio a ciascuno dei quali è stato attribuito un punteggio.

Dalla somma dei punteggi attribuiti a ciascun livello si ottiene il profilo di rischio della segnalazione (alto, medio, basso, assente) da cui dipendono gli interventi da intraprendere.

OBIETTIVO N.5D: COPERTURE VACCINALI

Nel 2013, l'Azienda sanitaria dovrà garantire il monitoraggio annuale dell'andamento delle coperture vaccinali per apprezzare tempestivamente eventuali segnali di riduzione dell'adesione alle vaccinazioni, individuando una soglia critica di copertura che rappresenta un livello di attenzione nei confronti dei quali deve essere predisposto un piano di azioni correttive

Obiettivo: Raggiungimento target specifici:

copertura vaccinale per difterite, tetano, poliomielite, epatite B nei bambini che hanno compiuto 24 mesi > 95%

Sono di seguito esposti, in maniera sintetica, i risultati del monitoraggio annuale e di quello semestrale, appositamente attivato dall'U.O. di Igiene Pubblica, delle coperture vaccinali, rinviando per una trattazione più completa all'allegato **Report annuale sulle vaccinazioni eseguite in provincia** che include lo specifico monitoraggio per il superamento dell'obbligo vaccinale. Vengono inoltre esposte alcune considerazioni sull'esito del monitoraggio.

Il MONITORAGGIO ANNUALE delle coperture vaccinali secondo gli indicatori di routine utilizzati a livello nazionale per le vaccinazioni dei primi due anni di vita (coperture vaccinali al 24 mese di vita) evidenzia che nel 2013 la copertura vaccinale per Polio a 24 mesi di vita calcolata sulla coorte 2011 è scesa al 94,4%, al di sotto, se pur di poco, della soglia del 95%.

Le coperture vaccinali per Difterite, Tetano ed Epatite B sono pressoché sovrapponibili a quello della Polio.

Si conferma la tendenza nel tempo al calo delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie (polio, difterite, tetano, epatite B); ad esempio per la polio si passa dal 97,4 % registrato nel 2000 al 94,4 % nel 2012.

Il MONITORAGGIO SEMESTRALE delle coperture vaccinali è stato attivato ad hoc dall'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica per cogliere tempestivamente variazioni dell'andamento dell'adesione vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie a seguito della sospensione nella nostra Provincia delle sanzioni amministrative e dell'attivazione di un percorso per il superamento dell'obbligo vaccinale (Delibera G.P. n. 17 del 13 gennaio 2012).

La procedura del monitoraggio semestrale prevede il calcolo delle coperture a varie età (a 6, 9, 12, 24 mesi dalla nascita) per tutte le dosi previste dal ciclo vaccinale. E' necessario sottolineare che i dati di copertura forniti dal monitoraggio semestrale non sono definitivi, perché riferiti a frazioni di coorte in funzione della coorte di nascita e della distanza dalla nascita presa in considerazione per il calcolo.

I risultati del monitoraggio semestrale indicano un trend in discesa dell'adesione vaccinale nelle due coorti che hanno iniziato il ciclo vaccinale dopo l'approvazione del provvedimento di sospensione delle sanzioni amministrative e di superamento dell'obbligo vaccinale (coorti 2011 e 2012).

La coorte dei nati nel 2012 ha coperture vaccinali per la prima e seconda dose significativamente inferiori alla coorte dell'anno precedente: per la prima dose di polio a 365 gg dalla nascita la copertura vaccinale è del 93,5% (-2,2); per la seconda dose di polio a 365 gg. dalla nascita la copertura vaccinale è 92,4% (-2,1). Per questa coorte i dati di monitoraggio sono riferiti all'intera coorte e quindi sono pressoché definitivi.

La coorte dei nati nel 2013, che ha iniziato il ciclo vaccinale nel corso del 2013, evidenzia coperture vaccinali per la prima e seconda dose significativamente inferiori alla coorte dell'anno precedente: la copertura vaccinale per la prima dose di polio calcolata a 270 gg di vita è del 93,2

% (-2,1); la copertura vaccinale per la seconda dose di polio calcolata a 270 gg di vita è del 90,7 % (-2,3). Per questa coorte i dati di monitoraggio sono riferiti a frazioni di coorte e pertanto non sono definitivi.

Per quanto riguarda il fenomeno dell'obiezione alle vaccinazioni obbligatorie, la percentuale di obiettori nel 2013 mostra un marcato aumento (16,5%), con una numerosità di 501 (353 1° dose) inadempienti a fronte dei 430 (326 1° dose) del 2012 e dei 230 del 2011 (198 1° dose). Il dissenso si esprime in gran parte già alla prima dose del vaccino polio (70,4%).

