

RELAZIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE
ESERCIZIO DI BUDGET 2015

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 2015 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 dicembre 2014 con la predisposizione delle **"Direttive di budget 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:

- **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,...);
- **rilevanza**: numero limitato di obiettivi ed indicatori realmente significativi, monitorabili e coerenti ai diversi livelli; effettivo coinvolgimento dei responsabili di CdR attraverso una condivisione puntuale delle informazioni e una costruzione partecipata di obiettivi, piani di attività e risultati attesi; per alcuni obiettivi maggiormente complessi e di rete è prevista l'attivazione di alcuni gruppi di lavoro supportati dai servizi centrali (cd. Project Work)
- **integrazione**: collegamento tra AOF, dipartimenti e tecnostrutture e analisi dei risultati e azioni correttive in itinere in una logica collaborativa e di supporto.

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 2015:

CONTENUTO	OBIETTIVO	ATTIVITA'	ASSEGNAZIONE
A. Piano di miglioramento e obiettivi PAT	1. Governo della rete	Monitorare lo stato di attuazione del Piano di Miglioramento attraverso indicatori specifici da elaborare mensilmente	SOP Dipartimento di Prevenzione
	2. Appropriatelyzza	Sviluppare azioni per migliorare i livelli di appropriatezza negli ambiti: farmaceutica, specialistica, accesso alle strutture ospedaliere	Distretti Dipartimento di prevenzione
	3a. Mobilità passiva	Incremento degli indicatori di attività selezionati rispetto ai ricoveri a maggior impatto sulla mobilità passiva	Strutture ospedaliere Dipartimento ortopedico neuroscienze (per oculistica)
	3b. Mobilità passiva	Sviluppare azioni per migliorare il saldo di mobilità nel proprio ambito disciplinare	Strutture ospedaliere Dipartimenti ospedalieri Dipartimenti territoriali
	4. Rete chirurgica	Consolidare le azioni previste per la realizzazione della rete chirurgica (DS/WS, soglie di attività, piattaforma CUP, chirurgia ortopedica, utilizzo terapia intensiva...)	Strutture ospedaliere Dipartimento chirurgico ortopedico materno-infantile

CONTENUTO	OBIETTIVO	ATTIVITA'	ASSEGNAZIONE
	5. Soglie di attività	Definire le soglie minime di struttura e di operatore in alcuni ambiti selezionati	Dipartimento diagnostica per immagini Dipartimento oncologico (Anatomia patologica) Dipartimento Neuroscienze (ORL, Oculistica, Maxillo-facciale) Dipartimento chirurgico (Gastro, Urologia) Dipartimento materno infantile (Chirurgia pediatrica)
	6. Day Service	Passaggio al regime ambulatoriale: tunnel carpale, stripping, ernia inguinale, cataratta	Strutture ospedaliere Dipartimento chirurgico ortopedico
	7. Lungodegenza	Gestione degli accessi alla lungodegenza in integrazione con il territorio e in modo unificato per struttura ospedaliera (escluso Trento) da parte di un "bed manager"	Strutture ospedaliere Dipartimento riabilitazione lungodegenza
	8. Protocolli riabilitativi	Monitorare il rispetto dei protocolli riabilitativi (riabilitazione cardiologica e neuromotoria) nelle strutture aziendali e accreditate	Area di Governance (+ report mensile a Consiglio di direzione) Dipartimento riabilitazione e lungodegenza e dipartimento cardiovascolare
	9. Diagnostica per immagini	Mantenere i volumi di produzione 2014 e monitorare il rispetto dei protocolli per l'effettuazione della RMN (ginocchio e rachide lombare) attraverso analisi del report fornito dal dipartimento	SOP
	10. Area materno infantile	Estensione del progetto attualmente in sperimentazione nell'ambito delle Giudicarie per la presa in carico delle gravidanze fisiologiche	Strutture ospedaliere Tione, Cavalese, Borgo e Arco, Distretti
	11. Programma Nazionale Esiti (PNE)	Realizzare iniziative di miglioramento nelle aree che presentano, nel PNE, indicatori critici rispetto alla media nazionale	Dipartimento medico, cardiovascolare, infantile
	12. Assistenza sanitaria di base	Realizzare il progetto di attivazione della AFT	Distretti
	13. Modelli di cura integrati	Consolidare i percorsi e strumenti d'integrazione socio sanitaria avviati nel 2014 per la presa in carico delle persone con bisogni complessi	Distretti
	14. Rete assistenziale demenza	Concludere e consolidare il progetto di continuità assistenziale per l'anziano affetto da demenza	Distretti + UU.OO. Geriatria e Neurologia + UO PSI 3+SSI+AREA SISTEMI DI GOVERNANCE
	15. Residenzialità psichiatrica	Completare l'attivazione della residenzialità psichiatrica (nucleo RSA)	Distretto EST (UO PSI 3), dipartimento salute mentale
	16. Migliorare la salute mentale ed il benessere in età evolutiva	Elaborare una proposta di sviluppo degli strumenti di valutazione attualmente in uso e dei processi di presa in carico a partire dalle diverse iniziative già intraprese: collaborazione con residenze socio educative, progettualità utenti 14-21a (...)	Dipartimento salute mentale Distretti Ospedale di Trento

CONTENUTO	OBIETTIVO	ATTIVITA'	ASSEGNAZIONE
	17. Monitoraggio consumi RSA	Realizzazione sistema di monitoraggio integrato da parte di un gruppo di lavoro interdistrettuale	Sistemi di governance Sistemi di gestione Distretti
	18. Assistenza protesica	Ottimizzazione del sistema di gestione del riciclo degli ausili a livello aziendali: sperimentazione del riciclo di ausili finora non riutilizzati; sperimentazione di modalità alternative di gestione della manutenzione/sanificazione	Distretto C/N
	19. Area Prevenzione e promozione della salute	Assicurare il supporto alla realizzazione del Piano provinciale prevenzione e delle attività	Dipartimento Prevenzione
B. Ottimizzazione risorse/servizi	1. Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	tutti
	2. Razionalizzazione	Individuazione di almeno un'area di intervento per ridurre il livello dei consumi (choosing wisely, spesa farmaceutica, dispositivi, prestazioni..) a partire da una revisione critica degli attuali protocolli di trattamento	tutti i dipartimenti
C. Progettualità sostenibile	1. Dispositivi medici	Formalizzare il processo di "Governo dei dispositivi medici" (dalla prescrizione, acquisizione, distribuzione fino all'utilizzo) nell'ottica di garantirne la tracciabilità	Area Sistemi di Gestione
	2. 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, obiettivi PAT ...)	tutti

Particolare attenzione, infine, è stata posta all'attuazione degli **obiettivi specifici assegnati all'Azienda dalla Giunta provinciale** (Del. G.P. n 508 del 30 marzo 2015) così definiti:

Obiettivo 1.A: Miglioramento del saldo negativo di mobilità sanitaria interregionale

1A.1 assicurare il miglioramento del saldo di mobilità in particolare per i ricoveri riferiti agli MDC 8 (malattie e disturbi del sistema muscolo- scheletrico) e MDC 2 (malattie e disturbi dell'occhio), rispetto al 2013;

1A.2 assicurare il miglioramento del saldo di mobilità in particolare per le branche specialistiche della Radiologia diagnostica e dell'oculistica, rispetto al 2013

AREA D'INTERVENTO N. 2: ASSISTENZA OSPEDALIERA E TERRITORIALE

Obiettivo 2.A: Miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza dell'attività ospedaliera

Obiettivo: raggiungimento di target specifici:

2.A.1. Appropriatezza delle prestazioni mediche ospedaliere:

- 1) **Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con oltre 64 anni** (indicatore MES Pisa C14.4): massimo 4%

2.A.2. Appropriatelyzza delle prestazioni dei reparti chirurgici:

- 1) **Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari** (indicatore MES Pisa C4.1.1): massimo 14%.
Riferimento: Patto per la Salute 2010-2012 - Allegato 3 "Indicatori di appropriatezza organizzativa".
- 2) **Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di stripping vene, ogni 100.000 residenti e standardizzato per età** (indicatore MES Pisa C18.6): massimo 100

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

- 1) **Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione** (indicatore MES Pisa C5.2.): 70% nel 2015.
Inoltre, detta percentuale non potrà essere inferiore al 50% in nessun Ospedale del Servizio Sanitario Provinciale.
Riferimento: Patto per la Salute 2010-2012 - Allegato 3 "Indicatori di appropriatezza organizzativa".

In accordo con le Linee Guida del Budget 2015, presentate nel Comitato Direttivo del 16 dicembre 2014 e successivi, si sono svolti gli incontri tra i Direttori responsabili di area e struttura ed i rispettivi Responsabili di CdR; tali incontri sono stati conclusi nel termine previsto di marzo per i CDR territoriali, del Dipartimento di Prevenzione e delle Tecnostrutture ed entro il 15 giugno per i CDR ospedalieri. Sono stati, quindi, definiti ed assegnati alle Unità Operative ed ai Servizi gli obiettivi e le risorse per il loro raggiungimento, mediante la sottoscrizione di apposita scheda, con la specificazione che gli stessi devono essere intesi come i programmi di attività per tutte le componenti professionali appartenenti al Centro di Responsabilità.

Sono state predisposte **176** schede di budget per un totale complessivo di **1.794** obiettivi negoziati, con una media di **10** obiettivi per scheda. Gli obiettivi pesati (ai quali è stato associato un punteggio ai fini della retribuzione di risultato) sono stati **1.303**; gli obiettivi non pesati, ma necessari comunque per una valutazione complessiva dei risultati raggiunti dal CdR, sono stati **481**. 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 2015

AREA	OB. PESATI	OB. NON PESATI	TOTALE
SOP_SERVIZI CENTRALI	26	1	45
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	362	30	374
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	138	91	229
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	32	15	47
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGIO VALSUGANA	42	14	56
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	55	6	61
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	46	7	53
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	36	17	53
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	162	138	300
DISTRETTO CENTRO-NORD	86	22	108
DISTRETTO CENTRO-SUD	66	22	88
DISTRETTO EST	33	27	60
DISTRETTO OVEST	26	11	37
AREA ECONOMICA	17	9	26
AREA TECNICA	39	1	40
SISTEMI DI GESTIONE	17	5	22
SISTEMI DI GOVERNANCE	61	31	92
SVILUPPO ORGANIZZATIVO	35	9	44
STAFF	24	25	49
TOTALE	1.303	481	1.784

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'	INDICATORE
Appropriatezza	Sviluppare azioni per migliorare i livelli di appropriatezza negli ambiti: farmaceutica, specialistica, accesso alle strutture ospedaliere	Indicatori specifici
Mobilità passiva	Incremento degli indicatori di attività selezionati rispetto ai ricoveri a maggior impatto sulla mobilità passiva	Piano di attività Indicatori specifici
Mobilità passiva	Sviluppare azioni per migliorare il saldo di mobilità nel proprio ambito disciplinare (Annotazioni e commenti: Obiettivo assegnato ai Dipartimenti che deve essere supportato dalle Direzioni di Struttura.)	Metriche selezionate tra quelli già rilevate nel database MOBILITA' (Qlik) - in allegato - monitoraggio semestrale
Rete chirurgica	Consolidare le azioni previste per la realizzazione della rete chirurgica (DS/WS, soglie di attività, piattaforma CUP, chirurgia ortopedica, utilizzo terapia intensiva...) (Annotazioni e commenti: Obiettivo da realizzare in coordinamento con il Dipartimento Chirurgico, Ortopedico e Materno infantile.)	Indicatori specifici in foglio separato
Day Service	Passaggio al regime ambulatoriale: tunnel carpale, stripping, ernia inguinale, cataratta (Annotazioni e commenti: Obiettivo da realizzare in coordinamento con il Dipartimento Chirurgico, Ortopedico e U.O. di Oculistica)	Indicatori specifici in foglio separato
Programma Nazionale Esiti (PNE)	Realizzare iniziative di miglioramento nelle aree che presentano, nel PNE, indicatori critici rispetto alla media nazionale	pianificazione e attuazione
Realizzazione Attività Dipartimentale	Contribuire alla progettualità dipartimentale per il raggiungimento dei risultati richiesti al dipartimento. (Soglie di attività, Lungodegenza, PNE, Mobilità passiva, razionalizzazione...)	Piano delle attività
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
Razionalizzazione	Individuazione di almeno un'area di intervento per ridurre il livello dei consumi (choosing wisely, spesa farmaceutica, dispositivi, prestazioni...) a partire da una revisione critica degli attuali protocolli di trattamento	Elaborazione di una proposta con indicatori di processo e/o risultato da attuare nel secondo semestre
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

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE
Governo della rete	Monitorare lo stato di attuazione del Piano di Miglioramento attraverso indicatori specifici da elaborare mensilmente (vedi dettaglio)	Report sul set di indicatori previsti (*)
Appropriatezza	Sviluppare azioni per migliorare i livelli di appropriatezza negli ambiti: farmaceutica, specialistica, accesso alle strutture ospedaliere	Metriche selezionate tra quelli già rilevate nel MeS / S.Anna di Pisa (in foglio separato) - monitoraggio semestrale
Area Prevenzione e promozione della salute	Assicurare il supporto alla realizzazione del Piano provinciale prevenzione e delle attività	Indicatori specifici (screening oncologici, ISP, attività dirigenti medici, ...)
Piani di sviluppo organizzativo (interazione Dipartimento Prevenzione/Distretti - POF)	Partecipare alle attività dei gruppi di lavoro dipartimentali istituiti dalla Direzione e previsti dal POF	Documenti di sintesi dei compiti assegnati. Attuazione azioni di miglioramento definite dai gruppi.
Piano di miglioramento APSS 2013-2015.	Consolidamento degli interventi di sanità pubblica per la sicurezza alimentare e a favore di una corretta alimentazione nella popolazione (Obiettivo PAT n 5/2013) - Armonizzare le procedure di controllo sugli OSA riguardo agli stabilimenti di competenze miste (medici-veterinari)	Programmazione operativa dei controlli da effettuare negli stabilimenti a competenza mista
Pubblicità e trasparenza della gestione	Assicurare l'attuazione ed il monitoraggio delle azioni previste dal piano triennale di prevenzione della corruzione nella propria Area	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base del piano approvato
Raggiungimento dell'accreditamento istituzionale e volontario	Assicurare il supporto richiesto dalle attività di accreditamento istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica (OHSAS 18001 e EFQM)	Conseguimento dei programmi di accreditamento previsti Aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi
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
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, obiettivi PAT ...)	pianificazione e controllo dei progetti e delle attività

DISTRETTI

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE
Appropriatezza	Sviluppare azioni per migliorare i livelli di appropriatezza negli ambiti: farmaceutica, specialistica, accesso alle strutture ospedaliere	Metriche selezionate tra quelli già rilevate nel MeS / S.Anna di Pisa (in foglio separato) - monitoraggio semestrale
Area materno infantile	Estensione del progetto attualmente in sperimentazione nell'ambito delle Giudicarie per la presa in carico delle gravidanze fisiologiche	n. gravidanze prese in carico con le nuove modalità sul totale delle gravidanze prese in carico
Assistenza protesica	Ottimizzazione del sistema di gestione del riciclo degli ausili a livello aziendali: sperimentazione del riciclo di ausili finora non riutilizzati; sperimentazione di modalità alternative di gestione della manutenzione/sanificazione	Progettazione conclusa
Assistenza sanitaria di base	Realizzare il progetto di attivazione della AFT	pianificazione e attuazione (almeno 1 per distretto)
Migliorare la salute mentale ed il benessere in età evolutiva	Elaborare una proposta di sviluppo degli strumenti di valutazione attualmente in uso e dei processi di presa in carico a partire dalle diverse iniziative già intraprese: collaborazione con residenze socio educative, progettualità utenti 14-21a (...)	Studio di fattibilità comprensivo degli indicatori
Modelli di cura integrati	Consolidare i percorsi e strumenti d'integrazione socio sanitaria avviati nel 2014 per la presa in carico delle persone con bisogni complessi	Indicatori individuati nel piano di azione elaborato nel 2014 (Project Work)
Monitoraggio consumi RSA	Realizzazione sistema di monitoraggio integrato da parte di un gruppo di lavoro interdistrettuale	reportistica
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, obiettivi PAT ...)	pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Residenzialità psichiatrica	Completare l'attivazione della residenzialità psichiatrica (nucleo RSA)	Indicatori di attuazione previsti nel piano (STATO DELL'ARTE DEL PROGETTO A GENNAIO)
Rete assistenziale demenza	Concludere e consolidare il progetto di continuità assistenziale per l'anziano affetto da demenza	Condivisione dati di valutazione e progettualità tra UVA e PUA (N casi valutati PUA/n casi valutati UVA) Stato attuazione PDTA
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

AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO

Appropriatezza attività formativa	Promuovere la pratica interprofessionale nella formazione d'aula e di tirocinio e mettere a disposizione competenze per la realizzazione di progetti di miglioramento all'interno dei servizi sanitari	Tirocini e seminari interprofessionali Messa a disposizione di competenze, elaborazione di materiali e aggiornamenti per la realizzazione di progetti di miglioramento della qualità assistenziale o di riorganizzazione dei servizi
Assicurare la pianificazione delle attività formative da realizzare nel biennio 2015-2016	Predisporre il Piano per la formazione continua 2015-2016	Deliberazione di approvazione del Piano
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	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base del piano approvato
Borse di studio	Approvare il Regolamento delle borse di studio coordinandolo con il fondo unico aziendale per al gestione delle donazioni	Nuova gestione delle borse di studio
Contribuzioni studentesche	Assicurare appropriatezza nell'utilizzo dei fondi derivanti dalle contribuzioni studentesche	Realizzazione di progetti approvati dal CTO di miglioramento qualità didattica utilizzo fondi come forma di risparmio per la didattica corrente Copertura acquisto/rinnovo tecnologie o attrezzature didattiche
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	Riunioni 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	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base del piano approvato
Coordinamento azioni di razionalizzazione (Piano di miglioramento 2013-2015)	Supportare la realizzazione delle iniziative: 1. riduzione delle postazioni di continuità assistenziale e riassegnazione del personale; 2. prosecuzione sperimentazione sistemi GPS per gestione dati delle missioni;	In presenza degli atti provinciali di attivazione degli obiettivi: 1. Numero e individuazione delle sedi di CA non più operative; 2. Documento per controlli dati GPS;
Informatizzazione del Piano formativo sul portale ecm.trento ai fini dell'accREDITamento ECM	Rivedere il percorso interno di accREDITamento ECM delle attività formative	Informatizzazione del Piano sul portale ecm.trento e numero attività formative accREDITate
Legge di stabilità 2015	Azioni finalizzate al rispetto dei limiti di spesa e turn over/sostituzioni al 40% fissati dalla DGP 2372/14 e costante monitoraggio dell'andamento della spesa del personale	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 in materia di spesa del personale
Mantenimento dell'accREDITamento istituzionale e volontario	Assicurare il supporto richiesto dalle attività di accREDITamento EFQM, OHSAS 18001 e Joint Commission International	Mantenimento dei programmi di accREDITamento

Miglioramento del benessere organizzativo aziendale	Garantire il supporto nelle azioni definite dalla convenzione con l'Università degli studi di Trento nell'ambito della conciliazione; supportare l'azione del CUG e della Consigliera di fiducia sul fenomeno del mobbing	Risposta a richieste di collaborazione
Miglioramento del benessere organizzativo aziendale	Promuovere azioni di sviluppo volte al miglioramento del benessere organizzativo aziendale	Coordinamento delle azioni di sviluppo
Mobilità volontaria in ambito aziendale	Verificare la tenuta del nuovo sistema di gestione di mobilità volontaria; garantire la gestione della mobilità intrasede e di allocazione interna e supervisionare le modalità di gestione	Verballi di mobilità intrasede
Nuova modalità di gestione delle attività seminariali	Gestione diretta, o con il supporto della segreteria unificata di CFC o esterna all'APSS, di tutte le attività seminariali presenti nel Piano o promosse direttamente dalle UUOO	Numero seminari gestiti direttamente dal Servizio Formazione e numero seminari gestiti con supporto di altra segreteria
Omogeneizzazione delle procedure	Confronto con gli uffici territoriali e definizione di procedure omogenee	Sia per il personale dipendente che per il personale convenzionato: almeno 3 procedure condivise, almeno 6 videoconferenze su tematiche specifiche
Prima fase applicativa di Passweb	Costituzione di un primo data base contributivo nell'applicativo	Posizioni contributive storicamente complete
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, obiettivi PAT ...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Progetti aziendali	Assicurare il supporto richiesto dalla pianificazione dei progetti trasversali di valenza aziendale Consiglio di Direzione e provinciale Realizzare le azioni previste dal Piano triennale della formazione degli Operatori del SSP 2014/17	Realizzazione delle attività formative previste dal piano Gestione Open day e il test di ammissione ai CdL Attivazione scambi a livello Europeo per formazione, ricerca (obiettivo PAT Collaborare nella riprogettare la funzione e riorganizzazione del servizio bibliotecario Aziendale (obiettivo PAT)
Progetti di formazione continua	Realizzare progetti di formazione continua rivolti a docenti, tutor e supervisori delle sedi di tirocinio nell'area - educazione alla salute - tutorato e insegnamento clinico - didattica - aggiornamento professionale	Valutazione fabbisogno Coinvolgimento parti sociali Progettazione di almeno 1 corso per area
Pubblicità e trasparenza della gestione	Assicurare il monitoraggio delle azioni previste dal piano della trasparenza	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base del piano approvato
Raggiungimento dell'accREDITAMENTO istituzionale e volontario	Assicurare il supporto richiesto dalle attività di accREDITAMENTO istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica	Conseguimento dei programmi di accREDITAMENTO previsti
Realizzazione del progetto TAO	Coordinare le attività amministrative, informatiche e di formazione correlate al progetto TAO della medicina generale	Realizzazione dei risultati richiesti dal progetto: informazione ai Distretti, coordinamento processi informatici e informativi

Revisione piano di studio OSS	Rivedere e aggiornare piano di studio OSS e programmi in risposta a nuovi bisogni assistenziali (anziano fragile, disabilità,...) e funzioni(assistente di studio di assistenza primaria, assistente termale, supporto segretariale alle attività assistenziali)	Elaborazione con le parti sociali di nuovo piano di studio e raccolta programmi disciplinari
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi
Servizio "Stage e tirocinio"	Dare attuazione al nuovo servizio "stage e tirocinio" incardinato all'interno del polo universitario (Obiettivo APSS)	Elaborazione entro aprile procedure e flowchart di applicazione regolamentare per stage curriculari sanitari, non sanitari e estivi Costruzione di Costruzione FAQ per utenza Integrazione dei flussi informativi e collaborazione tra i servizi coinvolti
Tirocini	Garantire l'applicazione del nuovo regolamento in materia di tirocini e frequenze; attivare i tirocini nelle diverse tipologie previste dal regolamento per il personale dirigenziale e non dirigenziale	Attività di collaborazione con la P.O. Gestione Tirocini

AREA TECNICA

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE
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 della concessione, di approvazione della progettazione e di avvio dei lavori	verifiche periodiche
Attuazione piano (interventi, forniture beni e servizi) in funzione delle risorse	Attuazione del piano acquisti e appalti dell'anno 2015	verifiche periodiche
Avvio dell'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
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 (Annotazioni e commenti: Lo scopo è aumentare la focalizzazione sui clienti interni (la linea) semplificandone la vita)	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	Rispetto degli obiettivi assegnati
	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,...)
	Supportare la realizzazione delle iniziative assegnate ai singoli servizi della propria Area nel Piano di Miglioramento 2013-2015: razionalizzazione interventi extra contratti di manutenzione apparecchiature elettromedicali, razionalizzazione apparecchiature elettromedicali inserite nei contratti di manutenzione	Realizzazione dei risultati richiesti per il 2015 sulla base del piano approvato
	Supportare la realizzazione delle iniziative assegnate ai singoli servizi della propria Area nel Piano di Miglioramento 2013-2015: Razionalizzazione parco ecotomografi	Realizzazione dei risultati richiesti per il 2015 sulla base del piano approvato
Definizione piano (interventi, forniture beni e servizi) in funzione delle risorse	Revisione e definizione dei piani di acquisti e appalti dell'anno 2015	Sottoposizione Piano ad approvazione entro termine
Definizione piano (interventi, forniture beni e servizi) in funzione delle risorse	Supporto alla PAT per programmazione edilizia nuova Legislatura e revisione del piano edilizia sanitaria	pianificazione approvata
Efficientamento delle procedure di acquisto	Collaborare con Servizio Programmazione Acquisti e Logistica nell'attività di aggregazione della domanda di beni attraverso collaborazioni con altre	verifiche periodiche

	amministrazioni - istituzione delle relazioni con i soggetti aggregatori	
E-procurement	Acquisti sotto-soglia attraverso le centrali di acquisto (Consip - ME.PA. - ME.PAT)	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, obiettivi PAT ...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Pubblicità a trasparenza della gestione	Assicurare l'attuazione ed il monitoraggio delle azioni previste dal piano triennale di prevenzione della corruzione nella propria Area	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base del piano approvato
Pubblicità e trasparenza della gestione	Assicurare l'attuazione ed il monitoraggio delle azioni previste dal piano triennale di prevenzione della corruzione nella propria Area	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base del piano approvato
Raggiungimento dell'accreditamento istituzionale e volontario	Assicurare il supporto richiesto dalle attività di accreditamento istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica	Garantire le procedure e i flussi informativi necessari all'ottenimento delle certificazioni aziendali obbligatorie e volontarie
Razionalizzazione	Supportare le attività assegnate ai dipartimenti/strutture per l'individuazione d'interventi di riduzione dei consumi (choosing wisely, spesa farmaceutica, dispositivi, prestazioni..) a partire da una revisione critica degli attuali protocolli di trattamento	Analisi degli acquisti per le principali categorie di beni sanitari
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

AREA SISTEMI DI GESTIONE

Consolidamento dell'infrastruttura tecnologica e dei servizi IT	Impostare un piano per il rinnovo del data center APSS, in sinergia con gli indirizzi ed i piani di realizzazione del DCUT; Attuare le attività pianificate, in base alle risorse assegnate in sede di approvazione	Pianificazione comprensiva dei costi / benefici Livello di attuazione del piano
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	Modalità operative
Coordinamento Area di Tecnostruttura	Supportare il consolidamento di modalità condivise di gestione trasversale dell'Area, in particolare nell'attività di analisi e controllo dettagliato dei contratti esterni e degli investimenti in soluzioni informatiche	Livello del contributo al coordinamento di AREA

	secondo l'approccio e gli schemi già in uso.	
Dispositivi medici	Formalizzare il processo di "Governo dei dispositivi medici" (dalla prescrizione, acquisizione, distribuzione fino all'utilizzo) nell'ottica di garantirne la tracciabilità	Processo modellato attraverso una sperimentazione di un software
Evoluzione funzionale SIO	Proseguire nell'attività di sviluppo del SIO assicurando il rispetto dei piani di lavoro	Realizzazione dei risultati richiesti sulla base della pianificazione aggiornata
Implementazione delle soluzioni informatiche	Mantenere il processo di raccolta, analisi e valutazione esplicita e condivisa con le parti interessate delle richieste di miglioramento/evoluzione delle soluzioni informatiche e dei conseguenti piani di rilascio per i maggiori applicativi	1. Pianificazione aggiornata; 2. Monitoraggio attuato
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
Mantenimento livelli di servizio	Garantire il costante monitoraggio di efficienza dell'infrastruttura e dei sistemi IT al fine di assicurare la continuità dei servizi	Reportistica e analisi dei dati di monitoraggio;
Monitoraggio consumi RSA	Realizzazione sistema di monitoraggio integrato da parte di un gruppo di lavoro interdistrettuale	Reportistica
Nuovi modelli di Sanità Integrata (eHealth)	Analizzare e modellare nuovi scenari di Sanità Integrata (per l'integrazione socio sanitaria, per lo sviluppo delle cure intermedie, per l'interoperabilità con il territorio...), anche attraverso l'esperienza dei progetti di eHealth intrapresi a livello provinciale	Documentazione dei modelli e dei sistemi analizzati/sviluppati
Portafoglio Progetti di APSS	Assicurare il supporto richiesto dalla pianificazione dei progetti trasversali di valenza aziendale individuati dal Consiglio di Direzione (Portafoglio progetti)	Pianificazione e monitoraggio periodico del portafoglio progetti, con relativa comunicazione
Prevenzione della corruzione	Assicurare il monitoraggio delle azioni previste dal piano triennale di prevenzione della corruzione per le attività assegnate ad SSI	Realizzazione dei risultati richiesti al SSI nel Piano triennale di prevenzione della corruzione a partire dalla lista delle misure ad alta priorità, non sempre implementate
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, obiettivi PAT ...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Razionalizzazione	Individuazione e attuazione di iniziative per l'ottimizzazione del valore dell'IT (es. riduzione costi a parità di servizio) anche attraverso il benchmarking e l'analisi dei modelli di settore	1. Pianificazione aggiornata; 2. Monitoraggio attuato

Razionalizzazione	Supervisione e monitoraggio del processo di Governo dell'IT, dalla rilevazione dei macrobisogni alla pianificazione e attuazione di iniziative per l'ottimizzazione della spesa e dei servizi ICT	Strumenti di pianificazione e di monitoraggio
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi
Sistemi di analisi (BI/DWH)	Ottimizzare la distribuzione delle informazioni, in modo da fornire alle parti interessate (AOF, TS, Dipartimenti) le analisi per il miglioramento delle performance nel proprio ambito - in una logica "push"	Disponibilità di un insieme minimo di report standard rispondente alle necessità essenziali dei vari ambiti della gestione (Comitato, Dipartimenti, TS)
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
Supporto al cambiamento diffuso	Assicurare il supporto ai gruppi di lavoro per la realizzazione degli obiettivi maggiormente complessi e trasversali assegnati alla Linea	Livello di realizzazione degli interventi rispetto ai piani
Supporto alla programmazione aziendale	Coordinare il programma e la relazione sulla gestione aziendale, assicurando uno sviluppo coerente dei diversi approcci e strumenti di programmazione anche in coerenza con i modelli di qualità integrata adottati da APSS (EFQM)	Tempi e qualità dei contributi

AREA ECONOMICA

Adempimenti fiscali	Redazione, trasmissione e gestione delle dichiarazioni fiscali, garantendo il presidio ed aggiornamento della documentazione di supporto	Corretta redazione ed invio delle dichiarazioni
Attivazione fatturazione elettronica nel ciclo passivo	Assicurare le attività e le iniziative idonee a migliorare l'efficienza del processo	Aquisizione e contabilizzazione delle fatture in formato elettronico
Azioni di prevenzione della corruzione previste dal PTPC	Assicurare le attività e le azioni previste dal PTPC per la prevenzione della corruzione	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base del piano approvato
Certificazioni qualità	Assicurare gli adempimenti per il mantenimento della certificazione del bilancio	Mantenimento certificazione
Coordinamento Area di Tecnostruttura	Gestione centralizzata riscontro richieste di cessione credito e interessi moratori	Note a firma Direttore SGS
Dematerializzazione dei processi amministrativi	Assicurare le attività e gli adempimenti per l'avvio della fatturazione elettronica entro il 31 marzo	Aquisizione e contabilizzazione delle fatture in formato elettronico

