

RELAZIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE
BUDGET 2016

PREMESSA

La relazione viene redatta secondo quanto previsto dall'art. 3 del regolamento del Nucleo di Valutazione approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 332 del 6/6/2012 ed intende fornire al Consiglio di Direzione gli elementi di sintesi sui risultati conseguiti dall'Azienda nell'anno 2016 per poter valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati e la congruità con le Direttive aziendali nella definizione dei budget operativi delle strutture.

LA PROGRAMMAZIONE

Il processo di budget ha avuto inizio nel mese di ottobre 2015 con la predisposizione delle “**Direttive di budget 2016**” e la comunicazione degli obiettivi strategici al Comitato Direttivo nella seduta del 13 ottobre 2015.

Nel documento sono illustrate le modalità operative con le quali deve essere svolto il processo di budget per la programmazione delle attività dell'anno ed i tempi entro i quali il processo dovrà concludersi. Anche quest'anno l'attenzione viene rivolta in particolar modo agli aspetti di:

- **rilevanza**: numero limitato di obiettivi ed indicatori realmente significativi, monitorabili e coerenti ai diversi livelli; coerenza degli obiettivi ai diversi livelli e quindi coinvolgimento dei Responsabili di Dipartimento al fine di articolare degli obiettivi trasversali; effettivo coinvolgimento dei responsabili di CdR attraverso una condivisione puntuale delle informazioni e una costruzione partecipata di obiettivi, piani di attività e risultati attesi (gruppi di lavoro);
- **tempestività**: contenimento dei tempi di attuazione del processo di budget al fine di una migliore organizzazione delle attività e di una gestione più efficace dei processi ad esso direttamente collegati (valutazione annuale, incentivazione,...);
- **monitoraggio**: aumento della frequenza del monitoraggio, in particolare sugli indicatori di “attuazione”; focalizzazione delle azioni correttive (in itinere), in tempo per la revisione a sei mesi, da parte dei livelli superiori; in una logica collaborativa e di supporto tra i livelli della gestione, non solo “verifica del Nucleo” a posteriori

Sono stati individuati alcuni obiettivi strategici prioritari e le rispettive attività per la loro attuazione, nonché l'individuazione e l'assegnazione degli obiettivi di budget alle AOF. Queste ultime sono state chiamate a garantire la coerenza tra questi obiettivi e la loro declinazione nelle schede di budget dei Responsabili di UU.OO. e Servizi.

Si riportano di seguito gli obiettivi strategici aziendali individuati per l'anno 2016:

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	RESPONSABILITA'
A. Percorsi di presa in carico	Sviluppare percorsi di presa in carico per condizioni cliniche rilevanti in modo da assicurare un approccio appropriato, sicuro ed omogeneo per specifiche patologie e gruppi di pazienti	Stato di attuazione del percorso con individuazione di indicatori di processo	Disponibilità dei dati relativi agli indicatori previsti dal percorso	• SOP • Distretti • Tecnostruttura Sistemi di Governance
B. Appropriatelyzza	Eliminare le variazioni non giustificate nei percorsi, nella pratica clinica, nelle codifiche, nelle modalità operative	Piani di attività e indicatori specifici per i diversi ambiti	Disponibilità dei dati relativi agli indicatori specifici	• SOP • Distretti • TS Sistemi di Governance • TS Sistemi di Gestione
C. Organizzazione della rete	Sviluppare e consolidare il modello di rete nei seguenti ambiti: area materno infantile, area riabilitativa, cure palliative nella presa in carico della SLA, rete chirurgica, approccio alle dipendenze, attività radiologica	Piani di attività con indicatori specifici per i diversi ambiti	Disponibilità dei dati relativi agli indicatori previsti	• SOP • Distretti • Tecnostruttura Sistemi di Governance
D. Attività di prevenzione	Assicurare la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione e del progetto Screening HPV attraverso il coordinamento continuo delle attività e dei risultati	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività	Rispetto dei tempi e dei risultati pianificati	• Dipartimento di Prevenzione • SOP • Distretti
E. Razionalizzazione	Eliminare l'uso inefficace delle risorse, consolidando e ampliando le azioni intraprese nel 2015 per l'ottimizzazione degli interventi e dei consumi	Indicatori di monitoraggio trimestrale	Target specifici per tipo di risorsa / intervento	• SOP • Distretti • Dipartimento di Prevenzione

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	RESPONSABILITA'
F. Riesame e attività di miglioramento	Assicurare i risultati degli obiettivi dipartimentali attraverso un'attività di supporto ai Dipartimenti assegnati e la messa in atto degli interventi di miglioramento e di risoluzione delle criticità rilevate	Analisi degli stati di avanzamento e delle attività implementate	Report trimestrale	• SOP • Distretti
G. Riorganizzazione aziendale	Contribuire al ridisegno dell'organizzazione aziendale (progettazione e realizzazione) secondo le indicazioni del CdD	Stato di attuazione della riorganizzazione con indicatori di processo	Disponibilità dei dati relativi agli indicatori	• SOP • Distretti • Dipartimento di Prevenzione • Tecnostrutture
H. Progetti e risultati aziendali	Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, di qualità integrata, obiettivi PAT...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività	Rispetto dei tempi e dei risultati pianificati	• SOP • Distretti • Dipartimento di Prevenzione • Tecnostrutture
I. Sviluppo dell'integrazione socio sanitaria	Realizzare le progettualità previste per lo sviluppo e/o il consolidamento dei modelli di assistenza integrati nell'area socio sanitaria (Comunità di prossimità, PUA e front-office amministrativo, RSA...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività	Rispetto dei tempi e dei risultati pianificati	• Distretti • Tecnostruttura Sistemi di Governance • Tecnostruttura Sistemi di Gestione
L. Semplificazione dei processi di supporto tecnico amministrativo	Semplificare i processi tecnico amministrativi in modo da bilanciare efficienza e sicurezza delle procedure e limitare l'impatto sulla Linea, sui Clienti interni, sui processi di erogazione dei servizi al cittadino	Survey su iniziative specifiche messe in atto	Livello di soddisfazione positivo dei destinatari	• Tecnostrutture

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	RESPONSABILITA'
M. Sistemi di valutazione e di confronto con l'esterno	Sviluppare azioni per mantenere/migliorare i livelli di performance richiesti in specifici ambiti di valutazione (MeS)	Metriche selezionate tra quelle rilevate nel MeS / S.Anna di Pisa (in foglio separato) - monitoraggio semestrale	Mantenimento /miglioramento delle metriche del report 2014	• SOP • Distretti • Dipartimento di Prevenzione • Tecnostrutture
N. Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Indicatori specifici di processo/risultato e di consumo definiti a livello aziendale sulla base del monitoraggio periodico del CDG	Target di utilizzo stabilito per gli indicatori selezionati	• SOP • Distretti • Dipartimento di Prevenzione • Tecnostrutture

Particolare attenzione, infine, è stata posta all'attuazione degli **obiettivi specifici assegnati all'Azienda dalla Giunta provinciale** (Del. G.P. n 390 del 18 marzo 2016) così definiti:

AREA D'INTERVENTO N. 1: ASSISTENZA OSPEDALIERA E TERRITORIALE

Obiettivo 1.A: Miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficacia, dell'efficienza dell'attività ospedaliera e dell'attività specialistica ambulatoriale

Obiettivo: raggiungimento di target specifici:

1.A.1: Appropriatezza delle prestazioni mediche ospedaliere

1) Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni (indicatore MES Pisa C14.4.)

Target: percentuale in miglioramento rispetto al 2015 e comunque non superiore al 4%.

1.A.2: Appropriatezza delle prestazioni dei reparti chirurgici

1) Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia ogni 100.000 residenti e standardizzato per età e sesso (indicatore MES Pisa C 18.1)

Target: massimo 265

1.A.3: Qualità clinica nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere

1) Proporzioni di trattati con angioplastica coronarica percutanea entro 2 giorni dall'ammissione (Indicatore Programma Nazionale Esiti – Edizione 2015)

Target: obiettivo di miglioramento per ciascuna struttura ospedaliera rispetto alla performance 2015 e comunque non inferiore, per ciascuna struttura, al 40%.

1.A.4:Appropriatezza diagnostica

1) Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti di età maggiore o uguale ai 65 anni (indicatore Mes Pisa C.13a.2.2.1)

Target: massimo 27 e comunque in miglioramento rispetto al 2015.

AREA D'INTERVENTO N. 3: STRATEGIE E STRUMENTI DI SISTEMA PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

Obiettivo 3.A: Strategie per il recupero della mobilità passiva incrementare la capacità di soddisfare la domanda nelle aree di ORL e urologia finalizzata al recupero della mobilità passiva.

Vengono individuate per l'anno 2016 e i successivi le seguenti aree rispetto alle quali è opportuno incrementare la capacità di soddisfazione della domanda interna:

otorinolaringoiatria (ORL) e urologia, anche in continuità con l'obiettivo n. 1 dell'anno 2015 e l'obiettivo n. 1 dell'anno 2014 che ponevano l'accento sul miglioramento del saldo di mobilità, in particolare nelle aree di oculistica e ortopedia.

Indicatore del grado di raggiungimento dell'obiettivo:

Aumento dell'attività di ricovero per residenti del 5 % /anno e verifica, rispetto ai dati di mobilità disponibili, dell'incremento % della complessiva capacità di soddisfare la domanda: $\geq$ a 85% dopo un anno di implementazione (ultimo dato 2013: 77-81-75 % rispettivamente per MDC 3, 11 e 12).

FASI DEL PROCESSO DI BUDGET 2016

In accordo con le Linee Guida del Budget 2016, presentate nel Comitato Direttivo del 13 ottobre 2015 e successivi, si sono svolti gli incontri tra i Direttori responsabili di Area e Struttura ed i rispettivi Responsabili di CdR; nel mese di gennaio 2016 sono state definite le schede di budget di AOF e e predisposte le schede di Struttura Ospedaliera; nel mese di febbraio le schede di AOF e Struttura sono state presentate ai CDR e si è avviata la fase di predisposizione delle schede di CDR e di Tecnostruttura. Nel mese di marzo sono state firmate le schede del Dip. Prevenzione, Distretti e Tecnostrutture; nel mese di aprile le schede del SOP.

Le risorse sono state assegnate considerando le scorte in reparto per la prima volta, i casi più critici sono stati rinviati di 6 mesi in attesa di ulteriori approfondimenti.

Il processo di budget si è quindi concluso con la delibera di approvazione da parte del Direttore Generale n. 269 del 2016.

Sono state predisposte **176** schede di budget per un totale complessivo di **2.465** obiettivi negoziati, con una media di **14** obiettivi per scheda. Gli obiettivi pesati (ai quali è stato associato un punteggio ai fini della retribuzione di risultato) sono stati **1.390**; gli obiettivi non pesati, ma necessari comunque per una valutazione complessiva dei risultati raggiunti dal CdR, sono stati **1.075**. Nella tabella che segue viene riportata la ripartizione per area, così come ridefinita in base all'organizzazione disciplinata dalla legge provinciale 16/2010 (Tab. 1):

Tab. 1
PROSPETTO SINTETICO DISTRIBUZIONE PUNTI ANNO 2016

AREA	OB. PESATI	OB. NON PESATI	TOTALE
STAFF CONSIGLIO DIREZIONE	19	21	40
AREA ECONOMICA	18	11	29
AREA SISTEMI DI GESTIONE	13	8	21
AREA SISTEMI DI GOVERNANCE	36	46	82
AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO	36	6	42
AREA TECNICA	34	5	39
DIP PREVENZIONE	140	188	328
DISTRETTO CENTRO SUD	74	35	109
DISTRETTO CN	101	64	165
DISTRETTO EST	35	61	96
DISTRETTO OVEST	35	34	69
SOP ARCO	42	19	61
SOP BORGO	52	23	75
SOP CAVALESE	39	26	65
SOP CLES	58	33	91
SOP GENERALE	33	4	37
SOP ROVERETO	149	87	236
SOP TIONE	47	28	75
SOP TRENTO	429	376	805
TOTALE	1.390	1.075	2.465

Di seguito vengono riportati gli obiettivi/attività/indicatori più significativi che hanno caratterizzato la programmazione delle AOF/Strutture e conseguentemente dei CdR afferenti:

SOP – STRUTTURE OSPEDALIERE

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORI
Percorsi di presa in carico	Sviluppare percorsi di presa in carico per condizioni cliniche rilevanti in modo da assicurare un approccio appropriato, sicuro ed omogeneo per specifiche patologie e gruppi di pazienti	Stato di attuazione del percorso con individuazione di indicatori di processo
Appropriatezza	Eliminare le variazioni non giustificate nei percorsi, nella pratica clinica, nelle codifiche, nelle modalità operative	Piani di attività e indicatori specifici per i diversi ambiti
Organizzazione della rete	Sviluppare e consolidare il modello di rete nei seguenti ambiti: area materno infantile, area riabilitativa, cure palliative nella presa in carico della SLA, rete chirurgica, approccio alle dipendenze, attività radiologica	Piani di attività con indicatori specifici per i diversi ambiti
Attività di prevenzione	Assicurare la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione e del progetto Screening HPV attraverso il coordinamento continuo delle attività e dei risultati	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Razionalizzazione	Eliminare l'uso inefficace delle risorse, consolidando e ampliando le azioni intraprese nel 2015 per l'ottimizzazione degli interventi e dei consumi	Indicatori di monitoraggio trimestrale
Riesame e attività di miglioramento	Assicurare i risultati degli obiettivi dipartimentali attraverso un'attività di supporto ai Dipartimenti assegnati e la messa in atto degli interventi di miglioramento e di risoluzione delle criticità rilevate	Analisi degli stati di avanzamento e delle attività implementate
Riorganizzazione aziendale	Contribuire al ridisegno dell'organizzazione aziendale (progettazione e realizzazione) secondo le indicazioni del CdD	Stato di attuazione della riorganizzazione con indicatori di processo

Progetti e risultati aziendali	Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, di qualità integrata, obiettivi PAT...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Trasparenza e anticorruzione	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano
Sistemi di valutazione e di confronto con l'esterno	Sviluppare azioni per mantenere/migliorare i livelli di performance richiesti in specifici ambiti di valutazione (MeS)	Metriche selezionate tra quelle rilevate nel MeS / S.Anna di Pisa monitoraggio semestrale
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Indicatori specifici di processo/risultato e di consumo definiti a livello aziendale sulla base del monitoraggio periodico del CDG