Considerazioni finali

Le coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie del primo anno di vita hanno registrato già a partire dal 2000 un trend in lento, ma progressivo calo.

Tale trend in diminuzione si è accentuato a partire dal 2012. Nel 2013 per la prima volta la copertura vaccinale per la Polio (calcolata sulla coorte 2011 come % di bambini che hanno completato il ciclo vaccinale di tre dosi entro i 24 mesi di vita) è scesa a sotto la soglia del 95%, fissata dal Piano Nazionale Vaccini. Il monitoraggio semestrale condotto sulle coorti successive ancora oggetto di chiamata (2012 e 2013), fa ritenere che nei prossimi due anni vi sarà un ulteriore e significativo calo delle coperture vaccinali. La proiezione dei dati attualmente registrati dal monitoraggio semestrale fa ritenere probabile che la coorte di nascita del 2013 raggiungerà una copertura vaccinale a 24 mesi di vita (da calcolare definitivamente nel 2016) di poco superiore al 90%.

E' riconosciuto a livello nazionale che all'origine della significativa riduzione dell'adesione alle vaccinazioni, registrato dopo il passaggio al regime desanzionatorio, contribuiscono in maniera determinante un diffuso calo di popolarità delle vaccinazioni e una crisi di fiducia sulla sicurezza delle vaccinazioni che viene alimentato: dal proliferare sul web di blog contrari alla vaccinazione; dalla diffusione di movimenti anti-vaccinali fortemente determinati al proselitismo; dalle controverse decisioni assunte in alcune sedi giudiziarie sul tema dei presunti danni da vaccino;; dall'eco mediatico che tali iniziative hanno sui mezzi di informazione.

Per contrastare questo trend e sensibilizzare i genitori a una scelta consapevole, in previsione del superamento dell' obbligo vaccinale, l'APSS ha messo in campo, a partire dal 2012 e 2013, una serie di iniziative a livello di formazione, informazione e comunicazione, di seguito elencate:

- corsi di aggiornamento, in collaborazione con il Servizio Formazione, per operatori sanitari, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale (maggio, giugno, settembre 2012 e settembre 2013;
- monitoraggio semestrale delle coperture vaccinali, nei confronti delle vaccinazioni previste dal Piano di promozione delle vaccinazioni in Provincia di Trento;
- campagne di informazione nell' ambito del progetto "Farmacia di servizio", in collaborazione con il Servizio Comunicazione interna ed esterna e le farmacie comunali;
- campagna di informazione sulle vaccinazioni proposta dal gruppo di lavoro dipartimentale "Comunicazione interna ed esterna" istituito nel mese di ottobre 2013;
- corso di formazione sul "counseling vaccinale", in collaborazione con il Servizio Formazione, che sarà attuato nel 2014 e vedrà coinvolti tutti gli operatori dei Servizi vaccinali;
- nuova "Linea guida sul percorso vaccinale" (documento approvato nel mese di gennaio 2014), predisposta dal gruppo di lavoro dipartimentale "Vaccinazioni e malattie infettive", istituito nel dicembre 2012, distribuita a tutti gli operatori dei servizi vaccinali provinciali;
- inserimento nei programmi di attività delle varie UU.OO. dell' attuazione di azioni di miglioramento del processo vaccinale;
- adesione dell' APSS al sito web "www.vaccinarsi.com", promosso dalla Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva (SItI) e dalla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) attivo dal mese di maggio 2013.

OBIETTIVO SUL CONTENIMENTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA ANNO 2013

L'obiettivo inerente il rispetto di tempi massimi di attesa, finalizzato a quanto indicato nell'articolo 26, comma3 lett. b) della L.P. 16/2010, riguarda le sotto elencate prestazioni/esami/interventi non prioritari come di seguito indicato e riferiti al 90° percentile.