Documenti di bilancio	Collaborare con S.F.B.C. alla stesura dei documenti di bilancio (Bilancio d'Esercizio, Bilancio di Previsione, Precunsuntivi, Bilancio di Missione)	Redazione documenti nei termini di legge
Gestione centralizzata certificazione crediti DM Economia ed attivazine Flussi vs/PCC	Garantire l'evasione delle richieste di certificazione dei crediti e supporto alla software house per il corretto invio dei Flussi vs/PCC	Utilizzo piattaforma PCC
Innovazione dei processi	Assicurare gli adeguamenti del sistema contabile per consentire la corretta gestione dello split payment	Adeguamento sistema contabile
Innovazione dei processi	Assicurare gli adempimenti necessari al recepimento dei nuovi principi contabili previsti dal D.Lgs. 118/2011 in collaborazione con i Servizi provinciali	Predisposizione circolare e nuovo piano dei conti
Piano di Miglioramento	Assicurare l'attuazione ed il monitoraggio delle azioni previste per l'Area di competenza dal Piano di Miglioramento	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base del piano approvato
Processi di audit interno	Definire ed applicare i processi di verifica/audit, con particolare riguardo al monitoraggio del PTPC	Esecuzione attività di audit
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, obiettivi PAT ...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Progetto assicurativo	Assicurare le attività necessarie alla efficiente ed efficace gestione dei sinistri in franchigia	documentazione attività del CVS e CVS ristretto e transazioni concluse
Pubblicità e trasparenza della gestione	Assicurare gli adempimenti in capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base della normativa vigente
Pubblicità e trasparenza della gestione	Assicurare l'attuazione ed il monitoraggio delle azioni previste dal piano aziendale sulla trasparenza	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base della normativa vigente
Riesame ed aggiornamento sistema di gestione della privacy	Formazione dei Responsabili del trattamento dei dati e loro referenti rispetto a ruoli e responsabilità. Aggiornamento e diffusione dei documenti aziendali inerenti i ruoli e le responsabilità dei destinatari dell'obiettivo.	Formazione (numero partecipanti rispetto a Responsabili e referenti). Documenti aziendali aggiornati inerenti i ruoli e le responsabilità.
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi

AREA SISTEMI DI GOVERNANCE

Accesso dei cittadini a prestazioni farmaceutiche complesse	Definizione percorsi personalizzati e appropriati di accesso a farmaci che presentano particolare complessità	Richieste prese in carico/ pervenute
Accesso dei cittadini all'assistenza farmaceutica aggiuntiva	Valutazione delle richieste di assistenza farmaceutica aggiuntiva e coordinamento dell'apposito gruppo di lavoro	Richieste valutate/ pervenute
Acquisizione e fornitura servizi	Garantire la gestione dei contratti di fornitura da e per enti terzi relativi a consulenze attive, passive e cessioni di servizio	Contratti e adeguamento software
Anagrafe assistibili e assistenza stranieri	Revisione degli indirizzi e direttive per la gestione amministrativa dell'anagrafe provinciale (fusione dei comuni) e dell'assistenza sanitaria agli stranieri presenti in PAT	Documentazione
Applicazione del day service ambulatoriale	Diffusione linee guida e sviluppo del day service. Eventuale individuazione di ulteriori "pacchetti ambulatoriali complessi"	Diffusione indirizzi applicativi riguardanti il day service
Appropriatezza prescrittiva in medicina generale	Monitoraggio delle performance dei singoli MMG rispetto agli indicatori PAT di appropriatezza	Elaborazione dati 2014 e calcolo degli obiettivi raggiunti dai singoli MMG
Appropriatezza prescrittiva in medicina generale	Reportistica periodica integrata (assistenza farmaceutica/ specialistica/ ricoveri) per i MMG - Progetto ARNO-Medici on line	N. Report trimestrali on line
Appropriatezza prescrittiva nelle RSA	Comparazione costi dei medicinali per categorie terapeutiche omogenee	Invio indicazioni aggiornate alle RSA
Appropriatezza prescrittiva nelle RSA	Coordinamento Tavolo di lavoro permanente per la definizione di linee guida/ raccomandazioni sulle terapie farmacologiche	N. documenti di indirizzo prodotti
Appropriatezza prescrittiva nelle RSA	Reportistica periodica sul rispetto del budget assegnato alle RSA per farmaci e dispositivi medici	N. report trimestrali inviati alle RSA
Assegno di cura	Supporto alle UO Cure primarie dei distretti nella gestione uniforme del processo di erogazione dell'assegno di cura. Mantenimento sistema strutturato per il monitoraggio sistematico degli indicatori di processo e di esito dell'intervento. Collaborazione al monitoraggio in integrazione con servizio sistemi informativi e distretti.	Analisi trimestrale degli indicatori di monitoraggio.
Assistenza aggiuntiva/indiretta e compartecipazione alla spesa da parte del cittadino	Supporto all'elaborazione e revisione dei documenti di indirizzo inerenti l'assistenza aggiuntiva/indiretta e la compartecipazione alla spesa (ticket ricetta specialistica, sistema ICEF per la retta RSA/Istituti speciali e per l'odontoiatria)	Tempi e qualità dei contributi

Autorizzazione e accreditamento istituzionale	Definizione e realizzazione del piano per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale, anche sulla base delle indicazioni dell'Assessorato	Definizione iniziale e monitoraggio periodico del piano (stato di avanzamento)
Continuità terapeutica ospedale-territorio	Dare applicazione alle direttive PAT sulla distribuzione diretta e per conto (nuovo accordo triennale)	Predisposizione e invio direttive aziendali a farmacie e prescrittori
Continuità terapeutica ospedale-territorio	Disciplinare la prescrizione di farmaci inseriti nel PHT anche prevedendo specifici percorsi diagnostico-terapeutici	N. direttive per l'integrazione specialista-MMG/PLS
Continuità terapeutica ospedale-territorio	Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci del PHT, in particolare: nuovi anticoagulanti orali, antiaggreganti (ticagrelor/ prasugrel), somatropina, teriparatide	Piani terapeutici valutati/ pervenuti
Controllo di qualità sui flussi correnti materno infantili ospedalieri	Acquisizione e controllo dei dati correnti. Invio dei dati alle strutture sovraordinate provinciali e nazionali secondo le modalità e le scadenze previste, controllo sistematico dei dati inviati, controllo semestrale della compatibilità,	Dati controllati ed inviati alle scadenze. Revisione linee guida operative gestionali inerenti a Cedap, Abortività spontanea, IVG, ivg terapeutiche.
Controllo di qualità sui flussi correnti materno infantili ospedalieri	Elaborazioni dati per i report annuali standard ed i report periodici di approfondimento: Aborti Spontanei, IVG parto in casa, Natimortalità, gravidanzae nelle adolescenti.	Redazione della relazione annuale su natalità, abortività volontaria e spontanea, malformazioni congenite. Redazione report di approfondimento: gravidanze adolescenti e Neonato Trentino.
Definizione di modelli di case management in ambito ospedaliero e territoriale	Progettazione della fase sperimentale negli ambiti individuati, effettuazione della formazione ai team, costruzione degli strumenti assistenziali ed educativi	documento di progetto e report delle varie fasi
Definizione/revisione e implementazione PDTA	Coordinamento delle attività di revisione dei PDTA sulla base delle indicazioni della Provincia e della Direzione aziendale	nr percorsi approvati
Degenza e specialistica convenzionata: appropriatezza	Estendere alle strutture convenzionate e all'ambito della mobilità interregionale le condizioni operative di svolgimento dell'attività di degenza e dell'attività specialistica ambulatoriale secondo le soglie minime volumi di attività chirurgica	Presenza nei contratti delle soglie minime volumi attività chirurgica e ambulatoriale (cataratta, stripping, tunnel carpale)
Degenza e specialistica convenzionata: razionalizzazione spesa	Attuazione degli indirizzi provinciali inerenti l'Intesa PAT-AIOP,ARIS,ANISAP triennio 2015-2017 (volumi e tariffe) relative a degenza, specialistica ambulatoriale, prestazioni termali, assistenza odontoiatrica	Monitoraggio contratti
Edilizia sanitaria	Supporto alla Direzione con valutazioni tecnico-sanitarie per la programmazione edilizia anche in relazione alle attività correlate al Nuovo Polo ospedaliero del Trentino.	Documenti di valutazione tecnico-sanitaria; momenti di condivisione/supporto/ programmazione
Elaborazione di percorsi clinici in ambito neuroriabilitativo	Assicurare il supporto alla ideazione e/o revisione dei percorsi di neuroriabilitazione e per i disturbi della deglutizione	Report delle varie fasi
Farmacia dei servizi	Monitoraggio intensivo degli effetti avversi legati a farmaci innovativi (PHT) in distribuzione presso le farmacie territoriali - Progetto farmaci più Sicuri	Segnalazioni dei cittadini inserite nella rete nazionale/ segnalazioni pervenute

Fondo integrativo sanitario	Supporto tecnico alla PAT nella definizione dei criteri per la sanità integrativa (Rapporto Pensplan-Sanifond)	Tempi e qualità dei contributi
Garanzia della qualità dei servizi aggiuntivi erogati dalle farmacie convenzionate	Completamento delle attività previste dal progetto "Farmacia dei servizi"	Disponibilità dei documenti inerenti le specifiche progettuali
Governo della sperimentazione clinica	Autorizzazione (o diniego) allo svolgimento di sperimentazioni cliniche e ricerche osservazionali in ambito provinciale	Sperimentazioni e ricerche autorizzate (o non)/ valutate dal Comitato etico
Governo della sperimentazione clinica	Segreteria tecnico-scientifica del Comitato etico per la sperimentazione clinica e la ricerca osservazionale	Sperimentazioni e ricerche valutate/ pervenute
Implementare rete assistenziale demenza	Supportare i distretti nell'implementazione della rete con particolare riferimento agli interventi socio sanitari	Indicatori relativi alla assistenza domiciliare per le persone con demenza (ADPD)
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
Mantenimento flusso ASL delle schede di morte (copia asl delle schede ISTAT)	Recupero della seconda copia delle schede ISTAT di morte dai Distretti per decessi nel primo anno di vita e decessi per suicidio	Mantenimento dell'attuale standard di qualità compilativa e della completezza delle schede
Miglioramento qualità della documentazione sanitaria	Implementazione del sistema di monitoraggio della qualità della documentazione clinica, in particolare SDO.	Incontri della Commissione aziendale. Documenti prodotti
Migliorare la salute mentale ed il benessere in età evolutiva	Elaborare una proposta di sviluppo degli strumenti di valutazione attualmente in uso e dei processi di presa in carico a partire dalle diverse iniziative già intraprese: collaborazione con residenze socio educative, progettualità utenti 14-21a (...)	Studio di fattibilità comprensivo degli indicatori
Mobilità internazionale	Inserimento nel proprio Servizio della nuova attività per la gestione dell'assistenza transfrontaliera e gestione dei regolamenti di assistenza UE e Paesi bilaterali	Indirizzi e supporto tecnico ai Distretti a seguito dell'introduzione di novità normative
Modelli di cura integrati	Consolidare i percorsi e strumenti d'integrazione socio sanitaria avviati nel 2014 per la presa in carico delle persone con bisogni complessi	Indicatori individuati nel piano di azione elaborato nel 2014 (Project Work)
Monitoraggio consumi RSA	Realizzazione sistema di monitoraggio integrato da parte di un gruppo di lavoro interdistrettuale	Report
Monitoraggio degli screening oncologici	Collaborazione/confronto con UUOO interessate (Gastroenterologia, Anatomia patologica, senologia) coinvolte negli screening oncologici di popolazione e con Dipartimento prevenzione	Predisposizione rapporti annuali (report adesione/estensione e news letter) e Survey Parte I-II (rilevazioni delle Associazioni scientifiche)

Monitoraggio del Piano provinciale di prevenzione	Monitoraggio tramite il Cedap della % di gestanti suscettibili vaccinate con vaccino MPR al punto nascita nel quadro del progetto " Migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio"	Indicatori previsti dal Piano Provinciale della Prevenzione (DGP 14/01/2011 n. 13)
Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica	Rapporto annuale sull'uso dei farmaci in Trentino	Pubblicazione del Rapporto
Monitoraggio dell'assistenza farmaceutica	Registri di monitoraggio AIFA - gestione del sistema autorizzativo alla prescrizione dei farmaci e attività connesse al ruolo di Referente Regionale	Registri attivati/ previsti
Monitoraggio dell'incidenza del diabete mellito giovanile	1. Acquisizione e controllo dei flussi informativi correnti (Schede di segnalazione/esenti ticket/ SDO/Mortalità) 2. Implementazione del nuovo gestionale con il Supporto dei Sistemi Informativi. Controllo ed inserimento dei dati su supporto magnetico 3. Invio dei dati al Centro di coordinamento nazionale del RIDI 4. Elaborazione dei dati 5. Formazione nuovo dirigente medico	% dati / schede
Monitoraggio incidenza dei Tumori tramite la gestione del Registro tumori di popolazione	Acquisizione e controllo dei flussi informativi correnti, analisi dei dati, calcolo dei tassi e degli indicatori, collaborazioni con istituzioni e studi di approfondimento.	Redazione Report di aggiornamento 2007-2008. Avvio della raccolta della casistica 2009-2010
Monitoraggio incidenza dei Tumori tramite la gestione del Registro tumori di popolazione	Reingegnerizzazione del sistema gestionale del registro tumori attraverso la sperimentazione, implementazione del nuovo gestionale	Messa a regime del nuovo gestionale, formazione degli operatori alle nuove procedure
Monitoraggio stato di salute del bambino tramite le schede pediatriche 12 mesi e 6 anni	1. Acquisizione e controllo del database 2. Implementazione delle elaborazioni 3. Realizzazione del report 4. Formazione nuovo dirigente medico	% dati controllati
Prestazioni all'utenza	Collaborare con la PAT e i Servizi interni per le attività inerenti: ricetta specialistica dematerializzata (Progetto provinciale 2014), nuovi LEA nazionali e provinciali (malattie rare)	Tempi e qualità dei contributi
Prevenzione e gestione del rischio clinico	Attività del Comitato GRC. Proseguimento attività di formazione. Sviluppo della scheda di incident reporting	Incontri con i referenti ospedalieri. Eventi formativi programmati
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, obiettivi PAT ...)	Pianificazione e controllo dei progetti e delle attività
Progetto di continuità assistenziale per l'anziano con demenza	Concludere il progetto di continuità assistenziale per l'anziano con demenza e collaborare alla gestione dell'audit clinico sul processo di inquadramento diagnostico	Audit effettuato
Progetto Sorveglianza suicidio per Dipartimento di Salute Mentale	Raccogliere i dati di mortalità. Predisporre report da inviare al Servizio Salute Mentale.	Report mortalità

Promozione HTA	Consolidamento dell'utilizzo sistematico della metodologia HTA nell'introduzione di nuove tecnologie. Produzione nuovi report	Report HTA Proposte di formazione
Prosecuzione delle attività di collaborazione alla rete Osservasalute	Partecipazione ai lavori del gruppo, revisione periodica dei materiali, predisposizione del report finale per quanto riguarda la provincia di Trento più la scheda regionale commentata	Rapporto finale "Osserva Salute" e Scheda regionale commentata
Protocolli riabilitativi	Monitoraggio del rispetto dei protocolli riabilitativi (riabilitazione cardiologica e neuromotoria) nelle strutture aziendali e accreditate	Produzione report
PUA e UVM: supportare le azioni di miglioramento	Realizzare le azioni previste dal piano di miglioramento in riferimento alla messa a regime dei PUA (obiettivi TER01B)	Livello di conseguimento dei risultati previsti nel piano di miglioramento
Qualità del servizio farmaceutico offerto ai cittadini	Vigilanza su farmacie, parafarmacie, distribuzione intermedia	N. ispezioni
Raggiungimento dell'accreditamento istituzionale e volontario	Assicurare il supporto richiesto dalle attività di accreditamento istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica	Conseguimento dei programmi di accreditamento previsti
Razionalizzazione spesa Istituti socio sanitari	Monitoraggio dei contratti in essere relativi a strutture psichiatriche B, C, strutture per tossicodipendenti e altre strutture (disturbi alimentari, Aids, art. 26, ...) ed elaborazione degli indirizzi operativi per le RSA	Documenti e dati di monitoraggio
Registro Protesi Anca	Miglioramento della qualità della registrazione dei dati degli interventi di protesi d'anca, sviluppo dei criteri di controllo dei dati e trasferimento dati presso l'ISS di Roma	Censimento criticità di registrazione presso le U.O. di Ortopedia Pubbliche. Redazione del primo report di attività del registro: 2010-2012
Relazioni con la Provincia	Garantire il contributo tecnico-sanitario richiesto dalla Provincia su tematiche specifiche individuate dalla Direzione	Attività richieste dalla Direzione/proposte dall'Area
Rete cure palliative e terapia antalgica	Coordinamento funzioni per l'implementazione della rete	Evidenze fasi di lavoro (incontri, ecc.)
Rete per la ricerca clinica	Progetto Ricerc@ - gestione sito internet dedicato a Comitati etici, ricercatori e cittadini	Aggiornamento del sito internet sui temi individuati tramite attività di networking
Rete provinciale di farmacovigilanza	Inserimento nella rete nazionale di farmaco-vigilanza delle segnalazioni di sospetta reazione avversa ai farmaci (ADR) e predisposizione feed back per segnalatore	Segnalazioni di ADR inserite nella rete nazionale/ segnalazioni pervenute.
Rete provinciale per le malattie rare	Valutazione delle richieste di accesso dei cittadini all'assistenza farmaceutica aggiuntiva	Richieste valutate/ pervenute