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORI
Disegno organizzativo della rete dei consultori	Uniformare le attività dei Consultori sulle progettualità di valenza aziendale (prog. Scommettiamo sui giovani, Percorso nascita, Corsi di accompagnamento alla nascita, test HPV, interventi di educazione alla salute) in una prospettiva di "offerta di rete"	- disponibilità documento condiviso tra i distretti con definizione degli standard di servizio a tendere, di quelli attuali e del piano di cambiamento richiesto
Piano provinciale della prevenzione	Realizzazione delle azioni 2016 previste dal Piano Provinciale della Prevenzione: Sistemi di Sorveglianza: Conduzione interviste PASSI Conduzione rilevazione Okkio alla salute	- N. Interviste realizzate - Realizzazione rilevazione Okkio
Piano provinciale della prevenzione	Realizzazione delle azioni 2016 previste dal Piano Provinciale della Prevenzione: Promozione ed educazione alla salute: - Supportare gli istituti scolastici aderenti alla rete Scuole che Promuovono Salute - Garantire l'organizzazione e l'erogazione delle attività di educazione alla salute richieste dalle scuole trentine - Promuovere salute nel setting assistenziale	- n. istituti scolastici aderenti alla rete - proporzione di percorsi attivati sul totale delle richieste - pianificazione e controllo come da programma 7 del PPP 15-18
Piano provinciale della prevenzione	Realizzazione delle azioni 2016 previste dal Piano Provinciale della Prevenzione: Screening oncologici: Garantire o migliorare i livelli di estensione ed adesione agli screening oncologici. Adottare un percorso per soggetti a rischio eredo-familiare per screening mammografico	pianificazione e controllo delle linee di attività come da programma 9 del PPP 15-18
Piano provinciale della prevenzione	Realizzazione delle azioni 2016 previste dal Piano Provinciale della Prevenzione: Ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie: A. Sorveglianza delle malattie infettive prioritarie B. Promozione dell'immunizzazione attiva C. Promozione dell'uso consapevole degli antibiotici D. Prevenzione e Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza	pianificazione e controllo delle linee di attività come da programma 11 del PPP 15-18 e del nuovo Piano Provinciale Vaccini

Piano provinciale della prevenzione	Realizzazione delle azioni 2016 previste dal Piano Provinciale della Prevenzione: Rafforzare le attività di prevenzione in Sicurezza Alimentare: A. Piani di controllo e di monitoraggio integrati B. Collaborazione tra ospedali, laboratori di diagnostica, sorveglianza umana e laboratori nel settore alimentare veterinario C. Completamento dei sistemi anagrafici	pianificazione e controllo delle linee di attività come da programma 12 del PPP 15-18
Prevenzione Screening HPV	Realizzazione del progetto Screening HPV, in modo da assicurare la tracciatura delle prestazioni e l'applicazione dei protocolli lungo l'intero percorso, l'inclusione di soggetti (più deboli, meno propensi alla prevenzione) e aumentando la quota dei test mirati sulla popolazione target	Pianificazione e monitoraggio del progetto Screening HPV, come da programma 9 del PPP 15-18
Razionalizzazione	Pianificare ed implementare nel proprio ambito azioni finalizzate a ridurre i livelli di spesa intervenendo sui fattori e/o sui relativi costi (ad es. interventi di ottimizzazione organizzativa, sostituzione di tecnologie relativamente onerose, rinegoziazione di contratti...)	Indicatori di miglioramento selezionati
Riorganizzazione aziendale	Contribuire e supportare il ridisegno dell'organizzazione aziendale come da indicazioni del CdD	Stato di attuazione della riorganizzazione con indicatori di processo
Progetti aziendali	Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, trasparenza, comunicazione, obiettivi PAT...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Risultati aziendali	Supportare il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla PAT	Livello raggiungimento obiettivi APSS
Trasparenza e anticorruzione	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano
Indicatori di Appropriatezza	Sviluppare azioni per migliorare i livelli di appropriatezza negli ambiti: farmaceutica, specialistica, accesso alle strutture ospedaliere (..)	Metriche selezionate tra quelle rilevate nel MeS / S. Anna di Pisa monitoraggio semestrale
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi

DISTRETTI

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORI
Percorsi di presa in carico	Disegnare, avviare e supportare la fase di presa in carico dei soggetti target identificati a partire dalle analisi di segmentazione in classi di rischio dei cittadini/pazienti (Progetto Anziano Fragile)	Formalizzazione del percorso con indicatori di processo / esito
Appropriatezza	Avviare strategie innovative di teleconsulto e prescrizione consolidando le attività avviate nel 2015 in integrazione con il Distretto Centro Nord per la gestione dei presidi del settore ausili	Attività di teleconsulto
Appropriatezza	Attivare il programma di controllo del Re-testing per aumentare l'appropriatezza dell'attività richiesta sia in ambito ospedaliero che nella medicina generale	Stato di attuazione del programma Riduzione degli esami ripetuti
Lungodegenza	Implementare il nuovo modello di gestione della lungodegenza riabilitativa e non, in accordo con il documento aziendale di riferimento che verrà formalizzato nel corso del 2016 dall'Area di Governance (classificazione dei criteri per lungodegenza riabilitativa e non, modalità di presa in carico del territorio, specificità per l'utilizzo della lungodegenza)	Formalizzazione del piano con indicatori di processo
Disegno organizzativo della rete dei consultori	Uniformare le attività dei Consultori sulle progettualità di valenza aziendale (prog. Scommettiamo sui giovani, Percorso nascita, Corsi di accompagnamento alla nascita, interventi di educazione alla salute) in una prospettiva di "offerta di rete"	- disponibilità documento condiviso tra i distretti con definizione degli standard di servizio a tendere, di quelli attuali e del piano di cambiamento richiesto
Attività di prevenzione	Assicurare la realizzazione del Piano provinciale della Prevenzione e del progetto Screening HPV attraverso il coordinamento continuo delle attività e dei risultati	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Razionalizzazione	Pianificare ed implementare nel proprio ambito azioni finalizzate a ridurre i livelli di spesa intervenendo sui fattori e/o sui relativi costi (ad es. interventi di ottimizzazione organizzativa, sostituzione di tecnologie relativamente onerose, rinegoziazione di contratti...)	Indicatori di miglioramento selezionati
Riorganizzazione aziendale	Contribuire e supportare il ridisegno dell'organizzazione aziendale come da indicazioni del CdD	Stato di attuazione della riorganizzazione con indicatori di processo
Progetti aziendali	Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, trasparenza, comunicazione, obiettivi PAT...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività

Risultati aziendali	Supportare il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla PAT	Livello raggiungimento obiettivi APSS
Front-office	Sviluppare un progetto di analisi organizzativa, rivolto a ridefinire gli standard dei servizi del front-office organizzativo, in risposta alle mutate aspettative dei cittadini, al livello delle risorse disponibili e tenendo conto delle tecnologie utilizzabili per l'automazione e centralizzazione dei servizi	Pianificazione e controllo di progetto
Monitoraggio della qualità di vita e assistenziale nelle RSA	Ottimizzare la diffusione e l'utilizzo degli strumenti di verifica (checklist...) e degli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza, all'uso efficiente delle risorse e dei servizi nonché di appropriatezza prescrittiva delle RSA	Indicatori e strumenti di verifica previsti
Consolidamento del PUA	Sviluppare un progetto di revisione organizzativa dei PUA, in modo da omogeneizzare i livelli e gli standard di servizio, massimizzare l'integrazione con il sociale, ottimizzare il valore per il cittadino	Pianificazione e controllo di progetto
Trasparenza e anticorruzione	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano
Indicatori di Appropriatezza	Sviluppare azioni per migliorare i livelli di appropriatezza negli ambiti: farmaceutica, specialistica, accesso alle strutture ospedaliere (..)	Metriche selezionate tra quelle rilevate nel MeS / S.Anna di Pisa monitoraggio semestrale
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi
Riesame e attività di miglioramento	Garantire i risultati degli obiettivi dipartimentali assegnati (vedi obiettivi sotto) attraverso attività di supporto e confronto con il Direttore di Dipartimento e la messa in atto di attività di miglioramento nel caso di criticità rilevate	Analisi degli stati di avanzamento e delle attività implementate
Disegno organizzativo del Dipartimento Dipendenze interdistretto	Analizzare le criticità e implementare le collaborazioni tra i servizi afferenti al Dipartimento in particolare a livello periferico	Piano di organizzazione e funzionamento (POF)
Percorsi di presa in carico	Realizzare il Progetto per la salute mentale in età evolutiva 2016	Indicatori di attuazione del progetto come documentati nel piano approvato

AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORI
Acquisizione del personale	In collaborazione con i competenti servizi provinciali coordinare le attività di adeguamento della disciplina di accesso del personale amministrativo e tecnico in conformità alle previsioni della L.P. 7/1997 come modificato dalla legge provinciale 15/2015	Modifica della normativa di accesso alla dirigenza provinciale
Acquisizione del personale - attivazione della modalità di iscrizione on line	In coerenza col processo di digitalizzazione della pubblica amministrazione, attivare la procedura di iscrizione on line ai concorsi e selezioni pubbliche e interne bandite da APSS	Numero di domande di concorso e risparmio di tempo operatore
Applicazione contrattuale	Applicazione del nuovo contratto nazionale degli specialisti ambulatoriali, psicologi, veterinari ed altri professionisti	Circolare di indirizzi rispetto a tutti gli articoli innovativi.
Benessere e innovazione organizzativa	Gestire le progettualità in ambito di benessere e innovazione organizzativa predisponendo un progetto di continuità delle azioni in essere tenuto anche conto della scadenza della convenzione con l'Università di Trento	Individuare una funzione aziendale in materia di innovazione organizzativa
Bilanciamento tra efficienza e sicurezza dei processi amministrativi	Assicurare la conformità alle norme semplificando laddove possibile le attività interne di controllo, direttive e regolamenti in modo da limitarne l'impatto sulla Linea, sui Clienti interni e sui processi di erogazione dei servizi al cittadino	Survey su iniziative specifiche messe in atto (almeno una iniziativa per TS a partire dalle esigenze delle parti interessate)
Collaborare alla attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera previsto dalla deliberazione GP n. 2114/2014	Attivare l'assetto organizzativo della rete ospedaliera come deliberato dai provvedimenti programmatori. Adeguare ai medesimi l'assetto degli incarichi dirigenziali coinvolti nei processi di riorganizzaione	Verifica periodica attivazione della rete
Digitalizzazione dei processi amministrativi	Estensione delle comunicazioni via PEC con i medici convenzionati	Numero di PEC attivate
Incarichi dirigenziali	Porre in essere una disciplina di semplificazione della attività di valutazione periodica della dirigenza; in particolare rivedere nel rispetto della disciplina complessiva la valutazione di seconda istanza ad opera del collegio tecnico	Miglioramento della tempistica di conclusione del processo di valutazione anche ai fini del rinnovo / conferimento incarichi dirigenziali

Legge di stabilità 2016	Garantire che il programma di acquisizione del personale nelle diverse forme contrattuali previste, avvenga nel rispetto dei limiti di spesa previsti dalla deliberazione della GP 2400/2015 e che le assunzioni del personale amministrativo e tecnico siano t	Coordinamento
Omogeneizzazione delle procedure	Sia per il personale dipendente che per quello convenzionato, emanazione di almeno 3 procedure condivise e almeno 6 videoconferenze su tematiche specifiche	Procedure formalizzate Videoconferenze
Piano provinciale della formazione	Assicurare realizzazione del Piano triennale provinciale della formazione degli Operatori del sistema sanitario provinciale	Livello raggiungimento obiettivi annuali
Progetti aziendali	Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, trasparenza, comunicazione, obiettivi PAT...)	Sezioni del Manuale Qualità e procedure da aggiornare
	Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, trasparenza, comunicazione, obiettivi PAT...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Razionalizzazione	Pianificare ed implementare nel proprio ambito azioni finalizzate a ridurre i livelli di spesa intervenendo sui fattori e/o sui relativi costi (ad es. interventi di ottimizzazione organizzativa, sostituzione di tecnologie relativamente onerose, rinegoziaz	Indicatori di miglioramento selezionati
	Ridefinire la pianificazione delle attività formative previste per l'anno 2016 alla luce delle priorità indicate dal Consiglio di Direzione	Nr. attività realizzate rispetto a nr. attività concordate con Consiglio di Direzione anche in relazione al budget assegnato per il 2016
Razionalizzazione organizzativa	Razionalizzazione della distribuzione delle sedi di Continuità assistenziale - trasferimento del personale assegnato	Provvedimenti di riassegnazione del personale fra le sedi individuate dall'Azienda

Riorganizzazione aziendale	Contribuire e supportare il ridisegno dell'organizzazione aziendale come da indicazioni del CdD	Stato di attuazione della riorganizzazione con indicatori di processo
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi
Rispetto regime dell'orario di lavoro	Monitoraggio complessivo della gestione degli orari di lavoro. Segnalazione delle anomalie e supporto interpretativo	Report periodici
Risultati aziendali	Supportare il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla PAT	Livello raggiungimento obiettivi APSS
Trasparenza e anticorruzione	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano
	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS (in particolare relativamente a ESERCIZIO LIBERA PROFESSIONE: rianalisi Atto Aziendale sulla libera professione intramuraria ed	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano
	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS (in particolare relativamente a NOMINA COMMISSIONI ESAMINATRICI: formazione e sensibilizzazione dei membri delle commissioni ed	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano

AREA TECNICA

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORI
Affidamento della concessione per il NOT e avvio dei lavori di progettazione e costruzione	Assicurare il supporto tecnico alla P.A.T. in fase di affidamento delle opere, di eventuale contenzioso, di approvazione della progettazione e di avvio dei lavori	Verifiche periodiche
Attività della U.O. di Protonterapia	Assicurare il supporto tecnico alla U.O. di Protonterapia e gestire il rapporto contrattuale con la controparte.	Verifiche periodiche
Attuazione piano (interventi, forniture beni e servizi) in funzione delle risorse	Attuazione del piano acquisti e appalti dell'anno 2016	Verifiche periodiche
	Attuazione del piano di acquisti beni, servizi e attrezzature dell'anno 2016, secondo le indicazioni rese da APAC e nel rispetto della programmazione condivisa tra APSS e APAC	Verifiche periodiche
	Attuazione del piano edilizia	Verifiche periodiche
Coordinamento Area di Tecnostruttura	Promuovere/consolidare modalità condivise di gestione trasversale dell'Area, massimizzando le opportunità di integrazione tra i servizi e competenze in essi comprese, al fine di svolgere in modo efficace il ruolo di supporto a tutte le articolazioni azien	Verifiche periodiche
Coordinamento azioni di razionalizzazione (Piano di miglioramento 2013-2015)	Supportare la realizzazione delle iniziative assegnate ai singoli servizi della propria Area nel Piano di Miglioramento 2013-2015 - ottimizzazione spazi magazzini	Fornire supporto tecnico amministrativo per attivazione nuovo magazzino di proprietà Patrimonio del Trentino e attività correlate (dismissioni contratti, utenze,...)
Definizione piano (interventi, forniture beni e servizi) in funzione delle risorse	Collaborazione alla definizione (entro il 31 marzo 2016) del Piano acquisti beni, servizi e attrezzature di APSS	Sottoposizione Piano ad approvazione entro termine
	Definizione dei piani di acquisti e appalti	Verifiche periodiche
	Revisione del piano edilizia e definizione dei piani di acquisti e appalti dell'anno 2015	Verifiche periodiche