Prestazione/esame /intervento	Attesa massima (giorni) 90° percentile	Attesa 2013 90° percentile	Attesa 2013 media	Attesa 2013 mediana
Visita oculistica	70	132	45	27
Visita endocrinologica	60	167	63	44
Audiometria	45	40	22	21
By pass aortocoronarico	80	172	58	31
Intervento chirurgico tumore prostata	30	49	29	27

Cataratta regime ambulatoriale (escl. S.Chiara)

Struttura	nr. prestazioni	Attesa max 90° percentile	Attesa 90° percentile (gg)	Attesa media (gg)
Ospedale di Rovereto	1166	60	62	43
Ospedale di Arco	369	60	13	12
San Camillo Trento	354	60	48	34
totale	1889	60	56	35

dati estratti da Qlik SDO il 28 marzo 2014 (non comprensivi della attività ambulatoriale di Villa Bianca)

Cataratta regime di ricovero diurno (escl. S.Chiara)

Struttura	Priorità	Nr. Casi	Attesa max 90° percentile	Attesa 90° percentile (gg)	Attesa media (gg)	Attesa mediana (gg)
struttura osp. di Arco	Tutte	2	60	50	31	31
ospedale di Rovereto	Tutte	12	60	51	43	43
S. Camillo	Tutte	313	60	50	34	31
Villa Bianca	Tutte	352	60	12	7	5

NOTE

Si conferma nel triennio 2011 - 2013 il progressivo aumento del numero di utenti che hanno richiesto prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite CUP (2013 = + 5% rispetto al 2012, + 7% rispetto al 2011) oltre che il numero di prestazioni complessivamente prenotate, con una riduzione dell'1% delle richieste in regime libero professionale nel 2013 rispetto al 2012.

L'accesso alle strutture erogatrici, e i correlati tempi di attesa, anche nel 2013 sono stati condizionati dalla distribuzione sul territorio delle sedi aziendali di erogazione, capillare per le prestazioni di primo livello, necessariamente concentrata nelle sedi ospedaliere per le prestazioni a maggiore complessità o elevata tecnologia, oltre che dalla presenza delle strutture private convenzionate prevalentemente nei distretti Centro Nord e Centro Sud.

AZIONI PIANIFICATE AL FINE DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO

Il gruppo tecnico aziendale ha regolarmente monitorato i tempi di attesa sulla scorta della reportistica inviata mensilmente dall'Area Sistemi di Governance. In relazione alle specifiche necessità locali i distretti hanno provveduto a richiedere l'attivazione di nuovi incarichi per le branche interessate, previa individuazione delle aree critiche.

A seguito delle criticità riscontrate, nel corso dell'anno sono state attivate azioni correttive, quali il coinvolgimento delle strutture accreditate con accordi contrattuali con l'APSS e l'attribuzione di ore di attività a specialisti convenzionati interni. A questo proposito si evidenzia che nell'anno sono andati ripetutamente deserti gli avvisi per la copertura di turni per l'attività di oculistica per indisponibilità di specialisti ambulatoriali. Essendo i Distretti caratterizzati da poliambulatori siti in aree geografiche periferiche, risulta spesso difficile reperire specialisti disponibili ad assumere incarichi e a garantire stabilità e continuità nel tempo.

RISULTATI

- Come evidenziato dalla tabella, riguardo all'obiettivo di garantire le richieste nei tempi massimi di attesa prescritti per cataratta, audiometria e intervento di tumore alla prostata, i risultati sono in linea con la richiesta (con riferimento al 90° percentile)
- per visita oculistica e visita endocrinologica non è stato possibile rispettare presso tutti gli ambiti distrettuali lo standard richiesto, per le ragioni più sopra indicate.

Si osserva che maggiori criticità ha presentato l'accesso alle visite endocrinologica e oculistica con tempi di attesa massimi per il 90% dei pazienti superiori a 90 giorni, ma con complessivo rispetto dei tempi per le richieste con priorità RAO, salvo che per la visita endocrinologica. Si segnala in proposito che per le due tipologie di visite richieste con codice di priorità RAO, gli specialisti hanno espresso una concordanza rispettivamente del 68% per 1.769 visite endocrinologiche valutate, e dell'80% per 3.762 visite oculistiche

- per quanto riguarda le criticità in ambito cardochirurgico, si segnala il trend in aumento del numero di ricoveri (anno 2011: n° 726, anno 2012: n° 735, anno 2013: n° 765).

CONSIDERAZIONI FINALI

Come sopra evidenziato, l'obiettivo risulta non in linea per le visite oculistiche, endocrinologiche e intervento di bypass aortocoronarico malgrado tutti i settori interessati siano stati oggetto di interventi (attivazione percorsi per acquisizione risorse umane, aumento sedute operatorie, ecc.).

Riguardo specificamente alle criticità dei tempi di attesa delle visite oculistiche, si evidenzia che nell'anno sono andati ripetutamente deserti gli avvisi per la copertura di turni per l'attività di oculistica per indisponibilità di specialisti ambulatoriali.