Revisione di percorsi clinici in ambito riabilitativo muscolo-scheletrico	Assicurare il supporto alla ideazione e/o revisione dei percorsi di riabilitazione ortopedico-traumatologica e riabilitazione domiciliare	Report delle varie fasi
Ridefinizione della rete per la residenzialità in post-acuzie ospedaliera e territoriale	Analisi dei bisogni della fase post acuta (lungodegenza, riabilitazione, residenzialità estensiva, assistenza domiciliare), revisione dell'offerta e individuazione strumenti per la gestione della rete	Evidenze fasi di studio (incontri, ecc.)
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi
Sistema dei controlli ed autorizzazioni	Garantire il supporto alla Commissione di vigilanza sull'attività di degenza convenzionata per acuti e le attività autorizzative relativamente al sistema GRU (gestionale GPS, assistenza aggiuntiva e indiretta, anagrafe assistibili,...)	Tempi e qualità dei contributi
Supporto alla DISS nella applicazione delle direttive PAT e aziendali in materia di I.S.S.	Predisporre le comunicazioni interne ed esterne, 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.
Supporto allo sviluppo di progettualità aziendale specifiche (Villa Rosa)	Proseguimento delle attività di supporto al trasferimento e accentrimento delle funzioni di riabilitazione e di altre attività specialistiche nel presidio Villa Rosa	fasi attuate nei tempi definiti
Sviluppare il sistema informativo per le attività territoriali	Contribuire alla definizione dei requisiti funzionali e tecnici e all'attività di analisi di strumenti e sistemi	Report delle varie fasi
Sviluppare la rete delle Cure Palliative Pediatriche	Supportare le parti coinvolte nell'attività formativa e organizzativa	Report delle varie fasi
Utilizzo dei dati di mortalità disponibili per aggiornamento reportistica	Elaborazione dati di mortalità per la reportistica di approfondimento	Report sulla mortalità evitabile, aggiornamento Atlante di mortalità. Report aggiornato sul suicidio e sulla mortalità infantile.
Valutazione annuale screening ortottico ai 4 anni	Ottimizzare le tabelle di output in Qlik view dell'archivio sullo screening ortottico. Completare formazione ortottista all'assemblaggio dei dati per la reportistica standard, avviare formazione di un dirigente medico	Report completo per le coorti di nascita 2008 e 2009
Valutazione delle tecnologie sanitarie	Assicurare la manutenzione dei prontuari farmaceutici in uso in APSS secondo i principi dell'HTA	Aggiornamento del Prontuario terapeutico ospedaliero e del Prontuario terapeutico RSA

STAFF

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE
Coinvolgimento del personale nei programmi di attività e nella valutazione dei risultati	Coinvolgere il personale del servizio nelle attività legate al conseguimento, mantenimento o rinnovo di certificazioni di qualità/sicurezza a livello aziendale e di servizio (JCI, ISO 9001, OHSAS 18001, EFQM)	Attestati delle attività (verbali delle riunioni di servizio, documenti)
Collaborazione con i soggetti accreditati	Stesura degli accordi contrattuali	Definizione dei parametri contrattuali
Collaborazione e consulenza in ambito di valutazione e gestione dei rischi	Coordinamento e sviluppo delle attività di valutazione approfondita dei rischi igienistici (chimico, movimentazione carichi, biologico, radiazioni, fisico, stress lavoro correlato) in qualità di referenti aziendali secondo gli obiettivi fissati per il 2015	DVR, indagini ambientali, risposte a segnalazioni di rischio, elaborazione di percorsi formativi
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	Monitoraggio trimestrale
Favorire attività formative interne tese al miglioramento "diffuso" dei processi	Promuovere / partecipare a progetti di formazione (FR, FSC, FAD) dedicati allo sviluppo e miglioramento del servizio	Relazione specifica
Garantire i sopralluoghi agli ambienti di lavoro previsti dal D. Lgs. 81/2008 e ss.mm.	Visite obbligatorie agli ambienti di lavoro ai sensi dell'art. 25 del D. Lgs. 81/2008 e ss.mm. In accordo con la SMC	Verbali delle visite
Garantire il miglioramento continuo del sistema di gestione della sicurezza dei lavoratori	Inizio della riprogettazione del sistema sulla base del nuovo gestionale (software) in fase di acquisto da parte dell'APSS	Gestione documentale e anagrafica personale APSS
Garantire il miglioramento continuo del sistema di gestione per la qualità del MC	Mantenimento della certificazione ISO 9001 per la Struttura del Medico Competente	verbale di mantenimento della certificazione ISO 9001
Garantire il miglioramento continuo del sistema di gestione per la qualità del SPP	Mantenimento della certificazione ISO 9001, integrandola con la certificazione OHSAS 18001	Verbale verifica ispettiva di terza parte dell'ente certificatore
Garantire il supporto al Sistema Sicurezza dei Lavoratori certificato BS OHSAS 18001.	Regia, coordinamento, attuazione delle attività di competenza e collaborazione con le strutture interessate per le attività richieste per il rinnovo della certificazione OHSAS 18001	Verbali degli incontri, manuale, procedure, moduli e loro applicazione, supporto al riesame
Garantire il supporto per la formazione sul rischio incendio e le simulazioni antincendio	Docenza nei corsi antincendio (sia nuovi, sia di retraining) e collaborazione nella progettazione delle simulazioni, verifica degli esiti sulla base dei verbali di rendicontazione	Attestati delle docenze, verbali delle simulazioni
Garantire il supporto per la gestione delle emergenze non sanitarie negli ospedali	Collaborazione nell'inserimento dei contenuti tecnici nei piani di gestione delle emergenze non sanitarie	Piani di gestione dell'emergenza non sanitaria

Garantire il supporto per la verifica della formazione antincendio negli ospedali	Aggiornamento del test annuale per la verifica della formazione alla gestione dell'emergenza incendio negli ospedali dell'APSS	Test di verifica
Garantire la programmazione annuale degli interventi prioritari in materia di sicurezza	Predisposizione del Piano Aziendale per la Sicurezza e la Salute dei Lavoratori (PASSL 2015-Piano settoriale di competenza)	PASSL 2015
Garantire la verifica dell'efficacia delle misure adottate in ambienti a maggiore rischio	Collaborazione tra tecnici e medici competenti per un approccio multidisciplinare e interdisciplinare alla valutazione e gestione dei rischi specifici (igienistici) al fine del raggiungimento degli obiettivi annuali fissati (rischio da agenti biologici, chimici, compresi i gas anestetici e i farmaci pericolosi, fisici, da movimentazione dei carichi, da radiazioni ionizzanti e non ionizzanti)	Documentazione inerente la sicurezza (DVR, linee guida, protocolli, ecc.)
Garantire la verifica dell'efficacia delle misure adottate in ambienti a maggiore rischio	Consulenza tecnica per la scelta di DPI, ausili, materiali, attrezzature, ecc.	Pareri, linee guida
Garantire la verifica dell'efficacia delle misure adottate in ambienti a maggiore rischio	Monitoraggi ambientali in alcuni luoghi di lavoro dove si fa uso di sostanze pericolose, sulla base delle necessità di approfondimento di alcuni rischi. Attività che necessita del supporto di ditte esterne specializzate	Relazioni contenenti i dati dei monitoraggi
Garantire l'aggiornamento del DVR	Partecipazione alle iniziative aziendali per la valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato ai sensi del D. Lgs. 81/08 a partire dal contenuto dei Fascicoli di U.O./Servizio del DVR	Partecipazione a gruppi di lavoro, progetti specifici
Garantire l'aggiornamento del DVR	Progettazione della nuova struttura del DVR sulla base del nuovo gestionale (software) in fase di acquisto da parte dell'APSS	Bozza nuovo DVR
Garantire l'aggiornamento del DVR	Supervisione, verifica e integrazione del contenuto dei Fascicoli di U.O./Servizio del DVR. Progressiva revisione della struttura del DVR sulla base delle azioni di miglioramento indicate anche dall'ente di certificazione OHSAS 18001	Fascicoli di U.O./Servizio aggiornati
Garantire l'aggiornamento della valutazione dei rischi dei luoghi di lavoro dell' APSS	Redazione/aggiornamento del DVR incendio e di struttura di 8 strutture	DVR di struttura (DVRi, FS, SIGE)
Garantire l'espletamento delle riunioni periodiche per la sicurezza	Assistenza e partecipazione alla Conferenza dei Datori di lavoro, Conferenza ospedaliera per la sicurezza e al Comitato Direttivo (o Consiglio di Direzione)	Verbali delle conferenze, del Comitato o del Consiglio
Garantire un rapporto continuo e costruttivo con gli RLS	Attività relazionale con i RLS e momenti di informazione e formazione (aggiornamento annuale)	Verbali degli incontri, corrispondenza, attestati delle attività formative
Migliorare l'appropriatezza della domanda	Pianificare e realizzare iniziative per il miglioramento della concordanza RAO nel proprio ambito, sulla base delle linee guida RAO aggiornate e delle indicazioni del gruppo di lavoro della specialistica	% concordanza RAO

	ambulatoriale	
Ottimizzare il raggiungimento degli obiettivi mediante il coinvolgimento del personale	Coinvolgere il personale nella definizione del programma di attività del CdR e nelle fasi di monitoraggio ed analisi dei risultati conseguiti	Numero incontri
Processo di budget	Collaborazione alle attività connesse al processo di budget	Selezione indicatori e target
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, obiettivi PAT ...)	Organizzare site visit del Consiglio di Direzione per la presentazione dei dati PNE, S. Anna di Pisa e nuovi modelli organizzativi
Promozione della salute	Adesione al programma di prevenzione oncologica dell'APSS (tumore colon retto, mammella, cervice uterina)	n. counseling
Promozione HTA	Organizzare almeno un corso base di HTA in APSS	Realizzazione evento formativo
Pubblicità e trasparenza della gestione	Assicurare il monitoraggio delle azioni previste dal piano triennale di prevenzione della corruzione nella propria Area	Realizzazione dei risultati richiesti nel 2015 sulla base del piano approvato
Qualità delle prestazioni e competenza professionale	Promuovere/partecipare a progetti di formazione (FR, FSC, FAD) dedicati allo sviluppo e miglioramento delle conoscenze all'interno della Struttura	Riscontro degli eventi formativi attuati
Raggiungimento dell'accreditamento istituzionale e volontario	Assicurare il supporto richiesto dalle attività di accreditamento istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica	Conseguimento dei programmi di accreditamento previsti
Rischio clinico e incident reporting (piani di intervento)	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.	N. audit o altre iniziative
Risorse e servizi	Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate	Consumi
Supportare il SIST nell'applicazione del D. Lgs. 81/2008 e ss.mm.	Attività relative all'art. 26 del D. Lgs. 81/2008 (ditte appaltatrici di lavori e servizi): partecipazione alle riunioni di cooperazione e coordinamento convocate dal SIST per i singoli Datori di lavoro, dando le informazioni richieste sui rischi specifici e le misure adottate.	Verbali delle riunioni di cooperazione e coordinamento
Svolgere le attività previste per il MC dalla normativa vigente per APSS e per EC	Accertamenti per alcoldipendenza e assenza di tossicodipendenza (adeguamento alla Legge 125/2001 e all'Intesa Stato- Regioni del 30 settembre 2007)	n. accertamenti

Svolgere le attività previste per il MC dalla normativa vigente per APSS e per EC	Collaborazione con il datore di lavoro e con il Servizio Prevenzione e Protezione alla valutazione dei rischi (ai sensi dell'art. 25 comma 1 lettera a DL 81/2008) in aggiunta alle visite agli ambienti di lavoro, alla partecipazioni alle riunioni periodiche ex art.35 e agli audit.	n. attività svolte
Svolgere le attività previste per il MC dalla normativa vigente per APSS e per EC	Visite per sorveglianza sanitaria APSS ed Enti convenzionati (preventive, prime visite, periodiche, al rientro da malattie >60 gg) secondo le linee guida nazionali ed internazionali (ove esistenti)	n. visite

Il processo di budget si è quindi concluso con la delibera di approvazione da parte del Direttore Generale n. 291 del 30/06/2015.

REVISIONE INFRA - ANNUALE

Il 01 luglio 2015, 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 435 del 3/11/2015).

Sulla base delle indicazioni e delle modalità fornite sono stati rinegoziati **94** obiettivi su un totale di **1.784** obiettivi negoziati, riguardanti in massima parte obiettivi riferiti alle risorse. I CdR interessati sono stati **87** pari al **49,43%** del totale. (Dettaglio per area nelle Tab. 2)

Tab. 2

AREA	indicator rinegoz	TOTALE OBIETTIVI	% RICHIESTE SU TOT OBIETTIVI	NR CDR CHE HANNO PRESENTATO RICHIESTE	NR TOT CDR	% CDR RICHIEDENTI SU TOT CDR
SOP_SERVIZI CENTRALI	-	45	0,00%		6	0,00%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	39	374	10,43%	39	47	82,98%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	1	229	0,44%	1	20	5,00%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	6	47	12,77%	6	6	100,00%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	3	56	5,36%	3	8	37,50%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	5	61	8,20%	5	9	55,56%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	4	53	7,55%	4	8	50,00%
SOP_STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	4	53	7,55%	4	6	66,67%
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		300	0,00%		17	0,00%
DISTRETTO CENTRO-NORD	6	108	5,56%	6	10	60,00%
DISTRETTO CENTRO-SUD	2	88	2,27%	2	7	28,57%
DISTRETTO EST	4	60	6,67%	4	4	100,00%
DISTRETTO OVEST	1	37	2,70%	1	4	25,00%
AREA ECONOMICA	7	26	26,92%	1	3	33,33%
AREA TECNICA	5	40	12,50%	5	5	100,00%
SISTEMI DI GESTIONE	3	22	13,64%	2	2	100,00%
SISTEMI DI GOVERNANCE		92	0,00%		6	0,00%
SVILUPPO ORGANIZZATIVO	4	44	9,09%	4	5	80,00%
STAFF	-	49	0,00%		3	0,00%
TOTALE	94	1.784	5,27%	87	176	49,43%

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 2015	MODIFICA	BUDGET RIDEFINITO ANNO 2015
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 **1.749** obiettivi dei **1.784** negoziati pari al **98,04%**. Dei **1.303** obiettivi **pesati** ne sono stati conseguiti **1.295 (99,39%)** e non conseguiti **8**. Dei **563** obiettivi **non pesati**, **481** risultano conseguiti **(94,39%)** mentre ne risultano non conseguiti **27**. Nella tabella seguente (Tab. 4) vengono riportati i dati complessivi per singola area.