	Supporto alla PAT per programmazione edilizia nuova Legislatura e revisione del piano edilizia sanitaria	pianificazione approvata
Efficientamento delle procedure di acquisto	Aggregare la domanda di beni attraverso collaborazioni con altre amministrazioni - istituzione delle relazioni con i soggetti aggregatori	Verifiche periodiche
	Collaborare con Servizio Programmazione Acquisti e Logistica nell'attività di aggregazione della domanda di beni attraverso collaborazioni con altre amministrazioni - istituzione delle relazioni con i soggetti aggregatori	Verifiche periodiche
Progetti aziendali	Assicurare il supporto richiesto dalla pianificazione dei progetti trasversali di valenza aziendale individuati dal Consiglio di Direzione (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, trasparenza, comunicazione ...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Progetto rilevazione scorte di reparto	Supportare la rilevazione presso tutte le UU.OO ed i Servizi Aziendali delle scorte di reparto	Pianificazione delle attività, supporto in fase di verifica
Raggiungimento dell'accreditamento istituzionale e volontario	Assicurare il supporto richiesto dalle attività di accreditamento istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica (JCI, EFQM)	Garantire le procedure e i flussi informativi necessari all'ottenimento delle certificazioni aziendali obbligatorie e volontarie
Razionalizzazione	Pianificare ed implementare nel proprio ambito azioni finalizzate a ridurre i livelli di spesa intervenendo sui fattori e/o sui relativi costi (ad es. interventi di ottimizzazione organizzativa, sostituzione di tecnologie relativamente onerose, rinegoziaz	Indicatori di miglioramento selezionati
Realizzazione del Nuovo Polo Sanitario del Trentino	Assicurare il supporto tecnico alla P.A.T. in fase di progettazione, gara, approvazione della progettazione e avvio dei lavori	Verifiche periodiche
Riorganizzazione aziendale	Contribuire e supportare il ridisegno dell'organizzazione aziendale come da indicazioni del CdD	Stato di attuazione della riorganizzazione con indicatori di processo

Risorse e servizi	Assicurare l'uso efficiente delle risorse umane e materiali, anche attraverso modalità organizzative innovative volte a maggiore flessibilità ed efficienza anche in riferimento alle specifiche del Piano di miglioramento	Consumi
Risultati aziendali	Supportare il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla PAT	Livello raggiungimento obiettivi APSS
Tempestività delle procedure di approvvigionamento	Individuare modalità condivise con la Linea per assicurare l'allocazione delle competenze richieste ai gruppi di lavoro e alle commissioni tecniche in modo da evitare ritardi nei processi di selezione e approvvigionamento delle forniture	Piano annuale degli acquisti
Trasparenza e anticorruzione	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano
	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS (in particolare relativamente a AFFIDAMENTO LAVORI, FORNITURE E SERVIZI: rientro nei programmi di spesa delle economia, compres	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano

AREA SISTEMI DI GESTIONE

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORI
Appropriatezza	Revisionare i sistemi di gestione delle liste di attesa operatorie (chirurgia, ORL)	Monitoraggio dei tempi di attesa secondo il Piano Nazionale di Monitoraggio % interventi in classe A/B/C assicurati nei tempi previsti
Bilanciamento tra efficienza e sicurezza dei processi amministrativi	Assicurare la conformità alle norme semplificando laddove possibile le attività interne di controllo, direttive e regolamenti in modo da limitarne l'impatto sulla Linea, sui Clienti interni e sui processi di erogazione dei servizi al cittadino	Survey su iniziative specifiche messe in atto (almeno una iniziativa per TS a partire dalle esigenze delle parti interessate)
Consolidamento del PUA	Sviluppare un progetto di revisione organizzativa dei PUA, in modo da omogeneizzare i livelli e gli standard di servizio, massimizzare l'integrazione con il sociale, ottimizzare il valore per il cittadino	Pianificazione e controllo di progetto
Coordinamento Area di Tecnostruttura	Promuovere/consolidare modalità condivise di gestione trasversale dell'Area, massimizzando le opportunità di integrazione tra i servizi e competenze in essi comprese, al fine di svolgere in modo efficace il ruolo di supporto a tutte le articolazioni aziendali	Incontri di coordinamento documentati
Dispositivi medici	Consolidare / estendere il progetto sperimentale 2015 per il "Governo dei dispositivi medici" (dalla prescrizione, acquisizione, distribuzione fino all'utilizzo) nell'ottica di garantirne la tracciabilità	Indicatori definiti nel piano di estensione approvato (post-progetto)
Front-office	Sviluppare un progetto di analisi organizzativa, rivolto a ridefinire gli standard dei servizi del front-office organizzativo, in risposta alle mutate aspettative dei cittadini, al livello delle risorse disponibili e tenendo conto delle tecnologie.	Pianificazione e controllo di progetto
Gestione del cambiamento	Supporto alla realizzazione del Budget, del Programma di attività e RSG (Costruzione e comunicazione dei piani, P-Work...), di iniziative di qualità integrata (EFQM...), di analisi organizzativa e modellazione dei processi, di sensibilizzazione e supporto per	Tempi e qualità dei contributi
Mantenimento flussi informativi aziendali	Supportare i sistemi di analisi per le decisioni di APSS, assicurando i flussi informativi e realizzando le applicazioni analitiche a supporto dei diversi livelli della gestione	Debiti informativi (obbligatori/volontari) verso i soggetti esterni /interni

Mantenimento livelli di servizio	Garantire l'efficienza dell'infrastruttura e dei sistemi IT al fine di assicurare la continuità dei servizi e allinearne l'evoluzione rispetto gli indirizzi provinciali del DCUT	Reportistica e analisi dei dati di monitoraggio Partecipazione ad attività del DCUT PAT
Piano provinciale della prevenzione	Realizzazione delle azioni 2016 previste dal Piano Provinciale della Prevenzione: - Screening Oncologici e Realizzazione del progetto Screening HPV (Programma 9) - Ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie (Programma 11) - Rafforzare le at	Pianificazione e controllo delle linee di attività come da PPP 15-18 Piano implementazione sistema Screening HPV
Progetti aziendali	Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, trasparenza, comunicazione, obiettivi PAT...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Razionalizzazione	Pianificare ed implementare nel proprio ambito azioni finalizzate a ottimizzare i livelli di spesa/servizio intervenendo sui fattori e/o sui relativi costi (in particolare attraverso la definizione e il monitoraggio trimestrale del Piano IT 2016)	Indicatori di miglioramento selezionati
Riorganizzazione aziendale	Contribuire e supportare il ridisegno dell'organizzazione aziendale come da indicazioni del CdD	Stato di attuazione della riorganizzazione con indicatori di processo
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi
Risultati aziendali	Supportare il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla PAT	Livello raggiungimento obiettivi APSS
Sistemi di Sviluppo RU	Realizzare i processi, modelli e sistemi di valutazione e sviluppo delle prestazioni e competenze individuali	Livello di attuazione delle attività ed iniziative realizzate (Performance management, PSFT, Competenze..)
Trasparenza e anticorruzione	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS (in particolare relativamente a SVILUPPO APPLICATIVI DA DITTE ESTERNE: approvazione degli sviluppi e monitoraggio corretto svolgimento)	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano

AREA ECONOMICA

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORI
Adempimenti fiscali	Redazione, trasmissione e gestione delle dichiarazioni fiscali garantendo il presidio e l'aggiornamento della documentazione di supporto	Invio delle dichiarazioni fiscali
Armonizzazione contabile	Assicurare gli ulteriori adempimenti necessari al recepimento del D.Lgs. 118/2011 (Predisposizione nuovo schema di nota integrativa e di relazione sulla gestione) e procedura controlli	Documenti di bilancio
Audit	Definire ed applicare i processi di di verifica ed audit previsti dal Piano	Report di audit
Bilanciamento tra efficienza e sicurezza dei processi amministrativi	Assicurare la conformità alle norme semplificando laddove possibile le attività interne di controllo, direttive e regolamenti in modo da limitarne l'impatto sulla Linea, sui Clienti interni e sui processi di erogazione dei servizi al cittadino	Survey su iniziative specifiche messe in atto (almeno una iniziativa per TS a partire dalle esigenze delle parti interessate)
	procedere alla revisione delle procedure aziendali per la gestione dei sinistri, con particolare riguardo alla RCT, a seguito dell'attivazione del contratto con il nuovo broker aziendale e collaborare alla stesura del nuovo capitolato della assicurazione	documentazione delle nuove procedure e approvazione del capitolato RCT nei termini previsti
Bilancio	Collaborare con SFBC alla stesura dei documenti di bilancio (Bilancio d'Esercizio, Bilancio di Previsione, Bilancio di Missione, Preconsuntivi)	Predisposizione parti di competenza
Certificazione crediti	Garantire l'evasione delle richieste di certificazione crediti e l'assolvimento degli obblighi verso la PCC	Invio flussi PCC
Certificazione di bilancio	Assicurare il mantenimento della certificazione di bilancio 2015	Redazione bilancio in conformità ai principi contabili
Privacy	Implementazione in ambito aziendale del dossier sanitario elettronico, in applicazione delle linee guida approvate dal Garante per la privacy	adeguamento dell'informativa privacy sul DSE e delle modalità di acquisizione e annotazione del consenso dei cittadini sugli applicativi aziendali (a partire dal SIO)
Progetti aziendali	Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, trasparenza, comunicazione, obiettivi PAT...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività

Razionalizzazione	Pianificare ed implementare nel proprio ambito azioni finalizzate a ridurre i livelli di spesa intervenendo sui fattori e/o sui relativi costi (ad es. interventi di ottimizzazione organizzativa, sostituzione di tecnologie relativamente onerose)	Indicatori di miglioramento selezionati
Riorganizzazione aziendale	Contribuire e supportare il ridisegno dell'organizzazione aziendale come da indicazioni del CdD	Stato di attuazione della riorganizzazione con indicatori di processo
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi
Risultati aziendali	Supportare il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla PAT	Livello raggiungimento obiettivi APSS
Sicurezza procedure	Garantire la segregazione delle funzioni, rispettivamente, di contabilizzazione e pagamento delle fatture all'interno degli uffici contabili mediante l'ulteriore efficientamento delle attività di contabilizzazione del ciclo passivo	Contabilizzazioni
Trasparenza e anticorruzione	Assicurare gli adempimenti in capo al Responsabile della Trasparenza	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano

AREA SISTEMI DI GOVERNANCE

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORI
Appropriatezza	Revisionare i sistemi di gestione delle liste di attesa operatorie (chirurgia, ORL)	Monitoraggio dei tempi di attesa secondo il Piano Nazionale di Monitoraggio % interventi in classe A/B/C assicurati nei tempi previsti
	Sviluppare azioni per migliorare i livelli di appropriatezza nella continuità terapeutica ospedale-territorio, in particolare: - referenza regionale sul Registro di monitoraggio AIFA - monitoraggio farmaci sottoposti a Piano terapeutico - regolamentazione	Registri attivati/previsti da normativa AIFA Piani terapeutici valutati/pervenuti (farmaci prioritari: NAO, nuove associazioni per la BPCO, allergeni, antiaggreganti, teriparatide, GH) Percorsi di integrazione specialista-MMG o PLS/Nuovi farmaci in PHT
	Valutare le variazioni non giustificate nei percorsi, nella pratica clinica, nelle codifiche, nelle modalità operative con riguardo per il percorso nascita: produrre il rapporto annuale sugli indicatori di performance dei punti nascita, ..	Produrre il rapporto sugli indicatori di performance per i punti nascita ed i documenti associati Fornire supporto al Comitato Provinciale percorso nascita
Autorizzazione e accreditamento istituzionale	Definizione e realizzazione del piano per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale, sulla base delle indicazioni dell'Assessorato	Definizione iniziale e monitoraggio periodico del piano (stato di avanzamento)
Bilanciamento tra efficienza e sicurezza dei processi amministrativi	Assicurare la conformità alle norme semplificando laddove possibile le attività interne di controllo, direttive e regolamenti in modo da limitarne l'impatto sulla Linea, sui Clienti interni e sui processi di erogazione dei servizi al cittadino	Implementazione nuovo Regolamento aziendale dell'informazione sul farmaco Regolamentazione della circolarità inter-regionale della ricetta farmaceutica Supporto al progetto di dematerializzazione e tracciatura dell'assistenza integrativa
Consolidamento del PUA	Supportare e coordinare le azioni per l'adeguamento del sistema informatizzato Atlante PUA	Disponibilità documento
Consulenza statistico epidemiologica e metodologia della ricerca clinica ed epidemiologica	Supporto alle richieste di utenti interni ed esterni, supporto al Servizio di Formazione, Supporto per la presentazione di progetti al Comitato Etico Locale	Numero richieste pervenute, Numero richieste soddisfatte
Front-office	Sviluppare un progetto di analisi organizzativa, rivolto a ridefinire gli standard dei servizi del front-office organizzativo, in risposta alle mutate aspettative dei cittadini, al livello delle risorse disponibili e tenendo conto delle tecnologie.	Anagrafe assistibili Assistenza sanitaria transfrontaliera, temporaneo soggiorno, stranieri presenti Pianificazione e controllo di progetto Prestazioni all'utenza

Governo della sperimentazione clinica	Segreteria tecnico-scientifica del Comitato etico Progetto pilota AIFA di adeguamento alle VHP (voluntary harmonization procedure) Progetto Ricerc@ - gestione del sito internet	Sperimentazioni e ricerche valutate/pervenute alla Segreteria del CE
Implementazione dell'attività di ricerca in APSS	Promuovere collaborazioni con l'Agenzia per la Ricerca e l'Innovazione e rafforzare l'attività di "gestione" dei progetti di ricerca anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi	Pianificazione delle attività
Indicatori di Appropriatezza	Sviluppare azioni per migliorare i livelli di appropriatezza negli ambiti: farmaceutica, specialistica, accesso alle strutture ospedaliere (..)	Metriche selezionate tra quelle rilevate nel MeS / S.Anna di Pisa monitoraggio semestrale
Lungodegenza	Implementare il nuovo modello di gestione della lungodegenza riabilitativa e non, in accordo con il documento aziendale di riferimento che verrà formalizzato nel corso del 2016 dall'Area di Governance	Formalizzazione del piano con indicatori di processo
Monitoraggio della qualità di vita e assistenziale nelle RSA	Ottimizzare la diffusione e l'utilizzo degli strumenti di verifica (checklist...) e degli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza, in particolare: - elaborazione documenti di indirizzo sulle terapie farmacologiche e relativi indicatori di processo	Documenti di indirizzo sulle terapie e relativi indicatori Interventi formativi e di implementazione degli strumenti Aggiornamento Prontuario farmaci RSA
Percorsi di presa in carico	Definizione di un percorso per la gestione del dolore nell'ambito delle reti per la terapia del dolore e per le cure palliative e monitoraggio dell'applicazione in linea con le indicazioni dell'Organismo provinciale di coordinamento della Rete per le Cure	Attuazione percorso con indicatori di processo / esito
	Elaborazione PIC per il paziente nefropatico e pediatrico in cure palliative. Elaborazione PDTA per i disturbi della deglutizione in età evolutiva. Elaborazione percorso riabilitativo per la frattura di femore	Disponibilità degli strumenti previsti
	Integrare i contenuti dei PDTA aziendali in modo da agevolare la comunicazione verso il Cittadino e la diffusione verso le parti interessate; formalizzare e attuare il percorso aziendale di gestione della BPCO in ambito territoriale e ospedaliero	PDTA aggiornati
	Sviluppo del modello assistenziale Primary Nursing in Ospedale	Progetto operativo
	Sviluppo Piano Demenze come da Piano Provinciale 2015	Sviluppo sistema informativo aziendale per le demenze