Tab. 4

PROSPETTO SINTETICO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ANNO 2015												
	PESATI				NON PESATI				TOTALE			
_AREA	CONSE GUITI	NON CONSEG UITI	TOT ALE	% CONSEGUIM ENTO	CONSEG UITI	NON CONSEG UITI	TOT ALE	% CONSEGUIM ENTO	CONSEG UITI	NON CONSEG UITI	TOT ALE	% CONSEGUIM ENTO
AREA ECONOMICA	15	2	17	88,24%	9		9	100,00%	24	2	26	92,31%
AREA SISTEMI DI GESTIONE	17		17	100,00%	5		5	100,00%	22	0	22	100,00%
AREA SISTEMI DI GOVERNANCE	61		61	100,00%	31		31	100,00%	92	0	92	100,00%
AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO	35		35	100,00%	9		9	100,00%	44	0	44	100,00%
AREA TECNICA	39		39	100,00%	1		1		40	0	40	100,00%
DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE	160	2	162	98,77%	137	1	138	99,28%	297	3	300	99,00%
DISTRETTO CENTRO - NORD	86		86	100,00%	22		22	100,00%	108	0	108	100,00%
DISTRETTO CENTRO - SUD	66		66	100,00%	22		22	100,00%	88	0	88	100,00%
DISTRETTO EST	33		33	100,00%	27		27	100,00%	60	0	60	100,00%
DISTRETTO OVEST	26		26	100,00%	8	3	11	72,73%	34	3	37	91,89%

SOP SERVIZI CENTRALI	40		40	100,00%	4	1	5	80,00%	44	1	45	97,78%
SOP - Borgo	42		42	100,00%	13	1	14	92,86%	55	1	56	98,21%
SOP - Arco	46		46	100,00%	6	1	7	85,71%	52	1	53	98,11%
SOP - Cavalese	32		32	100,00%	15		15	100,00%	47	0	47	100,00%
SOP - Cles	54	1	55	98,18%	6		6	1	60	1	61	98,36%
SOP - Rovereto	138		138	100,00%	80	11	91	87,91%	218	11	229	95,20%
SOP - Tione	34	2	36	94,44%	13	4	17	76,47%	47	6	53	88,68%
SOP - Trento	347	1	348	99,71%	23	3	26	88,46%	370	4	374	98,93%
STAFF	24		24	100,00%	23	2	25	92,00%	47	2	49	95,92%
TOTALE	1.295	8	1.303	99,39%	454	27	481	94,39%	1.749	35	1.784	98,04%

RISORSE

Riguardo all'utilizzo delle risorse con riferimento alle unità di personale si rileva che a fronte di un budget di **7.533,51** unità equivalenti sono state impiegate mediamente nell'anno **7.609,48** u.e. (compresi gli incarichi libero professionali) e a dicembre 2015 erano **7.610,15**. 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	52,62	53,37	52,12	0,50	1,25
AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO	134,97	134,78	134,14	0,83	0,64
AREA ECONOMICA	48,97	48,13	46,75	2,22	1,38
AREA SISTEMI DI GESTIONE	65,52	64,10	63,52	2,00	0,58
AREA TECNICA	252,98	253,45	247,43	5,55	6,02
AREA SISTEMI DI GOVERNANCE	51,76	49,16	48,31	3,45	0,85
SOP GENERALE	318,24	315,43	311,59	6,65	3,84
SOP TRENTO	2.614,57	2.604,08	2578,96	35,61	25,12
SOP ROVERETO	1.080,44	1.081,53	1070,84	9,60	10,69
SOP CAVALESE	194,69	196,08	191,77	2,92	4,31
SOP BORGIO	234,35	232,38	230,08	4,27	2,30
SOP CLES	314,99	317,11	312,56	2,43	4,55
SOP ARCO	313,77	317,43	316,21	-2,44	1,22
SOP TIONE	212,45	211,38	207,59	4,86	3,79
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	233,07	236,00	236,04	-2,97	-0,04
DISTRETTO CENTRO -NORD	410,33	417,50	417,69	-7,36	-0,19
DISTRETTO CENTRO - SUD	370,87	378,42	380,82	-9,95	-2,40
DISTRETTO OVEST	192,07	193,27	193,58	-1,51	-0,31
DISTRETTO EST	504,98	496,74	484	20,98	12,74
PAT	3,51	3,98	4,51	-1,00	-0,53
COSTI COMUNI	5,00	5,17	5	0,00	0,17
TOTALE	7.610,15	7.609,48	7.533,51	76,64	75,97

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	7.993	9.707	-1.715	-17,66	11.000	-3.007	72,66
AREA SVILUPPO ORGANIZZATIVO	22.652	26.794	-4.142	-15,46	28.000	-5.348	80,90
AREA ECONOMICA	4.701	6.739	-2.038	-30,24	8.000	-3.299	58,77
AREA SISTEMI DI GESTIONE	2.350	13.112	-10.762	-82,08	7.000	-4.650	33,58
AREA TECNICA	112.177	131.546	-19.369	-14,72	120.000	-7.823	93,48
AREA SISTEMI DI GOVERNANCE	2.530	2.947	-417	-14,15	7.000	-4.470	36,14
SOP GENERALE	448.607	463.674	-15.067	-3,25	449.100	-493	99,89
SOP TRENTO	72.690.240	70.472.347	2.217.893	3,15	71.670.900	1.019.340	101,42
SOP ROVERETO	23.950.384	23.389.189	561.195	2,40	23.511.000	439.384	101,87
SOP CAVALESE	2.987.259	3.110.438	-123.179	-3,96	2.970.000	17.259	100,58
SOP BORGO	2.643.252	2.899.893	-256.641	-8,85	2.580.000	63.252	102,45
SOP CLES	3.863.488	3.873.083	-9.596	-0,25	3.800.000	63.488	101,67
SOP ARCO	3.961.905	3.950.946	10.959	0,28	3.750.000	211.905	105,65
SOP TIONE	2.487.445	2.531.636	-44.191	-1,75	2.300.000	187.445	108,15
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	3.054.984	1.810.558	1.244.427	68,73	2.954.000	100.984	103,42
DISTRETTO CENTRO -NORD	2.660.511	2.988.631	-328.119	-10,98	2.670.000	-9.489	99,64
DISTRETTO CENTRO - SUD	4.721.986	4.392.883	329.103	7,49	4.386.000	335.986	107,66
DISTRETTO OVEST	1.336.827	1.585.834	-249.007	-15,70	1.333.000	3.827	100,29
DISTRETTO EST	3.348.487	3.627.170	-278.683	-7,68	3.364.000	-15.513	99,54
STRUTTURE ACCREDITATE	15.905	14.914	991	6,64	-	15.905	
COSTI COMUNI	44.885	6.881	38.005	552,34	26.000	18.885	172,64
	128.368.568	125.308.923	3.059.645	2	125.945.000	2.423.568	102

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 2015.

DISTRETTO CENTRO NORD

Nel 2015 il **Distretto Centro Nord** nell'ambito del piano di Miglioramento aziendale quale strumento che orienta le azioni strategiche delle strutture, sono state elaborate le proposte migliorative per il territorio, ma per l'implementazione delle stesse risultano necessari successivi atti di programmazione politico-sanitaria, non ancora emanati.

Focalizzando l'attenzione sul programma della scheda di distretto si può affermare che le azioni in esso indicate sono state realizzate anche se per molte di queste si opera su una prospettiva poliennale.

E' stato dato avvio al progetto per i disturbi della sfera cognitiva al fine di dare concreta risposta al progetto provinciale sulle demenze, anche attraverso l'individuazione di una funzione predefinita che risponda all'esigenza di attivare l'ADI-PD attraverso un coinvolgimento integrato dei PUA.

Vi è stato un impegno trasversale delle unità operative della salute mentale sul fronte delle progettualità per la salute mentale in età evolutiva con l'elaborazione nel corso dei mesi di documenti sempre più affinati sino a giungere al definitivo piano di azione, comprensivo delle priorità di intervento. Per quanto riguarda il progetto provinciale sul "benessere mentale dei bambini e adolescenti" è stato condiviso un piano di continuità per le situazioni emergenziali ed è stata definita l'approvazione di un percorso di sostegno precoce alla genitorialità.

Si è dato ampio supporto alle iniziative che perseguono l'appropriatezza assistenziale in RSA, finalizzate al governo della spesa e alla creazione di percorsi centrati sulle reali esigenze degli ospiti, mediante tavoli di confronto tra operatori sanitari aziendali e delle RSA, in condivisione anche con gli altri distretti. Realizzando una vera e propria governance dell'assistenza con convergenza sugli indicatori di esito uniformi.

Sul fronte dell'ottimizzazione dell'uso di risorse si registra da un lato l'ultimazione delle procedure amministrative per realizzare il migliore utilizzo possibile di presidi e ausili tramite ulteriori azioni di sanificazione e dall'altro l'implementazione di progetti di tele-consulenza che consentono di gestire online la funzione prescrittiva nel campo dell'ausiliazione delle RSA, in collaborazione con il Presidio di Villa Rosa.

Per quanto attiene alle dipendenze patologiche è iniziata una riflessione rivolta ai rapporti tra la struttura aziendale e il privato accreditato operante sul territorio al fine di giungere a soluzioni maggiormente efficaci e sostenibili; si sta perseguendo un maggiore incardinamento della funzione SerD all'interno del complessivo meccanismo che opera sulle aree di fragilità, tramite utilizzo di strumenti valutativi integrati.

L'UO delle Cure Primarie è stata particolarmente impegnata nel consolidamento dei percorsi di integrazione socio-sanitaria sia nella fase di progettazione delle iniziative che direttamente nella fase attuativa (progetti di vita indipendente e percorsi sperimentali sulla fragilità dell'anziano).

Per quanto riguarda l'UO Cure Palliative, il progetto di cure simultanee oncologiche palliative è stato portato avanti regolarmente sia a Trento che a Rovereto in modo sistematico che su altri centri minori con diversa cadenza. Altre iniziative riguardano la rete SLA, l'attività formativa in cure palliative pediatriche, attività presso gli Hospice aziendali, e l'estensione alle RSA della progettualità in cure palliative, finalizzata a colmare un gap assistenziale caratterizzato da una insufficiente presa in carico di pazienti aventi diritto.

Nell'ambito della medicina legale, si registra un incremento delle prestazioni attribuibile agli accertamenti di invalidità civile di 1° istanza, per assegno di cura per riconoscimento della causa di servizio, mentre in riduzione sono gli accertamenti per il collocamento mirato al lavoro e per le patenti di guida.

Rispetto al budget economico complessivo, assegnato al distretto, si può affermare che l'obiettivo di rimanere entro le soglie assegnate è stato conseguito. Altri obiettivi che testimoniano una oculata amministrazione delle risorse sono: i risparmi sulle spese di invio in strutture extra-provinciali ex art.26/833 e quelli conseguiti per effetto di piccole revisioni normative suggerite dal distretto alla Provincia su alcune voci dell'assistenza aggiuntiva.

DISTRETTO CENTRO SUD

Nel corso del 2015 il Distretto Centro Sud ha complessivamente raggiunto gli obiettivi assegnati.

Si sono registrate delle criticità nell'ambito della Psichiatria a seguito della carenza imprevista di personale della dirigenza medica e dell'area delle professioni sanitarie, condizione che ha reso difficoltoso il conseguimento e il mantenimento degli standard di attività richiesti. Per quanto riguarda il settore della salute mentale nel suo complesso, vi è stata una buona integrazione tra le U.O. di Psicologia, NPI, e Psichiatria 4 e 5 del Distretto stesso.

L' UO di Cure Primarie ha portato a termine gli obiettivi assegnati, qualche difficoltà si registra per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per diabete e il tasso di amputazioni maggiori per diabete che non hanno rispettato il raggiungimento completo a causa del fatto che la diffusione del PDTA sul diabete mellito e la condivisione dello stesso tra medicina specialistica e MMG è avvenuta nel secondo semestre del 2015.

Si rileva che l'Area delle Professioni Sanitarie ha lavorato molto nell'ambito della sicurezza sul lavoro, mettendo a punto alcune procedure e revisionandone altre sugli infortuni, sul rischio biologico, sulla sicurezza degli operatori sanitari e dei pazienti e sul "Incident Reporting".

DISTRETTO OVEST

Nel corso del 2015 il Distretto Ovest è stato particolarmente coinvolto nel dare applicazione alle Direttive nell'ambito dell'Integrazione socio-sanitaria, attraverso una collaborazione tra UU.OO. e Servizi sociali della Comunità di Valle.

E' stata data piena attuazione al piano anticorruzione, alle norme su privacy e sulla tempistica di conclusione dei procedimenti amministrativi, organizzando periodiche riunioni.

Il Distretto ha partecipato attivamente ai Progetti Aziendali:

- Obiettivi PAT 2Ee 2F;
- Certificazione OHSAS,
- EFQM;
- Project Work
- Piano anticorruzione
- Privacy e Sicurezza.

Nell'ambito delle cure primarie è stato implementato il PDTA per le persone affette da demenza, è stato organizzato un importante percorso formativo per il personale PUA_UVM finalizzato ad identificare i casi e a migliorare i percorsi specifici, coinvolgendo i MMG e i Servizi Sociali.

Per il miglioramento dell'integrazione tra gli specialisti del Dipartimento di Salute Mentale, l'appropriatezza degli invii e delle prese incarico congiunte, sono stati effettuati numerosi incontri con la NPI per migliorare l'identificazione diagnostica e il trattamento dei disturbi dello spettro autistico. La condivisione tra servizi interni e servizi sociali ha consolidato le buone collaborazioni tra servizi, contribuendo a condividere aree critiche del processo UVM che necessitano di miglioramento.

Da ricordare anche il progetto sperimentale di residenzialità leggera all'interno delle Canoniche messe a disposizione dalla Curia, che ha preso avvio nel primo semestre.

L'organizzazione degli audit tra Servizi (Cure Primarie, Psichiatria, NPI, Servizio sociale), è stata presidiata predisponendo specifici strumenti per ottimizzare gli incontri e favorire la definizione di un verbale condiviso, individuando le strategie di miglioramento da attuare.

I sistemi informatici utilizzati dagli operatori sanitari del Distretto sono regolarmente alimentati e riguardano: SIT (raccolta dati delle cure domiciliari), ATLANTE (raccolta dati UVM-PUA-Assegno di cura), IPPOCRATE (vaccini), ARKIMEDE (dati FKT).

Anche l'attività di supporto amministrativo per la struttura ospedaliera è stata costantemente presidiata nel rispetto delle richieste e delle scadenze.

Per quanto riguarda le risorse, grazie ad una integrazione al budget assegnato, è stata effettuata una redistribuzione economica interna che ha portato le UU.OO. ad un sostanziale rispetto dell'assegnato 2015.

DISTRETTO EST

Nel corso del 2015 il Distretto Est ha raggiunto gli obiettivi assegnati, i singoli Responsabili hanno documentato il lavoro svolto, non segnalando criticità specifiche.

Principali obiettivi a valenza distrettuale:

- Progetto per la presa in carico delle gravidanze fisiologiche (Area Materno Infantile): l'obiettivo ha richiesto una riprogettazione degli spazi e la ricerca di sinergie fra gli operatori del CF e i medici ginecologici specialisti ambulatoriali; a Borgo sono state messe a disposizione le ostetriche con funzioni di "tutor" e a Cavalese e Pergine sono state aperte le agende di attività ostetrica. L'obiettivo risulta raggiunto.
- Estensione a tutti gli ambiti del distretto della buona pratica per la prescrizione dei presidi e materiali di medicazione già operativo sull'ambito Alta Valsugana; il lavoro svolto ha permesso un adeguato libelli di standardizzazione dei consumi, sebbene l'aumento costante della popolazione anziana trentina e delle patologie croniche rappresentino variabili indipendenti, ma correlate in modo diretto al consumo di tali presidi.
- Monitoraggio consumi RSA: avviare azioni per il monitoraggio della spesa; il Distretto ha promosso azioni di contenimento, coinvolgimento e razionalizzazione, svolgendo riunioni periodiche con i Direttori delle strutture ed i loro medici coordinatori. Le RSA del Distretto sono in linea il budget assegnato, con alcune difficoltà dovute all'elevato carico assistenziale legato alla presenza di pazienti SLA o affetti da demenza.
- Risorse e servizi: il dato relativo ai consumi evidenzia un trend in linea con il budget assegnato e l'obiettivo risulta conseguito.
- Appropriatezza dei livelli di attività nelle cure domiciliari; i dati evidenziano una riduzione dei divari tra gli ambiti distrettuali con valori in aumento nel 2015 per gli ambiti con valori più bassi e valori in diminuzione nel 2015 per gli ambiti con indicatori più elevati.

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

Utenti in Carico	Popolazione Residente 01/01/2015 - 31/12/2015	N° Utenti 01/01/2015 - 31/12/2015	Tasso /1000 ab.	N° Utenti con Accessi
CENTRO NORD	132.429	3.937	29,73	3.545
EST	121.320	4.160	34,29	4.064
OVEST	101.170	3.350	33,11	3.208
CENTRO SUD	182.497	6.095	33,40	5.919
Totale	537.416	17.542	32,64	16.736

Utenti in Carico (età sup. 65 anni)	Popolazione Residente (età sup. 65 anni) 01/01/2015 - 31/12/2015	N° Utenti (età sup. 65 anni) 01/01/2015 - 31/12/2015	Tasso /1000 ab.	N° Utenti con Accessi
CENTRO NORD	28.190	3.488	123,73	3.156
EST	24.198	3.495	144,43	3.408
OVEST	20.692	2.966	143,34	2.840
CENTRO SUD	38.211	5.369	140,51	5.219
Totale	111.291	15.318	137,64	14.623

SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE

Le strutture ospedaliere e i dipartimenti sono stati impegnati nelle attività di

- incremento degli indicatori di attività rispetto ai ricoveri a maggior impatto sulla mobilità nell'obiettivo di aumentare l'offerta aziendale;
- consolidamento delle azioni previste per la realizzazione della rete chirurgica;
- passaggio al regime ambulatoriale delle attività chirurgiche definite (day service);
- gestione integrata con il territorio degli accessi alla lungodegenza;

Le aree di particolare attenzione sono state:

- attuazione del piano di miglioramento attraverso indicatori selezionati
- rispetto dei protocolli riabilitativi (riabilitazione cardiologica e neuromotoria) nelle strutture accreditate e aziendali
- mantenimento dei volumi di produzione del 2014 e rispetto dei protocolli per l'effettuazione della Risonanza Magnetica Nucleare

Si può così analizzare l'andamento dei macro obiettivi assegnati alle Strutture Ospedaliere del SOP:

Governo della rete

Monitorare lo stato di attuazione del Piano di Miglioramento attraverso indicatori specifici da elaborare mensilmente

- per il settore ospedaliero si può considerare concluso il disegno di riordino secondo il modello hub&spoke delle strutture ospedaliere, in particolare nell'area chirurgica con la definizione dei volumi minimi di struttura e la progressiva attivazione delle unità operative multizonali nei settori della diagnostica di laboratorio e per immagini oltre che della riabilitazione.
- l'attivazione della Centrale unica di emergenza, superati i vincoli determinati dall'utilizzo dei nuovi numeri e dalla necessità di definire accordi interistituzionali, è prevista nel I° semestre del corrente anno mentre, le iniziative attribuite alla diretta responsabilità dell'Azienda (attivazione dell'elisoccorso sulle 24H, attivazione del trauma center) sono da tempo operative.
- sulla razionalizzazione della spesa farmaceutica da segnalare l'utilizzo di biosimilari e farmaci biologici;

Appropriatezza

Sviluppare azioni per migliorare i livelli di appropriatezza negli ambiti: farmaceutica, specialistica, accesso alle strutture ospedaliere

Per quanto riguarda le Unità Operative afferenti al SOP si può rilevare il collocamento nella fascia "buona" per gli indicatori di competenza dell'ostetricia (es. % Episiotomie depurate, Parti cesarei depurati NTSV) e per l'indicatore assegnato alle ortopedie (% Fratture femore operate entro 2 gg dall'ammissione); quest'ultimo è uno dei quattro indicatori del Sistema di Valutazione delle performance, assegnato dalla Giunta Provinciale negli obiettivi PAT anno 2015 e che ha visto nel corso degli ultimi tre anni un trend decisamente positivo.

OBT PAT N. 2A 3 % FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI

OBT: 70% (Inoltre, detta percentuale non potrà essere inferiore al 50% in nessun Ospedale)

Desc Cdp	Desc Cdr	ANNO 2014	ANNO 2015
Struttura ospedaliera S. Chiara - Trento	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	58,97%	87,27%
Struttura ospedaliera S. Maria del Carmine - Rovereto	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	70,53%	74,79%
Struttura ospedaliera di Fiemme - Cavalese	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	91,23%	94,12%
Struttura ospedaliera S. Lorenzo - Borgo Valsugana	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	60,87%	77,78%
Struttura ospedaliera Valli del Noce - Cles	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	88,46%	89,47%
Struttura ospedaliera 3 novembre - Tione	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	51,22%	62,86%
TOTALE		69,09%	83,23%

Gli altri indicatori assegnati dalla Provincia, sono:

- tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti;
- % Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni;
- % DRG medici dimessi da reparti chirurgici,

il cui andamento non è parimenti positivo.

OBT PAT N. 2A 2 - Tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di stripping vene, ogni 100.000 residenti e standardizzato per età

OBT: 100

fascia età	RICOVERI	
	nr casi anno 2014	nr casi anno 2015
< 19	1	
20-24	2	3
25-29	5	7
30-34	31	18
35-39	31	24
40-44	49	35
45-49	71	50
50-54	72	72
55-59	75	61
60-64	69	58
65-69	65	47
70-74	64	55
75-79	37	24
80-84	9	5
85+	1	1
Totale complessivo	582	460

	nr casi anno 2014	nr casi anno 2015
ricoveri in APSS	421	346
ricoveri in ACCREDITATE	161	114

	anno 2014	anno 2015
nr casi	582	460
popolazione (fascia età > 18 anni)	428.381	440.233
tasso osped. per 100.000 residenti	136	104

	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	
	ANNO 2014	ANNO 2015
in APSS	32	33
in ACCREDITATE	387	357
	419	390

In particolare per gli interventi di stripping è necessario precisare che solo nella seconda metà del 2015 si è concretizzato il passaggio da DH ad ambulatoriale, quindi un possibile miglioramento si potrà rilevare nel 2016.

OBT PAT N. 2A 1 - Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti con oltre 64 anni**OBT: max 4%**

Desc Cdp	ANNO 2014	ANNO 2015
Struttura ospedaliera S. Chiara - Trento	6,86%	6,42%
Struttura ospedaliera S. Maria del Carmine - Rovereto	7,47%	6,13%
Struttura ospedaliera di Fiemme - Cavalese	3,16%	2,41%
Struttura ospedaliera S. Lorenzo - Borgo Valsugana	2,84%	3,00%
Struttura ospedaliera Valli del Noce - Cles	4,30%	4,20%
Struttura Ospedaliera di Arco	5,14%	2,43%
Struttura ospedaliera 3 novembre - Tione	2,21%	5,66%
TOTALE APSS	5,57%	5,16%

S. CAMILLO	8,82%	15,11%
SOLATRIX	2,32%	3,88%
VILLA BIANCA	4,81%	6,14%
TOTALE ACCREDITATE	4,10%	6,46%

TOTALE	5,41%	5,30%
---------------	--------------	--------------

OBT PAT N. 2A 2 - % DRG MEDICI DIMESSI DAI REPARTI CHIRURGICI: RICOVERI ORDINARI**OBT: max 14%**

Desc Cdp	ANNO 2014	ANNO 2015
Struttura ospedaliera S. Chiara - Trento	23,29%	23,39%
Struttura ospedaliera S. Maria del Carmine - Rovereto	15,50%	12,46%
Struttura ospedaliera di Fiemme - Cavalese	16,23%	16,31%
Struttura ospedaliera S. Lorenzo - Borgo Valsugana	30,90%	28,84%
Struttura ospedaliera Valli del Noce - Cles	21,52%	20,55%
Struttura Ospedaliera di Arco	29,50%	33,59%
Struttura ospedaliera 3 novembre - Tione	35,76%	30,08%
S. CAMILLO	4,05%	3,06%
VILLA BIANCA	0,95%	0,82%
TOTALE	20,31%	19,08%

Oltre agli indicatori specifici del MES S. Anna di Pisa, nell'ambito dell'obiettivo dell'Appropriatezza sono stati inseriti altri indicatori che misurano l'attività di ricovero e ambulatoriale delle Unità Operative del SOP: ad esempio in tutte le unità operative chirurgiche è stato monitorato il tasso di utilizzo delle sedute operatorie programmate il cui andamento è stato complessivamente positivo.

Nella tabella qui sotto troviamo gli indicatori relativi all'attività ospedaliera anno 2015:

	GIORNATE DI DEGENZA (ORDINARIA)	GIORNATE DI DEGENZA (DAY HOSPITAL)	NUMERO DIMESSI (DEGENZA ORDINARIA)	NUMERO DIMESSI (DAY HOSPITAL)	VALORE DRG
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	194.192	39.279	25.020	10.945	149.220.266
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	85.123	8.266	11.819	3.559	55.378.116
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	16.389	3.413	2.668	1.424	11.787.415
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	19.490	2.230	2.365	1.328	10.545.814
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	24.394	4.087	4.058	1.553	14.861.506
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	29.239	5.187	3.210	1.714	12.467.934
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	16.383	2.064	2.350	809	9.030.750
TOTALE	385.210	64.526	51.490	21.332	263.291.800

	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	28.093	8.494	1,12	0,78	86,65%	188,84%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	12.266	2.640	1,04	0,74	85,43%	167,33%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2.692	1.354	1,01	0,95	76,10%	145,85%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2.507	1.066	1,06	0,80	80,90%	107,21%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	3.735	1.289	0,92	0,83	92,82%	92,47%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2.759	1.438	0,86	0,84	80,92%	153,46%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2.308	676	0,98	0,84	84,69%	113,41%
TOTALE	54.360	16.956	1,06	0,80	85,39%	162,21%

Mobilità passiva

Incremento degli indicatori di attività selezionati rispetto ai ricoveri a maggior impatto sulla mobilità passiva

L'obiettivo è stato perseguito attraverso specifiche azioni volte a ridurre il tasso di mobilità passiva rispetto a due DRG che negli anni hanno evidenziato dei valori critici:

- DRG 544 "protesica arto inferiore"
- DRG 538 "rimozione mezzi di sintesi"

I due DRG selezionati risultano ai primi posti per la mobilità passiva ortopedica in APSS.

Nel 2015 il dipartimento di Ortopedia ha quindi avuto come obiettivo prioritario l'aumento dell'attività inerente ai DRG selezionati al fine di contenere i valori dei specifici indicatori.

I risultati sull'anno hanno evidenziato un aumento di attività rispetto al 2014: in particolare i ricoveri con DRG 544 sono passati da 1.498 dell'anno 2014 a 1.608 dell'anno 2015 (+7,3%), i ricoveri con DRG 538 passano da 873 a 966 (10.6%) e i ricoveri con DRG 503 sono passati da 1.437 a 1.562 (+8,7%).

OBT PAT N. 1A 1 Miglioramento del saldo negativo di mobilità sanitaria interregionale

Monitoraggio dei DRG riferiti ai ricoveri afferenti al MDC 8 (malattie e disturbi del sistema muscolo- scheletrico)

Cod Drg	Desc Drg	Desc Cdp	anno 2014	anno 2015
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE	Struttura ospedaliera S. Chiara - Trento	129	146
		Struttura ospedaliera Villa Igea - Trento	262	249
		Struttura ospedaliera S. Maria del Carmine - Rovereto	125	124
		Struttura ospedaliera di Fiemme - Cavalese	230	213
		Struttura ospedaliera S. Lorenzo - Borgo Valsugana	119	127
		Struttura ospedaliera Valli del Noce - Cles	96	89
		Struttura Ospedaliera di Arco	56	102
		Struttura ospedaliera 3 novembre -Tione	47	46
		S. CAMILLO	201	268
		VILLA BIANCA	172	198
		INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE DI INFEZIONE Totale		1.437
	544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	Struttura ospedaliera S. Chiara - Trento	327
Struttura ospedaliera S. Maria del Carmine - Rovereto			366	439
Struttura ospedaliera di Fiemme - Cavalese			104	129
Struttura ospedaliera S. Lorenzo - Borgo Valsugana			95	105
Struttura ospedaliera Valli del Noce - Cles			124	118
Struttura ospedaliera 3 novembre -Tione			100	112
S. CAMILLO			255	265
VILLA BIANCA			127	144
SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI Totale		1.498	1.608	
538	ESCISIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC	Struttura ospedaliera S. Chiara - Trento	213	285
		Struttura ospedaliera Villa Igea - Trento	12	4
		Struttura ospedaliera S. Maria del Carmine - Rovereto	155	139
		Struttura ospedaliera di Fiemme - Cavalese	80	81
		Struttura ospedaliera S. Lorenzo - Borgo Valsugana	67	75
		Struttura ospedaliera Valli del Noce - Cles	60	81
		Struttura Ospedaliera di Arco	21	68
		Struttura ospedaliera 3 novembre -Tione	39	57
		S. CAMILLO	18	18
		VILLA BIANCA	208	158
	ESCISIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCETTO ANCA E FEMORE SENZA CC Totale		873	966

Mobilità passiva

Sviluppare azioni per migliorare il saldo di mobilità nel proprio ambito disciplinare

Nel 2015 a tutti i dipartimenti è stato richiesto di avviare azioni per il recupero della mobilità passiva creando presupposti oggettivi per un recupero della mobilità.

Da un'analisi generale è emerso che una quota di mobilità risulta incompressibile (es. trapianti) mentre azioni specifiche volte al contenimento della mobilità passiva "evitabile" sono state sviluppate attraverso:

- riduzione liste di attesa per specialità critiche, ad esempio introducendo prenotazioni per via informatica e potenziamento delle risorse amministrative in quest'area;
- aumento dell'attività che hanno riflesso su quei DRG particolarmente critici per la mobilità passiva;
- impegno a gestire in loco eventuali complicanze dei pazienti trapiantati, al fine di evitare ricoveri successivi presso i centri trapianto;
- revisione delle linee guida interne e aggiornare i percorsi diagnostico terapeutici;
- riduzione dei tempi di attesa per la prima visita;
- riorganizzazione delle attività secondo un modello multizonale (es. oculistica);
- aumento delle sedute operatorie (es. neurochirurgia);

Gli interventi individuati sono stati attivati gradualmente nel corso dell'anno nei vari dipartimenti: a regime permetteranno un contenimento del saldo di mobilità passiva i cui effetti si manifesteranno e si amplificheranno nei prossimi anni.

OBT PAT N. 1A 2 Monitoraggio prestazioni specialistiche nelle branche della Radiologia Diagnostica e dell'Oculistica;

OCULISTICA (escluse accreditate)

Codice Prestazione	Desc Prestazione	ANNO 2014	ANNO 2015
1364	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	967	984
1371	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE	3.353	3.063
1433	RIPARAZ. LACERAZIONE RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZ.XENON(LASER)	3	4
1434	RIPARAZ. LACERAZIONE RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZ.ARGON(LASER)	574	849
1475	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE		284
8901	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	5.173	6.851
9502	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	11.098	11.490
95033	TOMOGRAFIA RETINICA(OCT) A LUCE COERENTE	6.617	7.149
95121	ANGIOGRAFIA CON VERDE INDIOCIANINA O ALTRI TRACCIANTI	17	37
TOTALE		27.802	30.711

RADIOLOGIA (escluse accreditate)

Codice Prestazione	Desc Prestazione	ANNO 2014	ANNO 2015
87411	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	7.785	8.573
88016	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	9.228	10.176
8827	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	24.107	23.475
88761	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	19.959	19.861
88911	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	3.222	2.938
88912	RISONANZA MAGNETICA NUCL. CERVELLO E TRONCO ENCEF., SENZA E CON CONTR.	2.345	2.415
8893	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE COLONNA	5.923	6.022
88941	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE MUSCOLOSCHIELETRICA	5.529	5.048
TOTALE		78.098	78.508

Rete chirurgica

Consolidare le azioni previste per la realizzazione della rete chirurgica (DS/WS, soglie di attività, piattaforma CUP, chirurgia ortopedica, utilizzo terapia intensiva...)

Nel 2015 è proseguito il processo di consolidamento delle iniziative già avviate nell'anno precedente relativamente alla rete chirurgica ospedaliera.