Piano provinciale della prevenzione 2015-2018	Realizzazione delle azioni 2016 previste dal Piano Provinciale della Prevenzione: Screening oncologici e progetto Screening HPV (programma 9): Garantire o migliorare i livelli di estensione e adesione agli screening oncologici. Adottare un percorso per s	Compilazione parte 1 e parte 2 delle survey GISCi, GISMa, GISCor ed invio alle strutture sovraordinate. Redazione newsletter annuale Redazione rapporto su estensione/adesione per i tre screening per i 4 distretti sanitari
Progetti aziendali	Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale con particolare riferimento ai progetti di ricerca e HTA	Presentazione di iniziative/progetti a convegni nazionali o internazionali
Qualità del servizio farmaceutico offerto ai cittadini	Vigilanza su farmacie (esistenti o di nuova apertura), parafarmacie e distributori intermedi	N. visite ispettive
Razionalizzazione	Pianificare ed implementare nel proprio ambito azioni finalizzate a ridurre i livelli di spesa intervenendo sui fattori e/o sui relativi costi (ad es. interventi di ottimizzazione organizzativa, sostituzione di tecnologie relativamente onerose	Indicatori di miglioramento selezionati
Ricerca epidemiologica locale per le diverse aree tematiche seguite dal servizio	Studi epidemiologici di approfondimento per: Screening infantili: ortottico e odontoiatrico; Screening oncologici (pap test, mammografia, sangue occulto fecale): prelievi inadeguati, utilizzo liste non responders da parte dei MMGG, ospedalizzazione: in	Pianificazione ed attuazione degli studi
Riesame e attività di miglioramento	Assicurare i risultati degli obiettivi del Dipartimento di Ortopedia attraverso la gestione e la produzione dati del Registro degli interventi di Artroprotesi di anca e ginocchio	Gestione Registro Anca e produzione Reportistica Sviluppo Registro di Ginocchio Invio dati al centro Nazionale di Coordinamento presso ISS-Roma
Riorganizzazione aziendale	Contribuire e supportare il ridisegno dell'organizzazione aziendale come da indicazioni del CdD	Dirigenza amministrativa
Rischio clinico (piani di intervento)	Implementazione della rete dei referenti per la sicurezza dei pazienti. Attuazione di momenti specifici per la diffusione e la discussione dei dati inerenti la gestione del rischio al fine di condividere/pianificare azioni di miglioramento/intervento. Gar	N. audit o altre iniziative Operatività
Risultati aziendali	Supportare il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla PAT	Livello raggiungimento obiettivi APSS

Sistemi di valutazione e confronto con l'esterno	Assicurare analisi e controllo dati post hoc per progetto Nazionale Esiti (PNE) Mantenere i rapporti collaborativi con rete OsservaSalute Mantenere i rapporti collaborativi con ISS, Ministero della Salute e ISTAT per le diverse tematiche dell'area Materno	Partecipazione agli incontri nazionali periodici Collaborazione per rilevazioni e studi Assicurare l'invio dei dati pertinenti ed alle scadenze definite
Supporto alla DISS nella applicazione delle direttive PAT e aziendali in materia di I.S.S.	Monitorare il grado di attuazione delle direttive e le criticità, supportare gli operatori dei distretti nell'applicazione dei processi innovativi.	Stesura documenti e relazioni attività previste da specifiche direttive.
Sviluppo delle competenze	Sviluppo del progetto Care Competence	Cataloghi delle competenze
Trasparenza e anticorruzione	Assicurare l'applicazione nel proprio ambito delle misure previste dal Piano Trasparenza e Prevenzione della Corruzione di APSS	Indicatori di attuazione e di monitoraggio previsti nel Piano

REVISIONE INFRA - ANNUALE

Il 01 luglio 2016, contestualmente con la richiesta di rendicontazione dell'attività del 1 semestre, è stata inviata una nota nella quale si richiama la possibilità di rivedere gli obiettivi definiti con i singoli responsabili di CdR qualora fossero intervenute delle modificazioni di contesto tali da poter compromettere oggettivamente il raggiungimento del risultato preventivato.

Nel mese di settembre le richieste raccolte sono state analizzate dal Consiglio di Direzione e, sulla base anche dell'analisi istruttoria predisposta dai servizi competenti, si è proceduto alla revisione degli obiettivi e alla integrazione delle risorse (delibera del D.G. nr 588 del 28/12/2016).

Sulla base delle indicazioni e delle modalità fornite sono stati rinegoziati **166** obiettivi su un totale di **2.465** obiettivi negoziati, riguardanti in massima parte obiettivi riferiti alle risorse. I CdR interessati sono stati **103** pari al **60,98%** del totale. (Dettaglio per area nelle Tab. 2)

Tab. 2

AREA	indicatori rinegoziati	TOTALE OBIETTIVI	% RICHIESTE SU TOT OBIETTIVI	NR CDR CHE HANNO PRESENTATO RICHIESTE	NR TOT CDR	% CDR RICHIEDENTI SU TOT CDR
SOP_SERVIZI CENTRALI	1	40	2,50%	1	6	16,67%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	60	29	206,90%	40	47	85,11%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	35	21	166,67%	18	20	90,00%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	6	82	7,32%	4	4	100,00%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	14	42	33,33%	7	7	100,00%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	5	39	12,82%	3	8	37,50%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	7	328	2,13%	4	6	66,67%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	6	109	5,50%	4	6	66,67%
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	6	165	3,64%	4	17	23,53%
DISTRETTO CENTRO-NORD	8	96	8,33%	6	10	60,00%
DISTRETTO CENTRO-SUD	1	69	1,45%	1	7	14,29%
DISTRETTO EST	3	61	4,92%	2	4	50,00%
DISTRETTO OVEST	4	75	5,33%	2	4	50,00%
AREA ECONOMICA		65	0,00%		3	0,00%
AREA TECNICA	5	91	5,49%	3	4	75,00%
SISTEMI DI GESTIONE		37	0,00%		2	0,00%
SISTEMI DI GOVERNANCE	1	236	0,42%	1	6	16,67%
SVILUPPO ORGANIZZATIVO		75	0,00%		5	0,00%
STAFF	4	805	0,50%	3	3	100,00%
TOTALE	166	2.465	6,73%	103	169	60,95%

RISORSE

Le integrazioni dei consumi per il BDG 2015 è stata realizzata mobilizzando la quota di risorse che non era stata assegnata precedentemente e sono state di **€ 2.995.000** pari ad un incremento dello **2,44%** rispetto al budget assegnato; tale integrazione è stata distribuita sulle diverse Aree in base all'andamento dei consumi nei 8 mesi 2015; in questo modo è stato possibile anche una redistribuzione tra Aree.

L'istruttoria tecnica per l'analisi delle richieste, ha permesso, infatti, il recupero delle risorse nelle aree dove l'andamento dei consumi era in linea con il BDG assegnato e la conseguente redistribuzione nelle aree dove l'analisi evidenziava uno sfioramento del consumo teorico di BDG.

Circa il 82% delle risorse incrementate, sono state assegnate alla Struttura Ospedaliera di Trento e di Rovereto, in particolare, il 60,1% a Trento e il 21,7% a Rovereto.

Tab. 3

AREA	BUDGET CONSOLIDATO ANNO 2016	MODIFICA	BUDGET RIDEFINITO ANNO 2016
CONSIGLIO DI DIREZIONE	11.000	-	11.000
AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO	38.000	- 10.000	28.000
AREA ECONOMICA	8.000	-	8.000
AREA SISTEMI DI GESTIONE	17.000	- 10.000	7.000
AREA TECNICA	135.000	- 15.000	120.000
AREA SISTEMI DI GOVERNANCE	7.000	-	7.000
SOP GENERALE	450.000	-	450.000
SOP TRENTO	69.870.000	1.800.000	71.670.000
SOP ROVERETO	22.861.000	650.000	23.511.000
SOP CAVALESE	2.920.000	50.000	2.970.000
SOP BORGO	2.700.000	- 120.000	2.580.000
SOP CLES	3.750.000	50.000	3.800.000
SOP ARCO	3.700.000	50.000	3.750.000
SOP TIONE	2.300.000	-	2.300.000
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	2.954.000	-	2.954.000
DISTRETTO CENTRO -NORD	2.570.000	100.000	2.670.000
DISTRETTO CENTRO - SUD	3.836.000	550.000	4.386.000
DISTRETTO OVEST	1.333.000	-	1.333.000
DISTRETTO EST	3.464.000	- 100.000	3.364.000
COSTI COMUNI	26.000	-	26.000
Totale	122.950.000	2.995.000	125.945.000

VERIFICA ANNUALE

Al termine dell'esercizio si è provveduto ad analizzare i risultati raggiunti dalle diverse Aree, sia nello specifico dei singoli CdR che sulla base di quanto rilevato complessivamente.

Per quanto riguarda le Aree la verifica si è svolta analizzando gli elementi oggettivi, l'utilizzo delle risorse, i processi, le prestazioni erogate, l'attivazione di nuovi servizi e gli interventi di riorganizzazione e qualificazione, l'attuazione di nuovi progetti con particolare riguardo agli obiettivi specifici assegnati dalla Giunta Provinciale.

Complessivamente risultano conseguiti **2.425** obiettivi dei **2.465** negoziati pari al **98,38%**. Dei **1.390** obiettivi **pesati** ne sono stati conseguiti **1.369 (98,49%)** e non conseguiti **21**. Dei **1.075** obiettivi **non pesati**, **1.056** risultano conseguiti (**98,23%**) mentre ne risultano non conseguiti **41**. Nella tabella seguente (Tab. 4) vengono riportati i dati complessivi per singola area.

Tab. 4

PROSPETTO SINTETICO DISTRIBUZIONE PUNTI ANNO 2016

	PESATI				NON PESATI				TOTALE			
	CONSEGUITI	NON CONSEGUITI	TOTALE	% CONSEGUIMENTO	CONSEGUITI	NON CONSEGUITI	TOTALE	% CONSEGUIMENTO	CONSEGUITI	NON CONSEGUITI	TOTALE	% CONSEGUIMENTO
AREA ECONOMICA	17	1	18	94,44%	11		11	100,00%	28	1	29	96,55%
AREA SISTEMI DI GESTIONE	13		13	100,00%	7	1	8	87,50%	20	1	21	95,24%
AREA SISTEMI DI GOVERNANCE	36		36	100,00%	46		46	100,00%	82	-	82	100,00%
AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO	35	1	36	97,22%	6		6	100,00%	41	1	42	97,62%
AREA TECNICA	32	2	34	94,12%	5		5		37	2	39	94,87%
DIP PREVENZIONE	138	2	140	98,57%	184	4	188	97,87%	322	6	328	98,17%
DISTRETTO CENTRO SUD	74		74	100,00%	34	1	35	97,14%	108	1	109	99,08%
DISTRETTO CN	100	1	101	99,01%	58	6	64	90,63%	158	7	165	95,76%
DISTRETTO EST	35		35	100,00%	58	3	61	95,08%	93	3	96	96,88%
DISTRETTO OVEST	35		35	100,00%	34		34	100,00%	69	-	69	100,00%
SOP ARCO	41	1	42	97,62%	19		19	100,00%	60	1	61	98,36%
SOP BORGO	51	1	52	98,08%	23		23	100,00%	74	1	75	98,67%
SOP CAVALESE	39		39	100,00%	26		26	100,00%	65	-	65	100,00%
SOP CLES	56	2	58	96,55%	33		33	100,00%	89	2	91	97,80%
SOP GENERALE	32	1	33	96,97%	4		4	100,00%	36	1	37	97,30%
SOP ROVERETO	148	1	149	99,33%	85	2	87	97,70%	233	3	236	98,73%
SOP TIONE	47		47	100,00%	27	1	28	96,43%	74	1	75	98,67%
SOP TRENTO	421	8	429	98,14%	376		376	100,00%	797	8	805	99,01%
STAFF	19		19	100,00%	20	1	21	95,24%	39	1	40	97,50%
TOTALE	1.369	21	1.390	98,49%	1.056	19	1.075	98,23%	2.425	40	2.465	98,38%

RISORSE

Riguardo all'utilizzo delle risorse con riferimento alle unità di personale si rileva che a fronte di un budget di **7.608,28** unità equivalenti sono state impiegate mediamente nell'anno **7.688,16** u.e. (compresi gli incarichi libero professionali) e a dicembre 2016 erano **7.739,35**. Nella tabella 5 vengono rappresentati i risultati per singola area.

Tab. 5

UNITA' EQUIVALENTI					
	Unità Equivalenti Ultimo Mese	Media Annuale Unità Equivalenti	Unità Equivalenti Budget Anno	Scostamento Mese / Budget Anno	Scostamento Media Anno / Budget Anno
CONSIGLIO DI DIREZIONE	55,76	52,79	49,76	6,00	3,03
AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO	139,01	138,20	136,27	2,74	1,93
AREA ECONOMICA	50,64	50,76	50,45	0,19	0,31
AREA SISTEMI DI GESTIONE	63,88	64,80	64,88	-1,00	-0,08
AREA TECNICA	257,50	254,13	250,45	7,05	3,68
AREA SISTEMI DI GOVERNANCE	44,73	48,11	50,32	-5,59	-2,21
SOP GENERALE	583,51	573,83	569,10	14,41	4,73
SOP TRENTO	2.560,33	2.547,62	2.529,04	31,29	18,58
SOP ROVERETO	954,99	948,23	937,67	17,32	10,56
SOP CAVALESE	215,04	214,74	205,54	9,50	9,19
SOP BORGO	258,47	256,61	256,29	2,18	0,32
SOP CLES	336,43	328,79	318,51	17,92	10,28
SOP ARCO	283,88	289,92	289,78	-5,90	0,14
SOP TIONE	186,97	190,78	189,73	-2,76	1,05
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	227,44	229,65	228,68	-1,24	0,97
DISTRETTO CENTRO -NORD	422,56	413,47	407,65	14,91	5,82
DISTRETTO CENTRO - SUD	388,90	382,26	377,72	11,18	4,54
DISTRETTO OVEST	197,63	194,46	193,40	4,23	1,06
DISTRETTO EST	501,85	499,04	493,10	8,75	5,94
PAT	3,83	4,00	3,94	-0,11	0,06
COSTI COMUNI	6,00	6,00	6,00	0,00	0,00
TOTALE	7.739,35	7.688,16	7.608,28	131,07	79,87

Per quanto concerne i consumi (beni sanitari e non), complessivamente a fronte di un budget assegnato di **125.945.000** euro sono stati utilizzati **128.368.568** euro.. Nella tabella che segue (Tab. 6) vengono riportati i valori delle singole aree con il confronto con l'anno precedente.

Tab. 6

	VALORE		SCOSTAMENTO		BUDGET ANNO		
	AC	AP	ASS.	%	ASSEGNATO	SCOSTAMENTO AC/BUDGET	% UTILIZZO
CONSIGLIO DI DIREZIONE	7.484	7.993	-509	-6,37	11.000	-3.516	68,04
AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO	16.519	22.652	-6.133	-27,07	28.000	-11.481	59,00
AREA ECONOMICA	5.262	4.701	560	11,92	8.000	-2.738	65,77
AREA SISTEMI DI GESTIONE	7.886	2.350	5.536	235,55	7.000	886	112,66
AREA TECNICA	139.140	112.177	26.964	24,04	120.000	19.140	115,95
AREA SISTEMI DI GOVERNANCE	2.416	2.530	-114	-4,50	7.000	-4.584	34,51
SOP GENERALE	475.250	448.607	26.643	5,94	499.000	-23.750	95,24
SOP TRENTO	75.962.361	72.690.240	3.272.121	4,50	74.925.000	1.037.361	101,38
SOP ROVERETO	22.267.394	23.950.384	-1.682.989	-7,03	22.400.000	-132.606	99,41
SOP CAVALESE	2.589.333	2.987.259	-397.926	-13,32	2.572.000	17.333	100,67
SOP BORGO	2.603.501	2.643.252	-39.751	-1,50	2.677.000	-73.499	97,25
SOP CLES	3.846.414	3.863.488	-17.074	-0,44	3.662.000	184.414	105,04
SOP ARCO	3.750.666	3.961.905	-211.239	-5,33	3.571.000	179.666	105,03
SOP TIONE	2.377.382	2.487.445	-110.062	-4,42	2.167.000	210.382	109,71
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	3.767.971	3.054.984	712.986	23,34	3.485.000	282.971	108,12
DISTRETTO CENTRO -NORD	2.701.416	2.660.511	40.904	1,54	2.694.500	6.916	100,26
DISTRETTO CENTRO - SUD	4.838.310	4.721.986	116.324	2,46	4.719.000	119.310	102,53
DISTRETTO OVEST	1.442.099	1.336.827	105.272	7,87	1.512.000	-69.901	95,38
DISTRETTO EST	3.512.388	3.348.487	163.901	4,89	3.562.000	-49.612	98,61
STRUTTURE ACCREDITATE	14.195	15.905	-1.710	-10,75	-	14.195	
COSTI COMUNI	18.039	44.885	-26.847	-59,81	26.000	-7.961	69,38
TOTALE	130.345.425	128.368.568	1.976.857	1,54	128.652.500	1.692.925	101,32

PROCESSI E PRESTAZIONI

Tutte le articolazioni aziendali hanno promosso azioni di miglioramento secondo quanto stabilito negli obiettivi Aziendali e Provinciali. Di seguito si riportano in sintesi le relazioni dei Direttori di AOF relative alle attività svolte ed ai risultati raggiunti nel corso dell'esercizio 2016.