In particolare la manovra è stata orientata:

- alla definizione di mandati di attività chirurgica differenziata e concorrente in ciascuna struttura ospedaliera; i mandati sono stati esplicitamente definiti per le discipline di chirurgia generale e di ortopedia traumatologia (cfr. del. 500/14 e successivamente aggiornata con delibera nel 2016);
- allo sviluppo della chirurgia in Day surgery ed ambulatoriale;
- alla realizzazione di una piattaforma di prenotazione unificata degli interventi chirurgici programmati (denominata agenda "SOP Multisede") che consenta l'automatico trasferimento/presa in carico del paziente chirurgico fra le varie strutture ospedaliere tenendo conto sia dei mandati assegnati sia dei tempi di attesa per specifico intervento;

Soglie di attività

Definire le soglie minime di struttura e di operatore in alcuni ambiti selezionati

L'impostazione metodologica è del tutto analoga a quella seguita nel 2014 che ha portato alla definizione dei mandati e delle soglie minime per le discipline di:

- chirurgia generale
- ortopedia e traumatologia
- ostetricia e ginecologia
- cardiocirurgia
- chirurgia vascolare
- neurochirurgia
- cardiologia
- urologia

Nel 2015 oltre a facilitare l'avvio dei mandati per tali discipline ed a monitorarne l'andamento revisionando alcune soglie già stabilite, sono stati definiti i mandati e le soglie minime di attività per struttura ed operatore per le seguenti ulteriori discipline:

- oculistica
- otorinolaringoiatria
- chirurgia maxillo facciale
- chirurgia pediatrica
- gastroenterologia
- anatomia patologica
- radiologia diagnostica.

. Day Service

Passaggio al regime ambulatoriale: tunnel carpale, stripping, ernia inguinale, cataratta

Nell'anno 2015 è stato definito il regolamento per lo sviluppo del modello organizzativo del Day Service sia in ambito medico che chirurgico, presso le strutture della APSS, i cui contenuti sono stati precedentemente condivisi con il Direttore Generale e con il Direttore del SOP.

Il Day Service è un modello organizzativo ambulatoriale, centrato sul problema clinico e non sulla singola prestazione, attraverso il quale si realizza la presa in carico del paziente da parte della struttura specialistica per la gestione di alcune situazioni cliniche che necessitano di un insieme complesso di prestazioni ambulatoriali che vanno a configurare dei pacchetti ambulatoriali complessi.

Alcuni "pacchetti" sono stati formalmente individuati dalla Provincia Autonoma di Trento e tariffati come tali. In particolare, sono ad oggi operativi (autorizzati e tariffati dalla PAT) i pacchetti ambulatoriali di seguito elencati:

Area chirurgica (intervento e prestazioni ambulatoriali correlate al pre e post-intervento):

- Cataratta
- Stripping vene
- Liberazione tunnel carpale
- Ernia inguinale
- Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche in soggetti con maculopatia essudativa
- Cross linking corneale

Area medica:

- Chemioterapia ambulatoriale
- Diabete età evolutiva (in corso di autorizzazione PAT).

L'attivazione dei pacchetti ambulatoriali complessi ha richiesto la attenta definizione del percorso amministrativo e della registrazione su sistema informativo ospedaliero per le attività ambulatoriali, che è già stato oggetto di revisione alla luce delle criticità espresse dagli specialisti utilizzatori del sistema.

. Programma Nazionale Esiti (PNE)

Realizzare iniziative di miglioramento nelle aree che presentano, nel PNE, indicatori critici rispetto alla media nazionale

Nel 2015 l'obiettivo è stato assegnato ai seguenti Dipartimenti:

- Ortopedico;
- Medicina Specialistica;
- Materno-Infantile;
- Neuroscienze;
- Radiodiagnostica;
- Cardiovascolare;
- Medicina Interna;
- Ostetrico-ginecologico

Ogni Dipartimento si è focalizzato su determinati obiettivi definiti critici o comunque oggetto di monitoraggio; in particolare per le Medicine specialistiche i dati PNE riguardano il tasso di ospedalizzazione per BPCO che è circa il 35% in meno rispetto al dato nazionale; per il Materno infantile vi è stata una buona collaborazione con il Servizio di Governance per organizzare la Rete Allergologica Pediatrica (operativa nel 2016); per il Dipartimento Ortopedico sono state messe in campo azioni volte al miglioramento dei tempi di attesa per la frattura di femore ed è stato studiato un percorso per le condropatie al ginocchio; il Dipartimento Radiagnostico ha monitorato l'indicatore relativo al tempo di ciclo (TAT) degli esami urgenti/emergenti da PS con impegno a completare entro 1 ora dalla richiesta almeno 80% (attualmente 86%).

. Risorse e servizi

Assicurare il raggiungimento dei livelli di attività previsti (sulla base di specifici indicatori) nel rispetto delle risorse assegnate

Nel corso del 2015 i livelli di attività sono stati sostanzialmente mantenuti rispetto all'anno precedente. Sia per la parte ospedaliera che per la parte ambulatoriale. In particolare, per l'attività ambulatoriale si è registrato un piccolo decremento, sia nelle prestazioni erogate per interni che per esterni, rispetto a quanto rilevato nel 2014. Le risorse consumate rispetto al BDG assegnato (comprensivo di revisione a metà anno), hanno registrato una percentuale di utilizzo del 101,92%. Le principali cause di sfioramento sono da imputare a:

- Farmaci ad alto costo per pazienti affetti da patologie rare o complesse (ipertensione polmonare) prescritti da Centri di Specialistici esterni alla Provincia per pazienti residenti in provincia.
- Acquisto di due nuovi vaccini: vaccino antivaricella e vaccino antimeningococco
- Aumento dell'attività interventistica con conseguente aumento dei costi relativi.

Considerando che il BDG assegnato già a inizio anno derivava da precedenti decurtazioni e valutate le sopra indicate nuove voci di costo non preventivabili in fase di programmazione, lo sfioramento del BDG è accettabile anche a fronte di un sostanziale mantenimento dell'attività ospedaliera e di specialistica ambulatoriale.

B2. Razionalizzazione

Individuazione di almeno un'area di intervento per ridurre il livello dei consumi (choosing wisely, spesa farmaceutica, dispositivi, prestazioni..) a partire da una revisione critica degli attuali protocolli di trattamento

Nel corso del 2015 è stato dato mandato, ad ogni Dipartimento, di individuare almeno un'area dove intervenire per razionalizzare le risorse utilizzate, operando sia sul fronte dell'appropriatezza che sul fronte del risparmio economico.

Ogni Dipartimento ha operato una revisione critica dei propri processi sia al proprio interno, coinvolgendo tutti i Direttori interessati, sia confrontandosi con altri Dipartimenti. Questo ha consentito di uniformare trasversalmente su tutta l'APSS i comportamenti sulla base delle indicazioni concordate. Peraltro, è necessario sottolineare che già negli anni scorsi i Dipartimenti sono stati molto attenti all'utilizzo appropriato e razionale delle varie risorse messe a loro disposizione.

Le principali attività di razionalizzazione dei vari Dipartimenti, raccolte per macro gruppi, sono:

- Revisione critica degli attuali protocolli di trattamento
- Revisione protocolli di cura per DRG con alto grado di inappropriatezza
- Revisione/integrazione dei vari protocolli per esami preoperatori, prestazioni radiologiche richieste in Pronto Soccorso
- Revisione e semplificazione delle indicazioni per il nuovo capitolato per indizione gara pubblica

- Elaborazione di progetti per “razionalizzazione” prescrittiva
- Mantenimento e incremento di utilizzo di farmaci biosimilari
- A parità di efficacia e sicurezza per il paziente, uso sempre di Farmaci e Dispositivi Medici con minor costo.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

In un'analisi di insieme le attività del 2015 del Dipartimento di Prevenzione sono state effettuate secondo quanto previsto dalla programmazione.

Per quanto riguarda gli obiettivi PAT 2013 n. 2 "Piano di miglioramento della Pubblica amministrazione 2013-2015" e PAT 2015 "Area prevenzione" - che coinvolgono trasversalmente le competenze del Dipartimento, sono state trasmesse al Consiglio di Direzione le schede aggiornate al 31 dicembre 2015.

In particolare si possono così evidenziare le attività dei singoli CdR del Dipartimento.

STAFF DIREZIONE DIPARTIMENTO

Attività di promozione ed educazione alla salute.

Le attività svolte sono state effettuate come previsto dal piano annuale di lavoro.

Relativamente ai programmi di educazione nelle scuole, è stato predisposto e diffuso il Catalogo di Offerta Formativa di Educazione alla Salute per l'anno scolastico 2015\16 e messa a disposizione sul portale web www.apss.it e sul portale www.vivoscuola.it.

Per il gruppo di lavoro "Promozione ed Educazione alla Salute" è conclusa l'attività relativa al progetto di miglioramento ("L'integrazione e la valutazione delle attività di promozione della salute nell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in APSS"), accreditato dal Servizio Formazione APSS con 42 crediti ECM per il periodo 06\2013 12\2015.

Per il Piano di Miglioramento PREV01 è stata completata l'attività di diffusione del Manuale degli Standard e della strategia Scuola che Promuove Salute, descritti anche nel Piano Provinciale della Prevenzione 2015-2018.

E' stato fornito il supporto attivo nelle fasi di definizione e redazione del Piano Provinciale della Prevenzione 2015-2018, approvato dalla G.P. il 29 giugno u.s. per i programmi "Scuola che Promuove Salute" e "Guadagnare Salute in Trentino".

Il Servizio ha inoltre coordinato, in collaborazione con il Servizio Promozione ed Educazione alla salute e il Servizio delle professioni sanitarie, le fasi di pianificazione, formazione, comunicazione, avvio e monitoraggio dei progetti CCM "Cardio50" e CCM "Medicina Predittiva", avviati nel mese di maggio 2015.

Il Servizio ha supportato le fasi di preparazione e di visita presso il Dipartimento di Prevenzione per la certificazione EFQM e ha realizzato la formazione per gli operatori MUSE per le attività relative alle malattie sessualmente trasmissibili.

Attività coordinamento screening.

Le attività sono state svolte come previsto dal piano annuale di lavoro. Di seguito si elencano alcune iniziative effettuate:

- Screening odontoiatrico: è stata predisposta la nuova organizzazione dello screening odontoiatrico (invito attivo a visita odontoiatrica per gli alunni di 2° elementare) ed effettuato il monitoraggio ai 6 mesi. Sono stati raccolti i dati di attività dello screening dell'anno scolastico 2014-15 (ottobre 2015) ed è stata pianificata l'organizzazione dello screening per l'anno scolastico 2015-16, avviato nel mese di novembre 2015;
- Progetto CCM Prevenzione cardiovascolare attiva: Screening Cardio 50. In collaborazione con il Servizio Promozione ed Educazione alla salute e il Servizio delle professioni sanitarie, il Servizio ha coordinato le fasi di pianificazione, formazione, comunicazione del progetto avviato nel mese di maggio 2015; nel mese di ottobre 2015 è iniziato l'invio delle lettere per i solleciti e per i richiami a sei mesi;
- Screening oncologici:
Mammografico: predisposti gli elenchi delle donne non responders da inviare ai medici di medicina generale.
Colon-retto: è stato terminato il lavoro con il Servizio Sistemi informativi relativo agli indicatori ottenibili di default con lo specifico gestionale; è stato completato l'invio ai MMG dell'elenco dei non responders.
Pap test/HPV: presentazione dei dati per l'avvio del nuovo programma di screening al Comitato dei Direttori il 10 marzo 2015; predisposto il documento preliminare del nuovo programma di screening e sua presentazione al Consiglio di Direzione (14 settembre 2015);
- è stato inoltre fornito il supporto attivo nelle fasi di definizione e redazione del Piano Provinciale della Prevenzione 2015-2018, per il programma "Prevenzione oncologica" e per il riconoscimento aziendale EFQM.

Attività dirigente fisico.

L'attività è stata svolta come da pianificazione annuale.

Si segnala in particolare:

- raccolta dati di esposizione della popolazione a radiazioni ionizzanti impiegate a scopo diagnostico, in ambito odontoiatrico: è stata completata la raccolta dei dati e predisposta la relazione da inviare al Ministero della Salute;
- valutazione dell'esposizione alle radiazioni ionizzanti a scopo medico (delega PAT): è stata completata la raccolta dei dati relativi all'attività con sorgenti radiogene presso strutture private;
- supporto all' UOPSAL per le attività di vigilanza sull'applicazione delle norme di protezione dai rischi da esposizione a radon in ambiente di lavoro;
- supporto al Servizio Prevenzione e Protezione nella valutazione del rischio radon in APSS, in collaborazione con APPA: conclusa l'attività di valutazione del rischio radon, nonché la gestione delle situazioni di superamento del livello di azione rilevate nel corso del 2014;
- è in corso la collaborazione per la predisposizione del corso di aggiornamento quinquennale in radioprotezione, previsto all'inizio dell'anno 2016.

Servizio Professioni Sanitarie

Le attività sono state svolte come da programma concordato; in particolare si segnala:

- è proseguita l'attività relativa all'implementazione del profilo di ruolo dei Coordinatori;
- il Servizio ha collaborato con il Servizio Formazione per l'attivazione del percorso formativo counselling vaccinale: sono stati attivate 3 edizioni del corso blended "Counselling vaccinale" - gennaio 2015 - marzo 2015- settembre 2015, alle quali hanno partecipato operatori dei servizi vaccinali e pediatri di libera scelta;
- il Servizio è stato coinvolto nel Progetto CCM Prevenzione cardiovascolare attiva: Screening Cardio 50, in collaborazione con il Servizio Promozione ed Educazione alla salute e il Servizio coordinamento screening. Nel mese di dicembre 2015 è stata condotta un'analisi sullo stato di avanzamento del progetto, proiezione di consumo risorse ed elementi di qualità nelle performance e proposte alcune azioni di miglioramento per il completamento previsto nel 2016;
- relativamente all' obiettivo "uso efficiente delle risorse" il dirigente ha provveduto all'assegnazione e monitoraggio delle ore di straordinario (con specifiche comunicazioni sul consumo e necessità di azioni di rientro ai Direttori e coordinatori), delle POA e delle missioni del personale di comparto; per i KM e missioni, rispetto al Budget 2015 assegnato al Dipartimento di Prevenzione di 310.777,42 €, la situazione è stata costantemente monitorata e grazie ad un crescente tasso di utilizzo delle auto aziendali la spesa per rimborsi per missioni è in linea con quanto pianificato.

Servizio Amministrazione

Le attività sono state svolte secondo la programmazione annuale.

Si segnala in particolare:

- il supporto per l'attuazione e il monitoraggio delle azioni previste dal "Piano triennale di prevenzione della corruzione"; a fine novembre 2015 è stata compilata e inviata la check list sulle misure adottate previste dal Piano;
- predisposizione, raccolta dalle varie UUOO. e invio nei termini previsti le schede con i dati di monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi;
- nel 2015 sono stati istruiti 109 verbali di contestazione amministrativa (di cui 83 conclusi con ordinanza ingiunzione ordinaria, 10 conclusi con ordinanza ingiunzione ordinaria e contestuale rateizzazione di pagamento dell'importo, 16 archiviazioni);
- l'applicazione delle nuove direttive per incarichi di promozione e di educazione alla salute, con il perfezionamento dei contratti libero-professionali, per il periodo settembre 2015-agosto 2016;
- l'effettuazione del monitoraggio degli inserimenti in Sisweb, da parte del personale individuato, del numero di prestazioni effettuate dalle U.O. di Igiene e Sanità Pubblica (non presenti in altri software aziendali), divise per trimestre;
- la verifica della correttezza dei pagamenti delle sanzioni amministrative con la collaborazione del Servizio Finanza e Bilancio;
- la collaborazione per la costituzione del SUAP- Sportello Unico per le Attività Produttive;

- relativamente all' obiettivo "uso efficiente delle risorse", ad inizio anno è stato comunicato ai Direttori delle UU.OO. del Dipartimento il tetto di ore straordinarie disponibili per le rispettive U.O. E' stata quindi data in corso d'anno, periodica comunicazione ai Direttori sull'andamento dello straordinario maturato dal rispettivo personale.