DISTRETTO CENTRO NORD

Le attività delle UUOO del Distretto Centro Nord nel corso del 2016 hanno dimostrato un andamento positivo rispetto agli obiettivi assegnati, che si possono considerare complessivamente raggiunti: in alcuni casi è già previsto un consolidamento nel 2017.

L'area della salute mentale è stata fortemente impegnata in progettualità congiunte che hanno visto le tre UUOO (**NPI, Psichiatria e Psicologia clinica**) lavorare sulla fragilità in età evolutiva, ma anche su percorsi condivisi tra psichiatria e psicologia, e la sinergia organizzativa che si è sviluppata potrà essere un volano organizzativo nell'implementazione della nuova organizzazione aziendale.

Lo stesso dicasi per **SerD ed Alcologia**, per le quali il nuovo protocollo di collaborazione è stato integrato nel POF. Per queste aree si evidenziano come rilevanti, oltre ai citati progetti collegati al piano per la fragilità in età evolutiva (in primis lo SMAC - servizio multidisciplinare adolescenti critici): i percorsi condivisi di invii reciproci psichiatria-psicologia; le azioni del gruppo recovery; il rafforzamento del no-restraint in SPDC; l'ambulatorio autismo di villa Igea, per la diagnosi anche degli adulti, in collaborazione tra NPI e Psichiatria (uno dei rari esempi sul territorio nazionale); il PDTA del centro di 2 liv. per le disabilità infantili; inoltre, la revisione delle modalità di valutazione per l'invio dei pazienti tossicodipendente in comunità, il progetto sul GAP (gioco d'azzardo patologico) in collaborazione con la facoltà di Sociologia e con le azioni consolidate di AMA. L'aumento della spesa del SerD è giustificato da un aumento dei soggetti in trattamento farmacologico (100 soggetti in trattamento farmacologico in più), a cui si deve aggiungere un aumento della gestione dei farmaci in affido che implica un aumento della spesa in flaconi.

L'area delle **Cure primarie e Cure palliative** ha lavorato sulla fragilità dell'anziano, sul miglioramento del percorso UVM, sull'operatività del Punto Unico di Accesso. Grande sforzo organizzativo ha richiesto la revisione del ruolo del Coordinatore di Percorso territoriale, in stretta collaborazione con le UUOO di Geriatria e di Nefrologia, con cui si è avviata la modalità di segnalazione attraverso la richiesta di consulenza in SIO. Consolidato il PDTA SLA e l'avvio della presa in carico socio-sanitaria del bambino in cure palliative. L'UO di Cure Palliative ha sfiorato il budget assegnato a causa dell'aumento dei pazienti seguiti in Cure palliative pediatriche: questi bambini richiedono presidi e farmaci mediamente molto più costosi, e spesso per periodi più lunghi di presa in carico. Rispetto agli adulti, ricordo che la scelta di potenziare la fornitura diretta dei farmaci ai pazienti assistiti a domicilio in Cure palliative risponde a scelte complessive di maggior economicità dei farmaci in prontuario ospedaliero. Vengono infatti prevalentemente forniti i farmaci costosi, mentre per i meno costosi (oppioidi in genere) si utilizza la prescrizione (farmacia esterna). Nel corso del 2016, anche grazie all'efficacia della formazione che ha coinvolto tutti i coordinatori infermieristici, si sono allineati e resi omogenei gli ordini sul centro di costo delle Cure palliative dai diversi ambiti dei quattro distretti.

Il Servizio per le **Professioni sanitarie** ha supportato il ridisegno organizzativo degli ambulatori infermieristici, del SerD, del consultorio. E' stato presidiato l'avvio del progetto Comunità amiche del bambino (progetto PAT) e la partecipazione ai tavoli di lavoro di welfare km zero, cui APSS aderisce. Il servizio da qualche mese gestisce tutti i re-training BLSD del personale dipendente in vece del Servizio Formazione.

Il **Servizio Amministrazione**, con un progetto ad hoc, ha drammaticamente aumentato la percentuale di riciclo degli ausili a magazzino, arrivando a risparmi notevoli ed a un pieno utilizzo di tutti gli ausili giacenti ancora utilizzabili. Il risparmio ottenuto solo su questi presidi, dall'avvio della nuova gara (1 marzo 2016) è stato ingente (più di 60 mila euro, quasi un quarto dell'importo annuo). Quel che non si è potuto realizzare, invece, è stata la centralizzazione del deposito rifiuti speciali del CSS al S. Chiara. Ciò avrebbe potuto efficientare il sistema, con importante risparmio, sia in costi diretti che in risorse umane, considerando che il quantitativo di rifiuti prodotto dal CSS è irrilevante rispetto a quanto prodotto dall'ospedale. Il parere negativo dei referenti per i rifiuti speciali ha messo un punto alla fattibilità della cosa, ma ritengo che si debba

percorrere nuovamente questa strada, viste le difformità di interpretazione della normativa in altri ambiti dell'Azienda. La partecipazione ai progetti aziendali ed agli obiettivi PAT è stata garantita e per alcuni obiettivi il coinvolgimento del distretto è diretto come responsabilità dell'Obiettivo (1C) e come funzione di Capoprogetto (1D).

Le spese per personale sono risultate complessivamente in diminuzione (-1.39%). I consumi complessivi sono stati mantenuti sotto controllo (90,88% al 30 nov). Continua inesorabile l'aumento del consumo per farmaci, che però sembra contenersi entro il milione di euro assegnato. Si tratta per la verità dell'unico capitolo di spesa la cui crescita costante non è soggetta a controllo da parte del distretto, trattandosi perlopiù di terapie più o meno costose prescritte da centri di riferimento per pazienti ambulatoriali. Il budget di ore straordinarie non è risultato sufficiente, ed i maggiori sforamenti si sono avuti a carico dei coordinatori infermieristici dei servizi più in sofferenza: Cure primarie ed in particolar modo il consultorio, che da dicembre 2015 è privo di coordinatore ostetrico, e le cure domiciliari, dove la riorganizzazione delle attività (domiciliari, ambulatoriali, dei coordinatori di percorso e l'avvio della fisioterapia domiciliare) ha impattato notevolmente sui carichi di gestione del personale; e la NPI. Il budget per missioni (rimborsi km) è stato rispettato (non sono stati fatti acquisti di nuove autovetture se non per qualche unità).

DISTRETTO CENTRO SUD

In merito al grado di raggiungimento degli obiettivi di Budget i singoli Responsabili hanno documentato il lavoro che hanno svolto.

In merito all'obiettivo "Risorse e Servizi" il dato dei Consumi a 11 mesi 2016 attesta che il Distretto Centro Sud è in linea con il tetto di spesa assegnato (92% del Budget Consumato a fronte di un dato standard pari al 91%); nell'ottica di un rispetto complessivo del Budget assegnato alla singola AOF, l'obiettivo si è considerato come conseguito.

L'obiettivo Percorsi di presa in carico si ritiene conseguito con specifiche attività documentate da parte dei direttori coinvolti nei vari percorsi (Età evolutiva, dimissione paziente post acuto – progetto anziano fragile, piano demenze).

Il disegno organizzativo della rete dei consultori è stato conseguito, il Distretto ha collaborato al gruppo di lavoro aziendale, implementando le azioni richieste, come documentato dai direttori coinvolti.

DISTRETTO OVEST

Il **piano di attività** delle UU.OO. del Distretto è stato discusso con modalità partecipata tra i direttori e collaboratori delle UU.OO. di Cure primarie, di Psichiatria, del Servizio Amministrazione e il dirigente delle Professioni sanitarie. Si ritiene infatti particolarmente importante consolidare i rapporti per dare attuazione alla continuità tra Servizi nell'ottica di una presa in carico complessiva dei bisogni dei cittadini. Questi incontri, effettuati periodicamente nel corso di tutto l'anno, sono stati anche un'occasione per affrontare varie tematiche comuni quali contenimento dei consumi/risorse, possibili interventi riorganizzativi per il contenimento dei costi, sicurezza, incident reporting, privacy, piano anticorruzione, comunicazione tra Servizi e con gli utenti.

Complessivamente gli obiettivi negoziati sono stati raggiunti.

La **collaborazione con la Struttura Ospedaliera** di riferimento è stata spesso ricercata; infatti implementare la continuità tra ospedale e territorio è ormai indispensabile. I prospettati incontri di audit sulle dimissioni/ammissioni in ospedale non si sono potuti realizzare per difficoltà logistiche della Struttura ospedaliera e di conseguenza anche il protocollo di dimissioni protette, definito da anni anche con i Servizi sociali che risulta essere ormai inadeguato, non è stato aggiornato. Si evidenzia però la stretta collaborazione tra coordinatori di percorso ospedalieri, del territorio e i servizi sociali sui singoli casi.

Nell'ambito dell'**Integrazione socio-sanitaria**, è ormai consolidata un'importante attività di confronto e collaborazione tra operatori delle varie sedi UVM/PUA e Servizi sociali delle Comunità di valle:

- percorsi condivisi per la gestione dei posti in centro diurno e dei posti di sollievo;
- attività dei PUA/UVM al fine di migliorare l'integrazione tra professionisti garantendo percorsi integrati ai cittadini.

- presa in carico del paziente anziano affetto da demenza, ADPD e progetto integrazione con CDCD.

La partecipazione della Direzione di Distretto ai **Tavoli Sociali** delle 5 Comunità di Valle, attraverso incontri periodici organizzati dai Servizi sociali, ha garantito la condivisione anche tra Enti, Scuole e Cooperative sociali delle strategie e modifiche organizzative del Distretto, favorendo la conoscenza tra Servizi e migliorando i percorsi comuni.

Da sottolineare inoltre la costante **revisione dei processi/attività** a tutti i livelli nell'U.O di Cure Primarie, di Psichiatria e del Servizio Amministrazione al fine di individuare possibili contenimenti delle spese oltre a semplificare le specifiche procedure.

Al fine di dare piena attuazione al **piano anticorruzione**, alle norme su **privacy** e sulla tempistica di conclusione dei **procedimenti amministrativi**, sono state organizzate periodiche riunioni interne di confronto e scambio con l'obiettivo di favorire la partecipazione e l'attenzione degli operatori a queste tematiche particolarmente rilevanti per gli enti pubblici.

Nel corso dell'anno sono stati conclusi, come da accordi con la Direzione generale e il SIST, alcuni **interventi edilizi** già pianificati, inseriti nel piano di miglioramento ottenendo una significativa riduzione degli affitti e il contenimento delle spese.

In merito alle **risorse di personale, consumi, chilometri e straordinario**, i report vengono puntualmente analizzati con modalità congiunta tra collaboratori delle UU.OO./Servizi al fine di garantire l'equilibrio ed il mantenimento del livello di prestazioni erogate oltre ad uniformare in tutti gli ambiti la responsabilità degli operatori sui controlli e procedure di autorizzazione. Per i **consumi**, in virtù della puntuale analisi dei consumi che ha evidenziato un aumento della domanda in particolare dei farmaci classe H/Osp, si è concordata una rinegoziazione del budget che ha portato al rispetto del budget assegnato.

DISTRETTO EST

In merito al grado di raggiungimento degli obiettivi di Budget i singoli Responsabili hanno documentato il lavoro che hanno svolto puntualmente e non ci sono criticità specifiche da rilevare.

Riguardo alcuni obiettivi di valenza aziendale, quali ad esempio:

- Riorganizzazione aziendale - ATTIVITA': Contribuire e supportare il ridisegno dell'organizzazione aziendale come da indicazioni del CdD;
- Progetti aziendali - ATTIVITA': Assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale (portafoglio progetti, iniziative di accreditamento, trasparenza, comunicazione, obiettivi PAT...)
- Risultati aziendali - ATTIVITA': Supportare il raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla PAT (L'obiettivo è la responsabilizzazione di tutte le strutture al raggiungimento degli obiettivi aziendali, in base alla valutazione interna di sintesi svolta dal CdD entro marzo 2017)

Si evidenzia il conseguimento, in quanto i direttori coinvolti hanno confermato la loro partecipazione, qualora richiesta, nel concorrere al loro raggiungimento e vengono considerati parte dell'attività istituzionale che i direttori di U.O. sono chiamati a svolgere.

In merito all'obiettivo Front-office, contenuto nella scheda di Budget del Servizio Amministrazione, preme segnalare che è stata garantita la copertura di tutti gli sportelli di front office, con l'interscambio degli operatori anche tra ambiti diversi (Alta – Bassa – Primiero- Fiemme Fassa)

In merito all'obiettivo "Risorse e Servizi" il dato dei Consumi in proiezione a 12 mesi conferma che il Distretto ha rispettato il tetto di spesa assegnato, svolgendo un attento monitoraggio anche sui farmaci ad alto costo

ricompresi nel Budget delle Cure Primarie e per i quali il direttore interessato non può svolgere alcuna azione di contenimento.

Il Distretto ha attivato tutte le azioni correttive possibili per far fronte allo svolgimento di processi di lavoro innovativi come il Progetto Demenze, il percorso nascita, l'implementazione del progetto ADPD, lo sviluppo dei PUA e attività UVM, il potenziamento delle valutazioni in RSA e la collaborazione ai vari progetti strategici aziendali.

Il Distretto ha collaborato al gruppo di lavoro aziendale, implementando le azioni richieste per quanto riguarda l'obiettivo del Disegno organizzativo della rete dei consultori, che mirava ad Uniformare le attività dei Consultori sulle progettualità di valenza aziendale (prog. Scommettiamo sui giovani, Percorso nascita, Corsi di accompagnamento alla nascita, interventi di educazione alla salute) in una prospettiva di "offerta di rete".

Obiettivo PAT 1 E 2016 Cure Domiciliari è in linea con la programmazione prevista. Tutte le UUOO sono state responsabilizzate ed hanno fornito le collaborazioni richieste. Sono stati presentati ai professionisti delle Cure Primarie i dati di attività delle cure domiciliari 2015 messi a confronto con quelli del 2014. Sono stati evidenziati i risultati raggiunti dopo le azioni correttive, introdotte nell'esercizio 2015 ovvero: nuova legenda delle prestazioni infermieristiche presentata in tutti gli ambiti distrettuali nel 2015, riclassificazione dei casi in TAO e modifiche nel sistema informativo (integrazione con la continuità assistenziale per quanto riguarda gli accessi, calcolo delle sospensioni). E' previsto il monitoraggio periodico sulla attuazione dei criteri di classificazione e di omogeneizzazione delle prestazioni.

Di seguito sono riportati alcuni indicatori territoriali inerenti l'intera APSS:

Utenti in Carico	Popolazione Residente 01/01/2016 - 31/12/2016	N° Utenti 01/01/2016 - 31/12/2016	Tasso /1000 ab.	N° Utenti con Accessi
CENTRO NORD	132.429	3.721	28,10	3.590
EST	121.320	3.862	31,83	3.768
OVEST	101.170	3.288	32,50	3.143
CENTRO SUD	182.497	6.162	33,76	5.790
Totale	537.416	16.949	15,87	16.211

Utenti in Carico (età sup. 65 anni)	Popolazione Residente (età sup. 65 anni) 01/01/2016 - 31/12/2016	N° Utenti (età sup. 65 anni) 01/01/2016 - 31/12/2016	Tasso /1000 ab.	N° Utenti con Accessi
CENTRO NORD	28.190	3.304	117,20	3.189
EST	24.198	3.267	135,01	3.180
OVEST	20.692	2.935	141,84	2.806
CENTRO SUD	38.211	5.441	142,39	5.124
Totale	111.291	14.878	68,34	14.234

Fonte: Qlik SIT CURE DOMICILIARI

SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE

Il Servizio Ospedaliero Provinciale è l'articolazione organizzativa fondamentale dell'APSS deputata a dare attuazione organizzativa, gestionale ed operativa ai compiti istituzionali dell'Azienda ed alle scelte strategiche della Direzione Aziendale in tema di assistenza ospedaliera. Il SOP, attraverso la struttura ospedaliera eroga prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, in regime di ricovero e ambulatoriale.

I Livelli Essenziali di Assistenza Ospedaliera sono garantiti attraverso una struttura organizzativa così composta:

- a) 7 strutture ospedaliere;
- b) 3 organizzazioni a valenza multizonale (Trentino Emergenza, 118, Servizio di Fisica Sanitaria);
- c) 14 dipartimenti ospedalieri (Medicina Interna, Medicina Specialistica, Chirurgico, Oncologico, Cardiovascolare, Emergenza, Pediatrico, Ostetrico-Ginecologico, Riabilitazione e Lungodegenza, Neuroscienze, Ortopedico Traumatologico, Anestesia e Rianimazione, Laboratorio e Servizi, Diagnostica per immagini) che garantiscono in maniera omogenea su tutto l'ambito aziendale la presa in carico e la continuità assistenziale attraverso lo sviluppo delle reti cliniche provinciali e la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali;
- d) servizi a supporto della direzione del SOP

Nel 2016 si sono verificati significativi mutamenti nell'assetto ospedaliero ed in particolare:

- o la chiusura dei punti nascita di Tione (dal 23 maggio 2016) e di Arco (dal 1 Agosto 2016);
- o la conseguente necessità di prevedere un incremento dei posti letto presso le UU.OO. di Ostetricia e ginecologia delle Strutture ospedaliere di Trento e Rovereto;
- o l'implementazione del programma di riqualificazione e sviluppo della funzione di PMA presso l'U.O. di Ostetricia e ginecologia della Struttura ospedaliera di Arco così come previsto dal protocollo d'intesa siglato in data 9 giugno 2016 fra la Provincia Autonoma di Trento, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e la Comunità Alto Garda e Ledro;
- o la ridefinizione, nell'ambito delle aree funzionali omogenee mediche, dell'organizzazione clinico assistenziale per intensità di cura;
- o l'opportunità di attivare alcuni posti letto di degenza ordinaria nell'ambito dell'area di osservazione breve presso l'unità operativa di Medicina d'urgenza e Pronto soccorso della Struttura ospedaliera di Trento;
- o l'esigenza di attivare la funzione di terapia del dolore in regime di Day-hospital annessa all'Unità operativa di Anestesia e Rianimazione 1 della Struttura ospedaliera di Trento;
- o il consolidamento dell'attività in regime di ricovero svolta dall'Unità operativa di Neuropsichiatria infantile presso l'Unità operativa di pediatria della Struttura ospedaliera di Trento.

Coerentemente con il contenuto del processo di budget 2016 gli obiettivi dell'esercizio sono stati focalizzati sui seguenti ambiti:

PROGETTUALITÀ SOSTENIBILE / ATTUAZIONE DEL NUOVO

Organizzazione della rete (obiettivo C)

Finalità dell'obiettivo è stata quella di sviluppare e consolidare il modello di rete in modo da:

- **Implementare le azioni necessarie alla realizzazione del percorso nascita (in attuazione della delibera DG 71/2015);**

Nel corso del 2016 sono state avviate le azioni previste dalla deliberazione DG 71/2015 di pari passo con l'evoluzione dell'assetto dei punti nascita provinciali.

Il percorso, coordinato dal Dipartimento materno infantile, si è sviluppato a vari livelli coinvolgendo le Strutture ospedaliere e i Distretti sanitari e si è affiancato ad altre iniziative di miglioramento della presa in carico e dell'offerta diagnostico-terapeutica alla donna in gravidanza ed al neonato (BFH, parto indolore, diagnostica prenatale, sistema dei trasporti STAM e STEN). L'implementazione del percorso nascita è avvenuta gradualmente a partire dai territori sprovvisti di punto nascita (ambiti territoriali delle Valli Giudicarie/Rendena, dell'Alto Garda e Ledro, della Valsugana e delle Valli di Fiemme e Fassa) ed è prevista la sua estensione a tutto il territorio provinciale. Il PN è l'insieme dei servizi di accompagnamento all'evento nascita per garantire la continuità delle cure erogate, l'assistenza pre e post-natale, l'educazione, il counselling e lo screening per promuovere e monitorare il benessere della mamma, del neonato e della famiglia nel suo insieme. A tal fine sono stati attivati strumenti di continuità assistenziale e di integrazione ospedale/territorio potenziando la rete dei consultori familiari e degli ambulatori ostetrico ginecologici distrettuali. Viene garantita una tempestiva presa in carico della donna e la programmazione di tutti i controlli necessari dall'inizio della gravidanza alla fine del puerperio. I professionisti coinvolti sono l'ostetrica, il ginecologo, il medico di medicina generale ed eventuali altri specialisti in base alla condizione clinica della donna.

La gravidanza: La midwifery care nel percorso nascita è un sistema complesso che richiede di sviluppare strumenti di risk management e monitoraggio clinico comportando tra l'altro:

- o la revisione clinica di casi con esperto;
- o il PDTA per ogni condizione clinica;
- o la definizione di indicatori di processo, standard attesi e indicatori di esito;
- o lo sviluppo di un sistema di audit e misurazione degli outcome primari e secondari clinici e qualitativi;
- o la definizione di obiettivi conoscitivi per un'indagine di customer satisfaction (survey).

L'ostetrica dedicata opera nel rispetto della fisiologia della persona sapendo cogliere e individuare eventuali patologie per le quali sono previsti appositi percorsi senza condurre a una medicalizzazione non sempre necessaria nella gravidanza.

In particolare nel percorso sono previsti:

- o il colloquio informativo, le indicazioni sugli stili di vita e le norme igieniche da seguire oltre a tutti i riferimenti utili;
- o una prima visita con l'ostetrica dedicata o, se in presenza di fattori di rischio, con il ginecologo a cui seguirà un ciclo di almeno cinque visite con l'ostetrica dedicata;
- o tre ecografie con il ginecologo, come indicato dalle linee guida ed eventuali altri accertamenti di diagnosi prenatale;
- o la pianificazione completa insieme all'ostetrica dedicata delle visite di controllo, delle ecografie e degli esami;
- o il corso di accompagnamento alla nascita per i futuri genitori;
- o l'invio diretto dal ginecologo con conseguente presa in carico in tutte le situazioni di deviazione dalla fisiologia e di gravidanza a rischio.

Il parto: Per le donne inserite nel percorso, residenti nei territori sprovvisti di punto nascita, è stata prevista la progressiva attivazione anche di un servizio di pronta disponibilità sulle 24 ore dalla 37a settimana compiuta e fino al parto per la diagnosi di travaglio con eventuale accompagnamento nel punto nascita prescelto. Nella fase perinatale viene garantito l'indirizzo/accompagnamento della donna al punto nascita programmato per il parto assicurando anche la possibilità, su richiesta di accesso alle tecniche di parto analgesia. L'ostetrica dedicata mantiene il contatto per il periodo seguente alla nascita e riprende in carico la donna al momento della dimissione dall'ospedale costituendo il punto di riferimento per le successive necessità assistenziali:

- o accompagna i genitori durante il primo periodo dopo il parto assistendoli per favorire l'adattamento della famiglia alla nuova situazione;
- o rileva eventuali situazioni che deviano dalla fisiologia, attiva i necessari controlli specialistici, sostiene l'allattamento e favorisce il legame tra la mamma e il suo bambino.

In particolare, per l'attivazione del percorso che vede l'ostetrica della APSS interlocutore primario nei confronti della donna per accertare, sorvegliare e supportare il percorso di gravidanza fisiologica nel 2016:

- o in accordo con il dipartimento ostetrico ginecologico aziendale, è stata definita la lista di prestazioni prescrivibili;
- o è stata attivata la procedura per la prescrizione elettronica da parte delle ostetriche;
- o sono state costruite e messe a CUP le agende di prenotazione delle prestazioni;
- o è stata attivata la rilevazione delle prestazioni presso le casse aziendali in maniera distinta rispetto alle prestazioni prescritte ai sensi del DM 10/09/98.

- **Ridisegnare la rete riabilitativa di degenza e ambulatoriale per alcune patologie;**

E' stata supportata la Provincia nella definizione della rete riabilitativa provinciale all'interno della quale garantire alla persona un percorso riabilitativo unico integrato nel setting più appropriato in relazione alla fase del percorso di cura. In particolare, sulla base di quanto previsto dai documenti di riferimento nazionali, le attività riabilitative in regime di degenza sono state distinte in:

- o riabilitazione estensiva e lungodegenza - codice 60
- o riabilitazione intensiva - codice 56
- o riabilitazione intensiva ad alta specializzazione - codici 28 e 75.

Coerentemente con il Piano di Miglioramento 2013 – 2015 dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, e con l'obiettivo di ridurre il tasso di ospedalizzazione, è stata inoltre prevista l'introduzione, in forma sperimentale e progressiva, di "strutture intermedie" a valenza assistenziale e riabilitativa, a bassa intensità di cura. Sono stati infine definiti gli standard di assistenza quali-quantitativi riferiti al personale di assistenza e riabilitazione da garantire nelle strutture di degenza.

- **Implementare il nuovo modello di gestione della lungodegenza riabilitativa e non;**

Coerentemente con quanto previsto dal documento aziendale "Programma di attività 2015", rispetto all'obiettivo "Ridefinizione della rete per la residenzialità in post-acuzie ospedaliera e territoriale", è stato implementato il nuovo modello per la gestione della lungodegenza attraverso:

- o la ridefinizione della Rete dei percorsi post-acuzie ospedalieri e territoriali con la descrizione di fasi e tempi delle valutazioni da condurre, i criteri di appropriatezza dell'invio da considerare, i documenti da allegare al processo di invio;
- o la riformulazione del modello di lettera di "Indicazioni per la continuità assistenziale" già in uso in molti reparti aziendali che è stata con l'occasione aggiornata e in particolare con l'aggiunta di una sezione specifica dedicata a motivazioni e obiettivi di invio a strutture di lungodegenza o aree a bassa intensità assistenziale.

- **Sviluppare la rete delle cure palliative per la presa in carico dei pazienti affetti da SLA;**

Il percorso per la gestione dei pazienti affetti da SLA, formalizzato e presentato in collaborazione con l'associazione dei pazienti, è stato implementato sul territorio provinciale con la presa in carico da parte della rete delle cure palliative.

- **E' stata definita ed avviata l'attività della Rete allergologica pediatrica provinciale**

Al fine di assicurare una gestione più appropriata dei problemi clinici – graduata sulle esigenze ma anche a livello più prossimo all'ambiente di vita dei pazienti – ed una migliore programmabilità delle prestazioni specialistiche di secondo e terzo livello con delibera del Direttore Generale 262/2016 è stata costituita ed avviata a decorrere dal mese di giugno 2016 la Rete allergologica Provinciale articolata sulle sedi di Trento, Pergine Valsugana, Borgo Valsugana, Cavalese, Cles, Malè, Tione, Arco e Rovereto.

- **Consolidamento della rete chirurgica attraverso la definizione/registrazione di indicatori individuati;**

Nel corso del 2016 sono state attivate le iniziative correlate alla realizzazione della rete chirurgica ed ortopedica provinciale prefigurata dal Piano di miglioramento 2013-2015 e dalla conseguente approvazione dei mandati e delle soglie minime di attività per struttura e per operatore (del DG 500/2014 e 122/2016).

Le iniziative si sono concretizzate in particolare:

- o nella diffusione dei mandati e delle soglie prefissate a tutti i professionisti delle varie strutture ospedaliere del Servizio ospedaliero provinciale; questo passaggio è avvenuto con il coinvolgimento diretto dei Dipartimenti chirurgico ed ortopedico;
- o nella diffusione degli stessi ai professionisti operanti nei Distretti attraverso specifici incontri informativi rivolti in particolare ai Medici di medicina generale;
- o nella realizzazione di un applicativo informatico dedicato (denominato SOP multi sede) che ha permesso la prenotazione e l'invio diretto fra le varie sedi della rete dei pazienti candidati ad intervento;
- o nella definizione del percorso di prenotazione on line tramite Cup;
- o nel puntuale monitoraggio del fenomeno attraverso una scheda trimestrale di rilevazione;
- o nella rilevazione costante dei tempi di attesa per intervento programmato in tutte le sedi.

Inoltre con riferimento all'obiettivo PAT relativo alla mobilità passiva nelle aree critiche di Orl ed Urologia è stato predisposto uno studio analitico dei suoi determinanti definendo specifiche azioni di incremento dell'offerta chirurgica nelle strutture di Trento, Rovereto ed Arco che si sono concretizzate nell'ultimo trimestre dell'anno.

- **Ridefinire le attività radiologiche nelle diverse sedi sulla base degli accorpamenti in atto, delle competenze, delle soglie ed esiti e della gestione delle urgenze;**

Anche in questo ambito è proseguito il riassetto dell'offerta coerentemente con le indicazioni programmatiche delineate dal Piano di miglioramento e dalla del. 122/2016. Tutto il piano di attività del Dipartimento radiologico si è uniformato a questi riferimenti garantendo una risposta efficiente alla domanda in elezione - interna ed esterna - ed a quella in urgenza attraverso gli strumenti organizzativi (guardia radiologica) ed informatici (tele refertazione) consueti. Particolare attenzione è stata posta al monitoraggio delle competenze e delle soglie nei vari ambiti della disciplina ed al controllo della domanda inappropriata con particolare riferimento all'ambito ortopedico-traumatologico. Nel corso del 2016 è stato inoltre attivato un progetto di incremento dell'offerta di indagini con RM presso le strutture dell'APSS consentendo di limitare il ricorso alle strutture private convenzionate e di annullare i tempi d'attesa.