U.O. Igiene e Sanità Pubblica

Le attività previste nella scheda di Budget sono state condotte secondo la programmazione annuale. In particolare:

- relativamente al Piano di Miglioramento 2013.2015, sono state realizzate le attività di competenza previste "Consolidamento del percorso di superamento dell'obbligo vaccinale e Sicurezza alimentare"; sono stati eseguiti i monitoraggi semestrali (gennaio e luglio 2015) delle coperture vaccinali: è confermata la tendenza in diminuzione delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie; si prevede che le coperture a 24 mesi per la coorte 2013 (che verranno calcolate nei primi mesi del 2016) siano in calo di 1-1,5 punti percentuali rispetto alla coorte 2012;
- è stata predisposta la relazione (luglio 2015) sul monitoraggio delle reazioni avverse a vaccini segnalate nell'anno 2014;
- è stata predisposta la relazione "Malattie infettive 2014" (dicembre 2015);
- è stata garantita la partecipazione ai gruppi di lavoro dipartimentali istituiti dalla Direzione da parte degli operatori dell'U.O.;
- è stato dato contributo alla redazione del Piano provinciale della Prevenzione 2015-2018 (approvato dalla G.P. il 29 giugno 2015), in particolare ai macro-obiettivi relativi a Malattie Infettive e Vaccinazioni; Ambiente e Salute; Guadagnare salute;
- per i sistemi di sorveglianza una sintesi dei risultati Okkio alla salute è stata presentata il 28 gennaio 2015 nel corso di aggiornamento monotematico per intervistatori PASSI e il 12 maggio è stata organizzata la conferenza stampa di presentazione dei risultati. Il report è disponibile nelle pubblicazioni del sito www.trentinosalute.net; i risultati dello studio HBSC 2014, sono stati elaborati e sono in via di pubblicazione;
- il Gruppo "Sicurezza alimentare", ha predisposto il Piano integrato dipartimentale, approvato dal Direttore di Dipartimento e la relazione triennale del Piano Provinciale 2012-2014; relativamente alla Sicurezza alimentare, i controlli sono in linea con quanto previsto dal Piano dipartimentale sicurezza alimentare; sono stati coinvolti nell'attività di controllo ufficiale, con specifico programma operativo, anche i TdP dell'U.O.I.S.P. Centro Sud e del Distretto Est.
- si è assicurata la partecipazione ai gruppi di lavoro interregionali per progetti CCM 2013:
 - 1) Valutazione impatto sanitario;
 - 2) Biomonitoraggio popolazione per rischi ambientali.

ATTIVITA'	ANNO 2014	ANNO 2015
B7.1 Copertura vaccinale MPR	86,18	84,21
B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani (>65 anni)	55,73	52,89
B7.3 Copertura vaccinale papilloma virus (hvp)	62,54	61,73
B7.4 Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	12,38	12,83
B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcico C (24 mesi)	82,7	81,73
B7.6 Copertura vaccinale antipneumococcico (24° mese)	87,56	87,1
B7.7 Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	93,55	92,14

Igiene e Sanità Pubblica Centro Nord – Struttura semplice

Le attività di competenza sono state effettuate come da pianificazione con alcune specifiche. In particolare:

- il Servizio ha effettuato i controlli, per la parte di competenza, previsti dal "Piano dipartimentale sicurezza alimentare 2015", in collaborazione con il SIAN;

- sono state espletate le visite di accertamento per l'invalidità civile e per l'assegno di cura, pari al 100 % delle richieste, entro 15 giorni: in particolare sono state effettuate 136 visite a domicilio ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile e completate 26 richieste per Assegno di cura;
- il Servizio ha svolto le attività di accoglienza/prevenzione delle malattie infettive e immunoprofilassi/assistenza dedicate ai migranti, ospitati nella struttura di Marco di Rovereto, in collaborazione con la Direzione del Dipartimento;
- sono state realizzate le attività relative all'applicazione dei regolamenti europei REACH e CLP ed effettuati due controlli ispettivi;
- il Servizio ha collaborato con la Direzione del Dipartimento nell'attuazione del Progetto CCM 2013 - Prevenzione cardiovascolare attiva "CARDIO 50";
- il Servizio ha assicurato collaborazione e supporto per la predisposizione del Piano Provinciale della Prevenzione 2015-2018;
- il Servizio ha garantito il supporto richiesto dalle attività di accreditamento istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica (OHSAS 18001, EFQM);
- è stata garantita la partecipazione nei gruppi di lavoro dipartimentali istituiti dalla Direzione da parte degli operatori del Servizio.

U.O. Igiene e Sanità Pubblica Centro Sud

Tutte le attività risultano in linea con la programmazione e gli obiettivi annuali assegnati, in particolare:

- è stata garantita la partecipazione nei gruppi di lavoro dipartimentali "promozione ed educazione alla salute, sicurezza alimentare, malattie infettive e vaccinazioni" istituiti dalla Direzione da parte degli operatori dell'U.O.;
- è stato assicurato il supporto alla predisposizione del Piano Provinciale della Prevenzione 2015-2018, per il Programma "Ospedali e Comunità amici dei bambini", coinvolgendo e collaborando con le UU.OO. Pediatria, Neonatologia, Oculistica;
- sono stati effettuati i controlli, per la parte di competenza, previsti dal "Piano dipartimentale sicurezza alimentare 2015", in collaborazione con il SIAN; i prelievi effettuati sono stati 65, tutti con esito regolamentare, le ispezioni 438;
- l'U.O. ha garantito il supporto richiesto dalle attività di accreditamento istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica (OHSAS 18001, EFQM);
- in ambito vaccinale sono state attuate le seguenti azioni di miglioramento: "Progetto "vaccinare senza dolore"; FC con i PLS e i Pediatri ospedalieri, Promozione delle vaccinazioni nei corsi di preparazione alla genitorialità (effettuati numero 34 incontri), "Progetto pneumococco: integrazione ospedale-territorio"
- sono state espletate tutte le visite di accertamento per l'invalidità civile e per l'assegno di cura, pari al 100 % delle richieste, nel rispetto dei tempi previsti, anche con mobilità di personale medico da ambiti diversi;
- sono state effettuate le attività di accoglienza e gli interventi di Sanità pubblica, nei confronti dei migranti della struttura di Marco, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione: visite effettuate n. 205, persone vaccinate con vaccino trivalente anti-polio-difterite-tetano n. 112;
- è in attuazione il Progetto "Prevenzione delle cadute negli anziani nelle civili abitazioni";
- l'U.O. ha collaborato con la Direzione del Dipartimento nell'attuazione del Progetto CCM 2013 - Prevenzione cardiovascolare attiva "CARDIO 50";
- l'U.O. ha partecipato al progetto "Alleanza trentina delle scuole che promuovono la salute" in collaborazione con il Servizio Promozione ed Educazione alla Salute.

U.O. Laboratorio di Sanità Pubblica

La realizzazione del piano di attività è in linea con quanto previsto nella scheda di budget 2015 e conseguentemente gli obiettivi previsti sono stati raggiunti. Si prendono in considerazione di seguito alcuni aspetti ed elementi significativi per la comprensione delle attività svolte:

- partecipazione al gruppo di lavoro del Dipartimento di Prevenzione "Sicurezza alimentare e nutrizione";
- realizzazione della parte di propria competenza del "Piano della sicurezza alimentare della Provincia Autonoma di Trento-2012-2014", come definito dal gruppo di lavoro dipartimentale;
- vigilanza igienica sulle acque di balneazione, sugli impianti natatori e sugli impianti idrotermali;
- nei giorni 26 e 27 marzo 2015 ha avuto luogo l'audit da parte di ACCREDIA per il rinnovo dell'accreditamento secondo la norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025: la visita ha avuto esito positivo;

- per quanto riguarda le attività analitiche, il laboratorio ha evaso tutte le prestazioni richieste (100%) secondo le modalità e la pianificazione concordate con i vari clienti;
- infine, per quanto riguarda i consumi, al 31.12.2015, i report del Servizio Controllo di Gestione, relativo al “*Dettaglio consumi per Conto*” e alle risorse umane “*Unità Equivalenti anno 2015*” indicano il rispetto di quanto assegnato con il budget 2015.

U.O. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

L'attività UOPSAL ha risentito, in particolare, della ulteriore riduzione delle risorse di personale e dell'impatto organizzativo della nuova delega della Procura della Repubblica di Trento, riguardante l'intero settore dei magazzini delle mele, che ha previsto il controllo di circa 30 insediamenti produttivi, con successivi atti di prescrizione e di verifica. L'attività ispettiva si è conclusa, l'impegno per gli approfondimenti necessari agli atti di prescrizione sono ancora in corso.

Questo impegno ha avuto ripercussioni sulle altre attività previste dal Programma 2015:

in particolare alcuni degli obiettivi di vigilanza maggiori (vigilanza di iniziativa, nei cantieri e in agricoltura, inchieste infortuni- chiusura della pratica entro i 12 mesi dall'evento nell' 82% dei casi rispetto all' atteso del 95%) hanno risentito del complesso della situazione e degli impegni urgenti subentrati sopradetti. Da segnalare:

- è stata completata la ridefinizione della valutazione del rischio nelle attività ispettive (DVR), sulla base di criteri diversi da quelli utilizzati in precedenza e trasmessa al Datore di lavoro;
- sono proseguiti i confronti con la Procura della Repubblica di Rovereto ed è stato predisposto un documento di indirizzo da parte del Procuratore, pervenuto nel mese di agosto u.s.;
- in relazione alla mappatura amianto, i lavori sono proceduti con risultati soddisfacenti, in collaborazione con le altre strutture aziendali e con gli altri enti coinvolti;
- nel 2015 ha preso avvio il processo per la certificazione ISO 9001 per il miglioramento della qualità, la cui conclusione è prevista nel 1° semestre 2016;
- L' U.O. è stata inoltre coinvolta in alcuni progetti di seguito elencati:
 - 1) Piano Provinciale della Prevenzione 2015-18, approvato dalla G.P. il 29 giugno 2015: l' U.O. è stata fortemente coinvolta, in particolare con i Dirigenti medici, nei Programmi: “Sicurezza a casa, sulla strada e al lavoro”, “Aziende che promuovono salute” e “Salute e ambiente”;
 - 2) “piano provinciale di legislatura” relativo alla Salute e sicurezza sul lavoro e approvato dal Comitato provinciale di coordinamento SSL;
 - 3) Progetti CCM “ex-esposti ad amianto” e “stress lavoro correlato”; per lo SLC sono state effettuate le azioni di controllo previste nelle 18 aziende assegnate. Per gli ex esposti è definito il quadro per l'avvio delle azioni e delle risorse necessarie, che richiedono però il contributo di altri attori (PAT, dipartimenti ospedalieri, risorse di personale e logistiche).
 - 4) Promozione della salute nella scuola: è stato realizzato un progetto pilota che ha portato anche ad un corso di formazione per il personale docente di un istituto scolastico.

Servizio Sicurezza Impianti e Macchine

Le attività di competenza sono state regolarmente svolte ed in particolare quelle indicate nella scheda di programmazione di budget sono in linea con la programmazione prevista e gli obiettivi fissati; da segnalare:

- e' stata completata la ridefinizione della valutazione del rischio nelle attività ispettive (DVR) (vedi UOPSAL);
- il Servizio ha garantito il supporto richiesto dalle attività di accreditamento istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica (OHSAS 18001, EFQM);
- ha assicurato il supporto alla realizzazione del Piano provinciale prevenzione 2014-2018;
- nel 2015 ha preso avvio il processo per la certificazione ISO 9001 per il miglioramento della qualità (vedi UOPSAL);
- è stata assicurata l'attuazione ed effettuato il monitoraggio delle azioni previste dal piano triennale di prevenzione della corruzione nella propria Area;
- il Servizio ha partecipato al Gruppo di lavoro: “Sportello unico distrettuale”;
- relativamente all' applicazione del DM 11 aprile 2011 e LP 3/07, l'elenco degli esperti verificatori è mantenuto aggiornato, ora conta 50 iscritti più 6 soggetti abilitati dal Ministero del Lavoro.

UU.OO. Igiene e Sanità Pubblica Veterinaria

Il programma delle attività inserite nelle schede di budget 2015 è stato rispettato. Le attività dei Servizi veterinari sono monitorate attraverso l'analisi di indicatori raccolti trimestralmente nella scheda "Resoconto periodico attività". Si segnalano in particolare alcune attività svolte dai servizi veterinari:

- le profilassi ufficiali negli allevamenti del territorio provinciale sono state condotte e concluse secondo la programmazione. Al fine di portare a termine le attività di profilassi delle malattie infettive, previste dalle delibere provinciali, a seguito della contrazione delle risorse umane (- 3 dirigenti veterinari, area sanità animale), sono state riorganizzate le attività promuovendo una maggiore flessibilità del personale fra le varie UU.OO.;
- nel 2015 è stata data attuazione al piano di sorveglianza nazionale per la West Nile Disease;
- hanno contribuito attivamente alla predisposizione del Piano Provinciale della Prevenzione 2015-2018, approvato dalla G.P. il 29 giugno 2015, per i Programmi "Sicurezza alimentare" e "Salute animale".
- hanno proseguito nell'impegno per il miglioramento continuo della qualità, coerentemente con lo standard UNI EN ISO 9001:2008. Il 3 dicembre hanno ricevuto la visita per il mantenimento della certificazione da parte di Bureau Veritas, conclusa con esito favorevole;
- hanno garantito inoltre il supporto richiesto dalle attività di accreditamento istituzionale e volontario promosse dalla Direzione Strategica (OHSAS 18001, EFQM);
- hanno avviato un percorso con il Responsabile della prevenzione della corruzione dell' APSS, per definire alcune procedure finalizzate all'attuazione del Piano della corruzione;
- il Gruppo "Sicurezza alimentare", ha predisposto il Piano integrato dipartimentale e la relazione triennale del Piano Provinciale 2012-2014: il programma 2015 dei controlli ufficiali è stato portato a compimento in coerenza con l'atteso;
- hanno effettuato l'attività di monitoraggio/verifica del censimento degli apiari, che non ha evidenziato incongruenze significative fra quanto dichiarato nelle denunce del censimento e le realtà riscontrate sul territorio. L'adempimento obbligatorio di comunicare annualmente, ai Servizi veterinari competenti, le api possedute dai singoli apicoltori, è stato ricordato mediante l'invio di una lettera personale a ciascun apicoltore. Tale iniziativa assieme a tutte le altre attività inerenti (partecipazione alle assemblee di valle degli apicoltori, comunicazioni mezzo stampa, ecc.), ha avuto un esito favorevole, infatti sono state evidenziate solo sette omesse denunce, rispetto alle circa 1.500 ricevute, che sono state assoggettate a sanzione amministrativa;
- è stato attuato il programma di controllo dell'*Aethina tumida*, elaborato a livello provinciale tenendo conto di quanto indicato dal piano nazionale (circ. n. 17 del 30/04/2015), che non ha evidenziato la presenza del coleottero nel territorio della Provincia di Trento: sono stati controllati 1.159 alveari in 48 apiari;

I consumi complessivi dei Servizi veterinari al 31 dicembre 2015 (dato provvisorio 69.538,00) sono in linea con l'atteso (90.000,00 euro): la differenza osservabile tra il risultato atteso e il rilevato a 12 mesi è attribuibile alla ritardata fatturazione, da parte della Ditta produttrice, di materiale ordinato dalle unità operative ad ottobre ma consegnato a fine dicembre (8.435 marche auricolari per un importo di 22.011 euro).

Settore Laboratorio e Controlli A.P.P.A.

La struttura ha regolarmente effettuato gli accertamenti analitici richiesti per le attività inerenti la Sicurezza Alimentare sui campioni di acque e di alimenti conferiti dall'U.O. Igiene e Sanità Pubblica dell'APSS.

Per quanto riguarda gli altri obiettivi anch'essi raggiunti, si rileva un andamento regolare delle attività, la partecipazione alle attività di carattere trasversale del Dipartimento e ai gruppi di lavoro dipartimentali ("Sicurezza alimentare e nutrizione" e "amianto").

Come concordato con la Direzione, il Laboratorio ha avviato le attività inerenti l'accreditamento del Laboratorio e delle prove relative al Programma della sicurezza alimentare dipartimentale in particolare per i fitofarmaci, che saranno concluse nel 2015.

Relativamente ai consumi complessivi del Dipartimento, si segnala il dato provvisorio al 31.12.2015 di euro 3.053.159,10, corrispondente al 103,36%, a fronte di un assegnato di 2.954.000,00 euro: lo sfioramento è legato ai nuovi vaccini introdotti nel corso del 2015.