Attività di prevenzione (obiettivo D)

L'obiettivo ha previsto la realizzazione:

- delle azioni previste dal Piano provinciale della prevenzione (2015 - 2018) con particolare riguardo alle attività prioritarie sull'esercizio 2016;
- del progetto Screening HPV;

Nel corso del 2016 sono stati messi a punto tutti gli aspetti logistici, organizzativi, procedurali, formativi ed informativi per consentire l'avvio a regime del progetto screening HPV. Sono stati direttamente interessati l'UOM di Anatomia patologica, la SS istituita ad hoc presso la struttura ospedaliera di Rovereto, i Dipartimenti oncologico e Materno-infantile, i Distretti e il Dipartimento di Prevenzione. Tutte queste iniziative hanno infine condotto all'approvazione della del. DG 88/2017 che descrive puntualmente i vari momenti del percorso e la nuova organizzazione del programma di screening ha preso avvio con il 1 marzo 2017.

Progetti e risultati aziendali (obiettivo H)

L'obiettivo è stato volto ad assicurare il supporto richiesto dai progetti trasversali di valenza aziendale o dipartimentale definiti nel Portafoglio Progetti, inerenti le iniziative di accreditamento, di qualità integrata e gli obiettivi PAT per l'anno 2016. Nell'ambito del Portafoglio Progetti Aziendale il Servizio Ospedaliero Provinciale è stato coinvolto ed ha contribuito direttamente allo sviluppo delle seguenti progettualità:

- **Terapia e Somministrazione** – Sviluppo dei processi e dei sistemi di prescrizione e somministrazione del farmaco in reparto. Le Unità Operative di Chirurgia 2 - Ospedale di Trento - e di Medicina - Ospedale di Arco -sono state coinvolte per l'avvio pilota del nuovo sistema informatizzato di prescrizione e somministrazione del farmaco in reparto. Le attività hanno riguardato l'analisi dei requisiti funzionali della soluzione, la loro implementazione nel sistema, la formazione, i test e l'avvio in reparto dell'applicazione.
- **Tracciatura dei dispositivi medici** – Definizione sperimentale del processo e degli strumenti per la tracciatura dei dispositivi medici in ambito chirurgico. Il progetto ha coinvolto il Blocco Operatorio dell'Ospedale di Rovereto: la soluzione individuata è stata sperimentata presso la sala di chirurgia del blocco operatorio nel mese di aprile ed è stata successivamente estesa a partire da maggio nelle sale di chirurgia vascolare, urologia, ostetricia e ginecologia). La valutazione positiva dei risultati ottenuti nella sperimentazione sono stati presupposto per l'estensione nel 2017 alle altre strutture.
- **Care Competence** – Definizione e sperimentazione del sistema delle credenziali e delle competenze professionali sul ruolo infermieristico e ostetrico in specifiche aree ospedaliere e territoriali. Il progetto ha coinvolto i reparti di chirurgia 2 di Trento e chirurgia di Rovereto, angiocardiochirurgia di Trento, ostetricia, neonatologia (ostetriche), pronto soccorso e osservazione breve nella mappatura e validazione dei cataloghi delle competenze, le autovalutazioni sulla base dei rispettivi cataloghi e l'allineamento tra catalogo delle competenze e Piano di Inserimento e Valutazione del neoassunto/neo inserito, in uso all'Ospedale di Trento.
- **RIAP** – Implementazione del Registro Italiano di Artroprotesi Trentino. Nel 2016 si è portato a regime la funzione di raccolta sistematica dei dati di intervento protesico di ginocchio mediante una apposita scheda realizzata all'interno del Sistema Informativo Ospedaliero. La completa informatizzazione del processo permette una puntuale analisi degli interventi di anca e ginocchio e l'invio all'Istituto Superiore di Sanità per l'alimentazione del RIAP.

OTTIMIZZAZIONE DELL'ESISTENTE

Percorsi di presa in carico (obiettivo A)

La finalità dell'obiettivo è lo sviluppo di percorsi di presa in carico appropriati, sicuri ed omogenei per specifiche patologie e gruppi di pazienti:

- **pazienti pediatrici sottoposti a protonterapia in anestesia generale**

Il percorso è stato definito congiuntamente dalla U.O. di Protonterapia con i dipartimenti direttamente coinvolti nella presa in carico e nella diagnosi e cura dei piccoli pazienti candidati al trattamento. In particolare sono stati messi a punto i protocolli di diagnostica per immagini (con il dip. di Radiologia) e di trattamento anestesiológico (con il dip. di Anestesia). Sono state previste forme di consulto

multidisciplinare per la selezione dei casi ed è stata istituita una consulenza strutturata da parte della U.O. di Pediatria.

- **percorso ospedaliero ICTUS**

Il Percorso si attiva in presenza di deficit neurologici, in presenza dei quali è necessario chiamare tempestivamente il 118, che trasporterà il paziente nella sede ospedaliera più appropriata. In caso di ictus ischemico viene valutata la possibilità di eseguire o meno la trombolisi; in caso di ictus emorragico, per la discussione e successiva gestione del paziente, viene contattato il neurochirurgo. In entrambe le situazioni, viene disposto il ricovero presso una delle seguenti Unità Operative: Stroke Unit, Neurologia, Neurochirurgia, Medicina Generale e Geriatria. Una volta superata la fase acuta, i pazienti stabilizzati possono essere trasferiti nell'ospedale più vicino al loro luogo di residenza. In fase di dimissione viene valutata l'eventuale necessità di un intervento di riabilitazione neurologica.

- **percorsi di riabilitazione condivisi per la protesica di arto inferiore comprese le fratture prossimali di femore nell'anziano**

Sono stati implementati i percorsi per la riabilitazione dei pazienti con protesi di anca e di ginocchio sia nelle strutture aziendali che in quelle private convenzionate per riabilitazione. Per quanto riguarda la frattura di femore, lo specifico percorso prevede che il paziente, dopo l'intervento, ancora nel corso della degenza in ortopedia, venga mobilizzato precocemente e che in fase di dimissione ospedaliera venga definito il suo percorso riabilitativo, che può essere effettuato in Struttura riabilitativa, in Lungodegenza, in RSA o al domicilio.

- **paziente con patologia renale cronica avanzata**

E' stato definito il percorso di cure simultanee del paziente con malattia renale cronica avanzata in trattamento conservativo, che coinvolge principalmente l'UOM di Nefrologia, l'UOM Cure Palliative, l'UO Cure Primarie, i MMG, l'UO Psicologia clinica, il Servizio Continuità Assistenziale.

- **ortopedia traumatologica pediatrica**

A far tempo dall'approvazione delle norme di riassetto della rete ospedaliera (del. GP 2014/14) è stata avviata una profonda e articolata riflessione sui mandati e sulle attività di ortopedia pediatrica, fino ad oggi assicurate dalla U.O. di Chirurgia pediatria della struttura ospedaliera di Trento. L'obiettivo di tale riflessione era quello di rivedere l'assetto organizzativo provinciale tenendo conto della casistica in urgenza e in elezione, della clinical competence dei professionisti, ivi compreso il mantenimento di un livello quali-quantitativo adeguato (soglia minima), e della necessità di recuperare la mobilità passiva in questo segmento di attività. A tal fine è stato coinvolto direttamente il dipartimento di Ortopedia che ha elaborato una puntuale proposta che prevede e sostiene la presa in carico di tale funzione da parte delle UU.OO. di Ortopedia.

- **Sviluppo Piano Demenze come da obiettivo provinciale 2015**

Rispetto agli obiettivi strategici del Piano Provinciale Demenze, nell'anno 2016 sono state assicurate le seguenti azioni.

- o E' stata completata la revisione del PDT per la demenza, tenuto conto:

- della nuova connotazione degli ambulatori UVA in CDCD,
- dei risultati dell'audit clinico "Primo inquadramento diagnostico del paziente con sospetta demenza negli ambulatori dei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze dell'APSS" condotto nel 2015,
- delle modifiche del nomenclatore provinciale della specialistica ambulatoriale che ha identificato con specifica codifica la prima valutazione e le valutazioni successive del CDCD (delib. Giunta provinciale n. 1445 del 24.08.2015),

- dello sviluppo in SIO ambulatoriale delle specifiche schede per l'attività specialistica dei CDCD,
 - della individuazione e sperimentazione di uno strumento per la valutazione cognitivo-comportamentale di primo livello, utilizzabile dal MMG per individuare le persone da indirizzare al CDCD, al fine di favorire l'appropriatezza dell'invio.
- o A seguito dello stanziamento di risorse da parte della Giunta Provinciale (deliberazione n. 436/2016) è stata quindi pianificata la territorializzazione dei CDCD per l'attivazione di equipe multiprofessionali nelle sedi distrettuali con definizione di un piano di assunzioni degli specialisti geriatri, degli infermieri e dei neuropsicologi distribuito in un triennio.
 - o In tutti gli ambiti territoriali è stato erogato in maniera regolare il servizio di assistenza domiciliare specializzata ("ADPD – assistenza domiciliare persone con demenza"), che, in modo innovativo, si rivolge alle persone con diagnosi di demenza e sostiene le loro famiglie, assicurando uno specifico pacchetto di interventi.
 - o E' stata pianificata la formazione per i medici di medicina generale e per il personale coinvolto nella gestione del paziente affetto da demenza.
- **Supportare la diffusione delle Buone Pratiche selezionate in occasione del Premio 2014 in relazione al Piede Diabetico**

In collaborazione con i servizi territoriali e i Centri Diabetologici è stata tenuta un'attività di formazione per i professionisti coinvolti ed è stato strutturato un protocollo aziendale per la gestione del piede diabetico, dall'ingresso in PS alla gestione nei reparti, attraverso il corretto percorso e coinvolgimento del team Multidisciplinare.

Appropriatezza (obiettivo B) e Riesame delle attività di miglioramento (F)

L'obiettivo è volto ad eliminare le disomogeneità di approccio nei percorsi, nella pratica clinica, nelle codifiche, nelle modalità operative nei seguenti ambiti:

- Ostetrico ginecologico: omogeneizzare a livello dipartimentale modalità operative per garantire uniformità di trattamento in taluni ambiti individuati (effettuazione del test combinato, trattamento medico dell'aborto spontaneo, utilizzo prostaglandine, isteroscopie diagnostiche in regime ambulatoriale)
- Anestesia e rianimazione: omogeneizzare a livello dipartimentale modalità operative per garantire uniformità di trattamento in taluni ambiti individuati (revisione spesa medica e dispositivi medici, modello rianimazione aperta, monitoraggio neuromuscolare)
- Urgenza/Emergenza: omogeneizzare a livello dipartimentale modalità operative per garantire uniformità di trattamento in taluni ambiti individuati (A. attribuzione del codice colore B. trasferimento/centralizzazione da P.S. e posizionamento CVP C. richiesta esami di laboratorio)
- Chirurgia: applicare l'approccio ERAS in operati di cancro al colon; Revisionare i sistemi di gestione delle liste di attesa operatorie (chirurgia, ORL);
- Medicina interna: analizzare la casistica relativa ai flussi di PS e di ricovero nell'ambito della rete ospedaliera ai fini dell'elaborazione di proposte operative di miglioramento;
- Riabilitativo: consolidare strategie innovative di teleconsulto e prescrizione per la gestione dei presidi del settore ausili;
- Laboratorio: attivare il programma di controllo del Re-testing per aumentare l'appropriatezza dell'attività richiesta sia in ambito ospedaliero che nella medicina generale

- Trasversale: omogeneizzare la codifica SDO, garantire qualità, tempestività e completezza anche in relazione al Programma Nazionale Esiti (con attenzione a BPCO e IMA)

Sintesi delle attività

Tutti i dipartimenti interessati hanno analizzato il problema, rilevato le disomogeneità ed indicato, attraverso linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici, le modalità di trattamento appropriato ed uniforme nell'ambito della rete ospedaliera provinciale. I relativi documenti elaborati sono stati diffusi alle UU.OO. interessate. Per quanto attiene l'obiettivo di omogeneizzare la codifica SDO, garantire qualità, tempestività e completezza anche in relazione al Programma Nazionale Esiti, è stata svolta attività di controllo della documentazione clinica e sono state tenute attività formative e di aggiornamento, regolari e sistematiche, sia a livello centrale sia nei singoli reparti ospedalieri. Per migliorare il livello di appropriatezza nella prescrizione degli esami di RM sono stati tenuti incontri con i prescrittori (26/05 Rovereto, 31/05 Tione, 07/06 Arco, 14/06 Cles, 16/06 Mezzolombardo). Sono state elaborate le linee di indirizzo per l'artroscopia del ginocchio.

Risorse e Servizi (Obiettivo N)

Lo scopo dell'obiettivo è stato quello di assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate.

L'obiettivo è stato condotto in collaborazione con il Controllo di Gestione, attraverso il monitoraggio continuo del processo di Budget che nel 2016 è stato caratterizzato da:

- un aumento della frequenza del monitoraggio, in particolare sugli indicatori di "attuazione"
- una maggiore focalizzazione delle azioni correttive (in itinere), in tempo per la revisione a sei mesi, da parte dei livelli superiori;
- in una logica collaborativa e di supporto tra i livelli della gestione, non solo "verifica del Nucleo" a posteriori

Relativamente all'assistenza ospedaliera, analizzando l'utilizzo di risorse che hanno maggiormente influenzato il budget finale rispetto al preventivato (+1,30%), i maggiori costi rilevati afferiscono a:

- introduzione di nuovi farmaci ad alto costo presso le UUOO di Ematologia, Reumatologia, Oncologia, Pediatria;
- incremento diffuso dell'attività protesica ortopedica nelle varie strutture ospedaliere provinciali.

Razionalizzazione (Obiettivo E) e Riesame dell'attività di miglioramento (obiettivo F)

Gli obiettivi volti ad eliminare l'uso inefficace delle risorse, consolidando e ampliando le azioni intraprese nel 2015 per l'ottimizzazione delle prestazioni e dei consumi hanno caratterizzato trasversalmente tutte le attività e gli obiettivi del 2016 sopra relazionati. Al fine di mantenere inalterati i livelli di assistenza le attività sono state improntate secondo i seguenti indirizzi di carattere generale:

- agire sull'appropriatezza e qualità delle attività
- migliorare gli assetti organizzativi
- facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi/ prestazioni.

In generale Le principali azioni di riorganizzazione previste nel Piano di miglioramento hanno riguardato in particolare l'assetto delle funzioni ospedaliere, con particolare riferimento alla razionalizzazione delle funzioni di degenza, alla riorganizzazione delle attività chirurgiche e alla revisione dei protocolli riabilitativi in regime di degenza. Altre tematiche di rilevante impegno anche per l'anno 2016 hanno riguardato le iniziative volte al miglioramento del saldo della mobilità sanitaria ed al miglioramento del livello di appropriatezza con specifico riferimento alle prestazioni in ambito diagnostico.

RENDICONTAZIONE OBIETTIVI PAT 2016

OBT PAT N. 1. A 1. - Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti maggiore o uguale a 65 anni (indicatore MES Pisa C14.4.)

OBT: max 4%

Desc Cdp	ANNO 2015	ANNO 2016
Struttura ospedaliera S. Chiara - Trento	6,42%	7,11%
Struttura ospedaliera S. Maria del Carmine - Rovereto	6,13%	6,78%
Struttura ospedaliera di Fiemme - Cavalese	2,41%	2,65%
Struttura ospedaliera S. Lorenzo - Borgo Valsugana	3,00%	2,14%
Struttura ospedaliera Valli del Noce - Cles	4,20%	4,53%
Struttura Ospedaliera di Arco	2,43%	1,94%
Struttura ospedaliera 3 novembre -Tione	5,66%	6,30%
TOTALE APSS	5,16%	5,52%

S. CAMILLO	15,11%	9,87%
SOLATRIX	3,88%	7,05%
VILLA BIANCA	6,14%	3,55%
TOTALE ACCREDITATE	6,46%	7,11%

TOTALE	5,30%	5,68%
---------------	--------------	--------------

OBT PAT N. 1. A.2: Appropriatelyzza delle prestazioni dei reparti chirurgici

1) Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia ogni 100.000 residenti e standardizzato per età e sesso (indicatore MES Pisa C 18.1)

Target: massimo 265

fascia età	RICOVERI	
	nr casi ANNO 2015	nr casi ANNO 2016
0-4	107	104
5-9	79	129
10-14	19	23
15-18	12	25
Totale complessivo	217	281

	ANNO 2015	ANNO 2016
nr casi	217	281
popolazione (fascia età < 18 anni)	97.183	96.646
tasso ospedalizzazione per 100.000 residenti	223	291

OBT PAT N. 1. A.3: Proporzione di trattati con angioplastica coronarica percutanea entro 2 giorni dall'ammissione (Indicatore Programma Nazionale Esiti – Edizione 2015)

Target: obiettivo di miglioramento per ciascuna struttura ospedaliera rispetto alla performance 2015 e comunque non inferiore, per ciascuna struttura, al 40%.

Unitamente al miglioramento della performance nella valutazione dell'obiettivo andrà considerata l'evidenza di rivisitazione complessiva e ottimizzazione dei percorsi di assistenza al paziente infartuato, in fase post-acuta, da estendere anche alle strutture private accreditate convenzionate.

Valore 2016: **91%**

Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni

	2015				2016			
Desc Cdp	ENTRO 2 GIORNI	OLTRE 2 GIORNI	TOTALE	%	ENTRO 2 GIORNI	OLTRE 2 GIORNI	TOTALE	%
S. Chiara - Trento	438	32	470	93%	385	27	412	93%
S. Maria del Carmine Rovereto	45	11	56	80%	44	14	58	76%
Totale complessivo	483	43	526	92%	429	41	470	91%

OBT PAT N. 1. A.4: Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti di età maggiore o uguale ai 65 anni (indicatore Mes Pisa C.13a.2.2.1)

Target: massimo 27 e comunque in miglioramento rispetto al 2015

	ANNO 2015	ANNO 2016
RM muscolo scheletriche	3.485	3.173
popolazione 65 e oltre	111.291	113.496
tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche x 1.000 res	31,31	27,96

OBT PAT N. 3.A: Strategie per il recupero della mobilità passiva incrementare la capacità di soddisfare la domanda nelle aree di ORL e urologia finalizzata al recupero della mobilità passiva.

Target: Aumento dell'attività di ricovero per residenti del 5 % /anno

Cod Mdc	Desc Mdc	Ricoveri residenti 2015	Ricoveri residenti 2016	% variazione
3	MALATTIE E DISTURBI DEL L'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	2.445	2.622	7,2%
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	2.487	2.571	3,4%
12	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1.217	1.267	4,1%

Oltre agli indicatori specifici del MES S. Anna di Pisa legati agli obiettivi PAT, nell'ambito dell'obiettivo dell'Appropriatezza sono stati inseriti altri indicatori che misurano l'attività di ricovero e ambulatoriale delle Unità Operative del SOP.

Nella tabella qui sotto troviamo gli indicatori relativi all'attività ospedaliera anno 2016

	GIORNATE DI DEGENZA (ORDINARIA)	GIORNATE DI DEGENZA (DAY HOSPITAL)	NUMERO DIMESSI (DEGENZA ORDINARIA)	NUMERO DIMESSI (DAY HOSPITAL)	VALORE DRG
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	194.126	35.048	25.113	10.146	151.310.948
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	84.247	6.451	12.221	3.234	54.522.994
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	15.338	3.270	2.402	1.345	10.616.591
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	18.376	2.145	2.248	1.108	9.670.114
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	23.664	3.829	3.804	1.545	14.391.697
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	25.962	4.076	2.374	1.555	10.802.185
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	15.334	1.852	2.172	712	8.771.323
TOTALE	377.047	56.671	50.334	19.645	260.085.853

	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	28.848	8.072	1,15	0,80	84,29%	129,62%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	12.235	2.429	1,00	0,75	83,33%	118,15%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2.527	1.260	1,05	0,94	68,89%	139,74%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2.348	895	1,04	0,81	74,04%	103,13%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	3.572	1.296	0,94	0,84	88,81%	92,04%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2.354	1.363	0,99	0,88	82,71%	78,38%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2.289	640	1,05	0,90	79,27%	89,04%
TOTALE	54.174	15.954	1,08	0,81	86,02%	105,80%

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

L'attività del Dipartimento di Prevenzione si fonda sull'attuazione del Piano Provinciale per la Prevenzione 2015-2018, il presente Piano risponde ad un duplice mandato, nazionale e provinciale; da un lato è stato redatto in coerenza con le indicazioni del Piano nazionale della prevenzione, dall'altro è collegato strettamente con la proposta del Piano per la salute del Trentino 2015-2025, di cui rappresenta una prima applicazione operativa. Il PPP che si articola nelle seguenti principali attività:

Realizzazione delle azioni 2016 previste dal Piano Provinciale della Prevenzione: Sistemi di Sorveglianza: Conduzione interviste PASSI; Conduzione rilevazione Okkio alla salute

Sono state effettuate dai Servizi Igiene e Sanità Pubblica n. 501 interviste PASSI. E' stata conclusa la quinta edizione di Okkio alla salute; è stata monitorata l'attività di raccolta dati e sono stati inseriti i dati nella piattaforma messa a disposizione dall'ISS entro i tempi stabiliti (30 giugno). E' stato redatto il report HBSC e i risultati sono stati divulgati nella conferenza stampa del 17 marzo 2016

E' stato predisposto e diffuso il Catalogo di Offerta Formativa di Educazione alla Salute per l'anno scolastico 2016\17 e messa a disposizione sul portale web www.apss.it e sul portale www.vivoscuola.it. E' stata effettuata la raccolta delle adesioni degli Istituti scolastici: con il Dipartimento della Conoscenza è stata definita una linea di indirizzo provinciale per la strategia "Scuola che Promuove Salute".

Sono stati attivati i percorsi nelle scuole aderenti per l'anno scolastico 2016/2017 come da determina del Direttore del Dipartimento di Prevenzione n. 1110/2016.

E' stato verificato il rispetto degli standard c/o gli Istituti aderenti al Progetto "Scuola che promuove la salute": sono stati valutati 4 Istituti Scolastici in fase di test del Manuale degli Standard.

E' in fase di conclusione da parte dei vari Servizi territoriali, il Progetto di prevenzione primaria cardiovascolare con chiamata attiva dei 50enni ("**CARDIO 50**") (7431 invitati 96%).

E' stato attuato come da pianificazione il progetto "Referente di reparto per la promozione della salute e del benessere (RPSB)".

E' stato realizzato il Piano della comunicazione web e web2.0: produzione dei materiali di Unità di apprendimento: Realizzati 5 moduli di formazione: Sistemi di Sorveglianza (OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'argento).

Screening oncologici: Garantire o migliorare i livelli di estensione ed adesione agli screening oncologici. Adottare un percorso per soggetti a rischio eredo-familiare per screening mammografico

Sono state attuate attività per sensibilizzare la popolazione straniera verso i programmi di screening presso Centri EdA, Consultori e Associazioni (n. 14 incontri totali).

Sono stati predisposti e distribuiti i materiali multilingue. Sono state predisposte e inviate all' ONS le Survey, con il calcolo degli indicatori di estensione e adesione per l'anno 2015.

Per l'identificazione e la gestione dei soggetti a rischio eredo-familiare per il tumore della mammella, è applicato un protocollo concordato tra Servizio di Senologia, Laboratorio (Servizio di genetica) e U.O. di Oncologia medica

Ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie: Sorveglianza delle malattie infettive prioritarie; Promozione dell'immunizzazione attiva; Promozione dell'uso consapevole degli antibiotici; Prevenzione e Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza

Nel corso del 2016 il sistema PREMAL per la segnalazione dei casi di malattia infettiva ,è stato alimentato regolarmente dai Servizi di Igiene e sanità pubblica territoriali. Sono state calcolate le coperture vaccinali annuali e semestrali. Da ottobre 2016 è stata data attuazione al Nuovo Piano provinciale di promozione delle vaccinazioni come da Delibera di G.P. n. 293 del 4 marzo 2016. Da novembre 2016 è stata promossa ed effettuata la campagna di vaccinazione antinfluenzale. Sono state adottate le procedure aziendali di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie tramite i laboratori e dell'esito del trattamento antitubercolare: "Procedura aziendale per la sorveglianza dell' esito del trattamento antitubercolare" (approvata febbraio 2016). "Procedura aziendale di sorveglianza delle malattie infettive prioritarie tramite i Laboratori" (approvata ottobre 2015).

Per quanto riguarda le azioni di monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero, sono stati elaborati dalle Farmacie Ospedaliere di Trento e di Rovereto report periodici a cadenza quadrimestrale sul

consumo dei singoli prodotti antibiotici e dal Servizio Farmaceutico aziendale il report annuale sul consumo in ambito territoriale.

Rafforzare le attività di prevenzione in Sicurezza Alimentare: Piani di controllo e di monitoraggio integrati; Collaborazione tra ospedali, laboratori di diagnostica, sorveglianza umana e laboratori nel settore alimentare veterinario; Completamento dei sistemi anagrafici.

E' stato predisposto il Piano dipartimentale integrato per la sicurezza alimentare (gruppo di lavoro "Sicurezza alimentare e sorveglianza nutrizionale"), approvato con determina del Direttore del Dipartimento di Prevenzione ed è stato condiviso con il Servizio formazione il percorso formativo "Approfondimento del pacchetto igiene", realizzato in data 6, 7, 8 aprile 2016. Sono stati formati 49/68 incaricati del controllo ufficiale (72%). E' inoltre stato programmato il Corso di qualificazione per auditor su OSA per i seguenti giorni: 19,20,30,31 gennaio e 1 febbraio 2017.

Prevenzione Screening HPV: E' stato completato il trasferimento delle attività di screening per la prevenzione del cervico-carcinoma dall'Anatomia Patologica di Trento a Rovereto e degli inviti al Coordinamento screening (luglio 2016). Sono stati coinvolti i Distretti per le attività di competenza: predisposizione agende inviti su appuntamento per HPV test. E' stato predisposto dal Servizio sistemi informativi il nuovo software per il primo livello. E' stato predisposto il documento "Il nuovo programma di screening di diagnosi precoce del carcinoma del collo dell' utero con test HPV", (dicembre 2016); l' avvio del test HPV è previsto per il mese di febbraio 2017. Sono stati realizzati due corsi monotematici per gli operatori sanitari (18 giugno e 17 settembre 2016). sono state pianificate e avviate alcune delle attività previste dal piano della comunicazione.

Gli obiettivi PAT 2016: Gli obiettivi PAT 2 A, 2 B e 2C sono stati declinati ed è stata effettuata in particolare la seguente attività.

Per l' obiettivo 2.A.1 "Ospedali e Comunità amici dei bambini" sono state attuate le seguenti attività: per l'Ospedale di Trento:

- costituzione del Comitato permanente BFHI: (delibera APSS 402/2015);
- mantenimento della formazione prevista da standard Unicef;
- monitoraggio delle conoscenze e competenze degli operatori (interviste agli operatori);
- monitoraggio dei tassi di allattamento alla dimissione e degli standard BFH.

E' stato coinvolto il Distretto Centro Nord per la promozione del programma Baby Friendly Community. Per gli altri punti nascita di Rovereto, Cles e Cavalese, sono stati costituiti il Comitato provinciale allattamento materno e i gruppi di Comitati di progetto BFH locali; è stata avviata la formazione degli operatori secondo gli standard OMS/Unicef.

Per l' obiettivo P.A.T. 2.A.2 "Aziende che promuovono salute", è stato adattato alla realtà territoriale locale un analogo progetto realizzato in altra Regione. E' stato predisposto un "manuale" da implementare con il contributo delle imprese. Il progetto è in corso e si concluderà entro il 1° semestre 2017.

Per l'obiettivo 2 B è stato realizzato in data 6, 7, 8 aprile 2016 il Percorso di approfondimento sugli "elementi informativi comuni" previsti dalle Linee guida per il funzionamento del controllo ufficiale del 7 febbraio 2013: sono stati formati 49/68 incaricati del controllo ufficiale (72%) ed è stato programmato il Corso di qualificazione per auditor su OSA per i seguenti giorni 19,20,30,31 gennaio e 1 febbraio 2017).

Per l'obiettivo 2 C "Vaccinazioni", è stato garantito il monitoraggio annuale e semestrale delle coperture vaccinali e sono state espletate le attività propedeutiche per avviare la chiamata attiva per i nuovi vaccini.

Alcuni indicatori relativi all'attività del Dipartimento di Prevenzione:

ATTIVITA'	2015	2016
NUMERO TOTALE DI VACCINAZIONI	149.122	164.095
COPERTURA VACCINALE ANTINFLUENZALE NEI SOGGETTI >= 65 ANNI (IN %)	50,9	54,1
COPERTURA VACCINALE ANTIMORBILLO AL COMPIMENTO DEL 24° MESE DI VITA (IN %)	84,5	87,5
COPERTURA VACCINALE ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE B AL COMPIMENTO DEL 24° MESE DI VITA (IN %)	91,9	92,4
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE POTABILI	5.812	5.598
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE DI BALNEAZIONE	530	542
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE SUPERFICIALI	610	609
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ALIMENTI UFFICIALI	1.349	1.244
TOTALE DETERMINAZIONI TOSSICOLOGIA UMANA	59.314	63.631
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE DI TOSSICOLOGIA AMBIENTALE	94	70
VIGILANZA SUI CANTIERI EDILI (SOPRALLUOGHI ESEGUITI)	660	560
NUMERO DI SOPRALLUOGHI A CARATTERE ISPETTIVO IN AMBIENTE DI LAVORO	2.015	2.060
NUMERO DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI	265	248
NUMERO COMPLESSIVO DI VISITE MEDICHE	60	57
NUMERO DI INIZIATIVE DI INFORMAZIONE	15	20
AREA SANITA' ANIMALE		
NUMERO REGISTRI CARICO/SCARICO CONTROLLATI	1.398	1.316
NUMERO DI CAPI CONTROLLATI CON PROVE UFFICIALI PER BRUCELLOSI BOVINA	34.752	6.958
AREA IGIENE DEGLI ALIMENTI		
NUMERO COMPLESSIVO DI CARCASSE SOTTOPOSTE A ISPEZIONE POST-MORTEM	91.910	92.951
NUMERO COMPLESSIVO DI DETERMINAZIONI PIANO RESIDUI E FITOSANITARI *	213	240
CAMPIONI DI MIDOLLO ALLUNGATO PER TEST RAPIDO ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI**	1.168	1.052
NUMERO DI AZIENDE/STRUTTURE RICONOSCIUTE SOTTOPOSTE A CONTROLLO UFFICIALE AI SENSI DEL REG. (CE) 882/2004	162	160